
Donne che corrono al riparo

Bosnia 1994: trasformare la miseria della guerra in un'esperienza arricchente

di

Nicoletta Goldschmidt

Ho letto il libro di Patrizia Brunori, Gianni Candolo, Maddalena Donà dalle Rose e Maria Chiara Risoldi con molto interesse e, una prima volta, velocemente, cogliendone un aspetto narrativo assai coinvolgente. Sarebbe un peccato se il libro avesse solo una diffusione specialistica: narra una storia che ci riguarda molto da vicino in modo corale, avvincente e intellettualmente onesto.

Provo un certo imbarazzo a scriverne “da psichiatra”, anche perché la psichiatria come “scienza medica”, con il suo apparato apparentemente neutrale ha, secondo me, poco da dire di veramente adeguato rispetto a vicende così devastanti, in cui l’obiettivo di ridurre il danno alla salute mentale di una popolazione destinata alla “pulizia” e alla scomparsa sembra veramente impossibile.

E’ abbastanza recente il riconoscimento che i traumi (guerre, catastrofi, deportazione ma anche stupro, incesto e altri eventi traumatici individuali) possano causare un disturbo specifico, il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), incluso come categoria diagnostica nel DSM – III solo nel 1980. E ciò benché fossero già stati descritti durante e dopo la prima e la seconda guerra mondiale reazioni psichiche dei combattenti, anche a lunga durata, e con conseguenze invalidanti (nevrosi da guerra). Tuttavia il riconoscimento, anche medico legale e pensionistico, di una relazione tra l’esposizione al trauma bellico e la patologia psichiatrica, era sempre assai difficile da ottenere. Mi ricordo che, quando lavoravo ad Arezzo negli anni ’70, c’erano ancora reduci dai campi di prigionia militari tedeschi, in lotta con la burocrazia ministeriale per farsi riconoscere l’invalidità per malattia psichiatrica, e come l’impossibilità di ottenere il riconoscimento per un danno conseguente ad eventi storici di cui erano stati vittime e non certo protagonisti, fosse di grave ostacolo alla cura. E anche gli ex-deportati nei campi di sterminio nazisti hanno incontrato ostacoli di ogni natura per il riconoscimento del danno specifico della loro condizione di perseguitati razziali.

Se alla fine si è accettato di riconoscere un disturbo specifico, è stato perché alcuni avvenimenti storici (la guerra del Vietnam soprattutto), una mutata sensibilità politica e sociale e le pressioni di gruppi organizzati hanno orientato studi e interesse scientifico verso gli effetti del trauma, e non solo del trauma bellico, sull’individuo.

Attualmente c’è una grande offerta di studi e corsi sul PTSD, stimolata penso soprattutto dagli attentati terroristici avvenuti o temuti e che hanno portato la guerra, sia pure in una forma nuova, così vicina al nostro mondo e alle nostre persone.

E tuttavia, l'utilizzazione della parola "stress" suggerisce un focus più sulla genesi biologica che psicologica del disturbo, riportando a concetti di vulnerabilità individuale, magari geneticamente trasmessa. Le ricerche sulle diverse aree del cervello, sui centri e i neurotrasmettitori implicati nel generare alterazioni specifiche della capacità di memoria e apprendimento, descrivono i correlati biologici del disturbo, ma non riescono a dare indicazioni certe e condivise su come curarlo e prevenirne la cronicizzazione. Studi controllati indicano che nessun farmaco ha avuto successo nell'eliminare completamente la sintomatologia, anche se alcune molecole sono riuscite ad ottenere l'indicazione specifica per il PTSD.

L'approccio biologico sembra parziale e comunque non è in grado di offrire indicazioni terapeutiche sicuramente efficaci. E vorrei anche ricordare come i farmaci psicotropi siano "un lusso" che spesso in condizioni belliche ed estreme non ci si può permettere. Ricordo di aver letto, ai tempi della guerra in Bosnia, della condizione drammatica in cui erano venuti a trovarsi i pazienti psichiatrici, abbandonati nei manicomi senza farmaci, e anche con pochissime scorte alimentari e quasi senza personale di assistenza.

La tecnica psicologica del debriefing, attualmente molto diffusa, che Rabija Radić racconta sia stata utilizzata a Tuzla dalla Croce Rossa Internazionale dopo la tragedia della bomba serba lanciata sulla piazza e il massacro dei 71 giovani, non è una vera tecnica terapeutica, ma più un tentativo di prevenzione secondaria del PTSD, di discutibile efficacia. Una revisione bibliografica inglese del 2000 conclude che: «Non vi è attualmente evidenza che il debriefing psicologico sia un trattamento utile per la prevenzione del PTSD a seguito di incidenti traumatici».

Il National Center for PTSD americano indica come necessario, prima di effettuare il trattamento, lavorare per rimuovere la causa dello stress, soprattutto se il paziente si trova ancora in una situazione di crisi, ma questo evidentemente non è un obiettivo che i terapeuti possano porsi direttamente nella pratica clinica, soprattutto quando lo stress sia collegato a situazioni belliche e politiche, coinvolga un numero eccessivamente elevato di persone e, come nel caso della Bosnia, anche i terapeuti.

Non esiste quindi un consenso generale degli psichiatri su come curare le persone affette da PTSD: è suggerito un intervento integrato, sia farmacologico che psicoterapico ma non c'è un'indicazione condivisa su quale sia l'approccio psicoterapico più efficace. Alcuni esprimono l'opinione che la rievocazione del trauma possa indurre gravi fenomeni dissociativi e peggiorare in genere la sintomatologia, altri invece la ritengono utile. E una domanda che davvero non ha risposta è se le specifiche alterazioni mnesiche legate al trauma possano essere trasportate analogicamente dal piano individuale al piano collettivo e se il rendere possibile il ricordo e lavorare perché non sia cancellato serva ad evitare che gli orrori degli eccidi di massa, delle torture, del ricorso alla guerra come soluzione dei conflitti non si ripeta ciclicamente nella storia dell'umanità.

Non permettere che gli stupri etnici subiti dalle donne in Bosnia cadessero nell'oblio, come in parte è avvenuto, ci avrebbe evitato di vedere le fotografie di una donna che ridendo partecipa all'umiliazione sessuale di prigionieri maschi in Iraq?

La posizione volutamente a-teoretica e oggettivante della psichiatria ufficiale lascia una sensazione di grande distanza da quello che a me sembra il cuore vero del problema cui un curante, quando si confronti con delle specifiche situazioni traumatiche originate e volute dal potere politico, non può sfuggire: da che parte schierarsi. E ancora, se la scelta (non poi così ovvia e scontata o condivisa da tutti però) è di stare, sempre, dalla parte delle vittime, come scelta etica e anche politica, quali strumenti può utilizzare per non soccombere al sentimento di impotenza e di colpa mentre entra empaticamente in contatto con il sentimento di esclusione e di annichilimento del traumatizzato?

Il gruppo bosniaco ha trovato una prima risposta: trovare un luogo e un tempo per la cura, per prendersi cura, Casa Amica, un luogo sicuro, e i gruppi terapeutici con la loro periodicità, un tempo non appiattito solo sul presente, e la possibilità di accedere al ricordo, con ciò facendo qualcosa più che non creare il presupposto per la cura. La realtà di Casa Amica con la sua disponibilità all'accoglienza, la sola possibilità di trovare qualcuno che riconoscesse un bisogno, è già stata cura.

Le componenti del gruppo bolognese si interrogano individualmente («pensieri intorno agli inizi») sulle proprie motivazioni a lasciarsi coinvolgere nella guerra in Bosnia. Ci forniscono elementi autobiografici, ci parlano di curiosità intellettuali e umane («perché la mente umana arriva in guerra, in situazioni estreme a pensare e a compiere tali nefandezze?») Maddalena Donà dalle Rose, pag. 36) e ci mostrano come nasce il bisogno di non girarsi dall'altra parte, di non essere solo spettatori passivi della guerra in televisione, di non ignorare una domanda esplicita di aiuto e come tutto ciò sia una spinta forte ad agire in modo creativo, in analogia al gruppo bosniaco. Si cercano, si coinvolgono le una con le altre, trovano un contenitore, si costituiscono in ONG, cercano i fondi, chiedono aiuto ad una collega più esperta. Ma, mi chiedo, tutto questo sarebbe stato possibile se, oltre che psicoanaliste, non avessero avuto un terreno comune etico e politico e senza che avessero già sperimentato, sia pure in altri contesti, gruppi di formazione in équipes multidisciplinari impegnate in situazioni difficili? Questo ha permesso loro di decodificare e filtrare la domanda: «abbiamo bisogno di supervisione subito» attraverso la rivisitazione di esperienze ben sedimentate. Scrive Maria Chiara Risoldi: «Raccontammo a Irfanka come ognuna di noi lavorasse da anni con operatori che lavorano in situazioni difficili ed anche estreme, educatori professionali, fisioterapisti, operatori di comunità con un modello di applicazione dei concetti psicoanalitici al lavoro di aiuto, attraverso la presentazione di casi, anche poche ore al mese, ma in modo continuativo» (pag. 21); e si riferisce ad esperienze condivise da molte équipes psichiatriche, quella della formazione, in gruppo multiprofessionale, con la conduzione di psicoanalisti, spesso con pratica clinica di trattamento di pazienti psicotici e di gruppi.

Questa formazione, diffusa negli anni '80-90, nei primi anni di applicazione della legge di riforma psichiatrica, è diventata ora meno frequente, per la difficoltà di sostenerla economicamente e culturalmente in tempi di contrazione di spesa, di efficientismo, di medicina evidence based, di formazione a punti (ECM).

Mi sono tornate in mente riflessioni fatte allora: assolutamente d'accordo che sia fuorviante chiamare queste esperienze "supervisione", anche se spesso sono chiamate così dagli operatori, usurpando un termine specifico che si riferisce al

training degli psicoanalisti; si tratta piuttosto di esperienze con caratteristiche metodologiche meno codificate: gruppo di discussione, gruppo a tipo Balint, seminario su casi clinici. E la domanda, spesso caotica, degli operatori di avere strumenti di pronto utilizzo per la cura, l'attesa di una persona che sappia dire cosa si deve fare o cosa è giusto o sbagliato fare o che risolva i conflitti del gruppo, deve essere sempre decodificata e ridefinita.

L'obiettivo, allora, quando si costruivano nuovi servizi e si incominciava ad incontrare la patologia psichiatrica grave senza la rete dell'istituzione totale, non era tanto quello di curare i curanti o il gruppo di lavoro, quanto quello di innescare un percorso formativo e maturativo finalizzato al miglior svolgimento dei compiti, senza sottovalutare le problematiche emotive connesse al lavoro clinico.

Non era così immediato, per chi usciva sul territorio dopo gli anni delle lotte anti-istituzionali, riconoscere l'importanza di una formazione culturale connessa con il riferimento psicoanalitico, anche se utilizzato in modo adeguato ad un terreno ben distante dal lettino. E anche gli psicoanalisti non psichiatri avevano difficoltà a comprendere le pratiche dei servizi, con i loro vincoli burocratici e organizzativi. La psicoanalisi italiana aveva guardato (salvo poche eccezioni) con diffidenza al movimento anti-asilare, da cui era scaturita la legge di riforma psichiatrica, e viceversa. Tuttavia l'incontro tra i servizi del dopo-riforma e gli psicoanalisti disponibili a queste nuove esperienze, si rivelerà ricco e fruttuoso, sostenendo la costituzione di gruppi di lavoro in grado di opporsi alla naturale tendenza alla stagnazione e al cinismo, mobilitando potenzialità di identificazione con l'altro da parte di tanti operatori generosi ma inesperti e muovendo l'interesse di una parte della psicoanalisi italiana verso il tema della cura dei pazienti psicotici, del lavoro istituzionale e in ambito comunitario.

Nessun paragone tra la distruttività psicotica e l'immane devastazione di una guerra e soprattutto di una guerra etnica, tuttavia il riconoscimento che uscire dai propri studi e confrontarsi con modalità operative non ben codificate sia diventato più pensabile, anche per gli psicoanalisti, dopo che la psichiatria è uscita dalle mura dei manicomi e si è assunta un compito esplicito di cura anche per i malati mentali gravi.

Anche allora a psichiatri e a psicoanalisti era richiesta una scelta di campo, una scelta politica: lavorare per rendere possibile una riforma, essere dalla parte degli esclusi, mettersi a rischio, contaminare le proprie pratiche in contesti nuovi, creare i presupposti per poter curare: spazi e tempi.

La forte determinazione nel gruppo bolognese a "fare", costruendo uno spazio mentale, fisico, economico, istituzionale che consentisse il concretizzarsi dell'iniziativa, ha una certa somiglianza, a mio modo di vedere, con le pratiche psichiatriche, laddove l'incontro con il paziente spesso, se non si prendono scorciatoie repressive a corto circuito o non si pratica un sostanziale abbandono, è frutto di una contrattazione e di ricerca «volta per volta [del]le modalità e le occasioni di un incontro autentico». Il «contratto basato sul rispetto dell'altro», pur nella consapevolezza delle diversità, così fondante di ogni atto terapeutico, mi sembra un obiettivo che spesso rischia di essere dimenticato, anche e soprattutto nelle nostre "pratiche di pace".

Entrambi i gruppi, quello bosniaco e il bolognese, si sono costituiti e si sono mossi spinti dal senso della “necessità” di non lasciare un bisogno senza risposta: «Queste donne (...) non stavano facendo niente di eroico, niente di più di quello che umanamente potevano fare. Ma neanche niente di meno», (Gianna Candolo, pag.32). E Maria Chiara Risoldi dall'altra parte dell'Adriatico: “le ho detto di sì perché non le potevo dire di no”.

L'aspetto più interessante e coinvolgente del libro è che non propone un modello, ma racconta la storia di un intervento che si modifica, perché si modificano le circostanze di realtà: la guerra, poi la pace, poi di nuovo la guerra e l'intervento della NATO con i bombardamenti sulla Serbia e poi ancora la pace. E sono questi movimenti magmatici e fuori dal controllo e i loro riflessi sul gruppo bosniaco e sul gruppo bolognese e sul gruppo di formazione che si genera dall'incontro, che rendono a mio avviso l'esperienza talmente unica da essere poco codificabile.

Nel libro è presente la ricerca, forse in certi momenti un po' forzata, di una cornice teorica e tecnica codificata in cui inscrivere l'esperienza, che è invece coinvolgente e stimolante proprio per l'uso creativo delle risorse, pur mantenendo l'obiettivo chiaro e condiviso: non lasciare una domanda senza risposta, perché la domanda veniva da persone coinvolte, dalle vittime, anche se certamente non vittime passive o arrese e c'era chi parlava anche per chi non aveva parola.

Due aspetti mi sembrano centrali:

1. la volontà di mantenere possibile il pensiero attraverso la ricerca di una “buona distanza”;
2. l'aver preservato, nonostante tutto, la *continuità* e l'aver portato a termine il progetto.

«La ricerca di una buona distanza è stato un processo continuo e a volte particolarmente gravoso» scrivono le Autrici, e la necessità di trovare la “giusta distanza” si confronta con la consapevolezza di non poter essere neutrali: «anche l'analista” – scrivono – “è impegnato in una ricerca di verità che non è prescindibile da visioni del mondo ideologiche, politiche, culturali, religiose». Questa fatica si sente nel libro, ed è una buona cosa che non venga celata, che si parli anche dei “punti ciechi” dell'esperienza, che però possono essere ripensati e resi utili.

Per mantenere la continuità, le Autrici hanno escogitato una tecnica veramente nuova, quella della staffetta, che ha consentito di ripartirne la gravosa responsabilità al gruppo e non al singolo: si è formata una catena con anelli solidamente intrecciati. Il conduttore del gruppo formativo è stato un gruppo, un gruppo che è riuscito a conservare una buona coesione, nonostante alcuni abbandoni, volontari o meno, e non un singolo professionista, com'è la prassi abituale. La staffetta ha consentito a tutte un'esperienza diretta e condivisibile a partire da una motivazione condivisa che ha permesso quella «forte ricerca del mantenimento del contatto anche quando sembrava che fosse impossibile riuscire ad incontrarsi» e il «mantenere viva nella mente l'esistenza delle donne che “la” continuavano a lavorare».

Il cemento di questa coesione, che ha permesso di attraversare esperienze fortemente perturbanti con alcuni sbandamenti, ma senza perdere un assetto

sufficientemente solido, è stata credo la preliminare condivisione della scelta di campo, che ha sostenuto tutto il percorso dell'esperienza. Donne certo e in quanto tali con una propensione «a rispondere al grido di aiuto», ma anche donne coinvolte in realtà associative pacifiste e femministe, oltre che psicoanaliste e ed esperte in formazione.

«Sentivo il bisogno umano ed etico di fare qualcosa o, prima ancora, di pormi il pensiero di poter fare qualche cosa, nella direzione della pace, a partire dalle mie conoscenze teoriche e dalla mia professione» scrive Patrizia Brunori a pag. 27. L'esigenza cioè di passare da una posizione ideologica di rifiuto della guerra e della violenza come metodo di risoluzione dei conflitti ad un'attività pratica a partire dal proprio specifico, scientifico e professionale, e si chiede, con umano sgomento, come confrontarsi con la distruttività e la sofferenza sociale della guerra.

Questo bisogno di fare, di essere parte di un cambiamento, ha un valore etico molto elevato e comporta l'assumersi un rischio altrettanto elevato, insito peraltro in ogni processo creativo e trasformativo.

Cosa può fare un professionista "psi" quando la persecuzione è un fatto reale, quando il dolore e il terrore sono inflitti volutamente, programmaticamente, quando c'è chi vuole annichilire la persona fino alla morte psichica e fisica? E può pensare di fare qualcosa se non facendo, anche e prima, una scelta di campo? Non può rimanere neutrale.

Per certi aspetti tutta una parte del libro, quella più centrata sulla ricerca di un modello, sulla definizione del setting, sulla preoccupazione del rischio di un eccesso di empatia, sull'andare o no in zona di guerra mi sembra rifletta soprattutto il timore di insufficienza dei propri strumenti pur sperimentati in confronto alla vastità del dramma e la difficoltà a lavorare sul campo: quindi ben altro dalla paura fisica della guerra, peraltro assolutamente ammissibile.

Segnale di questa accettazione del limite è anche lasciare alcune domande senza risposta, e che alcuni aspetti specifici di questa guerra, e forse quelli non a caso che avevano motivato più di altri il bisogno di fare qualcosa, gli stupri e il destino dei figli degli stupri, siano rimasti in un cono d'ombra. Mi sembra che la scelta poi di parlare soprattutto di bambini abbia rappresentato il desiderio e la preoccupazione del futuro, del dopo. Come guardare avanti e farsi carico anche del rischio della trasmissione transgenerazionale del trauma.

Irfanka Pašagić chiede più volte strumenti di validazione del suo lavoro e del lavoro di Casa Amica, elementi su cui basarsi per assicurarsi una buona qualità delle pratiche, quando il lettore si meraviglia solo pensando ai numeri delle donne assistite e alla sconvolgente gravità dei lutti, delle separazioni, alla perdita di continuità della vita.

Quello che viene fatto è un vero lavoro terapeutico o solo un tentativo di limitare i danni secondari di una guerra particolarmente orribile perché il nemico è il vicino di casa, il compagno di scuola o di lavoro?

«La salute e il benessere mentali sono essenziali per la qualità della vita in quanto arricchiscono di significato la vita degli individui, aiutando a renderli cittadini creativi e attivi. La salute mentale rappresenta una componente essenziale di coesione sociale, produttività, pace e stabilità nell'ambiente in cui si vive,

contribuendo così allo sviluppo del capitale sociale ed economico nelle società» (WHO Conferenza di Helsinki - 2005).

Non si può tutelare la salute mentale se le persone non sono libere e responsabili nelle proprie decisioni: che tentativi di garantire questa tutela vengano pensati ed attuati durante eventi bellici devastanti, che ci siano persone, professioniste, che provano a fare “quello che si deve fare” è già qualcosa che si oppone potentemente al danno.

La psichiatria non può proporre solo le sue scale di valutazione, né modelli di intervento e tecniche nati in altri contesti e in altre circostanze.

Il gruppo di Bologna ha offerto la condivisione di un sapere che gli operatori sul campo potessero usare, nel loro drammatico contesto, filtrandolo attraverso le loro conoscenze, le loro esperienze, il loro specifico professionale, la loro cultura.

Solo uno studio epidemiologico prospettico ci potrà dire coi numeri qualcosa sulla salute o sofferenza mentale di una popolazione sottoposta a un trauma di massa così grave.

Le Autrici si pongono al termine del libro delle domande, relative anche ad una sparizione del maschile poiché si è letto di un gran numero di suicidi tra gli ex-combattenti: non sapremo comunque cosa sarebbe stato senza il lavoro di tutte queste donne che hanno cercato di correre ai ripari, trasformando la miseria della guerra in un'esperienza arricchente, che vale la pena di conoscere e far conoscere.