Dialettica del trauma di guerra

Maciej Zbyszewski

Abstract

Sono analizzati i versanti clinici e teorici dei fattori del setting di gruppo omogeneo mediante l'esemplificazione tanto suggestiva quanto puntuale del lavoro clinico di gruppo con i veterani di guerra. E' esplorata in particolare la specificità dei contenuti psichici sviluppati dai veterani in relazione ai traumi vissuti, come il radicamento nelle idee di eccezionalità e straordinarietà che inevitabilmente fanno parte dell'esperienza (bellica) attraversata. Con riferimento al diverso significato dinamico dei due setting di gruppo, misto oppure omogeneo, è investigato in dettaglio come la dichiarazione di similarità e la messa in comune fra esperienze identiche possa agire nel processo di gruppo. Sono descritti in tal senso i conflitti e i bisogni dei soggetti che vivono cronicamente dimensioni di estraniazione dal contatto con la società civile; la permanenza del ricordo traumatico; l'isolamento e la perdita di discernimento dei valori comuni, collegata alla specializzazione settoriale delle relazioni belliche, che è difficile sia abbandonare sia trasformare.

Parole chiave: gruppo omogeneo, veterani di guerra, lutto, reintegrazione

Fu l'8 agosto del 1918, la battaglia di Amiens stava per cominciare. Due militari britannici si riparavano nel cratere dell'esplosione di una bomba. Uno di loro, un giovane capitano di 20 anni vide che il suo compagno ha il petto straziato ed aveva perso il polmone sinistro. Il vapore usciva dal vuoto dalla parte dove stava il soldato che con voce disperata chiedeva:

- *Signor capitano scriverà a mia madre? Conosce il suo indirizzo?*

- *Zitto – rispose il capitano scioccato ed ha cominciò a vomitare.*

- *Mamma, mamma! scriverà a mia madre vero Signor Capitano?*

- *Oh Dio mio, sta' zitto.*

(Souter, 2009).

In seguito a questa situazione terrificante il militare fu portato in un posto dove stavano gli altri feriti e poco dopo morì. Il suo comandante sopravisse. Rimase invece in lui la sensazione che la parte del suo self era morta, rimasta per sempre sul campo di battaglia. Quel comandante fu Wilfred Ruprecht Bion, allora in servizio dell'armata britannica.

74 anni dopo Ronnie Janoff-Bullman (1992) la psicologa che si occupava della

problematica di PTSD creava la Teoria delle Assunzioni Distrutte (*The Theory of Shattered Assumptions*) che spiegava la nascita, lo sviluppo e la continuazione dei sintomi di stress postraumatico. Secondo questa teoria un'esperienza traumatica svolge un'azione distruttiva sulle convinzioni prima presentate da un individuo, sulla cordialità, prevedibilità, e creatività del senso del mondo attorno, nonchè la percezione della persona stessa come persona di valore ("*the self is worthy*").

La distruzione di queste convinzioni comporta lo stato di disintegrazione che si esprime con la sensazione di un disastro mentale in cui il mondo non è più un luogo sicuro, giusto e benefico.

Il modo in cui Bion capisce le proprie esperienze in seguito a quello che è successo l'8 agosto e le sue conseguenze psichiche, sembra combaciare in molti punti con il disastro mentale descritto da Janoff Bulman. Souter (2009) quando commenta i ricordi di Bion li presenta nel modo seguente: Nella situazione traumatica Bion ha dimostrato una forte reazione durante la quale ha dovuto proteggere la propria mente con il rifiuto della proiezione del compagno (simbolicamente, vomita). In questo modo si garantisce la possibilità di sopravvivere. Volendo però sopravvivere alla morte del compagno e alle sue terrificanti domande doveva privarsi di una parte del suo self capace di accompagnare un altro davanti alle sue proiezioni fatali, diventando così uno zombi o macchina. In altri termini l'esperienza di rifiutare i sentimenti legati all'orrore e alla paura della morte ha danneggiato la sua capacità di amare e lo ha introdotto in una trappola dell'odio verso se stesso e verso il mondo in cui la pazzia si mischia con la ragione (Souter, 2009). Il trauma in questo contesto voleva dire la perdita della capacità di essere contenitore.

Questa esperienza ha permesso a Bion di formulare pensieri particolarmente importanti per quanto riguarda la natura e le conseguenze del trauma. Uno di essi è la convinzione che l'uomo che si trova in una situazione estrema ha bisogno soprattutto di una presenza di un'altra persona piena di compassione che permette di modificare la micidiale forza delle emozioni legate allo spavento, facendo sì che la paura della morte diventi sopportabile. La rinuncia alla comunicazione, come nell'evento a cui ha partecipato Bion porta invece allo sgomento senza nome. E' proprio la capacità di pensare nei confronti dell'orrore e della sofferenza che rende possibile la sopravvivenza psichica. Continuando il suo pensiero Bion scrive che l'isolamento psichico è una tortura emotiva perchè appunto avere prova della presenza di un' altra mente *(intermind experience*) è una basilare funzione dell'uomo e contemporaneamente una necessità assoluta in una situazione estrema. Essere uomo vuol dire qui essere aperti all'intensità di un'esperienza psichica che si dimostra nei semplici gesti di un soldato che chiede di scrivere una lettera a sua madre. Una tale apertura vuol dire in effetti eroismo e coraggio. Come fa vedere la storia di Bion, il coraggio durante la lotta tra la vita e la morte può essere nient'altro che il coraggio di accettare la sofferenza di quella altrui. Il ventenne Bion ha dimostrato un grande

coraggio quando è salito sul tetto di un carro armato sotto il fuoco nemico ma allo stesso tempo non era stato capace di suscitare in se stesso un sufficiente coraggio psichico davanti a una sofferenza terribile del compagno d'armi.

Sembra d'altro canto che l'idea più originale di Bion nata sulla base delle sue esperienze di guerra sia la scoperta di un'analogia tra la relazione dei soldati rimasti nello stato di continuo pericolo, e quella della madre con un bambino neonato, che consiste in un'estrema dipendenza emotiva. E' significativo che di fronte alla morte il compagno di Bion invocava la madre, esprimendo il desiderio della presenza di un'altra persona. In entrambe le situazioni la possibilità di sopravvivere dipende dall'atteggiamento di un'altra persona.

Continuando a sviluppare questa concezione Bion ha dato un grande contributo alla comprensione della relazione tra la madre ed il figlio.

Ma restando sul campo di battaglia, sembra che si possa applicare questa scoperta di Bion anche allo scopo di capire i caratteristici fenomeni clinici che appaiono nel lavoro con i militari con esperienza del trauma di guerra. Quei fenomeni che ad una persona che inizia il lavoro con il trauma di guerra possono sembrare incredibili: come sono ad esempio il forte legame intimo tra i soldati che si sono trovati insieme durante le fatiche di guerra, e i cosiddetti sensi di colpa di uno che si è salvato; cioè i continui sensi di colpa di un militare che era stato testimone del trauma del suo compagno d'armi.

Prima di presentare in dettaglio questi fenomeni bisogna riflettere sulla natura dell'esperienza di guerra. Nella pratica clinica abbiamo a che fare con una situazione in cui i ricordi dei veterani sono caratterizzati dalla mancanza della narrazione verbale e di un contesto. Accade che questi ricordi siano trasmessi con una serie di immagini prive di contesto. La guerra stessa comporta con sè il fardello dell'eccezionalità. Cerca di spiegarlo in modo molto abile Judith Herman (1997) quando scrive: *Per un semplice soldato la guerra significa nel senso spirituale una sorte di orribile nebbia densa che copre tutto il mondo. La chiarezza rimane solo un ricordo. Tutto gira all'intorno. Le vecchie regole non funzionano più, le vecchie verità non sono più vere. Il bene si mischia con il male. L'ordine si mescola con il caos, l'amore con l'odio, il brutto con il bello, la legge con l'anarchia, la civiltà con i barbari. La nebbia ti trascina dentro. Non sai dove sei né perché ci sei; l'unica sicurezza che hai è pervasiva ambiguità. In guerra perdi la sensazione di essere una cosa precisa perché perdi il senso della verità; quindi è più sicuro dire che in una vera storia sulla guerra nulla è assolutamente vero.*

Della specificità dell'esperienza di guerra parla anche Bion (2015) descrivendola con il termine di disgustosa (*hideous*) prossimità nella quale il morto si mischia con il vivo, un frammento con la totalità, l'animale con l'uomo e il cibo con gli escrementi. *I ricordi dei soldati afghani pieni di fisiologia illustrano bene quest'idea*.

Nei processi sociali che seguono, questa straordinarietà è anche isolata dall'esperienza comune (ovviamente la guerra non ha carattere comune) e i soldati che vi partecipano ricevono uno stato speciale, lo stato delle persone che hanno toccato il mistero della guerra. Un tale militare ha spesso l'impressione che nessun civile e soprattutto una donna o un bambino, sia capace di capire il confronto tra il bene e il male che lui ha provato. Il suo approccio nei confronti della gente civile è un misto di idealizzazione e disprezzo: un uomo ordinario è nello stesso tempo innocente e incosciente. Percepisce se stesso invece come un essere superiore ma nello stesso tempo contaminato, come uno che ha violato il tabù dell'omicidio (Herman, 1997).

Questi processi vengono rispecchiati nel lavoro terapeutico soprattutto nei sentimenti che suscita il contatto con i veterani, tra i quali a parte l'impotenza e lo sgomento muto appare anche la sensazione di straordinarietà che risulta dal contatto con il conoscere il mistero, inaccessibile ai semplici mortali. Pare che una frequente reazione di un veterano: "*Se non era in Afghanistan non lo capirà*", si possa intendere come una manifestazione di opposizione, ma anche come una vera intraducibilità in parole di un'esperienza di guerra, oppure l'espressione del danneggiamento della capacità di verbalizzazione a causa di una lesione traumatica.

Il trauma di guerra è soprattutto la rottura dell'ordine interno, come conseguenza dello scontro con esperienze contrapposte. Le storie di guerra dei militari ci rendono coscienti della sensazione del disastro mentale che può far parte dell' esperienza dei militari, sia quelli che erano vittime della violenza che quelli che ne erano artefici. Spesso accade che già la prospettiva del testimone degli avvenimenti diventi traumatica. In questo contesto può risultare molto commovente la storia di un veterano che ha vissuto un crollo in seguito al confronto con le condizioni di vita della gente del posto, soprattutto dei bambini. La natura del trauma di guerra consiste tuttavia in quella spirale dove le esperienze di essere vittima ed artefice e testimone si alternano e creano una confusione mentale e distruggono le convinzioni che si avevano prima.

Inoltre i veterani quando raccontano la lotta tra la vita e la morte parlano di un certo tipo di *amok* di cui la forza motrice sono gli impulsi aggressivi e sadici. La proporzione di questi, che nella vita quotidiana sono inaccessibili per la coscienza, può anche essere quella di un'esperienza spaventosa. Il fatto di rendersene conto, soprattutto quando sono diventate il motore dell'azione distruttiva, implica la sensazione di varcare un certo limite e di non poter più tornare indietro. Per dare una buona illustrazione di questo, può essere utile un brano del racconto di un veterano:

"Allora li ho visti morire. Per me non erano uomini ma i bersagli da eliminare e basta. Quando si spara ad un uomo lui non muore come nei film, ma muore nel tormento. A volte avevo voglia di metterli a morte. Quello che ho visto mi ha fatto chiedere: ma sto da una buona parte, sono occupatore e loro difendono il loro paese.

Dopo un'azione ci mettevo una settimana per riprendermi. Dagli altri vedevo l'amok, si comportavano come se fossero sotto l'influenza delle droghe."

Durante la comune lotta i militari dividono quindi l'esperienza del continuo pericolo con l'esperienza della violazione delle regole vigenti in un mondo civilizzato. L'intensità degli avvenimenti invece rende la loro esperienza soprannaturale. In questa situazione la priorità è mantenere il senso di protezione che può dare solo il gruppo. In conseguenza all'interno del gruppo nascono legami molto forti basati sull'estrema dipendenza e la sopravvivenza di un soldato è strettamente legata al lavoro del gruppo. Quindi: *Per i soldati il senso di sicurezza è ancorato in una piccola identità di battaglia. Rimanendo insieme nelle condizioni di continuo pericolo i membri dell'unità si consolano con un'immagine in comune che la lealtà e fedeltà li salvino dal male. Hanno più paura di lasciarsi che della morte.* (Herman,1997)

Nei racconti dei veterani è frequente il motivo dei rituali definiti che regolano il funzionamento del gruppo di battaglia. Uno dei più popolari è la regola che dice che il numero di militari che parte per fare un'azione di battaglia deve essere uguale a quello di militari che ne tornano, anche se questo può significare il ritorno in un sacco nero. Lasciare il proprio compagno morto sul campo di battaglia per il gruppo è un'esperienza molto traumatica e distruttivo dei legami interni.

Il senso del legame specifico che si manifesta nei ricordi dei militari, si capisce nella frase nostalgica: " Mangiavamo dallo stesso piatto". I veterani fanno spesso capire che tra i colleghi si sentono vicini e compresi meglio che nelle relazioni con le loro spose o partner. Creare il legame è legato al bisogno della sicurezza e della coerenza ma può anche gratificare le persone. E' particolarmente pericoloso nel caso dei militari la cui storia è segnata dal trauma del legame. Per questi soldati l'esperienza della prossimità con i compagni di armi può avere il significato di ripresa, ma dall'altro lato fa sentire loro la nostalgia delle missioni. Questa nostalgia rende spesso difficile l'adattamento alla quotidianità.

Un'estrema dipendenza emotiva tra il gruppo e un individuo, che Bion ha paragonato alla relazione con la madre nel periodo della prima infanzia, fa sì che il gruppo sul campo di battaglia faccia una sorta di fusione. Gradi e spalline esistono dal punto di vista formale, ma nei contatti quotidiani vengono annullati. La gerarchia e la distanza presenti nella caserma spariscono. La situazione può portare a un conflitto interno tra la lealtà del gruppo che si esprime tramite il dichiarato atteggiamento di prontezza a morire per un compagno, e quel desiderio individuale, spesso respinto dalla memoria, di sopravvivere.

Gli specifici legami intimi nati sul campo di battaglia si rispecchiano nella cultura terapeutica. Il fenomeno è presente soprattutto nel gruppo omogeneo che si compone solo di veterani. In un tale gruppo tra i membri si crea molto velocemente il forte

senso di lealtà. Il senso di lealtà aiuta a capirsi reciprocamente ed ad aprirsi al lavoro sulle esperienze traumatiche. Benchè i veterani si lamentino spesso di soffrire del più alto numero di sintomi subito dopo l'inizio della terapia, allo stesso tempo parlano di un certo tipo di euforia che ritrovano nelle esperienze messe in comune.

Il senso di gruppo permette loro velocemente di rientrare nel passato di guerra e nel lutto. Durante il lavoro di un tale gruppo la temperatura dei sentimenti è molto alta e l'intensità dei ricordi traumatici attiva forti sensazioni di paura ed impotenza.

Alcuni terapeuti (Herman, 1997) parlano dello spostamento traumatico caratterizzato dall'intensità e mancanza di distanza, che è difficile paragonare con i sentimenti presenti in un'esperienza traumatica ordinaria. Nel lavoro con lo spostamento di questo tipo, in primo piano si trova la capacità di accumulare ricordi traumatici. I veterani fanno fatica a fidarsi del terapeuta finchè non si convincono che è capace di sopravvivere all'intensità dei particolari di guerra.

La lealtà reciproca si traspone anche nella percezione delle regole terapeutiche. I gruppi che si compongono solo di veterani internalizzano in modo sorprendentemente veloce le norme e si caratterizzano per la grande attenzione al setting. Forse anche perchè il terapeuta viene visto come il comandante, e le regole definite evocano gli ordini.

Comunque l'approccio al setting favorisce la fiducia, l'apertura e l'empatia ma anche il reciproco incoraggiarsi all'approvazione della sfida, cioè affrontare le ferite personali durante la terapia. Quando ogni paziente ricostruisce la propria storia i dettagli del suo racconto quasi sempre provocano le associazioni personali degli altri. I partecipanti delle missioni di guerra sono molto indulgenti nei suoi confronti, anche se spesso presentano brani dei propri ricordi che negano lo stereotipo del soldato - un forte e coraggioso commando, ad esempio, e la perdita del controllo dei propri bisogni fisiologici a causa dello stress. L'illustrazione migliore di questo fenomeno sarebbero le parole del più anziano nel gruppo di 12 veterani dette per riassumere il racconto di un altro partecipante: "E non ci sono i resistenti..."

I processi differenti si osservano in un gruppo eterogeneo in cui oltre ai veterani ci sono anche pazienti non legati all'esercito che soffrono di disturbi diversi dallo stress postraumatico. Questa esperienza dà ai veterani la possibilità di superare l'isolamento sociale che pesa sulla loro esperienza ed in conseguenza permette di ricostruire il senso di appartenenza alla società, distrutto dalla lesione. La partecipazione al lavoro di un tale gruppo permette ad un veterano di vedere la prospettiva della propria famiglia, per la quale la partecipazione alle missioni del figlio e del marito è anche un'esperienza pesante. Un'altra esperienza commovente è ad esempio la presenza nello stesso gruppo del veterano e della madre del suo compagno morto.

In un gruppo eterogeneo tuttavia il forte legame intimo tra i veterani può risultare

distruttivo per il processo terapeutico. Accade così quando uno dei membri del gruppo suscita le associazioni relative al senso di pericolo. Un esempio di questo fenomeno era dato dalla situazione in cui uno dei membri era un uomo proveniente da un paese islamico. La reciproca lealtà dei veterani divenne ostilità del gruppo nei confronti del sopradetto partecipante, rendendo impossibile il lavoro terapeutico.

Al forte legame tra i veterani è spesso legato il fenomeno dei sensi di colpa del sopravvissuto, presente nella pratica terapeutica. La perdita di uno dei membri del gruppo che aveva relazioni fortemente basate su una estrema dipendenza emotiva, è un'esperienza traumatica che risveglia sensazioni di impotenza incontenibili e un tipo di dolore che provoca come risposta sensi di colpa. La colpa si manifesta nei pensieri ostili che ricorrono nel modo di agire alternativo in una situazione traumatica. Come giustamente dice Herman (1997): *I sensi di colpa possono essere compresi come prova di avere ricevuto una lezione utile ad avere senso di forza e controllo. L'illusione che si sarebbe potuto reagire meglio è probabilmente più facile da sopportare che affrontare la verità e affermare la propria impotenza. I sensi di colpa sono particolarmente dolorosi se la vittima della lesione era testimone della sofferenza o della morte di altre persone. La coscienza di essere sopravvissuti mentre gli altri non hanno avuto questa fortuna è un'accusa forte. Le persone sopravvissute a una catastrofe o una guerra soffrono di vedere ripetitivamente le immagini di quelli che muoiono e che non potevano aiutare. Si sentono colpevoli di non aver rischiato la vita per salvare gli altri, di non rispondere alle domande di uno che moriva.*

Il meccanismo dei continui sensi di colpa in gran parte è di sicuro basato sulla personalità e sulle precedenti lesioni traumatiche, non sempre legate alla guerra; ma contemporaneamente si iscrive nella logica del conflitto legato alla specificità del trauma di guerra, in cui i sensi di colpa e le fantasie di morire per un compagno bloccano la gioia della sopravvivenza. E' una situazione in cui sottostante all'atteggiamento cosciente che si esprime con le parole: "morirei per lui" si nasconde la fantasia incoscia: "Meno male che non sono stato io". Viste le difficoltà di accettare quella "terribile" fantasia i sensi di colpa del sopravvissuto spesso sono uno dei sintomi più difficili da elaborare. Molto spesso il veterano in seguito all'azione terapeutica riprende la capacità di comunicare le proprie esperienze e la propria distorsione della percezione della realtà insieme alla maniera magica di vedere la propria influenza. Per illustrarlo si può osservare la situazione clinica seguente:

> E' il caso del paziente, un trentenne ufficiale, proveniente di una famiglia completa (i genitori stavano nelle buone relazioni) con 4 fratelli che ha partecipato nella missione in Afghanistan. Da piccolo era bambino che *cercava dei guai e ne usciva sempre illeso*. La sua vita procedeva senza seri problemi, il paziente aveva fatto gli studi tecnici poi si è sposato. Dopo la missione non si è fatto consultare dallo psicologo e psichiatra. Non ha vissuto nessuna grande

lesione traumatica, ma nella sua famiglia c'era da sempre un tabù sul suicidio dello zio in seguito ad una delusione amorosa. Lui stesso si descriveva nel modo seguente: *Come sono? Maligno, indagatore, mente tecnica. Il nero è nero, il bianco è bianco. Cerco di spiegare tutto in modo chiaro. Un misto di curiosità e cattiveria. Mi piace rispettare le regole.*

E' andato a fare la prima missione per i motivi finanziari. *Alla seconda è andato da solo, qualcosa lo ha trascinato.* Durante la seconda missione ha vissuto un trauma. I militari come al solito passavano il tempo nello spazio per fumatori quando ha avuto luogo un attacco di missili. Il paziente istintivamente si è messo a scappare verso il rifugio senza guardare i suoi subordinati rimasti. In seguito all'attacco alcune persone sono state ferite tra cui uno gravemente.

Rientrato dalla missione ha ripreso il lavoro. I sintomi dello stress si sono sviluppati in 6 mesi. Ecco come descriveva il suo stato: *Eravamo sul poligono…..qualcuno ha fatto ascoltare al telefono il segnale di allarme dall'Afghanistano ....e tutti i miei giocattoli sono caduti....L'ha visto il mio amico (lo è ora), prima lo conoscevo solo come collega. Mi ricordo solo che ero seduto e non mi interessava di niente, fumavo una sigaretta dopo l'altra...non mi interessava niente allora....E difficile dire...non so quanto è durato...lo stato di impotenza. Prima non l'ho mai avuto, uno stato così. Il mio hobby è morto…motori...mi piaceva fare qualcosa con le macchine. Tutto il tempo mi chiedo se non vale la pena di riprenderli. Non ho sogni. Piuttosto solo dei piccoli piani. Mi concentro sulla moglie, il figlio….partire finalmente per la vacanza. Mi piaceva sempre avere il punto di riferimento – una data, un luogo, un'attività.*

Sono riuscito a realizzare i miei scopi, mettere su una famiglia, avere una casa. Qualcosa manca a guardare ora...avere un figlio, sposarsi. La famiglia è una cosa a lungotermine. Una parte di me è tecnica l'altra è emotiva. Adesso voglio concentrarmi su quella tecnica.

Il paziente durante la terapia era molto sconcentrato. Il contatto visivo quasi non c'era. Le sue frasi erano non complete. Delle lunghe pause, sospensioni duranti le quali guardava a terra. Alle domande dove fosse in quel momento rispondeva "lontano da qui". Quando cominciava a parlare a volte si fermava piangendo. In ospedale il paziente ha partecipato nello stesso tempo ad una terapia di gruppo (gruppo composto di veterani e civili) e alla terapia individuale (2 volte alla settimana). Il miglioramento di sintomi è arrivato abbastanza velocemente e questo gli ha permesso di funzionare normalmente. La sua attività nel gruppo invece non era coerente. Di solito aveva un contatto con la realtà molto buono anche quando commentava le parole degli altri più che quando raccontava di se stesso. La situazione cambiava totalmente quando cominciava a parlare del suo trauma. Dimostrava la convinzione magica sulla propria influenza e questo aggravava la sua

sofferenza. Con gli altri membri allora comunicava dal livello di un superio molto rigido con un ruolo di "accusatore", indicava le dimenticanze e le eccezioni dalle regole. Nonostante alcuni ricoveri terapeutici i sensi di colpa del paziente avevano la tendenza a persistere allo stesso livello. Il suo successo più grande nel processo terapeutico era quello di accettare la propria voglia di salvarsi nel momento dell'attacco di missili.

Sembra che nonostante l'analisi della struttura della personalità del paziente che di sicuro potrebbe aiutare a capire la persistenza del sintomo, il rendersi conto dell'importanza della relazione tra i militari e il conflitto su cui essa si basa nelle condizioni di guerra permetta di affrontare le conseguenze distruttive della lesione traumatica.

Bibliografia

Bion, Wilfried, R. (2015). *War Memoirs 1917-1919.* ed. Francesca Bion. London: Karnac.

Janoff-Bulman, Ronnie (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma.* New York: Free Press.

Herman, Judith (1997). *Trauma and Recovery.* New York: Basic Books.

Souter, Kay, M. (2009) The War Memoirs: Some origins of W.R. Bion. *International Journal of Psychoanalysis* 90: 795 – 808.

Maciej Zbyszewski è Gruppo Analista (IGA Istituto di Gruppo Analisi di Rastów, Varsavia),

Email: maciekzbyszewski@yahoo.com