

Silvia Pontoglio

“Siamo tutti vittime dello stesso trauma”. Decostruzione della contrapposizione vittima-carnefice e uso dell’EMDR nel nord dell’Uganda

Riassunto

Il binomio vittima-carnefice non è sempre ben definito e l’esclusione totale del carnefice dai programmi di supporto psicologico per le vittime può risultare gravemente dannosa: chi è la vera vittima di un conflitto? Lo è solo il civile innocente coinvolto nella guerra o lo è anche chi viene catturato, arruolato e costretto a uccidere la sua gente? Questo articolo nasce dalla volontà di scardinare la solidità della definizione di vittima, con l’intenzione di inserire nella definizione classica anche gli ex combattenti del conflitto del Lord’s Resistance Army (LRA) in Uganda. In seguito al conflitto, la sintomatologia più comune riscontrata negli ex carnefici rileva una predominanza di casi di PTSD. Questo studio mira a dimostrare come la terapia EMDR possa costituire un valido approccio psicoterapeutico per assistere qualsiasi tipo di vittima di guerra. Lo studio affronterà il background storico e l’analisi della praticabilità dell’EMDR, insieme ad altre pratiche di supporto psicologico, analizzando i potenziali scenari e le sfide che ne derivano.

Parole chiave: EMDR, Uganda, vittime di guerra, PTSD, riconciliazione.

Abstract

The victim-perpetrator pair is not always well-defined, and the total exclusion of perpetrators from psychological support programs can be highly harmful: Who is the real victim of a conflict? Is it just the innocent civilian who is involved in the war, or is it also the innocent civilian who is kidnapped, given weapons, and forced to kill his own people? This article stems from the desire to deconstruct the solidity of the definition of victim, and from the intention of including in the canonical definition also the former combatants of the Lord’s Resistance Army (LRA) conflict in Uganda. Following the conflict, the most common symptomatology found in former perpetrators shows a predominance of PTSD cases. This study aims to demonstrate how EMDR therapy can be a valid psychotherapeutic approach to assist any category of war victim. The study will address the historical background and will analyze the practicability of EMDR, along with other psychological support practices, considering potential scenarios and challenges that may arise.

Key words: EMDR, Uganda, war victims, PTSD, reconciliation.

Il contesto: il conflitto dell’LRA e l’esposizione traumatica delle sue vittime

Il Lord’s Resistance Army (LRA), fondato in Uganda alla fine degli anni Ottanta, è un noto gruppo di forze ribelli guidato da Joseph Kony. Il primo obiettivo dell’LRA (precedentemente chiamato Uganda People’s Democratic Christian Army o anche Uganda Christian Democratic Army) era quello di contrastare il governo, guidato all’epoca da Yoweri Museveni. La conseguenza della sua istituzione fu un enorme conflitto armato che colpì l’intera popolazione ugandese, che ha trovato il suo picco di brutalità nello scontro contro il popolo

Acholi, situato nella parte settentrionale del Paese. Secondo la World Peace Foundation, Kony ha affermato che l'LRA sta combattendo in favore del popolo Acholi dell'Uganda settentrionale, ma le operazioni si sono estese al di fuori dell'Uganda, nei Paesi vicini. Dopo la sua costituzione negli anni Ottanta, infatti, le dimensioni dell'LRA sono cresciute esponenzialmente: nei primi anni del conflitto, le truppe agivano solo nella parte settentrionale del Paese, ma a metà degli anni Novanta Kony ha iniziato a ricevere il sostegno di altri governi, a partire da quello sudanese, e a spostare il conflitto anche nel territorio di confine con il Sudan meridionale. Molti analisti e ricercatori hanno cercato di determinare il numero dei membri delle truppe dell'LRA, ma è stato difficile definirlo con chiarezza. Secondo il Crisis Tracker dell'LRA, però, le forze ribelli armate contavano più di 2.000 combattenti all'inizio del 2000, per poi diminuire soltanto alla fine del decennio 2000-2010 (LRA Crisis Tracker, 2015)

Il governo ugandese ha sperimentato diverse tecniche per ostacolare l'avanzata dell'esercito di Kony: una delle operazioni più significative è stata l'istituzione di molti villaggi protetti dove spostare i civili. Dopo il loro primo insediamento nel 1996, questi villaggi sono diventati campi di sfollamento mantenuti in condizioni pessime e in cui gli ospiti erano sottoposti a violenze brutali da parte di soldati e funzionari di polizia. Come dichiarato dall'UNHCR nel 2012, durante il picco del conflitto nel 2005, ci sono stati circa 1,84 milioni di sfollati, distribuiti in circa 251 campi nella parte settentrionale del Paese (UNHCR, 2012). Herman (2003) ha definito gli eventi traumatici come eventi di natura grave che si protraggono ripetutamente per un lungo periodo di tempo e che hanno origine tipicamente durante l'infanzia. I ricordi traumatici vissuti e rivissuti possono avere un forte impatto sulla vita quotidiana delle vittime, soprattutto, come sostiene Herman, perché possono trasformarsi in disturbi a lungo termine se non vengono trattati nel modo giusto.

Ma chi è la vera vittima? Chi ha bisogno di essere curato e aiutato come vittima di guerra? Gli autori del conflitto sono vittime del conflitto stesso? Nel contesto del conflitto dell'LRA, la persistenza della guerra nel corso degli anni ha reso la vita di molti civili difficile ed esposta a gravi traumi legati alla guerra stessa, ma soprattutto all'episodio del rapimento per coloro che hanno trascorso del tempo nelle zone rurali e poi hanno cercato di tornare alla loro precedente comunità e ricostruire la loro vita e la loro dignità (Corbin, 2008). Tutti i ragazzi e le ragazze che sono stati rapiti nella macchia rurale e che sono stati poi obbligati a perpetuare il conflitto e gli stessi crimini di cui sono stati vittime si chiamano "vittime politiche complesse". È difficile e controverso poter aiutare queste vittime nello stesso modo in cui vengono trattate le vittime politiche non complesse: i dibattiti sulla giustizia al giorno d'oggi non riconoscono loro né lo status di vittima né quello di carnefice. È quindi necessario condannare l'ex combattente del conflitto dell'LRA o perdonarlo? È necessario aiutare queste persone ad affrontare eventuali disturbi di salute psichica? Questo studio mira ad analizzare i metodi attuabili nel quadro del sostegno alla salute mentale degli ex combattenti in generale e nel caso specifico degli autori del conflitto ugandese.

Il dibattito su incarcerazione o riconciliazione per gli ex combattenti rapiti dall'LRA e le sue conseguenze

Ciò che ha avuto un impatto su tutti i civili coinvolti nella guerra è il rapimento di persone dai villaggi rurali del nord Uganda. La ricerca condotta da Invisible Children (2019), l'ONG fondata appositamente allo scopo di denunciare al mondo le atrocità dell'LRA, mostra che l'LRA ha rapito sia uomini che donne in età tardoadolescenziale o poco più che ventenni (Invisible Children, 2019; Schomerus, 2007), ma anche oltre 30.000 bambini sotto i diciotto anni per rafforzare l'esercito. Molte interviste condotte nei villaggi mostrano che i ribelli dell'LRA avevano una preferenza per i bambini e i giovani, piuttosto che per gli adulti, perché i bambini possono essere catturati più facilmente e possono essere controllati e indottrinati con meno difficoltà. Kelly, Branham e Decker (2016) osservano che “una volta arruolati, questi bambini devono affrontare un'esposizione prolungata alla violenza, tramite svariate esperienze che comprendono la costrizione a uccidere o a ferire altri e la ripetuta vittimizzazione personale, compresa la violenza sessuale” (Kelly, Branham, Decker, 2016, p. 1). Le statistiche sui rapimenti sottolineano che i rapiti venivano rilasciati dopo un periodo di servizio come soldati, nel caso dei maschi, e come schiave del sesso nel caso delle femmine (Allen e Schomerus, 2006). Si osserva inoltre che i bambini catturati dai ribelli dell'LRA erano spesso obbligati a portare armi e rifornimenti per lunghe distanze.

La procedura del rapimento comprendeva alcune fasi iniziali di indottrinamento per far sì che i rapiti diventassero “addetti ai lavori” del gruppo ribelle, e l'intera operazione era ovviamente associata a un significativo senso di separazione dai legami emotivi preesistenti, isolamento e controllo della comunicazione, assegnazione ad ambienti nuovi e sconosciuti, intimidazioni e persino un'identificazione inconscia con l'aggressore. Lo studio condotto da Kelly, Branham e Decker (2016), ha evidenziato l'enfasi che gli intervistati (ex rapitori e parenti) ancora oggi pongono sulla natura violenta e coercitiva dell'LRA. Questo aspetto è stato ripreso negli estratti delle interviste. “I bambini non si arruolano mai in maniera volontaria, vengono rapiti per strada, nei campi, anche nei villaggi, vengono addestrati e diventano ribelli dell'LRA” (madre di un bambino precedentemente rapito; Kelly, Branham, Decker, 2016, p. 4). “Abbiamo iniziato a saccheggiare e uccidere, a rapire bambini dal villaggio e a portarli al campo [dell'LRA]. Quelli più grandi, li uccidevamo” (diciassettenne rapito e arruolato; *ibidem*). Jo Becker, della divisione per i diritti dei bambini di Human Rights Watch, ha drammaticamente affermato che “il rapimento di bambini ha distrutto la vita di migliaia di bambini e delle loro famiglie” (Human Rights Watch, 2003) e, come espresso esplicitamente da Van Acker, l'uso delle persone della comunità civile come soldati ha addirittura “tolto [loro] la possibilità di attribuire la responsabilità o le conseguenze dell'angoscia che soffrono” (Van Acker, 2004, p. 354).



Conseguenze sulla salute mentale degli ex rapiti

La definizione comunemente nota di “vittima” rende più facile l’attribuzione di un bisogno di aiuti umanitari ai civili che hanno sofferto a causa di perdite, piuttosto che ai partecipanti del conflitto stesso; purtroppo, così si finisce di solito per escludere dall’aiuto umanitario canonico tutte quelle persone che non rientrano in tale definizione, come appunto le cosiddette vittime politiche complesse. Erica Bouris (2007), nel suo libro *Complex political victims*, esprime profonda preoccupazione per la netta distinzione tra vittima e carnefice, sostenendo che “l’impossibilità [degli ex combattenti] di accedere alla giustizia alimenta potenzialmente la costruzione sociale dell’‘altro’. Questa costruzione è il primo passo verso la disumanizzazione di un sottogruppo, che spesso porta alla violenza” (Bouris, 2007, p. 20). Tuttavia, è facilmente comprensibile che i possibili effetti del rapimento possono essere enormemente difficili da affrontare, soprattutto quando si tratta di tornare nelle proprie comunità e di ricostruire la propria vita.

Molti studi hanno documentato un alto tasso di problemi di salute mentale tra gli ex combattenti e i bambini-soldato. Le esperienze vissute durante il conflitto dagli ex combattenti, soprattutto nel caso dei bambini-soldato, possono portare a conseguenze a lungo termine la cui natura è influenzata da molti fattori: Betancourt et al. (2010) hanno condotto una ricerca sugli ex bambini-soldato in Sierra Leone e hanno scoperto che esperienze come il ferimento e l’uccisione di altri individui sono state spesso seguite da un aumento dei problemi esternalizzanti e da una diminuzione dei livelli di comportamento adattivo, mentre l’esperienza dello stupro ha più spesso portato all’aumento della tendenza all’interiorizzazione del problema, espressa con depressione e attacchi d’ansia. A seguito dei risultati ottenuti, hanno anche sostenuto che le diverse forme di trauma hanno effetti diversi sulla salute mentale: l’esperienza di assistere a violenze di guerra non era, per esempio, associata a malattie mentali, ma solo all’impatto sulla quotidianità, mentre essere violentati o direttamente coinvolti in una situazione di conflitto era più probabilmente associato a problemi interiorizzanti e malattie mentali (Betancourt et al., 2010, p. 8). Risultati simili sono stati rilevati da Kohrt et al. (2008) mentre analizzavano la situazione della salute mentale post-conflitto dei bambini-soldato in Nepal: “La differenza nella salute mentale tra i bambini-soldato e i bambini mai arruolati può essere spiegata, in parte, da una maggiore esposizione ad eventi traumatici tra i bambini soldato, soprattutto nel caso di difficoltà psicologiche generali e disturbi funzionali” (Kohrt et al., 2008, p. 8). Il ricordo legato al rapimento o alla schiavitù durante la guerra può essere elaborato e metabolizzato da parte delle vittime di queste esperienze, ma, in molti casi, può persistere a lungo, fino a trasformarsi in Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). I sintomi più comuni e frequenti sono insonnia, tensione muscolare, grave difficoltà a pensare al futuro positivamente, costante senso di minaccia, ma anche gravi crisi d’ansia o attacchi di panico. È frequente che le persone colpite rivivano le loro esperienze attraverso sogni, odori, suoni o sensazioni fisiche: questo può portare a sensazioni di iperagitazione, ma anche all’alienazione o all’autocolpevolizzazione per essere stati associati ai ribelli. Yehuda e colleghi

(1993) hanno offerto una visione più ampia di questo aspetto, sostenendo che la percentuale di persone che sperimentano tali disturbi è compresa tra il 25% e il 33%. Questi disturbi psicosociali possono facilmente portare a diversi tipi di problemi di salute mentale, come la depressione e anche casi di grave difficoltà di adattamento (Yehuda, 1993).

Anche lo stigma associato ai rimpatriati svolge un ruolo importante nella riabilitazione della salute mentale delle vittime dei rapimenti: la reintegrazione appare di solito difficile, poiché le comunità tendono a temere gli ex bambini-soldato e spesso finiscono per isolarli. Okiror (2018) ha riportato il caso di Agnes Acayo, rapita a nove anni e tenuta prigioniera dall'LRA per diventare la moglie di uno dei ribelli. Lei, che oggi ha trent'anni, è tuttora in uno stato di povertà, con grandi difficoltà a trovare un lavoro, in quanto si sente rifiutata dalla stessa comunità in cui è cresciuta: "È difficile affrontare la vita. Noi [ex combattenti] siamo emarginati e abbandonati. Continuo a pensare se tornare a combattere o suicidarmi" (Agnes Acayo in Okiror, 2018). Le persone che tornano dal conflitto affrontano la stigmatizzazione, la discriminazione e il rifiuto da parte della comunità e "quando sanno che sei un ex combattente ribelle, la gente ti punta il dito contro e ti guarda come un assassino" (Agnes Acayo in Okiror, 2018). Questa situazione può facilmente portare a maltrattamenti, stigmatizzazione e abusi, soprattutto per le ragazze che vengono violentate dai soldati e che ora vengono riconosciute come mogli dei ribelli (Specht e Attree, 2006). La mancanza di una chiara definizione di vittima sta interferendo con un'equilibrata offerta di salute mentale sia per i civili che per gli ex combattenti, essendo questi ultimi considerati non vittime, ma vittime "complesse".

Le ricerche condotte su queste persone dimostrano sempre che l'esperienza come soldato espone le vittime a tassi più elevati di problemi di salute e benessere mentale, e che il complicato reinserimento nelle comunità precedenti può contribuire alle difficoltà quotidiane (Specht e Attree, 2006).

Interventi psicosociali per la salute mentale degli ex combattenti e dei carnefici

Negli ultimi decenni la letteratura riguardante la gestione delle crisi in persone che hanno vissuto una dopoguerra è molto migliorata, soprattutto per quanto riguarda tutti i possibili interventi e le terapie specifiche da utilizzare per trattare i sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD). La sintomatologia più tipica comprende solitamente attacchi di panico, insonnia, tensione muscolare, alienazione e, in alcuni casi, anche sensi di colpa. Dopo un'esperienza disastrosa, le vittime del conflitto o della situazione di emergenza devono spesso affrontare gravi conseguenze che possono influire sul loro benessere psichico, le quali, se non vengono trattate in breve tempo, possono anche durare decenni. Tofani e Wheeler (2011), per esempio, hanno presentato uno studio che sostiene che la mente umana, una volta colpita da situazioni di emergenza o disastrose, tende a faticare ad analizzare e metabolizzare razionalmente i ricordi legati all'evento e alle conseguenze che ne derivano: per que-

sto motivo, è necessario lavorare immediatamente sulle persone colpite, in particolare sulla loro salute mentale perché “i traumi accumulati possono diminuire la loro resilienza e qualità della vita e allo stesso tempo aumentare il rischio di problemi di salute” (Yurtsever et al., 2018, p. 2). Grazie a una ricerca condotta da Dyregrov (2002), è stato anche dimostrato che il coinvolgimento umano nelle memorie traumatiche abbia un ruolo cruciale negli effetti post-traumatici: lo studio ha scoperto che fattori di stress come conflitti, guerre e altri crimini causati dall'uomo tendono a essere la causa di sintomi clinici molto più gravi rispetto a quelli causati da emergenze naturali e disastri. Il passaggio di un ex combattente dal conflitto alla società civile è spesso causa di molteplici complicazioni (Fairweather e Garcia, 2007) ed è per questo che in alcuni casi è necessario intervenire clinicamente sulla salute mentale delle vittime. Se il processo di reintegrazione avviene senza un processo di screening preventivo, potrebbero esserci problemi di riadattamento con rischi di ritraumatizzazione anche elevati. La necessità di assistere clinicamente le vittime è una necessità per l'intera comunità in quanto “La riabilitazione è un approccio ecologico che mira al recupero a lungo termine e alla massima autosufficienza” (Jayatunge, 2013).

Nel 1996, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha votato all'unanimità a favore di un quadro di riabilitazione psicosociale che definisce la riabilitazione psicosociale come un “processo che aiuta gli individui in difficoltà, disabili o portatori di handicap causati da un disturbo mentale a raggiungere un buon livello di funzionamento indipendente nella comunità” (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1996). L'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) nel 2006 ha anche creato una lista di principi guida in relazione agli standard di reintegrazione da seguire per aiutare le persone coinvolte nel conflitto e gli ex combattenti a ricostruire la loro vita nella loro comunità. I cosiddetti programmi di disarmo, smobilitazione e reinserimento (DDR) si basano sull'idea che “le pratiche di riabilitazione psicosociale aiutano i veterani di guerra a ristabilire ruoli normali nella società, l'indipendenza e la loro reintegrazione nella vita comunitaria” (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, 2006). Il punto focale del foglio informativo redatto dall'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (2006) è che il successo della reintegrazione economica e sociale degli ex combattenti nella loro comunità è cruciale per garantire un ambiente postbellico pacifico e stabile. La raccomandazione principale data dall'OIM (2006) è di usare un approccio multidisciplinare per affrontare i bisogni psicosociali degli ex combattenti e dei carnefici in quanto “i programmi sono progettati sia per evitare un'inutile patologizzazione e stigmatizzazione delle sfide emotive che affrontano sia per sottolineare l'interconnessione dei fattori sociali, psicologici, antropologici e clinici con il livello individuale, familiare, di gruppo e comunitario” (International Organization for Migration, 2006).

Un aspetto importante da considerare quando si utilizzano i programmi DDR con le vittime di violenze di guerra o di traumi correlati è l'età del paziente. (Schauer et al., 2017). Come riportato nel quadro della riabilitazione psicosociale e del reinserimento degli ex combattenti scritto da Schauer et al. (2017), “quando i bambini vengono reclutati in giovane età da gruppi di ribelli

o strutture militari, il loro naturale e sano sviluppo sarà compromesso e ne risulterà una moltitudine di problemi fisici, psicologici e mentali [...]. Lo stress traumatico, per esempio, è un fattore noto, che può modificare la struttura e il funzionamento del cervello, e quindi alterare il funzionamento cognitivo, emotivo, fisico per il resto della vita [...]. Inoltre, il reclutamento precoce impedisce ai giovani, per esempio, di imparare le regole e le norme sociali [e] costruire reti di contatti” (Schauer et al., 2017, p. 32). Il processo di riabilitazione dei giovani può sembrare complicato, ma dovrebbe anche essere altamente prioritario in quanto, se non viene iniziato e impostato a breve termine, rappresenta una grave minaccia per la stabilità sociale dell'intera comunità.

Sebbene negli ultimi anni l'attenzione verso il sostegno psicosociale nei paesi non occidentali sia aumentata, in generale le risorse dedicate ai programmi DDR sono minime e i paesi non occidentali presentano spesso una carenza o addirittura una mancanza di operatori e di infrastrutture adeguate (Schauer et al., 2017).

L'attuabilità della terapia di EMDR con gli ex carnefici in Uganda

Le ricerche condotte riguardo ai metodi da utilizzare per ridurre i sintomi di PTSD sono molte e diverse tra loro; quando si tratta di stabilire quale percorso possa essere il più adatto per il PTSD, molti studi accademici si riferiscono all'uso della stimolazione bilaterale degli occhi della vittima, utilizzando quindi la specifica terapia di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR). Oggi sono molte le ricerche che sostengono che l'uso della terapia di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari sembra essere il modo migliore e più rapido per trattare ogni tipo di ricordo legato a traumi e situazioni disastrose (Maxfield, 2008), ma anche per curare persone che sono state vittime di aggressioni o che soffrono di depressione (Brady et al., 2000) senza sintomi di PTSD. L'EMDR è un approccio psicoterapeutico basato sulla stimolazione bilaterale degli occhi delle vittime, da sinistra a destra e indietro, condotta seguendo il movimento delle dita del terapeuta mentre i pazienti pensano e parlano dei loro ricordi inquietanti (sito ufficiale EMDR, 2019). Questo movimento oculare aiuta il paziente a riattivare i ricordi e la sua capacità di reagire ad essi, precedentemente bloccati dall'impatto traumatico. Durante il processo, i ricordi svaniscono progressivamente e il paziente li vede e li percepisce in modo completamente diverso e più rilassato. Il movimento bilaterale aiuta la riconnessione dei lati opposti del cervello e la riattivazione del funzionamento neurofisiologico originale (Shapiro, 2014; Spechi e Attree, 2006); la terapia EMDR facilita quindi il trattamento di molte diverse psicopatologie e disturbi causati sia da eventi traumatici che da situazioni di stress. L'idea alla base dell'intero processo è che “il modello su cui si basa l'EMDR presuppone che gran parte della psicopatologia sia dovuta alla codifica disadattiva o all'elaborazione incompleta di esperienze di vita traumatiche o di disturbo. Queste esperienze memorizzate in modo disfunzionale non possono essere integrate in modo adattivo [...]. Viene utilizzato un procedimento specifico per accedere e rielaborare le informazioni che

incorporano il movimento degli occhi o la stimolazione bilaterale alternata del cervello [...] chiamata stimolazione bilaterale (BLS)” (Gonzalez, Del Rio-Casanova e Justo-Alonso, 2017, p. 431).

L'EMDR è stata riconosciuta come una terapia basata sull'evidenza per tutte le vittime di esperienze traumatiche che sono ancora alle prese con la metabolizzazione dei ricordi ad esse correlate (Bisson et al., 2013). Ad oggi è considerata la tecnica più efficace e molte organizzazioni stanno iniziando a utilizzarla con i loro clienti o con il loro staff durante le sessioni di consulenza e debriefing: l'FBI, per esempio, ma anche l'UNICEF e altre ONG, hanno introdotto l'uso della terapia EMDR come intervento adeguato per i loro programmi e progetti di resilienza sul campo. L'ideatrice e sviluppatrice dell'EMDR, Francine Shapiro, è stata la prima studiosa a sostenere che la stimolazione bilaterale è in grado di “sbloccare” l'intero sistema delle memorie non metabolizzate: lei sostiene che, dopo alcune sessioni di EMDR, il cervello inizia a elaborare l'evento traumatico e a ricollegarsi alla memoria adattiva (Shapiro, 2001). Grazie all'EMDR, è quindi diventato possibile trattare molti disturbi e malattie mentali, come “psicosi, disturbo bipolare, depressione unipolare, disturbi d'ansia, disturbi da uso di sostanze e mal di schiena cronico” (Valiente-Gómez et al., 2017, p. 2). Sono state condotte molte ricerche negli ultimi vent'anni su altre applicazioni specifiche dell'EMDR; in particolare, De Jongh, Broeke e Renssen (1999) hanno dimostrato la praticabilità della terapia EMDR in relazione al trattamento di specifiche fobie. Mentre di solito le fobie vengono trattate attraverso un'esposizione in vivo, ci sono alcuni tipi di fobie impossibili da trattare e risolvere attraverso la stessa esposizione, come la tortura, la morte, lo stupro o fobie che sarebbero troppo costose da trattare attraverso l'esposizione (un esempio frequente è l'aviofobia, la paura di volare). Sebbene la letteratura sul possibile uso dell'EMDR oltre il PTSD e la depressione sia ancora molto scarsa, è stato ampiamente dimostrato che questa terapia è un metodo efficace anche se utilizzata con diverse applicazioni e interventi come, per esempio, le fobie. Il numero di medici e terapeuti che oggi scelgono di utilizzare l'EMDR per curare i loro pazienti sta aumentando. Allo stesso modo aumentano le possibili applicazioni della terapia su diversi problemi di salute mentale. Un grande problema derivante dall'uso dell'EMDR con le vittime di guerra e gli ex combattenti riguarda l'adattamento culturale della terapia stessa: uno dei primi accademici a mettere in discussione la fattibilità della terapia EMDR con qualsiasi tipo di paziente è Summerfield (1999) che ha sostenuto che “il PTSD è un concetto occidentale che deriva dalle tradizioni psichiatriche, che potrebbe non sintetizzare l'esperienza dei non occidentali [...]. Per esempio, il modo di affrontare le difficoltà può variare culturalmente, poiché lo stile di ‘elaborazione del trauma’ è particolarmente occidentale” (Sykinioti, 2018, p. 50). La ricerca condotta da Acarturk et al. (2015) ha dimostrato, per esempio, che molte popolazioni non occidentali potrebbero temere le conseguenze dei trattamenti psicoterapeutici, compresa l'EMDR, in quanto pensano che questi trattamenti potrebbero trasformarli in persone mentalmente instabili. È fondamentale, quindi, tenere sempre in mente che concetti come la salute e la malattia mentale possano essere sconosciuti in molti paesi, o addirittura considerati come un grave tabù.

Molti terapeuti sollevano seri interrogativi sull'attuabilità dell'EMDR con la popolazione non occidentale, compresa quella ugandese. Il motivo di questo scetticismo sull'applicazione dell'EMDR si basa sia su una generale mancanza di riconoscimento dei problemi di salute mentale, sia sulle barriere comunicative che potrebbero facilmente limitare la libertà di espressione dei pazienti. Nel 2007, per esempio, l'Inter-Agency Standing Committee (IASC) ha condotto una ricerca che sostiene che in Siria ci sono meno di 0,5 psichiatri o psicoterapeuti ogni 100.000 persone (IASC, 2007); la mancanza di personale specializzato e di professionisti rende il problema ancora meno conosciuto e difficilmente accessibile alla comunità. Inoltre, Crumlish e O'Rourke (2010) hanno cercato di evidenziare il problema del gap comunicativo: durante una ricerca con i rifugiati siriani, hanno dimostrato che la maggior parte dei pazienti prende parte alla terapia EMDR senza essere accompagnati da un interprete, e questo ovviamente ha un forte impatto negativo sulla comunicazione tra l'operatore e il paziente e sull'intero processo della sessione terapeutica. Le potenziali difficoltà date dalla barriera culturale e linguistica sono attualmente in fase di studio, con l'obiettivo di comprendere al meglio come possano realmente influenzare - o non influenzare - il dialogo tra paziente e terapeuta; tuttavia, ci sono già sufficienti dati che dimostrano una maggiore efficacia delle sessioni di terapia EMDR condotte in un linguaggio condiviso da entrambe le parti del processo.

L'EMDR è un metodo efficace da utilizzare con soggetti non occidentali, come i richiedenti asilo, i rifugiati o gli ex combattenti, ma è probabilmente ancora più efficace con altri gruppi di pazienti e vittime. La letteratura sull'uso di questa terapia è ancora molto carente, ma gli studi sul metodo EMDR sono in aumento, e probabilmente lo scetticismo riguardante la sua applicazione si risolverà presto (Castelli Gattinara e Pallini, 2017).

Conclusione

L'articolo mostra che il binomio vittima-carnefice non è sempre ben definito e che una rigida distinzione tra le due categorie può essere gravemente dannosa per l'autore del reato. Il punto critico di questo articolo si concentra sulla concezione limitata che la società tende ad avere della definizione di vittima: chi è la vera vittima di un conflitto? Sono solo i civili innocenti coinvolti nella guerra? In alternativa, è anche colpevole chi viene catturato, arruolato tra i ribelli e costretto a uccidere la sua gente? Leggendo la definizione di vittima, è possibile vedere come essa sia generalmente descritta come "qualsiasi persona o organizzazione che subisce un danno sotto la giurisdizione della Corte [penale internazionale]" (Baines e Ojok, 2008, p. 5). Le cosiddette "vittime politiche complesse" non sono incluse in questa definizione; quindi tutti i ragazzi e le ragazze che sono stati vittime di rapimento e che sono cresciuti - e in alcuni casi sono anche nati - nel contesto dell'LRA non sono considerati vittime. Pertanto, questo articolo mira a risolvere il dibattito su chi siano le vere vittime del conflitto dell'LRA, ed è riuscito a dimostrare come le persone che sono state rapite e costrette a unirsi alle milizie ribelli siano vittime di

quei crimini che loro stessi hanno perpetrato nelle loro comunità. Sono state portate via con la forza dalle loro case e costrette a ferire, violentare, uccidere la loro gente. Il mancato riconoscimento dello status di vittime a questi soggetti può costituire per loro una minaccia critica, poiché non hanno diritto a nessuna forma di sostegno economico o psicosociale, poiché spesso esso è rivolto solo ai civili innocenti coinvolti nel conflitto. Inoltre, la ricerca cerca di dimostrare che il rapimento di persone dai villaggi rurali durante i conflitti, in questo caso durante il conflitto ugandese contro il Lord's Resistance Army, può avere un forte impatto su tutti i civili coinvolti nella guerra. Il rapimento nelle comunità contadine della parte settentrionale dell'Uganda ha coinvolto soprattutto uomini e donne tra la fine dell'adolescenza e i primi vent'anni (Invisible Children, 2019), ma anche circa 30.000 bambini sotto i diciotto anni (Schomerus, 2007). Questo risvolto ha avuto un forte impatto sulla vita quotidiana di queste persone e ha avuto anche gravi conseguenze sul loro stato di salute mentale. La descrizione della sintomatologia più comune riscontrata negli ex combattenti e negli autori di violenze una volta tornati alle loro vite precedenti rileva una piena predominanza di casi di PTSD in questa categoria di persone; per questo motivo la ricerca si è concentrata soprattutto sugli approcci più efficaci di assistenza da utilizzare con ex combattenti e partecipanti al conflitto. Nonostante l'esistenza di molte terapie e approcci psicosociali, c'è ancora un numero significativo di persone che nutre una sorta di scetticismo nei loro confronti, e che preferisce rituali e credenze tradizionali piuttosto che i metodi psicosociali più comuni per trattare i problemi di salute mentale.

Tra tutti i tipi di rituale di pulizia dell'anima, che è il metodo tradizionalmente più utilizzato, lo studio ha rilevato un nuovo approccio che sta iniziando a svilupparsi in molte comunità. Sempre più persone iniziano a riunirsi in gruppo, con la famiglia, spesso anche con l'aiuto della chiesa, con lo scopo di condividere la narrazione di traumi ed esperienze di violenza collettiva. Il racconto dei ricordi, degli eventi, dei sentimenti e delle paure rende più facile agli ex combattenti affrontare le loro sofferenze e reintegrarsi nella loro società.

Grazie alla ricerca condotta da Schauer et al. (2017), è stato possibile evidenziare come il processo di reintegrazione delle vittime di guerra possa di conseguenza andare a beneficio dell'intera comunità, in quanto il cosiddetto "ciclo della violenza" (Schauer et al., 2017) verrebbe evitato e i carnefici verrebbero reinseriti nella comunità senza essere stigmatizzati come in precedenza. Quando lo scetticismo è troppo radicato per essere superato, diventa prioritario trovare la soluzione migliore per aiutare le vittime della guerra; pertanto, questo studio vuole risolvere il problema dell'applicabilità dei diversi metodi di intervento. Nel corso della ricerca, è stato dimostrato che la presenza di molte terapie psicosociali basate solo sulla narrazione può essere una valida soluzione, in quanto non richiedono l'intervento di terapie psicosociali o farmacologiche che possono essere malviste dalle comunità. Questo studio, grazie alle ricerche condotte dalla ONG VIVO che opera in Uganda, ha dimostrato come l'utilizzo di terapie come la Narrative Exposure Therapy (NET) possa costituire un aiuto essenziale per le vittime di traumi legati alla guerra: la narrazione dei traumi e delle esperienze condivise, come dimostrato, può davvero

portare ad una effettiva diminuzione dei disturbi mentali della vittima. Nonostante i risultati ottenuti da questo studio abbiano dimostrato l'efficacia di modalità e approcci diversi e diversificati, l'obiettivo principale è stato quello di difendere il notevole contributo che l'EMDR ha portato all'assistenza delle vittime di guerre e conflitti. L'EMDR, essendo oggi considerata la terapia più adatta per i pazienti affetti da PTSD, depressione e disturbi legati a traumi, può costituire una valida modalità per aiutare le vittime di conflitti e guerre una volta terminata la loro esperienza tra le forze ribelli. L'applicabilità dell'EMDR nel caso specifico degli ex combattenti del Lord's Resistance Army rende lo studio affidabile nel suo scopo di difendere l'efficacia di questo approccio per assistere le vittime di ogni tipo di guerra. Tuttavia, lo studio mostra anche la possibile sfida che può presentare l'utilizzo dell'EMDR con questo target della popolazione; molte ricerche hanno evidenziato le difficoltà che si possono incontrare durante sessioni EMDR con la popolazione non occidentale. Le raccomandazioni che questo studio offre si basano principalmente sulla necessità di scegliere una lingua condivisa tra paziente e terapeuta, in quanto il bisogno di una traduzione può influenzare il significato generale della narrazione della vittima e dell'intera sessione.

Un altro punto critico da tenere a mente quando si usa l'EMDR con popolazioni non occidentali è il background culturale del paziente; questo aspetto è senza dubbio una questione da considerare, poiché il paziente può temere la reazione della propria comunità. Anche gli stereotipi e i pregiudizi possono influenzare l'intero processo; pertanto, la raccomandazione è di tenere a mente i potenziali rischi e le difficoltà che si possono incontrare quando si utilizza un approccio psicoterapeutico come l'EMDR. Nonostante la letteratura sull'EMDR sia ancora inadeguata, il numero crescente di studi e ricerche sull'efficacia della terapia permette oggi di avere una visione più ampia dei numerosi benefici che l'EMDR ha portato nel campo del supporto psicosociale.

Silvia Pontoglio, *Learn More SRLS*.

Bibliografia

- Acarturk C. et al., (2015), *EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial*, "European Journal of Psychotraumatology", 6:27414, pp. 1-9.
- Allen T. e Schomerus M. (2006), *A hard homecoming: lessons learned from the reception center process on effective interventions for former 'abductees' in Northern Uganda*, USAID/UNICEF, Kampala.
- Baines E. e Ojok B. (2008), *Complicating victims and perpetrators in Uganda: on Dominic Ongwen*, JRP Field Note 7, pp.1-19.
- Betancourt T. S. et al. (2010), *Sierra Leone's former child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors and mental health*, "J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry", 49, pp. 606-15.
- Bisson J.I. et al. (2013), *Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults*, "The Cochrane Database of Systematic Reviews", 13, 12.

- Bouris E. (2007), *Complex Political Victims*, Kumarian Press.
- Brady K.T. et al. (2000), *Comorbidity of psychiatric disorders and post-traumatic stress disorder*, "The Journal of Clinical Psychiatry", 61, 7, pp. 22-3.
- Castelli Gattinara P. e Pallini S. (2017), *The use of EMDR with refugees and asylum seekers: a review of research studies*, "Clinical Neuropsychiatry", 14, 5, pp. 341-344.
- Corbin J.N. (2008), *Returning Home: Resettlement of Formerly Abducted Children in Northern Uganda*, "Disaster", 32, 2, pp. 316-336.
- Crumlish N. e O'Rourke K. (2010), *A systematic review of treatments for posttraumatic stress disorder among refugees and asylum seekers*, "The Journal of Nervous and Mental Disease", 198, 4, pp. 237-251.
- Dyregrov A. (2002), *Katastrofpsykologi (Psychology of disasters)*, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- EMDR official website, <https://emdr.it>
- Fairweather A. e Garcia M. (2007), *Defining a new age of veteran care*, Primer for understanding Iraq and Afghanistan veterans, https://www.socialworkweb.com/nasw/choose/details.cfm?course_number=1274.
- Gonzalez A., Del Rio-Casanova L. e Justo-Alonso A. (2017), *Integrating neurobiology of emotion regulation and trauma therapy: reflections on EMDR therapy*, "Reviews in the Neurosciences", 28, 4, pp. 431-440.
- Herman J.L. (2003), *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York.
- Human Rights Watch (2003), *Uganda: child abductions skyrocket in North*, <https://www.hrw.org/news/2003/03/28/uganda-child-abductions-skyrocket-north>
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007), *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, https://www.who.int/mental_health/emergencies/9781424334445/en/
- International Organization for Migration (IOM) (2015), *Health care and psychosocial support for former combatants and families*, Migration Health Division, Information Sheet Series.
- Invisible Children (2019), <https://invisiblechildren.com/>
- Jayatunge R.M. (2013), *Psychosocial rehabilitation of the war affected Sri Lankan combat veterans*, "Colombo Telegraph", <https://www.colombotelegraph.com/index.php/psychosocial-rehabilitation-of-the-war-affected-sri-lankan-combat-veterans/>
- Kelly J.T.D., Branham L. e Decker M.R., (2016), *Abducted children and youth in Lord's Resistance Army in Northeastern Democratic Republic of the Congo (DRC): mechanism of indoctrination and control*, "BioMed Central, Conflict and Health", 10, 11, pp. 1-11.
- Kohrt B. A. et al. (2008), *Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal*, "Journal of American Medical Association", 300, 6, pp.1-24.
- LRA Crisis Tracker (2015), *The state of the LRA in 2015: 8 key trends in LRA activity*,

- The Fletcher School, Tufts University.
- Maxfield L. (2008), *EMDR treatment of recent events and community disasters*, "Journal of EMDR Practice and Research", 2, pp. 74-78.
- Okiror S. (2018), *Abducted at nine to be a girl soldier for Kony: 'Now people call me a killer'*, "The Guardian", <https://www.theguardian.com/global-development/2018/jan/08/abducted-girl-soldier-joseph-kony-lra-lords-resistance-army-uganda>,
- Schauer E. et al. (2007), *Building a national framework for the psychosocial rehabilitation & reintegration of ex-combatants in Rwanda*, Report for Discussion at the National Psychosocial Conference, Kigali, June 2007.
- Schauer M., Neuner F., Elbert T., (2017), *Narrative Exposure Therapy for children and adolescents (KIDNET)*. In M.A. Landolt, M. Cloitre e U. Schnyder (eds), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents*, Springer International Publishing.
- Schomerus M. (2007), *The Lord's Resistance Army in Sudan: a history and overview*, *Small Arms Survey*, "Graduate Institute of International Studies", Article 8, pp. 1-59.
- Shapiro F. (2001), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols, and procedure (2nd edition)*, Guilford Press, New York.
- Shapiro F. (2014), *EMDR therapy humanitarian assistance programs: Treating the psychological, physical, and societal effects of adverse experiences worldwide*, "Journal of EMDR Practice and Research", 8, pp. 181-186.
- Specht I. e Attree L. (2006), *The reintegration of teenage girls and young women*, *Intervention: International Journal of Mental Health*, "Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict", 4, 3, pp. 219-228.
- Summerfield D. (1999), *A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected area*, "Social Science & Medicine", 48, pp. 1449-1462.
- Sykinioti S. (2018), *The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing with refugees experiencing symptoms of post-traumatic stress disorder*, "European Journal of Trauma & Dissociation", 3, pp. 49-55.
- Tofani R. L. e Wheeler K., (2011), *The recent-traumatic episode protocol: outcome evaluation and analysis of three case studies*, "Journal of EMDR Practice and Research", 5, 3, pp. 95-110.
- UNHCR, (2012), *UNHCR closes chapter on Uganda's internally displaced people*, UNHCR Briefing Notes, <https://www.unhcr.org/news/briefing/2012/1/4f06e2a79/unhcr-closes-chapter-ugandas-internally-displaced-people.html>.
- Valiente-Gómez A. et al. (2017), *EMDR beyond PTSD: a systematic literature review*, "Frontiers in Psychology", 8, Article 1668, pp. 1-10.
- Van Acker F. (2004), *Uganda and the Lord's Resistance Army: the new order no one ordered*, "African Affairs", 103, 412, pp. 335-357.
- World Health Organization. Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness (1996), *Psychosocial rehabili-*

- tation: a consensus statement*, World Health Organization, Geneva.
- Yehuda R. et al. (1993), *Glucocorticoid receptor number and cortisol excretion in mood, anxiety, and psychotic disorders*, "Biological Psychiatry", 34, pp. 18-25.
- Yurtsever A. et al. (2018), *An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) group intervention for Syrian Refugees with post-traumatic stress symptoms: results of a randomized controlled trial*, "Frontiers in psychology", 9, Article 493, pp. 1-8.