

Terrorismo e l'età della paura

MICHELE RIBOLSI

Cattedra di Psichiatria e Psicologia clinica, Dipartimento di Medicina dei Sistemi,
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

RIASSUNTO

L'opposto di fiducia non è sfiducia. È paura. Ed è la paura il sentimento che caratterizza le nostre società oggi. Paura del terrorismo. Paura di perdere il lavoro. Paura di diventare povero. Paura delle malattie. Paura dell'altro. L'espressione della paura, congiuntamente con la sua esplosione e la sua manipolazione da parte di alcuni media e alcuni politici, ha fornito il permesso (e possibilmente incoraggiato) lo stabilirsi di una violenza senza freni. Il terrorismo ha contribuito largamente allo sviluppo di questa nuova età della paura. I ricercatori stanno cercando di capire come giovani europei diventino estremisti e se esiste un collegamento tra alcune forme di violenza religiosa e la psicopatologia.

Parole chiave: paura, terrorismo, urbanizzazione, migrazione, internet, violenza.

SUMMARY

Terrorism and the age of fear

The antonym of trust is not distrust or mistrust. It is fear. And it is fear that shadows our societies today. Fear of terror. Fear of losing one's job. Fear of being poor. Fear of disease. Fear of the other. The expression of fear, together with its exploitation and manipulation by an unworthy political and media class, has given permission for (and possibly encouraged) unrestrained violence. Terrorism in Europe has contributed mostly to this new age of fear. Terrorism researchers are trying to understand how young people in Europe become radicalized and if there is a link between some forms of religious violence and psychopathology.

Key words: fear, terrorism, urbanization, migration, internet, violence.

INTRODUZIONE

L'opposto di fiducia non è sfiducia. È paura. Ed è la paura il sentimento che caratterizza le nostre società oggi. Paura del terrorismo. Paura di perdere il lavoro. Paura di diventare povero. Paura delle malattie. Paura dell'altro. Solitamente sono le tirannie che si alimentano e vivono nella paura. Ora ci vivono anche le democrazie. Questo sentimento pervasivo di paura suggerisce una perdita acuta di fiducia nella nostra cultura, nelle nostre istituzioni, persino in noi stessi. La perdita di fiducia – la paura che ci avvolge in quanto risposta al pericolo – spiega parzialmente la frattura dell'Europa, la ritirata dell'America dai diritti civili, le rivolte e le ribellioni che affliggono alcuni dei maggiori stati-nazione. Molte persone sono state spinte in confusione da questa evidente ipertrofia nell'allarme pubblico. L'espressione della paura, congiuntamente con la sua esplosione e la sua manipolazione da parte di alcuni media e alcuni politici, ha permesso e possibilmente incoraggiato lo stabilirsi di una violenza senza freni. Di fronte alla minaccia, le nostre società diventano paralizzate, mentre il tessuto delicato delle relazioni umane che supporta le nostre comunità si sta consumando.

Indirizzo per la corrispondenza:

Michele Ribolsi,
Cattedra di Psichiatria
e Psicologia Clinica
Dipartimento di Medicina dei Sistemi
Università degli Studi di Roma
"Tor Vergata"
Via Montpellier, 1
00133 Roma
michele.ribolsi@gmail.com

INSICUREZZA, URBANIZZAZIONE E SALUTE MENTALE

La ricerca psichiatrica ha identificato ormai un circuito vizioso tra paura, insicurezza, urbanizzazione e salute mentale. Esistono fattori di rischio di natura sociale legati all'urbanizzazione e strettamente correlati al livello di insicurezza e quindi di paura diffusa.

Questi fattori includono:

- lo status socio-economico (SES), inteso non solo come guadagno economico ma anche come livello di istruzione;
- basso capitale sociale (ad esempio, il supporto sociale);
- la segregazione sociale (ad esempio, la appartenenza ad un minoranza etnica marginalizzata).

La status socio-economico è il fattore di rischio più studiato in associazione con la salute mentale.

Il SES è di gran lunga il più studiato fattore di rischio e ci sono dati consistenti circa una sua associazione con la salute mentale. Per esempio, vivere in un quartiere povero o degradato è associato ad un maggior rischio di salute mentale rispetto ad un quartiere più ricco.¹⁻³ L'associazione tra predisposizione genetica e malattia mentale risulta maggiore in contesti più degradati socialmente.⁴ In un altro studio, condizioni traumatiche associate a contesti molto poveri (gli slums) sono risultate più frequentemente correlate a disturbi mentali.⁵

Le persone all'interno di aree svantaggiate possono avere maggiori difficoltà nel costruire e nel sostenere relazioni sociali di supporto e possono avere crescente suscettibilità alla malattia mentale. Esistono evidenze anche per contesti socialmente disorganizzati in cui le persone si sentono insicure e frequentemente sperimentano violenza, con maggiore esposizione a eventi traumatici e relative conseguenze per la salute mentale. Tuttavia è importante tenere a mente che la correlazione non è un rapporto di causalità. La ricerca suggerisce piuttosto l'esistenza di un rapporto reciproco, ovvero, le persone con scarsa salute o che hanno sperimentato eventi di vita difficili (ad esempio, rotture nelle relazioni, perdita del lavoro) sono più incline a spostarsi verso aree più deprivate rispetto agli altri, in seguito, per esempio, alla presenza di affitti bassi, abbordabili. Un incremento del rischio di schizofrenia è stato messo in relazione al vivere in un contesto urbano.⁶ Crescere nelle città ha un effetto sulla malattia; inoltre, più persone con problemi di salute mentale si trasferiscono nelle grandi città.⁷

Il rischio di schizofrenia è anche incrementato nei migranti, non solo in quelli di prima generazione esposti a significativi fattori di stress legati alla migrazione stessa, ma anche nelle generazioni successive. Questi dati suggeriscono che l'esclusione sociale e la discriminazione giocano un ruolo importante nello sviluppo della schizofrenia. Al contrario, i quartieri caratterizzati da un maggiore supporto sociale possono contribuire allo sviluppo di norme sociali e pratiche protettive rispetto all'utilizzo di sostanze o all'autolesionismo.^{8,9} Vivere in quartieri caratterizzati da una maggiore segregazione residenziale etnica si associa a maggior rischio di depressione e ansia oltre che di disturbi dello spettro schizofrenico.

MIGRAZIONE E SALUTE MENTALE

In questi anni l'Europa sta accogliendo il più grande flusso di popoli verificatosi dopo la Seconda guerra mondiale. Nel 2015 si stima che più di 1,2 milioni di persone hanno fatto una richiesta di asilo all'Unione Europea. La sola Germania, nazione che per le sue dimensioni e per la sua potenza economica ha rappresentato la principale fonte di attrazione per i rifugiati, avrebbe accolto più di un milione di persone nel 2015, molti dei quali devono ancora fare ufficialmente richiesta di asilo. La gran parte di questi rifugiati scappa da Siria, Afghanistan e Iraq. Molti hanno sperimentato la guerra, traumi di vario tipo, shock, sconvolgimenti e viaggi dell'orrore, e spesso hanno problemi di salute fisica. La crisi ha attirato l'attenzione mondiale e scatenato una lotta politica tra i paesi dell'Unione Europea che devono accordarsi per accogliere e integrare l'enorme afflusso di migranti. Il problema non è solo politico ma anche medico, sia in termini di salute fisica che in termini di salute mentale.

Il problema dei flussi migratori non è solo politico, ma anche medico in termini di salute fisica e mentale.

Sta assumendo rilevanza la fase post-migrazione, in cui i migranti sono a rischio isolamento sociale, difficili condizioni economiche, ecc.

Sono stati definiti tre fattori di stress grave per i rifugiati: i traumi, spesso violenti, vissuti nei paesi d'origine, che li portano a migrare altrove; il viaggio stesso; l'arrivo, quando le persone giungono in un paese straniero. La fase della 'post-migrazione' sta diventando sempre più importante: isolamento sociale, segregazione, difficili condizioni economiche rappresentano fattori di rischio per la salute sia fisica che mentale.

Nel 2013 l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti (www.inmp.it) ha effettuato una indagine circa il livello di salute mentale negli stranieri residenti: nel 32% della popolazione immigrata residente è possibile riscontrare un ridotto tasso di salute mentale. Il dato diventa ancora più allarmante se si considera che da questa stima sono stati esclusi gli irregolari, i transitanti e le persone appena salvate in mare. L'organizzazione umanitaria "Medici senza Frontiere" ha condotto una analisi simile utilizzando i dati provenienti da un presidio medico in uno dei principali porti di sbarco italiani, il porto di Augusta. Secondo i dati dell'organizzazione umanitaria, su quasi 2600 persone visitate in 6 mesi, circa il 40% presentava disturbi psicologici e cognitivi. In particolare, è stata riscontrata la prevalenza di alcune sindromi psicopatologiche: disturbo da stress post-traumatico (10,2%); ansia (39,6%), depressione (46,1%) e sindromi da somatizzazione (25,6%). Nei cosiddetti "migranti economici" (persone che non hanno fatto richiesta di protezione internazionale), le diagnosi più frequenti sono di "disturbi dell'adattamento e reazioni a stress gravi" (40,8%), seguite da disturbi dell'umore (12%).

TERRORISMO E SALUTE MENTALE

Gli attacchi terroristici a Parigi nel novembre 2015 ci ricordano le conseguenze sostanziali che eventi violenti possono avere per la salute mentale nella popolazione.¹⁰ Sebbene esistano approcci efficaci per trattare queste conseguenze, non sono stati effettuati tentativi sistematici per identificare soggetti a rischio al fine di mitigare precocemente queste conseguenze. I social network possono aiutare a identificare i soggetti che necessitano di aiuto prima e dopo disastri pubblici.¹¹ Uno studio condotto da Gruebner et al.¹² nel 2016 ha analizzato le emozioni che si sono manifestate subito dopo gli attacchi di Parigi. In particolare gli autori hanno estratto e analizzato le emozioni di base valutando i commenti apparsi su Twitter tra venerdì 13 novembre e lunedì 16 novembre 2015. Sono stati rilevati due cluster di emozioni, paura e tristezza, in misura decisamente maggiore intorno ai siti dove sono avvenuti gli attacchi. In particolare, il sentimento della paura ha avuto un picco nei paraggi di 3 siti dove sono avvenuti gli attacchi la domenica, 2 giorni dopo il disastro. La sequenza temporale di questo raggruppamento è coincisa con un incidente stradale vicino Place de la République che riproduceva un rumore simile ad un possibile attacco terroristico e diffondeva il panico.

RICERCA PSICOPATOLOGICA E TERRORISMO

Sulla scia degli attacchi terroristici di Parigi il 13 novembre 2015, attacchi che hanno provocato la morte di 130 persone e il ferimento di oltre 150, Alain Fuchs, presidente del Centro Nazionale Francese per la Ricerca Scientifica (CNRS), ha annunciato l'attivazione di un bando per ricevere proposte per la ricerca sul terrorismo. Pur consapevole che la promozione di un'attività di ricerca può non avere effetti immediati nel contrastare il fenomeno, Fuchs ha dichiarato che la scienza può essere utile nell'aprire nuovi sentieri di analisi. Il gruppo terrorista islamico ISIS ha portato avanti attacchi mortali in Tunisia, Libano, Bangladesh e altri paesi e continua dopo Parigi 2015 a disseminare il terrore in Europa.

I ricercatori sul terrorismo stanno cercando di capire come persone giovani in Europa diventino radicalizzate attraverso la ricerca di eventi chiave nelle loro storie personali che abbiano inciso sulla scelta di diventare jihadisti. Un insieme di sociologi, scienziati politici, antropologi e psicologi raccolgono informazioni provenienti dalla polizia, dalle inchieste giudiziarie e dai media, e, in alcuni casi, dalle interviste. Sono stati

Attività di ricerca sul terrorismo possono aiutare ad aprire nuovi fronti di analisi.

studiati i fattori che entrano in gioco nelle prigioni e in aree socialmente depresse. Proveremo a riassumere alcune delle conclusioni che sono state tratte.

La religione non è il trigger

La crescita della jihad in Europa ha portato alla conclusione che c'è una radicalizzazione dei musulmani in generale attraverso tutto il continente. Tuttavia i dati di ricerca suggeriscono che la maggior parte degli estremisti sono sia persone che sono ritornate improvvisamente in Islam, sia persone convertite senza un background islamico, come testimoniato dal fatto che almeno un jihadista francese su quattro è un convertito. Secondo Rik Coolsaet, docente di scienze politiche all'Università di Gent in Belgio, l'estremismo violento emerge per primo con una giustificazione religiosa aggiunta successivamente, come testimoniato dal fatto che i due giovani britannici che hanno partecipato ad azioni terroristiche, e avevano combattuto in Siria, avevano da poco ordinato online i libri "Islam for Dummies" e "The Koran for Dummies".

Il risentimento è il terreno comune

Il risentimento è il terreno comune. È difficile fare delle generalizzazioni su come le persone diventino radicalizzate in Europa. È possibile che molti estremisti vengano da famiglie distrutte o aree deprivate, con mancanza di educazione, e che siano disoccupati. In misura minore sono istruiti di più, hanno un lavoro e hanno adottato uno stile di vita tipico della classe media. Talvolta sono impegnati in relazioni stabili e hanno bambini. Le caratteristiche che gli estremisti sembrano condividere tra loro sono il risentimento rivolto alla società e un bisogno narcisistico di riconoscimento che li rende disponibili ad una narrazione di glorificazione violenta. Secondo Farhad Khosrokhavar, un ricercatore del CNR che lavora presso la Scuola per Studi Avanzati in Scienze Sociali a Parigi, diversi fattori sociali contribuiscono a tali frustrazioni. Quasi tutti gli estremisti e terroristi europei sono immigrati di seconda e terza generazione, spesso stigmatizzati, rifiutati e trattati come "cittadini di seconda classe". Il terrorismo inoltre si sviluppa nelle carceri. Il legame tra terrorismo e carcere è stato messo in luce particolarmente quest'anno, come evidenziato nel gennaio 2015 negli attacchi a Parigi contro il giornale satirico Charlie Hebdo e un supermercato kosher. Tahar Ben Jolloun, nel suo libro "Il terrorismo spiegato ai nostri figli",¹³ descrive con queste parole il legame intimo, profondo tra risentimento nei migranti di seconda generazione, voglia di riscatto e radicalizzazione: *Ci sono così tanti fattori che intervengono a provocare questa deriva in un giovane o in una ragazza che né la polizia né i genitori riescono a salvarli da questa catastrofe. Per fortuna non tutti i giovani che non trovano un senso alla propria vita si arruolano nella jihad. Alcuni hanno un disturbo di personalità, accettano i messaggi più disparati ed efficaci su internet per "cambiare vita", sono cioè attratti da qualcosa che li affascina e li fa sognare: può essere la scoperta della fede religiosa, l'ammirazione di "eroi" che si battono per una causa... E c'è naturalmente da tenere a mente il quotidiano di questi giovani che spesso è limitato e senza sorprese. Le loro frustrazioni, strumentalizzate, possono portarli al delirio jihadista: vi trovano una forma di riconoscimento e ne sono strutturati. Da una parte l'Europa, in cui vivono, dall'altra i paesi arabi con le loro innumerevoli difficoltà economiche: nessuno di questi due contesti propone ai ragazzi un ideale attraente, un avvenire eccitante. Di fatto cercano un rifugio in cui esistere [...]; per alcuni impegnarsi nella jihad è un modo per assicurarsi una "promozione sociale", un modo per avere uno "status", ovvero una identità distinta e feconda. Pensano di sfuggire allo scacco sociale entrando a far parte di un destino grande e nobile, quello di chi serve l'Islam combattendo sulla strada di Dio.*

È stato messo in luce il legame tra terrorismo e carcere.

TERRORISMO E NUOVI VOLTI DELLA PSICOPATIA

I tre kamikaze che la sera del 13 novembre a Parigi assaltarono il Bataclan non si accontentarono di sparare all'impazzata sul pubblico [...]: se ne presero anche beffa, nell'intento di incutere uno spavento ancora maggiore e di far capire che consideravano

i presenti meno di niente. Uno dei terroristi, in particolare, appariva persino più scalmanato degli altri: rideva in faccia alle vittime e le provocava. Poi, all'improvviso, tra una raffica e l'altra, salì sul palco appena abbandonato dalla band californiana e si mise a giocherellare con lo xilofono che vi campeggiava sopra, provando a suonarlo. "Ridevano come pazzi" - Un altro degli attentatori a un certo punto si rivolse agli spettatori più vicini che erano stesi a terra, bocconi. "Chiunque se ne voglia andare - li apostrofò - deve alzarsi e sparire": non appena però qualcuno accennava a rizzarsi in piedi, lui e gli altri lo crivellavano di proiettili. L'atroce beffa fu ripetuta a più riprese: li faceva ridere come pazzi, ha raccontato un testimone.¹⁴

La mente del gruppo che ha assaltato il Bataclan, Abaaoud, è originario di una famiglia di immigrati marocchini, ben integrati a Molenbeek. Il padre, Omar, è un commerciante abbiente: *"Avevamo una vita fantastica. Abdelhamid non era un ragazzo difficile"*. È proprio a Molenbeek, il comune dell'agglomerato di Bruxelles, dove si è formato un gruppo di invasati della guerra santa, che aveva in lui il suo principale riferimento. Agli inizi del 2014 è addirittura riuscito a portare in Siria il fratello più piccolo, Younes, appena 13 anni, secondo i media *"il jihadista più giovane del mondo"*. Nel marzo dello stesso anno appare in un video: spavaldo, è alla guida di un 4x4 che trascina nella polvere dei corpi mutilati di persone che sono state appena giustiziate. In un miscuglio incomprensibile di francese e arabo, dice, con il sorriso sulla bocca: *"Prima ce ne andavamo con le macchine in vacanza nei nostri paesi, trascinando dietro rimorchi, pieni di regali per i nostri cari. Ora trasciniamo gli infedeli, quelli che combattono l'islam"*.¹⁵

Quanto descritto attraverso i giornali pone la questione se la psichiatria debba occuparsi o meno del terrorismo. La domanda che alcuni ricercatori si sono posti riguarda la possibilità che alcuni degli attentatori soffrissero di un disagio mentale, e in particolare, se non fosse riscontrabile, a partire da questi ritratti forniti dalla stampa, un certo livello di psicopatia. In qualche modo, la domanda da porsi è se alcuni dei terroristi, delle menti dei jihadisti, non rappresentassero volti moderni della psicopatia. La psicopatia è un costrutto psicopatologico antico, dalle radici lombrosiane, che ha trovato dapprima, in Cleckley e poi in Robert Hare, i moderni teorici. Lo charme superficiale, la follia lucida, la capacità di manipolare fino all'assenza di sensi di colpa e rimorsi sono solo alcuni degli aspetti che tratteggiano il volto moderno della psicopatia e sembrano in qualche modo riprendere delle caratteristiche di alcuni jihadisti così come sono descritti dalla stampa. Perciò la domanda rimane irrisolta e merita approfondimento: esiste un collegamento tra terrorismo e psicopatia?

ETÀ DELLA PAURA E PSICOPATIA

La psicopatia, come dicevamo precedentemente, ha una robusta e solida tradizione psicopatologica, pur non avendo un chiaro e netto inquadramento nosografico ufficiale nel DSM 5. La scuola psicopatologia anglosassone, nell'800, aveva fornito delle prime descrizioni cliniche. Pritchard nel 1885 aveva definito gli "psicopatici" come *individui i cui principi morali sono fortemente pervertiti o depravati; il potere dell'autogoverno è perduto o molto diminuito e l'individuo si trova incapace non di parlare o ragionare [...] ma di condursi con decenza e proprietà nelle cose della vita*. Nel 1939 Henderson aveva parlato di *individui che, pur conformi ad un certo standard intellettuale, esibiscono disturbi della condotta di natura anti o asociale, ricorrenti o episodici, e per i quali manchiamo di adeguati provvedimenti di natura preventiva e curativa con metodi sociali, penali e medici e per la cui origine non c'è spiegazione*. Già all'epoca era chiaro il dislivello tra un certo disordine morale e antisociale e un buon funzionamento cognitivo. Nel 1964 William e Joan McCord definirono lo psicopatico *una persona asociale, aggressiva, altamente impulsiva, con poco o nessun senso di colpa, ed incapace di allacciare legami affettivi con altri esseri umani*. A distanza di un secolo dalle prime definizioni, entrano in gioco altri concetti: l'assenza di legami e di senso di colpa, l'asocialità, l'impulsività. Sono le caratteristiche degli attuali terroristi? O per lo meno di alcuni di essi? La ricerca clinica e psicopatologica non ha ancora fornito risposte definitive.

C'è la possibilità che alcuni degli attentatori soffrano di disagio mentale? Possono rappresentare il volto moderno della psicopatia?

Tabella I. Temi della Psychopathy Checklist-Revised.¹⁶

- 1) Loquacità e fascino superficiale
- 2) Eccesso di autostima
- 3) Menzogna patologica
- 4) Astuzia e capacità di manipolazione
- 5) Mancanza di rimorsi e sensi di colpa
- 6) Emotività superficiale
- 7) Mancanza di empatia e sensibilità
- 8) Rifiuto di accettare la responsabilità delle proprie azioni
- 9) Necessità di predisposizione alla noia
- 10) Stile di vita parassitario
- 11) Mancanza di obiettivi realistici a lungo termine
- 12) Impulsività
- 13) Irresponsabilità
- 14) Mancanza di autocontrollo
- 15) Problemi comportamentali giovanili
- 16) Delinquenza giovanile
- 17) Revoca delle sospensioni condizionali della pena
- 18) Versatilità criminale
- 19) Molteplicità di relazioni sentimentali a breve termine
- 20) Comportamenti sessuali promiscui

BIBLIOGRAFIA

1. Rapp MA, Kluge U, Penka S, et al. When local poverty is more important than your income: Mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry*. 2015;14:249-250.
2. Honold J, Wippert PM, van der Meer E. Urban health resources: physical and social constitutes of neighborhood social capital. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014;131:491-496.
3. Meyer OL, Castro-Schilo L, Aguilar-Gaxiola S. Determinants of mental health and self-rated health: a model of socioeconomic status, neighborhood safety, and physical activity. *Am J Public Health*. 2014;104:1734-1741.
4. Binbay T, Drukker M, Alptekin K, et al. Evidence that the wider social environment moderates the association between familial liability and psychosis spectrum outcome. *Psychol Med*. 2012;42:2499-2510.
5. Subbaraman R, Nolan L, Shitole T, et al. The psychological toll of slum living in Mumbai, India: a mixed methods study. *Soc Sci Med*. 2014;119:155-169.
6. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:1039-1046.
7. March D, Hatch SL, Morgan C, et al. Psychosis and place. *Epidemiol Rev*. 2008;30:84-100.
8. Fone D, White J, Farewell D, et al. Effect of neighbourhood deprivation and social cohesion on mental health inequality: a multilevel population-based longitudinal study. *Psychol Med*. 2014;44:2449-2460.
9. Maimon D, Browning CR, Brooks-Gunn J. Collective efficacy, family attachment, and urban adolescent suicide attempts. *J Health Soc Behav*. 2010;51:307-324.
10. Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health* 2014; 35: 169-83.
11. Houston JB, Hawthorne J, Perreault MF, et al. Social media and disasters: a functional framework for social media use in disaster planning, response, and research. *Disasters* 2015; 39:1-22.
12. Gruebner O, Sykora M, Lowe SR, Shankardass K, Trinquart L, Jackson T, Subramanian SV, Galea S. Mental health surveillance after the terrorist attacks in Paris. *Lancet*. 2016;387:2195-6.
13. Tahar Ben Jelloun. Il terrorismo spiegato ai nostri figli. La nave di Teseo, 2017
14. www.liberoquotidiano.it/news/esteri
15. La Stampa, 18/11/2015.
16. Hart SD, Hare RD, Harpur TJ. The Psychopathy Check list - Revised (PCL-R). In: Rosen CR, McReynolds (eds). *Advances in Psychological Assessment* New York: Springer US, 1992: pp. 103-130.