3D
Tredimensioni 20 (2023), pp. 258-273

I più vulnerabili tra i vulnerabili: l'accompagnamento clinico di persone vittime di tortura

Matteo Panzeri* - Valentina Stirone**

Il ripudio della tortura come pratica è generalmente unanime.

Benché l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1984 abbia adottato la *Convenzione contro la tortura ed altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti*[1], tale attività risulta essere tutt'altro che scomparsa.

Nell'attuale contesto geopolitico, interessato da impressionanti fenomeni migratori, la tortura viene praticata quasi regolarmente in moltissimi Paesi, nei quali le persone vengono considerate mera merce: ciò, ad es., accade alla quasi totalità dei migranti che giungono in Italia e in Europa attraverso la Libia. Da quel vero e proprio inferno, solo una rischiosa traversata in mare appare come l'unica, persino desiderabile, possibilità di salvezza.

Si assiste nel tempo ad un'evoluzione sempre più perversa delle metodologie utilizzate per infliggere traumi intenzionali, quasi sia all'opera una costante ricerca di tecniche ugualmente "efficaci" ma più difficili da riconoscere.

* Prete della diocesi di Milano, laureato in psicologia. Cf M. Panzeri, *I più vulnerabili tra i vulnerabili, il trauma della tortura e le sue conseguenze psicologiche*, Tesi di Laurea, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Dipartimento di Psicologia, 2022.

** Psicoterapeuta, formazione in psicotraumatologia.

[1] ONU, *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 39/46 of 10 December 1984 entry into force 26 June 1987, in accordance with article 27 (1), https://www.ohchr.org.

Si tende d'altra parte a ritenere che la pratica della tortura sia confinata a contesti estremi quali guerre, persecuzioni etniche, realtà sociali non pienamente sviluppate, sistemi politici come dittature o regimi autocratici; inoltre, in genere, si ha l'impressione che le democrazie, specie quelle occidentali, siano in certo qual modo esenti dal fenomeno. In realtà, negli ultimi otto anni *Amnesty International* ha ricevuto segnalazioni di tortura e denunce di maltrattamenti commessi da funzionari statali in ben centoquarantuno Stati, inclusi alcuni Paesi occidentali[2]. Il dato è limitato a quanto conosciuto dall'Organizzazione che lo segnala, e dunque non riflette la portata totale della tortura nel mondo, verosimilmente ben più ampia.

Il torturatore usa anzitutto il proprio corpo per picchiare, strangolare, stuprare; secondariamente, vengono impiegati strumenti a disposizione (attrezzi di falegnameria, bastoni, alimenti urticanti, stracci imbevuti di sostanze chimiche, materiali arroventati, ecc.) o appositamente fabbricati al fine di infliggere la massima sofferenza possibile.

Per intuire qualcosa dell'aberrazione del "processo trasformativo" che punta a negare umanità alla vittima, basta scorrere l'elenco degli oltre trenta metodi di tortura praticati da decenni in Siria: *haflet al-istiqbal* ("*festa di benvenuto*": duri pestaggi, spesso con spranghe di silicone o di metallo e cavi elettrici); *dulab* ("*pneumatico*": il corpo del detenuto viene contorto fino a farlo entrare in uno pneumatico da camion per poi venire ripetutamente pestato); *falaqa* ("*bastonatura*": il pestaggio sulle piante dei piedi); *shabeh* ("*impiccato*": il detenuto viene tenuto appeso per i polsi per parecchie ore, con i piedi nel vuoto, e picchiato ripetutamente); *bisat al-rih* ("*tappeto volante*": la vittima è legata a una struttura pieghevole, la cui parte inferiore viene pressata su quella superiore).

Accanto alla tortura prevalentemente fisica, vi è una forma di tortura più sofisticata, tesa ad infliggere sofferenza psichica e a rendere non credibile la vittima. A tal fine a *Guantánamo Bay* si ritenne di esporre i prigionieri a luci accecanti, musica assordante e temperature gelide o torride; di tenerli incappucciati per mesi; di isolarli dal punto di vista acustico; di costringerli a rimanere seduti in posizioni scomode per

[2] Amnesty International, *Rapporto annuale 2012-2013*, http://rapportoannuale.amnesty.it/archivio-rapporti.

giorni, nudi di fronte a estranei; di farli assistere a spogliarelli in spregio al credo religioso; di privarli del cibo o del sonno; di minacciare di morte i famigliari.

La tortura coinvolge altresì la tecnologia. Nel mondo attualmente operano oltre cento aziende specializzate nella produzione di strumenti di tortura. Si tratta di congegni elettrici o sostanze chimiche che rendono inoffensiva (a volte per sempre) la persona contro la quale vengono usati. La tecnologia è addirittura riuscita ad eliminare l'ultimo difetto della tortura, dal punto di vista del torturatore: la necessità di essere a contatto con il torturato.

Descrizione delle principali conseguenze psicologiche della tortura

L'espressione sintetica che descrive più adeguatamente la situazione della vittima di tortura è: radicale vulnerabilità.

Così si esprime Viñar:

> L'analista deve essere aperto nei confronti di questo doppio versante dell'indecifrabile e della cicatrice di qualcosa di morto o distrutto in un nucleo della vita psichica. Il sentimento di aver oltrepassato un limite dell'umano, di una rottura del contratto narcisistico che ci lega all'umanità, di uno spazio psichico al di là della paura e della gioia ci obbliga a riconfigurare percorsi umani che reintegrino nella vita psichica l'esperienza vissuta[3].

Tale condizione si manifesta anzitutto nel fallimento del normale funzionamento della *memoria*. Il torturato assiste impotente al prodursi interno di un dinamismo lacerante e costrittivo, in base al quale la memoria non è più in grado di farsi carico del ricordo dell'esperienza traumatica eppure, allo stesso tempo, l'evento "rimane costantemente presente", emergendo dal passato e imponendosi nel vissuto attuale, sfigurando gli eventi e deformandone le interpretazioni.

L'evento traumatico estremo resta per lo più inaccessibile alla memoria autobiografica a causa della sua intollerabilità: il ricordo è di

[3] M. N. Viñar, *Specificità della tortura come trauma: il deserto umano quando le parole si estinguono*, in «Rivista di psicoanalisi», 51 (2005), pp. 565-590.

tale dolorosa portata da non essere integrabile entro la dimensione coerente della propria narrazione personale.

Il trauma passato è per così dire bloccato tra una presenza esperita, la quale si riflette nelle molteplici fragilità del vissuto, e l'impossibilità di una sua rappresentazione esplicita: il trauma rimane "presente" ma non "rappresentato".

Il sopravvissuto è immerso in una dimensione di costante vulnerabilità nella quale situazioni nuove, pur lontane dagli eventi traumatici passati ma per qualche motivo ad essi associabili, divengono occasioni potenzialmente capaci di rievocare l'inesprimibile trauma e dunque di esporre il sopravvissuto a riviverlo in esse. Ogni volta che situazioni ulteriori portano il sopravvissuto a confrontarsi con precarietà, insicurezza sociale, fallibilità personale o dipendenza da altri, egli tende a rievocare inconsciamente ma vividamente il trauma subito e a rivivere così il passato nella circostanza presente.

Questa particolare suscettibilità è comune a tutti coloro che hanno subito traumi estremi, ma diviene specificamente soverchiante nel caso dei sopravvissuti a tortura. In particolare, è l'essere stati esposti alla costante incertezza sul futuro che tende a radicare nella vittima l'esperienza degli eventi in modalità ri-traumatizzata, sovente rendendo impossibile il recupero di una significativa qualità di vita. Tale fenomeno è noto col termine di "trauma secondario": in esso il sopravvissuto vede alterate le proprie percezioni temporali, il presente risulta abitato in modo opprimente da un passato inesprimibile e tuttavia intrusivo e pervasivo, obbligando la vittima ad una costante e lacerante ri-attualizzazione dell'evento traumatico stesso. In altre parole: è l'Io stesso del sopravvissuto a vivere come condannato all'interruzione della continuità dell'esperienza personale.

Per altro verso, l'integrazione coerente della propria storia personale risulta compromessa a causa del *deficit* della memoria esplicita autobiografica; l'attribuzione di significato agli eventi resta impossibile da attivare; il trauma, non trovando una praticabile integrazione, rimane inscritto nell'individuo come dato sensoriale, essendo inelaborabile a livello simbolico/verbale: a custodire la

memoria dell'evento resta quindi solamente il corpo, condannato a ri-vivere all'infinito, unico depositario della memoria traumatica inespressa[4].

Jean Amèry, filosofo francese internato e torturato ad Auschwitz, afferma che la tortura trasforma l'essere umano in «solo corpo»[5], coerentemente con quanto affermato da Thomas Mann ne *La montagna incantata*: «L'essere umano è tanto più corporeo quanto più disperatamente questo suo corpo appartiene al dolore»[6].

La *dissociazione* è la conseguenza più tipica delle esperienze traumatiche estreme, principalmente per il vantaggio ovvio che offre: la separazione dal contenuto doloroso. Tale processo difensivo è descrivibile come l'ingresso in uno stato mentale alterato, nel quale il soggetto resta separato (dissociato) dalla normale autocoscienza, nel contempo essendo in contatto profondo/viscerale con la propria dolorosa ferita.

Il prezzo che la vittima paga alla difesa di natura dissociativa è che essa spesso tende a prodursi autonomamente causando il riemergere di alcune "isole traumatiche della memoria" che tornano disponibili, spesso improvvisamente, in momenti imprevedibili. Inoltre, la profondità di tali emersioni si comprende considerando quanto esse siano in grado di coinvolgere lo stesso livello biologico della persona, producendo alterazioni significative nei circuiti neurotrasmettitoriali, nel complesso delle reazioni neuroendocrine, nelle risposte sensoriali e nell'elaborazione percettiva ad esse connessa.

I disturbi dissociativi più frequenti nei traumatizzati da tortura variano da una sorta di spegnimento della creatività (assorbimento ideativo), alla violenza interna di pensieri ricorrenti (pensieri intrusivi), fino alle forme più gravi di dissociazione, quali i sintomi di depersonalizzazione e derealizzazione e di *flashback*, vere e proprie esplosioni di memorie traumatiche involontarie, vissute letteralmente a livello sensoriale.

[4] M. Germani - F. Rathaus, *Il vaso di Pandora: specificità e conseguenze della tortura*, in «Rivista di Psicologia Analitica», 77 (2008), pp. 195-203. Cf anche B.A. Van der Kolk, *Il corpo tiene conto. Introduzione alla psicobiologia del disturbo post-traumatico,* in R. Williams (a cura di), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano 2009.

[5] Cf J. Amèry, *Intellettuale a Auschwitz*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.

[6] T. Mann, *La montagna incantata*, Corbaccio, Milano 2011.

Le conseguenze sono anche di tipo negativo: si assiste frequentemente ad un comportamento caratterizzato da disattenzione fluttuante, distrazione, "ottundimento" (*numbing*) che può giungere fino ad un vero e proprio blocco psico-fisico (*freezing*).

La manifestazione del disagio psicopatologico di un sopravvissuto a tortura si evidenzia ulteriormente in sede di presa in carico attraverso la consapevolezza dell'unicità e della difficile comunicabilità della propria esperienza personale, unitamente ad una differente modalità nella conduzione delle relazioni sociali, nella quale risulta vistosamente evidente la difficoltà di ogni avvicinamento[7].

Il sopravvissuto a tortura è pervaso da una profonda *diffidenza verso l'altro* che può giungere ad una vera e propria sospettosità paranoide. Ad essere colpite in lui, infatti, sono le fondamenta delle relazioni, ormai spezzate da un conflitto profondo tra il drammatico desiderio dell'interazione ed un estremo timore di questa. Ciò porta molto spesso, in una fase iniziale di accompagnamento, a tempi molto lunghi di silenzio, a prassi di ascolto attento e mai intrusivo da parte del terapeuta, il quale resta costantemente consapevole del livello di annientamento che l'esperienza della tortura ha prodotto nel sopravvissuto. Pertanto, anche l'accompagnamento alla rielaborazione del vissuto traumatico, sia in termini di mentalizzazione che di simbolizzazione, deve sempre essere accompagnato da un'adeguata e costante attività di supporto all'Io. Non di rado, tali esigenze terapeutiche sono più efficacemente raggiungibili attraverso un lavoro di *équipe*, in cui differenti professionalità intervengono al fine di fornire un sostegno contemporaneamente medico, psicologico, sociale e legale.

Manifestazioni comportamentali dei pazienti vittime di tortura nel colloquio

Nel contesto del colloquio clinico è possibile riconoscere comportamenti che estrinsecano le alterazioni sopra descritte e che risultano specifici per persone sottoposte a trauma estremo, intenzionale e ripetuto.

[7] Cf M. Germani - F. Calò, *Il lavoro con i rifugiati sopravvissuti a tortura,* in C. Iacolino (a cura di), *Il trauma psicologico. Nuove frontiere di ricerca*, Franco Angeli, Milano 2018.

- ✓ *Condotte di evitamento e negazione.* L'evitamento è una strategia di *coping* volta a gestire il materiale traumatico ed è caratterizzato da silenzi prolungati, sentimenti di vergogna e tendenza all'isolamento. Si aggiunga che, nel caso di richiedenti asilo e più in generale di persone provenienti da culture non occidentali, spesso senso di vergogna o di onore influenzano profondamente gli approcci interpersonali (ad es. in base alla tipologia o al genere dell'interlocutore) e possono pertanto concorrere all'elicitazione del comportamento evitante. Pertanto, in sede di valutazione clinica risulta opportuno tenere adeguatamente conto della cornice culturale del paziente.
- ✓ *Incoerenze nella ricostruzione e narrazione degli eventi*. L'incoerenza ricostruttiva nella narrazione degli eventi è riconducibile al malfunzionamento mnestico su descritto. Anche le alterazioni dei sistemi di attenzione e concentrazione, causate dal trauma estremo e reiterato, giocano un ruolo nelle difficoltà a ricostruire gli eventi.
- ✓ A ciò si aggiunga l'esposizione a particolari *stress* ed ansia, come nel caso di un primo colloquio clinico: il sopravvissuto può rispondere con frasi vaghe e imprecise, risposte incoerenti e contraddittorie, salti logici apparentemente incomprensibili, insofferenza, irascibilità o reazioni emotive disregolate.
- ✓ *Imprevedibilità e inadeguatezza*. I comportamenti inadeguati e imprevedibili fanno spesso riferimento ai disturbi dissociativi in atto. I sopravvissuti a tortura possono perdere improvvisamente compostezza o assumere durante il colloquio, senza apparente motivo, uno stile radicalmente passivo e non reattivo, oppure esibire emozioni o stati d'animo inappropriati: per es. il paziente può ridere senza riconoscere l'incongruità di tale comportamento. Il terapeuta di un sopravvissuto vittima di tortura è necessariamente consapevole che la situazione può sempre scatenare una risposta emotiva tanto intensa quanto incoerente.
- ✓ *Ipervigilanza e opposizione*. L'ipervigilanza e il comportamento oppositivo traggono origine dalla diffidenza radicale unita alla disperata necessità di controllo della situazione, soprattutto laddove l'esperienza traumatica abbia fatto provare potenti

sensazioni di sottomissione, giudizio o inferiorità. Il controllo diventa per il sopravvissuto a tortura una questione centrale: qualsiasi situazione che anche solo alluda a una sua perdita può provocare violenta opposizione da parte del sopravvissuto. Ciò spiega ulteriormente come nelle interazioni durante i colloqui clinici si possano incontrare comportamenti che vanno da un diffuso sospetto a una resistenza ai limiti dello sfidante, di aperta ostilità e franca provocazione.

✓ *Sottomissione e passività*. La sottomissione è la strategia di *coping* utilizzata per necessità quando si è vittime di tortura, specialmente con un torturatore dotato di autorità istituzionale; la sottomissione viene dunque interiorizzata dalla vittima e fonda un nuovo modo di essere. Tale comportamento manifesta quella particolare configurazione che va sotto il nome di «impotenza appresa» in fase di tortura[8], i cui contorni risultano per la vittima assai difficili da superare.

Le persone esposte a trauma intenzionale estremo e reiterato sviluppano spesso una sofferenza inquadrabile come Disturbo Post Traumatico da Stress Complesso (CPTSD)[9]. Caratteristiche di tale diagnosi sono: alterazioni severe delle funzioni psichiche di base (memoria, identità, funzioni associative…); alterazioni nella regolazione emotiva; alterazioni nell'attenzione e nella coscienza; disturbi di autopercezione; disfunzioni relazionali; somatizzazione; difficoltà nell'elaborazione dei significati.

Tale condizione clinica, se non adeguatamente trattata, tende purtroppo ad evolvere verso una cronicizzazione o un progressivo peggioramento che, in una significativa percentuale dei casi, possono degenerare in gravi collassi psichici come quadri psicotici acuti, aggressività auto o eterodiretta, comportamenti suicidari.

Dentro il vissuto psicologico del torturato

Gli studi condotti negli ultimi decenni hanno messo in luce il sostrato biologico soggiacente alla sintomatologia post-traumatica. Alterazioni permanenti nel sistema nervoso centrale, nel sistema neurotrasmettitoriale e in altri sistemi organici (endocrino, gastroenterico, cardiocircolatorio…) sono riconducibili alla sofferenza intenzionalmente inflitta, e supportano l'evidenza e la ricorrenza di specifiche manifestazioni cliniche.

Pur non prescindendo dal ruolo giocato dalle alterazioni biologiche, l'approccio psicologico è in grado di comprendere nel suo insieme l'esito distruttivo dell'esperienza del trauma intenzionalmente inferto. In particolare, tre concetti chiave sembrano in grado di descrivere adeguatamente i nuclei fondamentali dell'esperienza soggettiva del torturato:

1) relazioni: non sapersi più legare
2) identità: la distruzione del Sé
3) cultura: orizzonti ermeneutici.

1) *Relazioni: non sapersi più legare*. Un aspetto altamente dirompente del trauma della tortura, così come dell'abuso precoce, risiede nella sua qualità interpersonale.

Sono due in particolare gli aspetti che emergono come capaci di incidere nel profondo della persona vittimizzata: in primo luogo, il fatto che a perpetrare l'atto torturatorio o d'abuso sia un'altra persona umana. Diversamente, infatti, da catastrofi o da eventi naturali di sorta, l'atto della tortura si gioca sul piano delle relazioni tra pari esseri umani[10]; tale dimensione vale anche in certo qual modo per gli atti di guerra, ancorché il contesto bellico, pur coinvolgendo esseri umani, lasci pressoché distinto il livello personale dei soggetti, non coinvolti in strutture relazionali specifiche: il nemico tenta di uccidermi ma solo in quanto appartenente al fronte avversario, non perché «io sono io e non un altro» oppure «una certa categoria e non un'altra fa di me

[10] Cf B. L. Green et al., *Outcomes of Single Versus Multiple Trauma Exposure in a Screening Sample*, in «Journal of Traumatic Stress», 13 (2000), pp. 271-286; M. A. Schottenbauer et al., *Contributions of Psychodynamic Approaches to Treatment of PTSD and Trauma: A Review of the Empirical Treatment and Psychopathology Literature*, in «Psychiatry», 71 (2008), pp. 13-34.

quello che sono». Sembra essere invece proprio la qualità individuale a costituire l'oggetto esplicito dell'atto della tortura.

In secondo luogo, la relazione interpersonale nel contesto della tortura si connota per l'intenzionalità distruttiva: la tortura intende deliberatamente annientare la persona in quanto tale, e ciò influenza irrimediabilmente le modalità con cui la vittima gestisce le sue relazioni nel prosieguo della sua vicenda vitale.

Persone con diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) – e più ancora di CPTSD – manifestano gravi problemi in aree che vanno dalla gestione relazionale di aiuto ai legami più stabili dell'esistenza. Sono comuni: incapacità di utilizzo di supporto sociale, ritiro interpersonale, difficoltà ad accedere e gestire la propria sfera intima e a mantenere legami profondi durevoli nel tempo[11]. Uno studio ha riscontrato che il tasso di divorzi o di problemi coniugali in pazienti traumatizzati sia il doppio rispetto a campioni di controllo senza diagnosi di PTSD[12]. I problemi relazionali sopra descritti costituiscono un fattore di rischio per l'avvio di processi di rivittimizzazione[13]. Il naufragio del sistema relazionale si riflette anche nella stanza terapeutica, nella quale, come su descritto, normalmente occorre molto tempo prima che il paziente si senta rassicurato che non verrà nuovamente vittimizzato o tradito.

2) *Identità: la distruzione del Sé*. Sembra essere questo il cuore delle conseguenze patologiche della tortura. L'idea che traumi estremi provochino effetti dirompenti sul Sé non è certo nuova: Kohut[14] riconosceva come l'esperienza dei campi di concentramento fosse una delle poche in grado di frammentare un Sé sano; anche J. L. Herman[15] richiama la lezione di Janet nel descrivere il Sé sottoposto

[11] Cf J. L. Okey et al., *The central relationship patterns of male veterans with posttraumatic stress disorder: A descriptive study*, in «Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training», 37 (2000), pp. 171-179.

[12] Cf R. A. Kulka et al., *Contractual Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, Research Triangle Institute, Research Triangle Park NC 1988.

[13] Cf C. Classen et al., *Interpersonal Problems and Their Relationship to Sexual Revictimization Among Women Sexually Abused in Childhood*, in «Journal of Interpersonal Violence», 16 (2001), pp. 495-509.

[14] Cf H. Kohut, *How Does Analysis Cure?*, University of Chicago Press, Chicago IL 1984.

[15] Cf J. L. Herman, *Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*, in «Journal of Traumatic Stress», 5 (1992), pp. 377-391; J. L. Herman, *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Edizioni Magi, Roma 1992; M. Luci, *Disintegration of*

a trauma estremo come "disintegrato" nella sua consistenza unica e individuale.

L'effetto del trauma prolungato ed estremo sul Sé può essere raffigurato come una perdita della "pelle psichica".

In un caso descritto da Luci[16], un intero gruppo di supporto (composto da otto operatori sociali tra psicologi, psichiatri ed educatori) durante il percorso terapeutico di un paziente assunse letteralmente una "funzione riflessiva vicaria". Il gruppo, cioè, fungeva da spazio interpersonale nel quale il paziente poteva rappresentare e quindi manifestare le parti di sé profondamente dissociate. Il processo si rifletteva in una robusta e condivisa sensazione controtransferale di "essere" – in quanto singoli e in quanto gruppo – il paziente.

La prospettiva junghiana del gruppo di lavoro di Luci assume la dissociazione come un evento centrale nel normale funzionamento psichico. Secondo tale approccio, ciò che varia è l'intensità e la reversibilità dei fenomeni dissociativi.

A seguito di traumi estremi, il Sé si frammenta in parti dissociate dotate di una consistenza interna e un'autonomia tali da essere riconosciute come stati mentali indipendenti. Paradossalmente, questa difesa dissociativa contribuisce al mantenimento dell'identità personale, stabilendo rigide separazioni tra quel che rimane del Sé e quanto viene percepito come "non-Sé". Ciò che in precedenza poteva essere una normale dissociazione, una configurazione fluida di molteplici stati che permette a una persona di «sentirsi come un Sé pur essendo molti»[17], si trasforma in un sistema bloccato, con ogni Sé separato e delimitato da confini rigidi. Manifestazioni di ritiro intenso possono così essere comprese come l'estremo tentativo di isolare il materiale caotico e traumatico dell'esperienza dell'individuo, mentre il corpo offre il suo aiuto al fine di collocare gli affetti insopportabili, ad es. in sensazioni di dolore intenso e persistente (sintomi somatici).

Il Sé è reso evidente e sperimentabile nel corpo, pensabile come una sorta di zona di confine, un'interfaccia tra il fisico e il mentale.

the self and the regeneration of 'psychic skin' in the treatment of traumatized refugees, in «The Journal of Analytical Psychology», 62 (2017), pp. 227-246.

[16] M. Luci, *Disintegration of the self*, cit.

[17] P. M. Bromberg, *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the space*, Raffaello Cortina, Milano 2007.

Noi diciamo: «Io ho un corpo» e simultaneamente: «Io sono un corpo»; esso è allo stesso tempo "me" e "non-me", qualcosa che io sono e con cui mi identifico in quanto soggetto, e qualcosa che io guardo, investigo, ammiro, detesto in quanto oggetto. Quando la mente non può reggere i propri contenuti psichici, il corpo diviene il solo luogo su cui possono venire organizzate rappresentazioni di essi altrimenti inaccessibili.

La psicoanalisi, del resto, suggerisce che la stessa pelle costituisca la zona di interscambio che gioca un particolare ruolo nello sviluppo precoce e nella costituzione dell'esperienza del Sé[18]. Winnicott sottolineava che il corpo del bambino sente, soffre, prova piacere, si muove, ma non ha confini: il senso del proprio perimetro che distingue ciò che è interno da ciò che è esterno è acquisito nella relazione fisica con l'altro. In particolare, è il contatto con le mani della madre che toccano, manipolano e modellano a costituire l'esperienza fondante la superficie del corpo, finché il bambino finisce col percepire la propria pelle in quanto limite della propria identità personale[19]. La pelle è dunque pensata e sentita come un involucro, un contenitore per il corpo e l'identità del bambino, ma anche come un confine che mi permette di "sapere chi sono".

Nel torturato, il confinamento del dolore nello spazio irriflesso del corpo comporta da un lato una perdita del suo significato identificativo e, dall'altro, l'irrigidimento dissociato di un'area estrema in cui quel poco di Sé che sopravvive viene come incapsulato e difeso da un possibile, ultimo e definitivo crollo.

3) *Cultura: orizzonti ermeneutici*. Data la crescente globalizzazione, tutti interagiamo quotidianamente con persone provenienti da aree culturali diverse dalle nostre, sia nella vita privata che professionale. La crisi dei rifugiati che l'Europa (e non solo) sta attualmente affrontando è solo una delle tante manifestazioni di questo processo.

In risposta a tale realtà, vi è una crescente condivisione tra i terapeuti che lavorano a contatto con traumi estremi, circa la necessità di

[18] Cf D. Anzieu, *The Skin Ego*, Yale University Press, New Haven (CT) 1989, cit. in M. Luci, *Disintegration of the self*, cit.

[19] Cf D. W. Winnicott, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma 1965.

sviluppare le proprie competenze e sensibilità in merito ai riferimenti culturali dei loro pazienti. Risulta in effetti utile riflettere su come i pazienti pensino ed interpretino gli eventi che sono accaduti a loro o ad altri. Il giudizio di valore, in situazioni simili, può rischiare di non tenere adeguatamente conto del contesto ermeneutico che la cultura di appartenenza fornisce ai principi di riferimento del paziente, col rischio di farlo sentire ancora una volta misconosciuto e vittimizzato. In tal senso, coinvolgere nella pratica clinica persone dello stesso *background* culturale può fornire ai terapeuti una valutazione più accurata e aiutare il paziente a trovare valide alternative a quello che inizialmente può sembrare un vicolo cieco.

La figura del mediatore culturale assume quindi nel *setting* terapeutico un'importanza imprescindibile. La presenza di un "terzo" nella stanza d'analisi – ponte tra le culture e testimone della molteplicità, nelle condizioni specifiche dell'accompagnamento di un paziente proveniente da una cultura differente dalla nostra – viene teorizzato dall'approccio psicoterapeutico transculturale. Secondo tale approccio, l'intero impianto della cultura di appartenenza (comprensivo di riferimenti simbolici, criteri epistemologici, meccanismi di funzionamento e potenzialità terapeutiche) è uno strumento a pieno titolo a disposizione di terapeuta e paziente al fine del trattamento[20]: il mediatore culturale rende possibile l'utilizzo di tale strumento.

In aggiunta, si può considerare che la maggior parte delle psicoterapie *evidence-based* derivano da teorie occidentali, mentre le psicologie dei Paesi in via di sviluppo sono principalmente orali, poco studiate e poco pubblicate. Se la popolazione immersa negli orizzonti culturali alternativi all'Occidente cresce (peraltro entro i confini occidentali stessi), diventa verosimilmente cruciale comprendere concetti quali "sensibilità" e "competenza culturale", anche relativamente ad approcci e metodologie teoriche di riferimento.

L'idea di fondo, in definitiva, è che il livello di connessione emotiva del terapeuta possa aumentare la propria efficacia attraverso il rispetto della cultura del paziente. Tale sensibilità è rappresentata

[20] Cf S. Bouznah - C. Lewertowski, *Quando gli spiriti incontrano i medici. Sette storie per guarire*, Ed. Colibrì, Milano 2019.

dalla capacità del terapeuta di fare domande con umiltà, ascoltare, imparare e convalidare le percezioni del paziente.

Nel rispetto dunque delle variabili culturali, il terapeuta si asterrà dal plasmare in modo rigido le acuità del paziente secondo una comprensione teorica predeterminata da diagnosi e modelli psicoterapeutici, distanziandosi da una concezione della psicoterapia eccessivamente rigida, intesa come insieme fisso di passi, valido per ogni paziente a prescindere dalle differenze individuali (età, sesso, cultura, educazione ecc.).

In altri termini, riconoscere le variabili culturali significa ricordare che ogni psicoterapia è informata dai principi che governano comportamento umano e recupero psicologico, ma è anche modellata sia dal singolo paziente, con le sue unicità irriducibili, sia dallo specifico incontro terapeuta-paziente. Risulta dunque pertinente il presupposto metodologico terapeutico denominato "*tailoring the treatment*": adattare il trattamento al singolo paziente, in questo caso anche in senso culturale, assumendo cioè che la cultura di appartenenza plasmi il significato degli eventi, anche traumatici, e influenzi l'interpretazione che si può fornire dei sintomi[21].

Ulteriormente, si potrà infine precisare che il *background* culturale non sia semplicemente riferibile ad un sistema riconosciuto e, per così dire, astratto (cultura "islamica", "orientale", "peruviana"…), bensì necessiti della lettura dei riferimenti culturali generali entro le circostanze e la storia del vissuto unico e irripetibile del soggetto. Nel contesto storico attuale, infatti, i rapidi mutamenti, la tumultuosa, reciproca ibridazione e le molteplici contraddizioni all'interno delle singole culture rendono inutile e ancor più dannoso l'utilizzo di stereotipi per la comprensione dell'individuo.

Il trauma da tortura: linee interpretative

A conclusione di questo contributo, possiamo evocare due grappoli di concetti chiave capaci di offrire una prospettiva più nettamente

[21] Cf S. Sue et al., *The Case for Cultural Competency in Psychotherapeutic Intervention*, in «Annual Review of Psychology», 60 (2009), pp. 525-548.

antropologica entro cui comprendere il senso profondo dei processi psicopatologici sin qui descritti.

- *Corpo, mente, ambiente*: emerge l'indissolubile dialettica di queste tre dimensioni nell'orizzonte immanente dell'esperienza psicologica. La centralità del corpo – come condizione biologica di possibilità per certi aspetti previa all'elaborazione mentale – si congiunge in modo inestricabile alla trama delle relazioni in cui è immerso il soggetto, sia in situazioni normali che nella condizione traumatica. Corpo, mente e relazioni appaiono così dimensioni differenti di un tutt'uno, in perenne interazione reciproca. Fisico, mentale e sociale si dimostrano domini specifici di quella Unità che è l'Essere Umano, pensabile irrinunciabilmente nell'immanenza della sua collocazione in un tempo, uno spazio, una storia (Incarnazione). La profondità e la concretezza di tali inter-relazioni si riscontra nella potenza di un sistema relazionale perverso, come quello instaurato tra vittima e aggressore, tale da alterare in modo permanente lo stesso fondamento identitario dell'individuo fin dentro le proprie configurazioni fisiologiche.

- *Dissociazione, memoria, senso*: la dimensione immanente, che va dalla fisicità organica del soggetto alla sua componente relazionale, trova nell'orizzonte del significato ("dare - senso, direzione") la propria prospettiva di futuro, di risanamento. Perché la persona traumatizzata possa imboccare la via del tornare a sentirsi parte della "comunità umana" occorre infatti accompagnarla nell'arduo cammino della "riparazione" della memoria violata, spaccata, trincerata nella difesa dissociativa. Tale processo può avvenire solo restituendola, passo dopo passo, ad un orizzonte di senso profondo, personale, organico.

Nella Bibbia il termine *Satàn* – originato dalla radice semitica "STN" (שטן) – e la sua traduzione nel lemma greco *diabolòs* (διαβολός) rimandano ai plurimi significati di "opporre", "voltarsi" e così pure "spaccare", "dividere". Tale richiamo risulta suggestivo, in quanto in esso il "male" viene descritto nella sua più radicale essenza: ciò che

oppone, separa, divide, spacca. Quanto illustrato dalla Bibbia pare dunque evocativo di quella realtà che accade nella stanza della tortura, nelle relazioni che in essa vi si dispiegano e che il torturato si trova a dover gestire, affrontare, patire nel corpo e nella mente fino agli strati più profondi del Sé.

La difesa dissociativa, dunque, appare come salvezza nel preciso istante della spaccatura causata dall'evento traumatico, e come trappola nel dispiegarsi della vita del sopravvissuto a tortura.

Laddove il processo terapeutico riesca ad accompagnare l'individuo sopravvissuto (corpo, mente, possibilità relazionali) ad affrontare il paradosso della rinuncia a ciò che è stato salvezza ed è divenuto gabbia, per così poter recuperare un orizzonte di senso, il proprio personale orizzonte, si schiude per il sopravvissuto una possibilità di (ri)prendere in mano la propria vita: una strada lunga, impervia e dall'esito non scontato ma pur sempre una strada, valida alternativa all'isolamento terrorizzante cui le memorie traumatiche non elaborate inesorabilmente condannano.