

La voce del torturatore. Il trattamento della dissociazione traumatica nelle vittime di violenza intenzionale.

Marzia Albanese¹

¹Scuola di Psicoterapia Cognitiva

Riassunto

L'interesse per l'argomento qui di seguito proposto nasce dalla mia personale esperienza nel trattamento delle vittime di violenza intenzionale che hanno avuto accesso al Sistema Sanitario Nazionale.

Nella pratica clinica svolta, mi sono infatti dovuta confrontare con la difficoltà nella gestione di importanti fenomeni dissociativi, primo fra tutti la dissociazione strutturale. Che fare in questi casi? La seguente tesi offre un percorso clinico, a partire dalle teorizzazioni di Van Der Hurt, che possa guidare il terapeuta nel trattamento dei pazienti gravemente traumatizzati che presentano in terapia diverse parti di sé, ponendo una costante attenzione alla relazione terapeutica e all'importanza dei confini.

Parole chiave: Trauma, dissociazione strutturale, voci, tortura, disturbo post-traumatico da stress

The torturer's voice.

The treatment of traumatic dissociation in victims of intentional violence.

Summary

The interest in this topic comes from my personal experience in the treatment of victims of intentional violence who have had access to the National Health System.

In the clinical practice carried out, I had to face the difficulty in managing important dissociative phenomena, first of all structural dissociation. What to do in these cases? The following thesis offers a clinical pathway, starting with Theorizations of Van Der Hart, that can guide the therapist in the treatment of severely traumatised patients who present in therapy different parts of themselves, placing a constant attention to both the therapeutic relationship than to the importance of confines.

Key words: Trauma, structural dissociation, vocals, torture, post-traumatic stress disorder

1. Introduzione

Si parla spesso di trauma. Sembra ormai aver acquisito un valore lessicale universale. Personalmente se penso al trauma mi viene in mente una antica pratica giapponese per cui l'oro o l'argento liquido vengono utilizzati per saldare insieme i frammenti e i cocci di un oggetto rotto. Questa tecnica, meglio conosciuta come "kintsugi", permette così di ottenere, a partire da qualcosa di rotto, degli oggetti preziosi sia da un punto di vista economico che artistico, in quanto ogni

Marzia Albanese., La voce del torturatore, N. 24, 2019, pp.33-61

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

ceramica riparata è caratterizzata da un intreccio di linee dorate unico ed irripetibile per via di quella casualità che solo il frantumarsi conosce. Da cosa nasce questa antica pratica? Dall'idea, piuttosto saggia, che da un'imperfezione o da una ferita possa nascere qualcosa di prezioso.

Ora, immaginiamo di essere molto lontani da qui. Possiamo scegliere di essere curdi, iraniani, nigeriani, siriani. Immaginiamo di essere catturati, per ragioni politiche, discriminazioni sessuali o religiose, o perché siamo stati casualmente testimoni di un'aggressione e abbiamo deciso di testimoniare. O, se siamo donne, immaginiamo di aver attraversato il deserto e intrapreso il viaggio migratorio per far avere ai nostri figli, tenuti sulla schiena con fatica, un futuro migliore. Immaginiamo che a seguito di questa cattura ci venga fatto del male. Se siamo donne immaginiamo di essere violentate. Ogni giorno. Senza scampo. Immaginiamo di non avere alcun potere di evitarlo. Di dover subire. Ogni giorno. Senza scampo. Che cosa vi viene in mente? Che cosa fareste? Le storie che ho ascoltato, nel mio lavoro con i migranti sia nei Centri di Accoglienza Straordinaria che, successivamente, presso il Centro Salute Migranti Forzati dell'ASL Roma 1 (SAMIFO), suggeriscono un'unica scappatoia: la nostra mente. L'unica fuga possibile è il non essere presenti a noi stessi mentre tutto questo ci accade. Non sorprenderà affatto, allora, che durante l'esperienza di tortura la coscienza della vittima sia alterata e che essa registri dunque in maniera alterata i dati dell'esperienza in atto, determinando, in molti casi, l'insorgenza di un Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) (Steel et. Al. 2009). Tuttavia, contrariamente a quanto possiamo immaginare, non in tutte le persone che hanno subito un'esperienza così cruenta è riscontrabile un PTSD.

La prevalenza di tale disturbo nelle vittime di tortura è infatti pari al 45% per alcuni (Johnson, Thompson 2007) e addirittura al 31% per altri (Cloitre et al. 2014); questo è riferibile al fatto che ogni vittima sperimenta la sofferenza in maniera differente e a come, inoltre, il dolore fisico inflitto dalla tortura non produce lo stesso esito psicologico in tutti (Schubert, Punamaki, 2016) a causa di numerosi fattori, tra cui la vulnerabilità psicologica pregressa del soggetto.

Il PTSD ricopre un ruolo centrale nel Protocollo di Istanbul, un manuale istituito dall'Alto Commissario per i Diritti Umani delle Nazioni Unite al fine di garantire e promuovere un'efficace indagine di ogni trattamento, tortura o pena crudele, disumano o degradante. Tra le conseguenze psicologiche della tortura, la diagnosi di PTSD viene infatti riportata come diagnosi più frequentemente associata a questa tipologia di trauma, tanto da dover invitare a conoscerla a fondo, non soltanto gli operatori sanitari e le istanze che si occupano di rifugiati e altri migranti, ma anche la pubblica opinione informata.

Ciononostante, viene più volte sottolineato all'interno di questo manuale, come tale frequenza non debba in alcun modo tradursi nella convinzione semplicistica ed erronea che il PTSD sia la conseguenza psicologica principale della tortura. Ciò che infatti spesso accade in chi ne è vittima e che può essere trasversale a molte diagnosi, è principalmente una modifica durevole della personalità, riconducibile ad una vera e propria divisione, come conseguenza del trauma, in vere e proprie "parti di sé" con caratteristiche diverse tra loro e, soprattutto, con funzioni differenti, che a volte prendono le sembianze di persone realmente appartenenti al passato della vittima.

Questa rottura interna dell'esperienza di sé si riflette inevitabilmente nella frattura percepita del mondo reale (in particolare rispetto ai suoi parametri di tempo e spazio) e del mondo relazionale (Vercillo e Guerra, 2019). Inoltre, quanto più la storia di attaccamento della vittima (neglect genitoriale) o altri fattori (essere cresciuti in una atmosfera di guerra costante) ne hanno compromesso lo sviluppo infantile, tanto più esiste il rischio di una strutturazione frammentata della persona (Liotti e Farina, 2011).

Diversi studi e osservazioni cliniche nel campo del trattamento della dissociazione traumatica con chi è stato torturato, hanno inoltre messo in evidenza come, tra queste parti del sé, ne sia frequentemente riscontrabile una in particolare: quella che parla e si comporta esattamente come il torturatore. In una situazione di violenza subita, il soggetto sperimenta inevitabilmente un forte stato di impotenza e, nella sua vita, tale stato sarà facilmente risperimentato in altre situazioni ogni qual volta che uno stimolo ne attiverà le reti neurali corrispondenti, portando all'attivazione della parte del torturatore che può intervenire attraverso la propria voce per insultare il paziente ed il suo essere inerme ed inetto in tali circostanze (Vercillo e Guerra, 2019).

E' proprio questa voce ad assumere un ruolo centrale nel percorso di psicoterapia svolto con le vittime di tortura, in quanto il suo scopo è quello di liberarsi della parte impotente e vulnerabile del paziente, affinché possa difendersi in maniera adeguata (proprio come non ha potuto fare nel momento della tortura) evitandogli dunque di esporsi nuovamente a potenziali eventi traumatici. A tal fine, il torturatore interiorizzato insulta il paziente, lo accusa rispetto al trauma subito suscitandogli forti sensi di colpa e lo critica per tutte le sue qualità repute "negative" con frasi del tipo: *"non ce la puoi fare!"* *"io lo so che sei impotente! Ricordi come sei stato con me?"* *"resta al sicuro nella tua tana"* *"non devi rischiare"* *"pretendi troppo!"* (Steele, Boon e van der Hart, 2017). In definitiva, il fine ultimo della parte del torturatore e delle sue voci, è quello di prevenire la sofferenza del paziente, anche attraverso l'impedimento della creazione di nuovi legami con persone, come il terapeuta, che venendo a conoscenza della sua vulnerabilità, potrebbero abusarne e tradirlo facendogli rivivere nuovamente e pienamente la sua impotenza (Vercillo e Guerra, 2019).

Alla luce di questo, appare dunque evidente come il trattamento della dissociazione traumatica, con particolare attenzione alla parte del torturatore, assuma un ruolo di fondamentale importanza nella psicoterapia con le vittime di tortura per garantirne l'efficacia.

2. La tortura

Difficile, probabilmente, comprendere cosa sia la tortura solo mediante la sua definizione, che la vede come "semplice" metodo di coercizione fisica o psicologica inflitta con lo scopo di punire o di estorcere informazioni o confessioni alla vittima, senza tener conto però di un aspetto centrale della tortura: riduce al silenzio, nasconde, deumanizza.

Se penso ai corpi delle persone ascoltate nel mio percorso formativo e professionale con i rifugiati e i richiedenti asilo, la tortura è un indelebile marchio impresso nella pelle. Ciononostante, sebbene il Diritto Umanitario Internazionale sui diritti umani ne proibisca coerentemente il ricorso in qualunque circostanza, la tortura e i maltrattamenti sono praticati in più della metà dei Paesi del mondo (Bafolu, 1993). Secondo quanto riportato dagli ultimi dati di Amnesty International, la tortura è infatti praticata ancora in ben 141 paesi; basti pensare a Afghanistan, Sudan, Iraq, Nigeria, Arabia Saudita, Iran e Somalia, dove fustigazioni e mutilazioni sono attualmente un metodo di risarcimento giudiziario, oppure al più popolato dei continenti, l'Asia, dove in quasi tutti i paesi, fatta eccezione della Corea del Sud e di Hong Kong, la tortura è oggi considerata uno dei tanti metodi di investigazione criminale (Attanasio, 2011).

*"Vennero a prendermi di notte" – è il racconto di Ahmed, un curdo perseguitato nel Kurdistan turco perché oppositore politico - "e mi sbatterono dentro una cella buia. I primi giorni si facevano vivi solo per picchiarmi. Usavano un bastone o mi appendevano per le braccia con una fune lasciandomi così per ore."*¹

*"Non dormo più una notte intera, faccio incubi di continuo" - dice invece Knar, fuggita dall'Armenia sconvolta dagli scontri politici seguiti alle elezioni del 2008 – "lo chiamiamo KGB, è il servizio segreto della polizia. Al termine della grande manifestazione del 1 marzo 2008, hanno cominciato a sparare e poi ci hanno caricato in massa su un camion. Io e mia figlia, di 17 anni, siamo finite in una grossa cella assieme ad una cinquantina di altre persone, negli scantinati di un palazzo al centro di Yerevan. Siamo rimaste lì tre giorni...interrogatori ogni otto ore e botte con bastoni sulla schiena e sulle gambe."*²

E ancora: *"ogni volta che penso a quello che è successo in Libia, sto male"* – dice Aboubakar, scappato dal Sierra Leone un anno fa – *"ci portavano fuori nel deserto sulla sabbia calda e ci*

lasciavano sotto il sole. A volte ci legavano le mani [...] ogni giorno in carcere c'era qualcuno nuovo e qualcuno che veniva portato via, senza fare più ritorno.”³

Ed è spezzata dal pianto la voce di Destiny, mentre racconta delle violenze sessuali subite in Libia: *“ci sono stata solo tre mesi, ma durante questi tre mesi ciascuna donna ha avuto il suo giorno per essere violentata.”⁴*

Forse in effetti, alla luce di queste testimonianze, la definizione iniziale di tortura non basta, perché atrocità di tali dimensioni non possono delimitarsi nel contorno di piccole parole.

Ecco allora che la tortura merita di diventare fonte di una profonda preoccupazione nell'intera comunità mondiale, poiché il suo scopo è distruggere deliberatamente non solo il benessere fisico o emotivo degli individui ma anche, in alcuni casi, la dignità e la volontà di intere comunità. Essa, di conseguenza, non può che riguardare tutti i membri della famiglia umana poiché mette in discussione non solo il significato stesso della nostra esistenza ma anche la nostra speranza di un futuro migliore (Iacopino, 1998).

2.1 Metodi e tipologie

E' il 9 agosto del 1999 quando all'Alto Commissario per i Diritti Umani delle Nazioni Unite viene sottoposto il Protocollo di Istanbul che, grazie al lavoro di varie organizzazioni umanitarie (*Amnesty International, London Association for the Prevention of Torture, New York Center for Victims of Torture, International Rehabilitation Council for Torture Victims*) si pone l'obiettivo di fornire agli Stati una documentazione internazionale efficace per affrontare la tutela delle vittime di tortura, portando alla luce le prove dei maltrattamenti subiti, affinché i loro autori possano essere ritenuti responsabili delle loro azioni e, di conseguenza, essere penalmente perseguiti.

La grande utilità di questo manuale risiede inoltre nell'offrire ad ogni professionista che operi nel settore della tortura (avvocato, medico, psicologo), oltre a quanto si è appreso negli ultimi vent'anni su di essa e sulle sue conseguenze, delle linee guida internazionali per la valutazione di persone che formulano accuse di presunte torture e maltrattamenti e per presentare rapporti sui relativi esiti alla magistratura o ad altri organi investigativi.

Per tale ragione, una parte di questo manuale è dedicata all'accurata descrizione delle varie torture che possono essere commesse e dunque, subite dalla vittima, secondo la seguente classificazione:

- *Percosse ed altre forme di trauma da corpo contundente.*

Comprendono:

- Danni alla pelle (graffi, lesioni da ustione, contusioni, lividi, strappi o schiacciamenti della pelle);

- Fratture (ad esempio delle costole, con conseguente lacerazione del polmone);
- Trauma Cranico (i colpi alla testa rappresentano una delle forme più comuni di tortura e possono provocare atrofia corticale e danni assonali diffusi);
- Traumi del petto e addominali (con gravi lesioni, talvolta irreversibili, agli organi interni).

- *Percosse sui piedi.*

La più conosciuta tra queste tipologie di tortura è indubbiamente la “*falanga*”, ovvero l’applicazione ripetuta di colpi ai piedi o, più raramente, alle mani e ai fianchi generalmente con un manganello o un pezzo di tubo.

Le conseguenze più frequenti di questa forma di tortura sono la “sindrome del compartimento” (caratterizzata da necrosi muscolare, ostruzione vascolare o cancrena della porzione distale del piede) e vere e proprie disabilità croniche, che impediscono alla vittima di camminare come un tempo rendendo ogni passo estremamente doloroso.

- *Sospensioni.*

Della durata di quindici-venti minuti, la sospensione è una forma comune di tortura in grado di produrre un intenso dolore e può essere applicata in varie forme:

- Sospensione a croce (le braccia della vittima vengono allargate e legate ad una sbarra orizzontale);
- Sospensione “da macelleria” (applicata fissando le mani in alto, sia insieme che separate);
- Sospensione “da macelleria” a rovescio (vengono fissati i piedi in alto e la testa in basso);
- Sospensione palestinese (la vittima viene sospesa, con gli avambracci legati insieme dietro la schiena e i gomiti piegati a novanta gradi, a una sbarra orizzontale);
- Sospensione a “posatoio da pappagallo” (applicata sospendendo la vittima per le ginocchia flesse e i polsi legati alle caviglie).

- *Altre torture posizionali.*

La vittima viene legata o costretta in posizioni contorte (es. iperestensione o altre posizioni innaturali) subendo dolori estremamente intensi e lesioni ai legamenti, ai tendini, ai nervi ed ai vasi sanguigni. Tra queste posizioni vi sono:

- costringere a stare in piedi;
- costringere a stare su un solo piede;

- stare in piedi a lungo con le braccia e le mani distese in alto su un muro;
- costringere a stare accovacciati;
- immobilità forzata in una gabbia.

- *Tortura con scariche elettriche.*

Attraverso l'uso di elettrodi posizionati sulle parti più sensibili del corpo (mani, piedi, genitali, capezzoli, labbra) viene trasmessa la corrente elettrica alla vittima provocandole intenso dolore.

- *Tortura dentale.*

Può consistere nella rottura o nell'estrazione dei denti o può essere eseguita mediante l'applicazione di corrente elettrica sugli stessi.

Svariate possono essere le conseguenze subite: perdita o rottura dei denti, gonfiore delle gengive, emorragia o frattura mandibolare.

- *Asfissia.*

Il soffocamento è un metodo sempre più diffuso di tortura e può essere indotto in svariati modi (uso di un sacchetto di plastica, costringere la vittima a respirare polvere o cemento, immergere forzatamente il capo nell'acqua infetta da urina, feci o vomito). Questo metodo è stato talmente tanto utilizzato in America Latina che il suo nome in spagnolo ("*submarino*") è entrato a far parte del vocabolario dei Diritti Umani.

Ne derivano diverse complicazioni: epistassi, emorragie dalle orecchie, congestione del volto, infezioni alla bocca e problemi respiratori acuti o cronici.

- *Tortura sessuale.*

Comprende:

- nudità forzata, che in molti paesi è un fattore costante nelle situazioni di tortura. Del resto, non si è mai tanto vulnerabili quanto nel momento in cui si è nudi ed indifesi.

E' questo della nudità un fattore estremamente importante che costituisce una grossa fetta di paura della vittima, in quanto esaspera l'aspetto psicologico di ogni forma di tortura, poiché fa aleggiare la minaccia permanente dell'abuso, dello stupro o della sodomia;

- minacce sessuali, scherno e altre aggressioni verbali che inaspriscono l'umiliazione e gli aspetti degradanti della tortura stessa.
- lo stupro, a sua volta associato a
 - rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili, in particolare virus da immunodeficienza umana (HIV);

- Insulti verbali (spesso agli uomini vengono formulate minacce di perdita della virilità, con conseguente perdita del rispetto sociale);
- timore di un'eventuale gravidanza;
- il timore di perdere la verginità;
- timore di non poter avere figli (anche se lo stupro può essere nascosto ad un eventuale marito e al resto della società).

Oltre alle forme appena viste, nel suo libro "Persecutori e vittime", Françoise Sironi, fondatrice della Geopolitica Clinica, aggiunge tra i metodi di tortura i seguenti, a carattere più psicologico che corporeo:

- *Generazione del terrore.*

Che può essere provocato nella vittima attraverso:

- simulazioni di esecuzioni in cui la persona viene condotta sul luogo dell'esecuzione (es. fucilazione) ma non viene colpita (es. si spara in aria);
- minacce di morte (riguardanti non solo la vittima ma anche le persone a lei care, come familiari);
- tentativi di assassinio;
- assistere all'agonia prolungata dei compagni detenuti.

- *Disturbo dei riferimenti sensoriali.*

Questa tipologia di tortura prevede diverse forme di riduzione degli stimoli sensoriali per diverso tempo (giorni o settimane) che provengono dall'ambiente, provocando disturbi della memoria, difficoltà di concentrazione ed in casi più gravi, un vero e proprio disturbo di accesso alla realtà.

- *La scelta impossibile.*

Questa tipologia di tortura consiste nel costringere la vittima, in un clima di pestaggi, a gestire un dilemma indotto dalla situazione di tortura stessa: parlare per mettere fine allo strazio, oppure "sedersi al tavolo" fornire nomi e informazioni con la certezza che questo comporterà poi una vita di eterni, continui rimorsi?

La situazione più frequente che illustra la messa in atto di questa tecnica è quella in cui il prigioniero è obbligato a uccidere un suo compagno per continuare a vivere.

- *Instaurazione di un codice ossessivo totale come sistema.*

Durante la detenzione viene sancito un codice che mantiene la divisione del mondo tra chi ha il potere (i torturatori) e gli impotenti (le vittime). Ne consegue che, chi è recluso è costretto, per

sopravvivere, a rispettare scrupolosamente tutta una serie di regole che finiscono per produrre una ritualizzazione estrema degli atti quotidiani.

- *L'ordine binario.*

Sotto tortura, la visione del mondo viene articolata costantemente in maniera dicotomica: pulito/sporco, buono/cattivo. La vittima, in base al suo grado di “collaborazione” viene spinta dal carnefice ad un solo polo di queste due polarità.

2.2 Conseguenze psicologiche

Come abbiamo appena visto, la tortura è dunque un'esperienza estrema in grado di provocare un ampio ventaglio di sofferenze fisiche e psicologiche.

I torturatori tendono a giustificare volentieri i loro atti con la necessità di ottenere informazioni, riducendo la vittima ad uno stato di sgomento e di impotenza estremi che possono condurre ad un deterioramento delle funzioni cognitive, emotive e comportamentali (Fishcer e Gurriss, 1996). Tuttavia, come già affermato nella parte introduttiva, non possiamo inferire che tutte le vittime di tortura presentano la stessa sintomatologia e quindi, gli stessi quadri clinici, poiché l'impatto psicologico della tortura dipende da svariati fattori: dal sistema di pensiero e di valori dell'individuo, dal suo sviluppo personale, da fattori sociali, politici e culturali.

Non possiamo allora aspettarci che le conseguenze psicologiche di una esecuzione simulata siano le stesse di quelle di una sevizia sessuale, né che l'isolamento penitenziario produrrà gli stessi effetti della tortura fisica. Similmente inoltre, gli effetti della detenzione e della tortura in un adulto non saranno sicuramente gli stessi che in un minore.

Tuttavia, è possibile rintracciare alcune costanti nei sintomi e nelle reazioni psicologiche delle vittime di tortura, qui di seguito riportate:

a. Ripetizione del trauma.

Le vittime possono:

- essere soggette a immagini o ricordi ricorrenti e intrusivi che fanno loro rivivere l'esperienza traumatica sia nello stato di veglia che durante il sonno sotto forma di incubi;
- essere diffidenti e spaventati rispetto a figure rappresentanti l'autorità (forze dell'ordine, medici e anche gli psicologi che effettuano la presa in carico).

b. Comportamenti di evitamento e torpore emotivo.

Ad esempio:

- rifiuto di ogni pensiero, conversazione, attività, luogo o persona suscettibile di risvegliare un ricordo del trauma;
- profondo torpore emotivo;
- disinteresse nei confronti di sé stesso e della società;
- incapacità di rammentare un aspetto importante del trauma.

c. Ipervigilanza.

Ovvero:

- difficoltà ad addormentarsi o a rimanere addormentato;
- irritabilità, accessi di collera;
- difficoltà a concentrarsi;
- ipervigilanza, reazione di soprassalto esagerata;
- ansia generalizzata;
- respiro corto, sudorazione, secchezza della bocca, vertigini, disturbi gastrointestinali.

d. Sintomi depressivi.

- depressione dell'umore;
- anedonia;
- modifica dell'appetito o perdita di peso;
- insonnia o ipersonnia;
- agitazione o rallentamento psicomotorio;
- stanchezza e mancanza di energia;
- senso di inutilità o di colpa;
- difficoltà a focalizzare l'attenzione, a concentrarsi o a mobilitare i ricordi;
- idee di morte, idee o tentativi di suicidio.

e. Senso di irreparabile.

Chi ha subito una tortura è convinto di avere subito danni irreparabili ed un cambiamento irreversibile della sua personalità. La vittima sente che il suo avvenire è irrimediabilmente compromesso, senza prospettive di carriera, di matrimonio, di paternità o maternità o altre caratteristiche di una vita normale.

f. Dissociazione.

La vittima può andare incontro a:

- derealizzazione;
- depersonalizzazione.

g. Sintomi somatici.

Le vittime riportano comunemente: mal di testa cronici, dolori dorsali e muscolo-ossei.

h. Psicosi.

Le differenze culturali e linguistiche possono essere all'origine di diagnosi sbagliate di disturbi psicotici. Prima di fare una tale diagnosi, sarebbe infatti auspicabile andare a valutare i sintomi nel particolare contesto culturale del soggetto.

I comportamenti psicotici possono essere di breve durata o di durata prolungata ed i sintomi possono presentarsi durante la detenzione o la tortura, o in un momento successivo.

Di seguito, alcuni dei sintomi più comunemente osservati:

- idee deliranti;
- allucinazioni uditive, visive, tattili o olfattive;
- ideazioni e comportamenti strani;
- illusioni ed altre distorsioni della percezione che possono assumere la forma di pseudo-allucinazioni ed avvicinarsi a veri e propri comportamenti psicotici. Alle vittime della tortura, in particolare, accade di avere allucinazioni uditive (grida, sentirsi chiamare per nome) o visive (ombre) senza tuttavia presentare sintomi probanti di psicosi.
- Paranoia e delirio di persecuzione.

i. Abuso di sostanze tossiche.

Le persone che hanno subito la tortura divengono spesso dipendenti dall'alcol o da altre sostanze tossiche utilizzate come "autocura" per respingere i ricordi traumatici e a controllare la loro ansia.

j. Alterazioni neuropsicologiche.

La tortura provoca a volte traumi fisici in grado di portare a vere e proprie lesioni cerebrali. Per tale motivo, un buon assessment nella presa in carico delle vittime prevede una valutazione neuropsicologica che possa far apparire sintomi specifici che, in molti casi, possono essere però imputabili prettamente allo stato di stress post-traumatico e alla depressione.

Per effettuare dunque una accurata distinzione tra le due possibilità, occorre ricorrere a competenze specializzate nell'ambito della valutazione neuro-psicologica e contemporaneamente essere consapevoli delle dimensioni culturali che influiscono sulla validità delle norme e degli strumenti di valutazione neuro-psicologica, rispetto ai quali, ad oggi, è possibile fare solo una lettura qualitativa.

3. La dissociazione traumatica e il torturatore interiorizzato

Abbiamo appena visto le conseguenze psicologiche che la tortura determina in chi ne è vittima. In linea generale, le diagnosi psicopatologiche più frequentemente riscontrate sono il Disturbo da Stress-post-traumatico e la Depressione Maggiore. Ciò che però appare frequentissimo e soprattutto, trasversale ad ogni diagnosi, è una modifica durevole della personalità, caratterizzata da un atteggiamento ostile o diffidente nei confronti del mondo esterno, un ripiego sociale, sentimenti di vuoto o di perdita di speranza, l'impressione cronica di avere "i nervi a fior di pelle" come se si fosse sotto l'effetto di una minaccia permanente e, infine, un costante sentimento di distacco. Ma, a cosa può essere riconducibile questo importante cambiamento in chi è stato torturato?

A partire dagli anni Novanta, Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis e Kathy Steele sviluppano la "Teoria della Dissociazione Strutturale", per la quale, la personalità del sopravvissuto a un trauma si divide in due parti: la personalità apparentemente normale (ANP - *Apparently Normal Personality*) e la personalità emotiva (EP - *Emotional Personality*).

La prima, ANP, è la parte che si prende cura delle attività quotidiane, come il lavoro, le relazioni, le attività di svago (quando presenti) e che evita le memorie traumatiche; la seconda invece, la EP, è quella che rimane in qualche modo "bloccata" all'età in cui la persona ha subito il trauma e rappresenta la parte emotiva della personalità, quella che cerca di difendere e proteggere l'individuo dalle minacce e dai pericoli.

Quando le vittime di tortura non riescono a integrare l'esperienza traumatica (cioè ad assimilarla nella visione di sé e del mondo), attraverso la dissociazione "staccano" la parte emotiva da quella apparentemente normale, con lo scopo di preservare la propria salute mentale e guidare le azioni quotidiane, conducendo quindi una vita apparentemente "normale".

Punto centrale per noi terapeuti è che più grave e ripetuto è il trauma (proprio come accade nella tortura), più saranno le parti EP dissociate e frammentate del sé (van der Hart et al., 2010) e non solo: in alcuni casi anche ANP si può dividere, quando, per esempio, degli aspetti "non evitabili" della vita quotidiana riattivano le memorie traumatiche (van der Hart et al., 2011).

Alla luce di questo, la teoria della dissociazione strutturale prevede tre forme di dissociazione:

1. *La dissociazione strutturale primaria.*

E' la divisione più semplice, per cui la personalità si divide in una singola ANP e in una singola EP a seguito di un trauma che può essere avvenuto anche una sola volta nella vita (si può riscontrare in alcuni casi di PTSD).

2. *La dissociazione strutturale secondaria.*

Si tratta di una divisione più complessa rispetto alla precedente, in quanto EP si divide ulteriormente (una volta o più), mentre resta intatta ANP. Questo tipo di dissociazione si

presenta quando i traumi sono gravi e prolungati (riscontrabile in alcuni casi di PTSD complesso).

3. *La dissociazione strutturale terziaria.*

Oltre alle divisioni di EP si presentano delle divisioni in ANP, quindi si tratta di un quadro di dissociazione grave conseguente a esperienze traumatiche complesse e soverchianti (si può riscontrare in alcuni casi di disturbo dissociativo dell'identità).

Tuttavia, tale distinzione sembra ricoprire un'utilità prettamente didattica più che puramente clinica. Difatti, da un punto di vista clinico, cosa di maggiore importanza per il terapeuta è la comprensione della divisione delle parti del sé della vittima e, soprattutto, la loro funzione.

In chi ha subito una tortura, le parti frammentate del sé sono generalmente riconducibili alle seguenti:

- *Parte Bambina.* Può essere una o più e consistono nella rappresentazione delle tante ferite che il paziente ha dovuto subire e sopportare nel corso della propria storia di vita; sono, pertanto, il riflesso delle sue esperienze più vulnerabili e dolorose.

Si tratta di parti generalmente bisognose e terrorizzate, bloccate in un sistema d'azione difensivo (fuga, attacco, freezing, disattivazione o collasso fino allo shut down) (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

Il paziente descrive spesso queste parti con immagini sporche, prive di bocca, occhi o mani, rappresentandone chiaramente l'impotenza sperimentata da piccolo, la sua paura di parlare circa quanto accaduto e la vergogna conseguente. (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

- *Parte Arrabbiata.*

Può essere una o più di una e consistono nell'insieme di quei comportamenti e sentimenti ostili del paziente (rabbia, collera, ostilità) volti a sé stesso o agli altri esterni, legate al forte senso di ingiustizia subita (in relazione al trauma avuto) che viene però, durante il percorso di psicoterapia, riversata sul terapeuta, dando luogo a cicli di mantenimento interpersonali disfunzionali.

- *Parte che imita il torturatore.*

Può essere una o più di una e consistono nelle parti depositarie della capacità difensiva del paziente (Vercillo e Guerra, 2019).

La caratteristica principale di queste parti è il sequestro di vere e proprie capacità e competenze (positive) alle altre parti del sé dell'individuo, tenute dunque in ostaggio, riproponendo interiormente proprio quella dinamica interpersonale di abuso sperimentata (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

Queste parti radicano le loro fondamenta sulle rappresentazioni mentali negative acquisite dal rapporto con i primi caregivers che, come sappiamo, fungono nel corso della vita di ognuno di noi come modelli per la rappresentazione di sé stessi e degli altri.

Tali parti, vengono sentite dal paziente come reali e cioè come i “veri torturatori”; sono parti convinte di non aver mai vissuto una situazione di vulnerabilità e di essere pertanto forti, invincibili e sempre al posto di comando e così appaiono anche alle altre parti del paziente, che le riconoscono come tali e, di conseguenza, le temono (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

Uno dei modi di manifestarsi di queste parti è con la voce stessa del torturatore.

Le voci infatti, è importante sottolineare, non si presentano solo nel DID ma anche nel PTSD, manifestandosi non solo negli stati onirici o flashbacks, ma anche in stato di coscienza non alterato (Vercillo e Guerra, 2019).

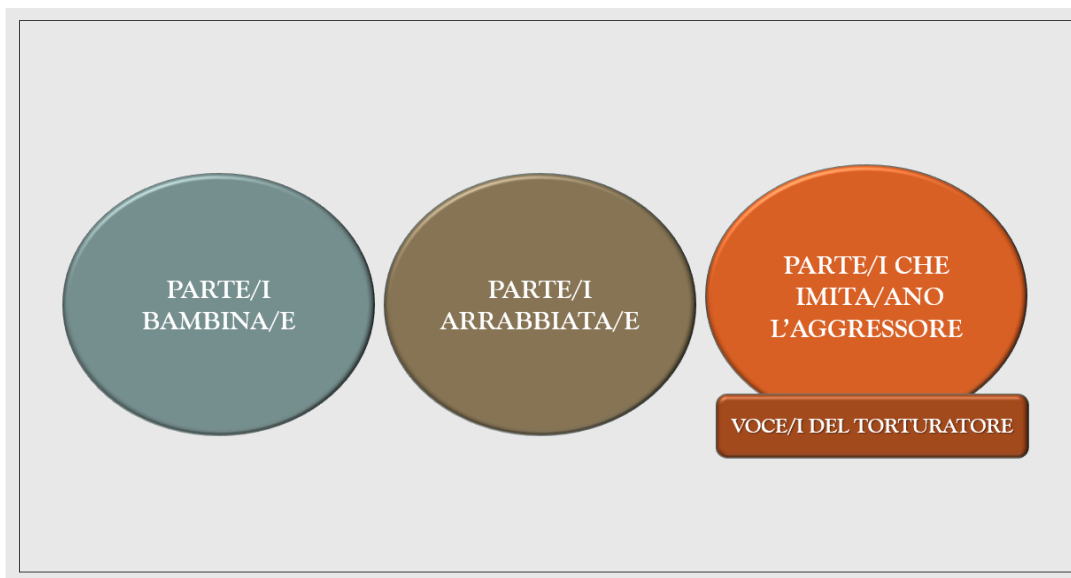


Fig.1 Le parti dissociative nel paziente torturato

4.Trattamento

4.1 La relazione terapeutica con le vittime di tortura: l'importanza dei confini

Vi sono dei principi fondamentali sui quali è basato il trattamento con le vittime di tortura, principalmente incentrati non solo a garantire il rispetto e il benessere del paziente, ma anche del terapeuta, che si trova inevitabilmente ad essere sottoposto all'ascolto di eventi a grande impatto emotivo.

Lavorare con le vittime di tortura può infatti esporre i terapeuti a emozioni o comportamenti mai esperiti prima, rimanendone perplessi, spaventati e incapaci di rispondere. Di conseguenza, non sempre siamo in grado di reagire al meglio di fronte all'ira umiliata del paziente torturato, alle sue richieste, pretese, bisogni, silenzi, sofferenze e solitudini, spesso contrastanti in quanto appartenenti a parti diverse del proprio sé (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

E' proprio per tale ragione che un punto fondamentale della terapia con le vittime di tortura è definire e fissare confini e limiti saldi ma flessibili, relativi sia al paziente che a se stessi.

Con chi è stato torturato può infatti accadere che il terapeuta, nel tentativo di dimostrare al paziente di non essere come le persone che gli hanno fatto del male, si renda costantemente rassicurante e disponibile, estendendo i limiti e superando i confini, interferendo però così, senza rendersene conto, con l'instaurarsi di una relazione terapeutica sana e funzionale ad una buona riuscita del trattamento stesso (Steele, Boon, van der Hart, 2017).

Rimanere costantemente, nel corso dell'intera terapia, all'interno della finestra di tolleranza sia del paziente che di sé stessi è un'ottima strategia di gestione della difficoltà e necessità appena descritta. Quando questo non accade e la terapia va dunque fuori dal range di tolleranza, la relazione terapeutica non viene più avvertita come relazione sicura, generando reazioni difensive in entrambi i coinvolti (Steele, Boon, van der Hart, 2017).

Per evitarlo, Kathy Steele e Onno Van Der Hart suggeriscono allora un vero e proprio elenco di argomenti che devono essere presi in considerazione dai terapeuti che operano nel campo della dissociazione traumatica, allo scopo di determinare i propri confini come clinici.

Tali argomenti, riportati nella tabella che segue, sono in parte stabiliti dagli ordini professionali di appartenenza ed in parte sono invece personali e variano quindi da terapeuta a terapeuta.

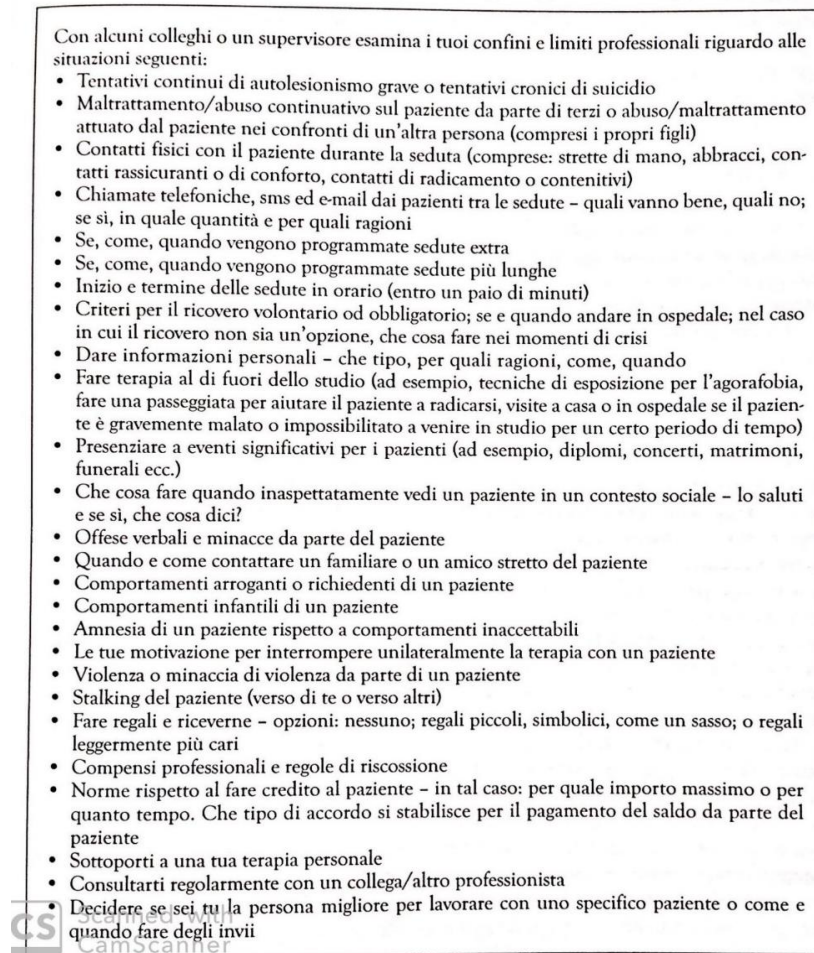


Fig. 2 Esplorare i confini e i limiti terapeutici

Ogni terapeuta dovrà stabilire tali confini tenendo però conto di un aspetto fondamentale: i confini scelti dovranno da un lato supportare la competenza, la crescita e la responsabilità del paziente e dall'altro, essere mantenuti con impegno in maniera chiara e costante ma con una modalità che faccia sentire a proprio agio il paziente tenendo anche ben a mente quando sono invece necessari, al fine di garantirne il benessere, piccoli ed utili superamenti. (Delenberg, 2000).

4.2 L'approccio trifasico

Il trattamento della dissociazione traumatica richiede un approccio trifasico:

1. Fase Uno.

La prima fase del trattamento mira all'acquisizione di sicurezza, stabilizzazione, riduzione dei sintomi e sviluppo di competenze da parte del paziente.

Punto chiave di questa prima fase è tenere bene a mente che spesso i pazienti che hanno subito un forte trauma, come quello di essere stati torturati, non hanno nella fase iniziale dell'intervento, le basi per tollerare l'esposizione a ricordi traumatici (Gold, 2000; Kluft, 2013; Steele et al., 2005). Per questo motivo i ricordi traumatici nella fase iniziale del trattamento sono contenuti al massimo grado possibile fino a quando il paziente non riesce a rimanere all'interno della finestra di tolleranza emozionale (Steele, Boon e van der Hart, 2017). Come ci comportiamo da terapeuti per garantire questo? Lasciamo che il paziente ci parli di ciò che è successo con particolare attenzione a non farlo entrare in dettagli che potrebbero attivare ulteriori inneschi (trigger).

Una metafora che può rivelarsi molto utile con il paziente per condividere le motivazioni di questo muoversi a passo "lento" è quella dell'evento sportivo: *“Non possiamo presentarci ad un grande ed importante evento sportivo dall'oggi al domani, senza alcuna preparazione. Rischieremo di farci male e di uscirne sconfitti con ogni probabilità. Se invece lo affrontiamo gradualmente, con preparazione ed allenamento, ci creiamo le condizioni per avere successo”*.

Analogamente, per aiutare il paziente a regularsi e a regolare i ricordi traumatici, possiamo invitarlo all'uso di una metafora che racchiuda quello che gli è successo, senza dettagliarlo. Ad esempio, ci potrà parlare della sua *“scatola nera”* o de *“L'evento”* o ancora di quella *“camera da letto blu”* (Steele, Boon, van der Hart, 2017). Ciò si rivelerà estremamente utile per favorire allo stesso tempo, attraverso queste rappresentazioni, defusione e accettazione. Successivamente, si procederà verso il riconoscimento non solo di questi ricordi traumatici, ma anche di come influenzano il paziente nel presente, dando luogo ai primi passi verso l'integrazione.

Un esempio di questo passaggio può essere la gestione dei flashback, rivissuti somatosensoriali presenti praticamente in tutte le tipologie di pazienti dissociativi, che si riattivano e fanno riemergere alcune o tutte le componenti del ricordo traumatico. Ma come può un paziente traumatizzato contenere un'esperienza così terrificante e ritornare al presente?

I metodi, forniti in questa fase del trattamento dal terapeuta possono essere diversi: durante il flashback possiamo ad esempio chiedere al paziente di aprire gli occhi (generalmente chiusi) e di dirigerli intorno a sé, all'interno della stanza e invitarlo a nominare o indicarci tre/quattro cose presenti o aventi un determinato colore (radicamento percettivo); possiamo inoltre invitare il paziente a muoversi (stirare gli arti, alzarsi e camminare nella stanza,

cambiare posizione) o ricorrere a tecniche immaginative che ci permettano di spostare la mente del paziente su immagini come il cavou di una banca, bauli, cassonetti, scatole, barattoli, armadi o altro in cui chiudere immediatamente quell'immagine intrusiva.

Bisogna tuttavia tener conto che nei pazienti con dissociazione traumatica, la presenza di parti dissociative aggiunge un'ulteriore complessità nella gestione dei flashbacks (Steele, Boon, van der Hart, 2017).

In questi casi il terapeuta potrà ricorrere ad ulteriori strategie, oltre a quelle appena viste: incoraggiare tutte le parti del paziente a guardare attraverso gli occhi della parte adulta e ad ascoltare con le sue orecchie affinché tutte le parti di sé possano vedere dove si trovano attualmente, oppure parlare a tutte le parti con frasi del tipo *“ora lasci che tutte le parti ascoltino il suono della mia voce. La mia voce le ricorda che lei in questo preciso momento è qui e non là. Anche io sono qui, davanti a lei. E' per questo che può sentire la mia voce, la mia voce è vicina”* e ancora, ricorrendo a tecniche immaginative, aggiungere *“ora segua la mia voce come briciole di pane che mostrano il sentiero, segua le mie parole per tornare al qui ed ora”*.

2. Fase Due.

Obiettivo di questa seconda fase è integrare i ricordi traumatici. Per tale ragione, a questo punto del trattamento. contrariamente a quanto accade nella prima per i motivi già visti, gli interventi del terapeuta sono principalmente diretti all'esposizione del paziente ai ricordi traumatici per favorirne l'elaborazione.

In questa fase è importante che il terapeuta tenga bene a mente che non tutte le parti dissociative del paziente hanno accesso al ricordo traumatico o che, se lo hanno, non lo hanno allo stesso modo (Steele, Boon, van der Hart, 2017).

In questa fase si può ricorrere all'utilizzo di varie tecniche di comprovata efficacia nel trattamento del trauma: dall' *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* e la *Sensorimotor*, alla *Dialectical Behavior Therapy* applicata al Disturbo da stress Post traumatico (*DBT-PTSD*).

3. Fase Tre.

Nell'ultima fase del trattamento si muovono i passi verso l'integrazione della personalità del paziente. Quello che accade a questo punto è assimilabile ad una vera e propria elaborazione del lutto dovuta alla presa d'atto, da parte dello stesso, delle perdite cumulative subite per essere stato traumatizzato (Van der Hart et al., 1993, 2006).

L'elaborazione di questo lutto è il passo imprescindibile per aprire la strada alla realizzazione del paziente che potrà finalmente abbandonare le convinzioni e i comportamenti disadattivi “appresi” con il trauma, per lasciare spazio a nuove modalità poco conosciute ma funzionali al proprio benessere.

Tuttavia, i pazienti che hanno subito un trauma hanno spesso l'aspettativa che tutto andrà bene quando si sono riconciliati con il loro passato. Ma, quanto è vero? Di fatto, per quanto questa fase finale può produrre piacere nel paziente, sarà sempre doloroso per lui fare i conti con le gravi perdite del passato, del presente e del futuro legate al trauma subito (Steele, Boon, van der Hart, 2017) e spetta proprio il clinico accompagnare il paziente al raggiungimento anche di tale consapevolezza.

In questa fase, per il raggiungimento delle finalità appena descritte, può essere utile ricorrere alla “*lettera compassionevole*” estratta dalla *Compassion Focused Therapy*, chiedendo al paziente di scrivere una lettera a se stesso aprendosi alla compassione per quanto subito piuttosto che a quei forti sentimenti di critica, colpa e vergogna che lo hanno accompagnato dal trauma a oggi.

4.3 Principi generali nel lavoro con le parti dissociative

La sfida specifica nel trattamento della dissociazione traumatica è il lavoro con le parti dissociative del paziente (Steele, Boon, van der Hart, 2017). In particolare, con le vittime di tortura, con la parte del torturatore e le sue voci. Da una accurata ricerca bibliografica nell'ambito del trauma, svariate appaiono essere le pubblicazioni rispetto alla validità di diverse tipologie di intervento dei disturbi dissociativi complessi negli adulti (Boon et al., 2011, Chefetz, 2015; Chu, 2011; Fraser 1991, 2003; Frewen e Lanius, 2015; Howell, 2011; Kluft e Fine, 1993; Kluft, 2006, 2013; Krakauer, 2001; Paulsen e Lanius 2014; Putnam 1989, 1997; Ross, 1997; Van der Hart et al., 2006). Tra queste, vengono spesso citate le terapie cognitivo comportamentali, l'EMDR, l'ACT e la terapia dialettico-comportamentale. Tuttavia, indipendentemente dalla diagnosi e dalla tecnica, non dobbiamo dimenticare che lo scopo della psicoterapia è quello di aiutare il paziente a mantenere e migliorare il proprio funzionamento e a cambiare modalità ormai consolidate ma che si rivelano disadattive nella vita quotidiana (Steele, Boon, van der Hart, 2017). Ma come è possibile raggiungere un simile obiettivo senza l'integrazione delle parti di sé?

Per questo motivo, il trattamento della dissociazione traumatica deve partire da due punti fondamentali per il raggiungimento finale dell'integrazione:

1. *Comprendere la natura delle parti dissociative affinché il terapeuta comprenda: con quale parte del paziente sto interagendo?*

Nella dissociazione traumatica, ogni parte del sé vive come un “me”, sperimentando le altre parti come un “non me” o come inesistenti. Ne consegue pertanto che ciascuna parte del paziente avrà determinati schemi corporei che lo stesso terapeuta potrà osservare, con un occhio ben attento, in seduta. Chi ha subito torture, ad esempio, avrà una parte di sé che si percepisce come vittima che potrebbe di conseguenza manifestarsi con una postura collassata, gli occhi bassi, spalle incurvate e voce assente o, quando presente, flebile e sommessa. Al contrario, la parte opposta del torturatore, potrà esprimersi attraverso una postura rigida ed eretta, occhi che fissano l’interlocutore con aria di sfida e voce forte e critica.

L’attenzione del clinico a questi aspetti in seduta, può dunque aiutarlo notevolmente nel fondamentale passo, ai fini del lavoro con le parti dissociative, di comprenderne la natura.

2. *Comprendere le funzioni delle parti dissociative affinché il terapeuta chiarisca il motivo che mantiene tale “divisione”: perché il paziente continua ad avere bisogno di queste parti invece di vivere sé stesso come un unico sé?*

Generalmente la risposta a questa domanda risiede nella fobia dell’esperienza interna, che porta il paziente a evitare non solo i pensieri, le emozioni e le sensazioni collegate al trauma, ma anche altre esperienze interne che vanno oltre al trauma stesso.

Ma come è possibile tutto questo? Dobbiamo immaginare la mente del nostro paziente come una casa con più stanze. Alcune sono collegate tra loro e quindi, in questo caso, da una porta possiamo accedere, quando aperta, alla stanza adiacente. Altre stanze invece no, hanno porte chiuse a chiave o addirittura murate. Analogamente, nel nostro paziente, una parte di sé conserva un ricordo che a un’altra parte risulta insopportabile; in questo modo quest’ultima sembra non avere memoria di quello che è successo. Oppure, una parte può conservare un aspetto particolare di un ricordo (ad esempio un’emozione di colpa o di vergogna, una sensazione fisica come l’eccitazione sessuale, una minaccia esplicitata dal torturatore) mentre altre parti conservano il resto del ricordo o, a loro volta, altri particolari frammenti del trauma subito (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

Questa visione aiuterà il terapeuta a cogliere le funzioni che una data parte ha all’interno della globalità del paziente al fine di ridurre, nel corso del trattamento, la fobia reciproca tra le parti, che rappresenta l’ostacolo principale all’integrazione della personalità del paziente.

Una volta fatto questo, il terapeuta potrà proseguire nel trattamento della dissociazione traumatica tenendo ben presente che limitarsi a interagire solo ed unicamente con la parte del paziente che “si presenta” in terapia non è ovviamente sufficiente a favorire l’integrazione. È quindi necessario, come indicazione generale, che il terapeuta valuti, momento per momento (e assieme al paziente quando possibile), se è più efficace lavorare con una parte sola, o con due o con più parti contemporaneamente (Steele, Boon e van der Hart, 2017). Ovviamente il tutto deve essere preceduto da una attenta ed accurata psicoeducazione, in cui il terapeuta fornisce al paziente le informazioni necessarie ed indispensabili per comprendere come il corpo e la mente rispondono al trauma, quali difese si innescano, come la postura ed i movimenti del corpo contribuiscono (ed in che misura) a sostenere le parti dissociative e particolari emozioni e convinzioni (Steele, Boon e van der Hart, 2017). Passo, questo, di fondamentale importanza non solo per normalizzare e validare il paziente circa la sua attuale condizione, ma per motivarlo maggiormente al trattamento ed alle difficoltà e sofferenze che inevitabilmente sarà chiamato ad affrontare nel corso della terapia.

Un altro aspetto importante nel lavoro con le parti è indiscutibilmente la terminologia utilizzata. È infatti opportuno che il terapeuta utilizzi un linguaggio sì chiaro, ma che aiuti il paziente a non sentirsi “spaventato” o “minacciato”, poiché spesso i pazienti riferiscono che il termine “parti” li fa sentire completamente pazzi e fuori di sé (Steele, Boon e van der Hart, 2017). Decidere insieme al paziente come poter chiamare e dunque rivolgersi alle sue esperienze interne è sicuramente un buon metodo di lavoro.

Tra le terminologie spesso utilizzate dai pazienti, vi sono “*i miei piccoli frammenti*”, “*i miei diversi modi di essere*”, “*gli angoli della mia mente*”, “*i miei umori*” (Steele, Boon e van der Hart, 2017). Si potrà anche optare per dare un vero e proprio nome a queste parti, cosa che ne favorirà al contempo distanza e accettazione, come ad esempio “*la parte arrabbiata di me*”, “*la piccola Adele*”, ecc.

Una volta stabilita con il paziente una terminologia comune, si procede con il lavoro sulle parti iniziando a comunicare con la sua parte adulta, ovvero quella che si presenta in terapia e che è solitamente fobica, come visto prima, rispetto alle altre parti dissociative.

Questo ci permetterà strategicamente, nel corso del trattamento, di poter entrare in contatto con le altre parti del paziente utilizzando questa parte adulta come “mediatore” attraverso la tecnica del *talking through* che si rivela estremamente efficace per contattare soprattutto la parte del torturatore o le altre parti che hanno obiezioni riguardo al fatto di essere in terapia e che tendono, pertanto, a rimanere silenti con il terapeuta agendo in maniera subdola sul paziente. L’utilità del *talking through* risiede anche nel fatto che, così facendo, è il paziente stesso (con la sua parte adulta), ad

entrare in contatto con le parti dissociative di sé iniziando a sperimentarle e superando, progressivamente, la fobia provata rispetto ad esse (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

4.4 La voce del torturatore

Il torturatore interiorizzato continua ad essere una voce che parla nella mente del torturato, anche dopo che la persona è stata liberata dal carcere (Camilli, 2017). Come già accennato in precedenza, questa parte agisce infatti convinta di essere forte e invincibile, assumendo il posto di comando rispetto alle altre parti del sé del paziente, che ne riconoscono l'autorità e la ritengono, pertanto, inattaccabile. Tuttavia, è proprio rispetto a queste parti, che la parte del torturatore agisce in maniera aggressiva e abusante, cagionando loro dolore attraverso l'adozione di una voce critica, sprezzante e autorevole che schernisce il paziente e le sue debolezze, facendo sì che il circolo vizioso degli abusi del passato si perpetui al suo interno, in una continua lotta con sé stesso.

Quando questa parte parla al paziente attraverso le sue voci, esso, percependole come realmente appartenenti al torturatore reale, ripiomba nel passato, nel cuore del trauma subito attraverso l'innescò di flashbacks.

A prima lettura ci sembrerà dunque necessario, ai fini di una buona riuscita del trattamento terapeutico, sbarazzarci e al più presto, di questa parte del paziente. Eppure, questo sarebbe in realtà estremamente controproducente per via di un motivo fondamentale: non dobbiamo dimenticare che la voce del torturatore difende il paziente da potenziali dolori e abusi mantenendosi un passo avanti al torturatore (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

La ratio di questa parte, infatti, la porta a mettere in atto comportamenti che sono simili a quelli del torturatore, ma che hanno in realtà una funzione protettiva che va ben al di là della consapevolezza del paziente stesso (Steele, Boon e van der Hart, 2017)).

Comprendere le funzioni assunte dalle voci della parte che imita torturatore è dunque un passaggio fondamentale della psicoterapia con le vittime di tortura. Tali funzioni, sembrano essere riconducibili essenzialmente a:

- Evitare che il paziente parli al terapeuta, percepito come “pericoloso”, del proprio passato (Steele, Boon e van der Hart, 2017). Attraverso la sua voce, il torturatore dirà allora: “*se ne parlerai mai con qualcuno farò del male alla tua famiglia*” “*se non fai esattamente ciò che dico, farò del male a tua figlia*” “*quello che è successo è colpa tua. Cosa hai fatto per evitarlo?*”;
- Proteggere il paziente, attraverso critiche e punizioni, da sentimenti di vulnerabilità come vergogna, colpa, paura, solitudine, tristezza, impotenza (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

In tal caso, le voci medieranno le seguenti parole: *“io lo so che sei impotente! Ricordi?”* *“stai al tuo posto, resta al sicuro”*;

- Riattualizzare internamente in modo letterale (re-enactment) il trauma subito (Steele, Boon e van der Hart, 2017). La voce del torturatore sentita dal paziente, ne descrive dettagliatamente le procedure con cui è stato realmente torturato;
- Evitare che il paziente instauri relazioni di attaccamento per prevenirne il rifiuto, il sentimento di perdita o altri intollerabili sentimenti di dipendenza (Steele, Boon e van der Hart, 2017) dicendogli: *“non puoi fidarti di nessuno!”* *“hai visto che ti ho fatto?”* *“le persone ti fanno del male e tu non puoi più difenderti”*.

Una volta comprese tali funzioni, come affrontare le voci del torturatore in terapia? Il modello proposto da Kathy Steele, Suzette Boon e Onno van der Hart nella cura della dissociazione traumatica, si rivela uno strumento estremamente utile, che prevede il susseguirsi dei seguenti step terapeutici con le voci:

1. *Psicoeducazione.*

Il primo passo, come in ogni terapia efficace, è senza ombra di dubbio la condivisione di informazioni utili con il paziente. E' compito del clinico che opera in questo campo, condividere non soltanto le funzioni della voce che la vittima ha interiorizzato, ma anche il ciclo da essa generato, per favorire nel paziente la consapevolezza che più le sue parti vulnerabili (come ad esempio la parte bambina) si attiveranno in terapia, più crescerà il conflitto interno rispetto al senso di sicurezza e alla vergogna dei propri bisogni e più, di conseguenza, il torturatore, a gran voce, metterà in atto resistenze al lavoro terapeutico.

In questa fase il terapeuta potrà intervenire dicendo al paziente che *“queste voci possono essere capite e sono totalmente normali; sono importanti quanto tutte le altre parti di te. Si sono sviluppate per aiutarti nelle situazioni più difficili del passato e hanno gestito tutto, quando il dolore, la paura o la vergogna erano insostenibili. Ora vorrei però parlare di come probabilmente si è sviluppata la parte di te che sembra essere il torturatore. Il torturatore ti ha fatto del male e ti sei sentito così impotente e vulnerabile che questa parte ha finito per credere di essere il torturatore stesso, che aveva tutto il potere e non era né vulnerabile né sofferente.”* (Steele, Boon e van der Hart, 2017) .

2. *Distinzione tra torturatore interno e torturatore esterno.*

Una volta condiviso con il paziente quanto indicato sopra, il terapeuta dovrà discutere con lui circa le differenze che ci sono rispetto al torturatore del passato e quello che sente nella sua mente oggi, per portarlo a notare queste differenze al fine di favorire una distinzione tra torturatore interiorizzato

e torturatore realmente appartenente all'esistenza del paziente, fondamentale per proseguire nel lavoro con le parti e ridurre il "potere" della parte che lo imita.

Portare il paziente a porre attenzione agli aspetti puramente percettivi, come il suono della voce che sente ora e quello ascoltato nel momento della tortura dal torturatore reale, la sua età anagrafica, ecc, può rivelarsi un'ottima strategia: *"riesci a percepire questa voce? Assomiglia a quella del tuo torturatore? Puoi notare qualche differenza con la sua?"* (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

3. *Validare i motivi ed obiettivi del torturatore interiorizzato ma non le sue modalità.*

È importante che il terapeuta discuta con il paziente circa il fatto che, per quanto questa voce parli per il raggiungimento di specifici obiettivi (già condivisi con lui nella fase di psicoeducazione), non li ottiene di fatto mai, se non solo temporaneamente, facendo ripresentare il problema e facendo permanere il paziente in uno stato di sofferenza perenne.

Lo scopo di questa fase dell'intervento è dunque quello di portare il paziente a mettere in discussione la funzionalità della voce stessa, validandone l'obiettivo alla luce delle sue esperienze passate, ma non le modalità (critiche e aggressive).

A tal fine, può rilevarsi utile dire al paziente: *"capisco che questa parte di te stia facendo del suo meglio per proteggerti, ma nonostante ci metta tutta la sua buona volontà, ogni giorno sei comunque in difficoltà. Mi domando allora se, oltre a quanto già fa, questa parte sarebbe interessata a imparare dei nuovi metodi che possano esserti magari più utili per il raggiungimento dello stesso obiettivo"* (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

E ancora: *"so che il torturatore interno ha parecchie riserve rispetto alla tua capacità di cavartela a lavoro. Sono preoccupazioni che condivido perché vogliamo entrambi che tu te la cavi, ma non posso fare a meno di chiedermi se non sarebbe meglio allora se provassimo a vedere cosa succede se finalmente trascorressi una mattina senza che ti urli addosso...io sono abbastanza certo che, qualora commetessi un errore, ne verresti tranquillamente a capo. Ci proviamo per vedere se cambia qualcosa?"* (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

4. *Riconoscimento dei re-enactment interni.*

In questa fase del trattamento, il terapeuta aiuta il paziente a comprendere i suoi circoli viziosi interni legati al re-enactment (riattualizzazioni) messi in atto dalle parti che imitano il torturatore. Ne favorisce dunque la consapevolezza rispetto ai cicli interpersonali abusanti visti sopra: *"questa voce può sembrarti molto simile a quella della persona che ti ha effettivamente fatto del male: in apparenza dà voce alle stesse emozioni, agli stessi pensieri e sembra pertanto comportarsi proprio come il torturatore di allora. In sostanza però, a ben guardare, questa voce arriva quando si attivano in te determinate emozioni (paura, tristezza, vergogna) che determinano esperienze troppo*

intense da cui senti il bisogno di doverti difendere. Se allora adottiamo il punto di vista di un uccello che guarda dall'alto possiamo vedere chiaramente come ogni parte di te (ognuna a suo modo e ognuna seguendo ciò che sente e percepisce) racconta diversamente una parte della tua storia, mentre potrebbe sembrare che alcune parti (come quella simile al suo torturatore) causino da sole il problema. In realtà è un circolo vizioso che riguarda tutte le parti: ci sono tanti modi per modificare questo meccanismo, come ad esempio, trovare dei posti sicuri per le parti che piangono o soffrono” (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

5. *Riconoscere e cambiare le reazioni alla voce.*

Sappiamo bene che ciascun paziente reagisce in maniera specifica, e cioè con determinate reazioni somatiche, emotive e cognitive, a ciascuna delle sue parti dissociative. Compito del terapeuta a questo punto del trattamento è quindi incoraggiare il paziente a notare e lavorare sulle reazioni alla parte che imita il torturatore e lo invita e motiva a modificarle. Per favorirne il riconoscimento, il clinico potrà ricorrere a parole come: *“noto che ogni volta che senti quella voce che ti urla contro, ti congeli e immobilizzi. La tua mente si spegne e ti guardi intorno molto spaventato. Ci hai fatto caso? Vediamo di trovare insieme un modo che ti sia utile per reagire diversamente”* oppure *“mi domando se, invece di prendere per vero tutto quello che ti dice questa voce, non sia possibile fare un passo indietro e metterle in discussione, magari non tutte le cose che ti dice corrispondono alla realtà...”* (Steele, Bonn e van der Hart, 2017).

Per favorire invece la modifica delle reazioni individuate, il clinico invita il paziente a iniziare a rispondere a questa voce avviando un dialogo piuttosto che esserne solo intimorito: *“che ne dice se provassimo a rispondere a quella voce dicendole che comincia a sentire un po' di empatia? Sono sicuro che a quella parte nessuno glielo ha mai detto prima e penso che possa risultare utile”* e ancora *“che ne pensi se iniziassimo a assicurare questa parte rispondendo alla sua voce critica che tu adesso, qui e in questo momento, ti senti al sicuro?”* (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

6. *Aiutare la parte del torturatore a mettere in risalto risorse e vulnerabilità.*

A questo punto, il terapeuta aiuta gradualmente le parti che imitano il torturatore ad accettare e a rendersi conto delle proprie vulnerabilità stando bene attento ad accettarne il tempo necessario a tale “incontro” con la fragilità, tenendo bene a mente, cioè, quello che è il vantaggio narcisistico del potere e del controllo (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

Per far questo, il clinico potrà rivolgersi al paziente nel seguente modo: *“tutte le parti di te temono questa parte così critica e sprezzante, hanno paura di lei ed è comprensibile. Per questo la evitano e non vogliono ascoltare la sua voce. Capisco però, allo stesso tempo, che questa parte occupa una posizione difficile lì dentro, e mi domando se questo non la fa sentire sola, a volte...proprio come ti*

sei sentito tu da bambino probabilmente” e ancora “anche se a volte la sua voce è critica e quella parte a cui dà voce si comporta in modo aggressivo, non dobbiamo considerarla una parte cattiva. Comportarsi male non equivale ad essere cattivi: poiché non ha mai imparato altri modi per far fronte a sentimenti che ritiene intollerabili, comportarsi male è l’unico modo che questa parte di te conosce” (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

Inoltre, per poter permettere al paziente di acquisire consapevolezza circa la reale natura di queste voci e stimolarne la compassione, il clinico potrà aggiungere: *“mi domando come questa parte sia finita a proteggerti, qual è la prima cosa che ricordi? Quando sono comparse queste voci esattamente?” e ancora “effettivamente devi esserti sentito così impotente e vulnerabile quando il torturatore ti faceva del male e mi chiedo se questa parte non sia nata proprio lì...imparando a farsi carico della dominanza e del potere del torturatore reale per evitare di provare proprio quelle orribili sensazioni che sentivi in quel momento” (Steele, Boon e van der Hart, 2017).*

Lungo tutte queste fasi appena descritte e per l’intera durata del trattamento psicoterapico, il terapeuta non può non prestare particolare attenzione a determinati aspetti.

Primo fra tutti, all’ottenimento della cooperazione della parte o delle parti che imitano il torturatore in maniera graduale; si tratta infatti delle parti più difficili da coinvolgere nella psicoterapia con le vittime di tortura (Steele, Boon e van der Hart, 2017) e, tenere bene a mente di quanto beneficio può trarre il torturatore interiorizzato dalla costante attenzione del terapeuta ai suoi bisogni e alle sue funzioni è strategicamente imprescindibile, poiché è la prima volta che la sua voce viene realmente ascoltata e dunque, rispettata (Steele, Boon e van der Hart, 2017).

Il clinico quindi, nella psicoterapia con le vittime di tortura, non dovrà mai muoversi con l’obiettivo di “sbarazzarsi” di quella voce, ma con quello di accoglierla e farla sentire accolta anche dalle altre parti del paziente per favorire il superamento della fobia dell’esperienza interna, favorirne il contatto e dunque raggiungere quello che non dimentichiamo essere l’obiettivo principale: l’integrazione.

5. Conclusioni

Quello che abbiamo appena visto è un percorso, al pari di ogni altro, in cui terapeuta e paziente muovono i passi per il raggiungimento di un obiettivo comune. Ma c’è un rischio, più facilmente riscontrabile nella psicoterapia con le vittime di tortura, con cui entrambi dovranno fare i conti: percepirsi rispettivamente salvatore e vittima.

Il clinico deve perciò fare molta attenzione a questo, riportando costantemente la sua attenzione sul paziente in quanto persona piuttosto che vittima; solo così potrà rendere la lingua una grande cura,

in quanto, come scrive Franco Arminio in una sua poesia, “*la lingua entra negli organi, può mettere ordine nel corpo, può fermare la paura*” perché “*la nostra debolezza è nascondere ai nostri occhi ciò che siamo*”.

Allora il trauma è forte solo se nascosto.

Bibliografia

- Amnesty International, Amnesty International Report 1999 (London, AIP, 1999).
- Attanasio L. (2011). Torture nel mondo, la lista delle tragedie. Dove ancora la polizia indaga seviziano. *La Repubblica*. (https://www.repubblica.it/solidarieta/cooperazione/2011/06/24/news/torture_nel_mondo_la_lunga_lista_di_tragedie_dove_ancora_la_polizia_indaga_seviziano-18180089/).
- Bafolu M., Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach, *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 270 1993:606-611.
- Boon, S., Steele, K., & Van Der Hart, O. (2011). Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). *WW Norton & Company*.
- Camilli A. (2017). I medici che curano le ferite invisibili della tortura. Internazionale. (<https://www.internazionale.it/reportage/annalisa-camilli/2017/07/25/tortura-medici-cura>)
- Chefetz, R. A. (2015). Intensive Psychotherapy for Persistent Dissociative Processes: The Fear of Feeling Real (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). *WW Norton & Company*.
- Chu, J. A. (2011). Rebuilding shattered lives: Treating complex PTSD and dissociative disorders. *John Wiley & Sons*.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25097.
- Dalenberg, C. J. (2000). Countertransference and the treatment of trauma. *American Psychological Association*.
- Fischer G. e Gurrus N.F. (1996). Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung, Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, a cura di W. Senf e M. Broda, Stoccarda, Thieme.
- Fraser, G. A. (1991). The Dissociative Table Technique: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*.
- Fraser, G. A. (2003). Fraser's “Dissociative Table Technique” revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(4), 5-28.
- Frewen, P., & Lanius, R. (2015). Healing the traumatized self: consciousness, neuroscience, treatment (Norton series on interpersonal neurobiology). *WW Norton & Company*.
- Gold S. (2013). Not trauma alone: Therapy for child abuse survivors in family and social context. *Routledge*.
- Howell, E. F. (2011). Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach. *Routledge*.
- Iacopino V., “Treatment of survivors of political torture: commentary”, *The Journal of Ambulatory Care Management*, 21 (2) 1998:5-13.
- Johnson H. e Thompson A. (2007). The Development and Maintenance of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Civilian Adult Survivors of War Trauma and Torture: A Review, in *Clinical Psychology Review*, 28 (1), pp.36-47.

- Kluft, R. P. (2013). Shelter from the storm: Processing the traumatic memories of DID/DDNOS patients with the fractionated abreaction technique. *Create Space Independent Publishing Platform*.
- Kluft, R. P. (2006). Dealing with alters: a pragmatic clinical perspective. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Kluft, R. P. (1993). Basic principles in conducting the psychotherapy of multiple personality disorder. *Clinical perspectives on multiple personality disorder*, 19-50.
- Krakauer S. Y. (2013). Treating dissociative identity disorder: The power of the collective heart. *Routledge*.
- Lanius, U. F., Paulsen, S. L., & Corrigan, F. M. (Eds.). (2014). Neurobiology and treatment of traumatic dissociation: Towards an embodied self. *Springer Publishing Company*.
- Liotti G. e Farina B. (2011). Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. *Raffaello Cortina editore*. Milano
- Merton, T., Corbetta, M., Kincade, M., & Shulman, G. (2014). Fractionating Trauma Processing: TOTEMSPOTS and Other Attenuating Tactics. *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation: Towards an Embodied Self*.
- Office of the high commissioner for human rights. Istanbul Protocol. Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. (1999) United Nations, Geneva, Switzerland.
- Ross, C. A. (1997). Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality. *John Wiley & Sons Inc*.
- Schubert C. e Punamäki, R. L. (2016). Torture and PTSD: prevalence, sequelae, protective factors, and therapy. *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders*, 505-536.
- Sironi, F. (2001). Persecutori e vittime. Strategie di violenza. *Feltrinelli Editore*. Milano.
- Steele K., Boon S., van der Hart O., & Tagliavini G. (2017). La cura della dissociazione traumatica: un approccio pratico e integrativo. *Mimesis*. Milano.
- Steele, K., Van Der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11-53.
- Van der Hart O., Nijenhuis E. & Solomon R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma – related disorders and [EMDR](#): Theoretical considerations. *Journal of EMDR practice and research*, 4(2): 76-92.
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S. & Steele K. (2011). Fantasma nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale. *Raffaello Cortina*. Milano.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. *WW Norton & Company*.
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration. *Dissociation*, 6(2/2), 162-180.
- Vercillo E. e Guerra M. (2019). Clinica del trauma nei rifugiati. Un manuale tematico. *Mimesis*. Milano.

Citazioni

^{1,2} Attanasio L. (2011). Torture nel mondo, la lista delle tragedie. Dove ancora la polizia indaga sevizando. *La Repubblica*.

(https://www.repubblica.it/solidarieta/cooperazione/2011/06/24/news/torture_nel_mondo_la_lunga_lista_di_t_ragedie_dove_ancora_la_polizia_indaga_sevizando-18180089/)

^{3,4} Intervista audiovisiva di MEDU' (Medici per i Diritti Umani) (2019). Lager Libia. Consultabile al link: <https://www.youtube.com/watch?v=mHmBRW5PWaI>

Marzia Albanese, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo comportamentale, Terapeuta EMDR, Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma email: albanese@apc.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it