

SCHEMA DEL LIBRO "PERSECUTORI E VITTIME – STRATEGIE DI VIOLENZA", di F. Sironi, 1999, (trad.it. 2001, Feltrinelli)

Questo testo, ormai "classico" dell'etnopsichiatria francese e del suo discorso sul trauma, ha nel suo titolo originale il tema specialistico che affronta, la "psicologia della tortura", campo settoriale forse dei meno consueti nell'ambito della psicoterapia sistemico-relazionale, anche se non estraneo alla clinica anche italiana (il riferimento è alle molte realtà che da circa venti anni, anche nel nostro paese, si occupano di assistenza e terapia ai rifugiati politici, ai migranti in fuga da situazioni geopolitiche di crisi).

Se certamente può non essere così frequente vedere in terapia a Milano una vittima di tortura, specialmente in contesto privato, la potenza di questo testo sta nello stimolo con cui porta a confrontare i clinici anche oltre la specificità della psicopatologia indotta dalla tortura. L'autrice sviluppa infatti una riflessione sulle strategie deliberate di influenza e trasformazione "selvaggia" degli esseri umani per "rottura" dell'involucro psichico: si parla di "frayeur", contemporaneamente azione ed effetto del terrore, che viene intenzionalmente esercitato in modo "tecnico" per produrre appunto una "effrazione psichica", cioè *aprire la testa*, producendo il micidiale effetto di annientamento.

Le tesi e alcune indicazioni operative sul "come fare" contenute in questo testo mi sembrano molto interessanti e rilevanti, anche per il punto di vista "non allineato" la cui originalità può rappresentare un utile antidoto ad un'omologazione del pensiero e della terapia del trauma, vista la sovraesposizione di questo tema nell'ultimo decennio. In particolare rispetto ad un'ampia varietà di situazioni connesse e definite dal trauma e dalla modificazione duratura che questo induce sull'identità, il libro sottolinea l'importanza di considerare il trauma che Sironi definisce "intenzionale, deliberatamente indotto dall'uomo", all'interno di una strategia di violenza che passa dal sovvertire i fondamenti dell'essere umano in quanto tale, mirando a distruggere ogni sentimento del bene e del male, del potere su di sé e dell'integrità, la propria scala di valori, da quelli individuali ed intimi a quelli culturali e collettivi, fino ad annichilire la vittima e attraverso ogni vittima un intero gruppo di appartenenza, colpendo appunto il suo sentimento di umanità.

Sironi fa l'interessante osservazione che la tortura è uno di quegli eventi che, proprio perché estremo, aiuta a mettere in luce un tema invece trasversale del trauma: e cioè che "il disordine non è più attribuibile alla "natura" del paziente, ma è appunto la conseguenza intenzionalmente prevista e pensata di atti deliberati" (il testo è del 1999, oggi questo presupposto è più condiviso, anche se non del tutto e non definitivamente, mi pare). Questa riflessione può essere utile non solo per comprendere dal punto di vista clinico le conseguenze psicopatologiche indotte dalla tortura, ma in primo luogo per i pazienti esposti a tali trattamenti e che ne riportano i devastanti segni post-traumatici: nella sua evidenza, infatti, il riconoscimento dell'intenzione inequivocabile di nuocere a qualcuno provocando proprio determinate conseguenze psicofisiche, permette quantomeno di darsi una spiegazione della propria sofferenza, ai limiti a volte della follia, e di alleviare il sentimento di colpa, di debolezza, di indegnità.

Nella tortura quest'opera di *decostruzione*, di attacco a ciò che rende umane le persone, ciò che le lega ai loro gruppi di appartenenza e ne determina aspetti centrali dell'identità, è precisamente mirata a ridurre "l'uomo all'universale", inteso nel senso di ridurlo "alla scimmia che c'è dentro l'uomo" una volta privato della cultura, della sua specificità, di far "emergere ciò che di meccanico c'è nell'uomo, spogliato di ogni complessità psicologica e affettiva", rendendolo così una sorta di zombie, annientando il gruppo e i suoi valori collettivi attraverso l'annientamento dei singoli.

Il discorso sull'influenza si connette così a quello sulla "fabbricazione", come si dice nel gergo dell'etnopsichiatria francese, degli esseri umani in quanto esseri culturali, intendendo con questo il fatto che alcuni processi e rituali che generano trasformazione siano specificamente pensati e organizzati dalle società con lo specifico intento di costruire identità, appartenenze e vincoli di alleanza.

Nella tortura un analogo processo può essere applicato con intenzione distruttrice in senso opposto, ovvero de-costruendo i fondamenti umani della persona, a partire dal sovvertimento delle logiche e della manipolazione intenzionale della loro matrice umana (riferimenti sensoriali, sentimento di integrità e sicurezza, valori e tabù culturali, ecc.), perpetrata tramite tecniche di modificazione psichica e di "effrazione", quali l'*inversione* (dentro fuori, scorza/nocciolo, ecc.) agita tramite la manipolazione e la marcatura fisica dei confini, psichici ma specialmente di quelli corporei (ad es. l'uso delle sostanze biologiche), sovvertendo e ribaltando l'ordine di senso logico conosciuto e sperimentato fino a lì; *la prevalenza di un ordine binario*, instaurato dal rapporto con i torturatori e con il loro sistema (sporco/pulito; buono/cattivo; vivo/morto); *la ridondanza*, ovvero la corrispondenza esatta tra marcatura fisica e quella psichica, agita dalla contemporanea perpetrazione di atti fisici e di "parole attive", che ribadiscono il significato del gesto e penetrano nella testa del torturato, che ne rimarrà segnato nel tempo, non riuscendo a dimenticarle e rimanendo preda di quell'influenza anche molto dopo che saranno cessate le torture fisiche e il dolore del corpo; *la violazione dei tabù culturali*, che attacca il legame tra l'individuo e il suo gruppo di appartenenza, agendo sul suo sentimento di indegnità e colpevolezza e isolandolo ed estraniandolo dal corpo collettivo.

Parallelamente si snoda il discorso sulla fabbricazione sistematicamente pensata dell'identità di "carnefice" (ragionamento che potrebbe avere qualche attinenza con la comprensione di alcuni processi di costruzione di soggetti violenti, abusanti, sadici, specialmente in contesti socialmente validanti, e qui vedi gli esempi non poco diffusi nella storia e riportati nel libro, di persone colte, teoricamente "sensibili" e formatesi alla prospettiva della cura degli altri, che divengono dei torturatori volenterosi o dei complici silenti (da Mengele, ai medici latinoamericani degli anni delle dittature, agli psichiatri dell'URSS, fino ad arrivare al personale medico durante il G8 di Genova nel 2001 – Bolzaneto insegna).

Dal punto di vista delle indicazioni terapeutiche, estremamente interessante è il principio di analizzare con il paziente le logiche della tortura da lui subita, attraverso un'analisi puntuale ed approfondita (che Sironi nel libro intraprende attraverso un inventario delle tecniche di tortura e dei loro effetti, in primo luogo sulla "mente") delle finalità dei torturatori, constatabili dagli effetti prodotti in lui. Questo permette di attivare, come spiega Sironi, il sistema cognitivo e la possibilità di padroneggiare quanto vissuto riuscendo ad attribuirvi un senso, cioè comprenderne la logica. E' come se si individuasse il veleno inoculato per poter anche individuare l'antidoto sul piano terapeutico, coniugando questa comprensione sul piano individuale con la storia collettiva e delle appartenenze di riferimento del soggetto, che danno, nell'ottica etnopsichiatrica e in generale della psicologia transculturale, l'orizzonte di significato alle vite individuali e ai loro accadimenti e che qui permettono in modo particolare di riavvicinare l'individuo al suo gruppo, da cui è stato strappato.

Questa strategia terapeutica ha l'obiettivo, tra gli altri, di uscire dal rischio, spesso alto, di "ritraumatizzare" il paziente attraverso il suo racconto, facendogli rivivere nuovamente gli eventi subiti, quando questo riattiva in lui lo stesso terrore e le stesse emozioni di impotenza "come se fosse qui, oggi" (la riattivazione in seduta, ad esempio, della reazione di freezing o di quella "flight"). Sironi infatti è piuttosto critica verso l'approccio a questo tipo di paziente e di effetti sul piano delle "emozioni" o dell'abreazione catartica, non solo per il rischio appena citato, ma anche perché sono proprio le emozioni, nel contesto della tortura, che

rendono gli individui manipolabili, arrivando a raggiungere ed assoggettare ad esse anche chi è testimone dei racconti (echi del tema della traumatizzazione vicaria). Aggiungerei che non di rado, come vediamo spesso nella clinica del trauma, e come emergeva anche a tratti dal convegno recente della Scuola sulle risorse familiari in relazione al trauma, i gravi traumatizzati che hanno risposto fundamentalmente sul piano dissociativo e dell'iperarousal evitano con tutta l'anima di riconfrontarsi con gli eventi e con la narrazione del trauma; proprio per questa ragione, riuscire ad agganciarli decostruendo sul piano del pensiero critico quanto è stato loro fatto può rivelarsi una strategia efficace verso la progressiva e graduale integrazione. Questa operazione non è così dissimile, dal mio punto di vista, da alcuni passaggi nel lavoro con le donne che subiscono violenza: quando le si accompagna cognitivamente nell'esaminare i meccanismi dell'influenza del maltrattamento (le sue fasi tipiche, le sue dinamiche, le loro reazioni e la nota ciclicità e l'andamento a spirale), parlando così non solamente della loro storia personale, ma di ciò che è comune e "normale" nelle situazioni analoghe, rifacendosi anche all'esperienza di altre donne, così come accade ad esempio anche nei gruppi di auto-aiuto, è possibile sostenerle nell'affrontare e contrastare, padroneggiandoli in modo più efficace, i sentimenti di vergogna, di indegnità, il vissuto di "unicità" e "diversità" rispetto al maltrattamento.

E' inoltre preziosa e fondamentale l'indicazione di porsi con il paziente che è passato dall'esperienza della tortura in modo aperto e "democratico" rispetto alla terapia, al setting, esplicitando le logiche del contesto terapeutico, le intenzioni e le azioni del terapeuta, proprio per ridurre i movimenti difensivi connessi all'esperienza interiorizzata di dover diffidare sempre e doversi proteggere da un'intenzionalità difficilmente intelligibile (anche da parte di chi apparentemente dovrebbe essere innocuo o addirittura investito di un ruolo di cura o di protezione).

All'interno di questa logica, Sironi propone che per trattare e "dis-fare" ("de-construire") le conseguenze della tortura non sia sufficiente trattare il solo paziente, ma bisogna comprendere all'interno della terapia appunto "la logica e l'azione del torturatore, la sua *teoria*", sulla quale il terapeuta può ("è costretto" a) agire tramite il "terzo invisibile, il torturatore interiorizzato".

Estremamente interessante e condivisibile sul piano operativo, oltre che teorico e del significato, dal mio punto di vista, è la sottolineatura della differenza tra il considerare quanto avviene nella vittima a causa della trasformazione post-traumatica come frutto di fenomeni di "identificazione con l'aggressore", rispetto al pensarlo piuttosto come una sorta di "possessione", di invasione della mente e della personalità da parte del carnefice. Questo viene concepito qui come una vera e propria "scheggia di alterità" dentro la persona torturata, prova tangibile dell'influenza distruttrice e attiva a distanza del torturatore. Trovo molto utile, per mobilitare nel paziente la lotta per contrastare gli effetti di quest'influenza, il presupposto che nel traumatizzato vi siano due parti contrapposte, il carnefice "invasore" e una parte che lotta strenuamente contro di esso e per non soccombere a questi effetti. Questa descrizione del funzionamento a mio avviso rispetta e rispecchia meglio il vissuto di estraneità che le vittime provano rispetto a questa parte, così come aiuta a riconoscere il tenace rifiuto di essa. Proprio per la loro storia, individuale e collettiva, è inaccettabile sentirsi in qualche modo "conniventi" a livello psichico con i loro aguzzini, come in qualche modo il discorso sull'identificazione invece potrebbe far supporre.

Analogamente il considerare il "sentimento di colpa" di chi è sopravvissuto può indurre erroneamente a supporre una qualche forma di "responsabilità" da parte della vittima rispetto alla morte e alla sorte toccata ad altri compagni, cosa altrettanto inaccettabile per alcuni, o al contrario completamente evidente e indiscutibile sul piano psicologico per altri ex prigionieri. In entrambi questi casi le difese che i pazienti erigono rispetto a questo vissuto rischiano di rendere inutile ogni tentativo di avvicinamento. Per questo il

rifiuto di concettualizzare in questi termini esperienze tanto estreme, utilizzando piuttosto concetti che favoriscono l'esternalizzazione di questa parte rispetto alla psiche e all'identità (alla "natura") del paziente, facendo ricorso a teorie sull'influenza deliberata e intenzionalmente tesa ad annientare, offre il vantaggio di aprire ad un'alleanza del paziente e del terapeuta *contro* il carnefice e i suoi effetti.

Per questo la cornice di riferimento all'interno del quale questo discorso si sviluppa, così come alcune modalità tecniche della cura, hanno assunto l'ottica etnopsichiatrica, l'approccio che a partire da G. Devereux e T. Nathan in Francia ha posto la necessità di utilizzare in modo complementare il discorso di chiave antropologica e quello psicologico per poter comprendere e curare persone sofferenti provenienti da altri mondi culturali. Questo approccio integra nelle sue pratiche per l'appunto una teoria dell'"influenza", sia rispetto al discorso sulle origini e cause della malattia, culturalmente specifiche e fondate, sia rispetto all'agire terapeutico (v. "l'influence qui guérit" di T. Nathan, 1994). L'interesse per le teorie sulla malattia nelle varie culture implica spesso l'affacciarsi ad un "mondo a universi multipli", dove accanto a quello degli esseri umani coesistono altri universi, quelli dei "non umani", degli "spiriti", che interagiscono in varie forme con il mondo degli umani. Da qui le terapie tradizionali (guaritori, sciamani, sheik, ecc.), che investigano l'influenza patogena sul paziente, tramite l'individuazione degli spiriti o delle "forze" che hanno provocato il disordine, la malattia (spesso come conseguenza di una trasgressione dell'ordine sociale o familiare, come effetto di un'intenzionalità malevola -v. il malocchio o le fatture, teorie e fenomeni sociali e psicopatogeni in molte parti del mondo e d'Italia!), e agiscono poi per un loro influenzamento/trattamento "riparativo". Anche in questi sistemi di malattia e cura, il discorso terapeutico non può mai essere un discorso a due tra terapeuta e paziente, ma implica sempre un "terzo" (spirito, o corpo sociale, o aggressore), con la finalità appunto di separare la parte malata dall'identità del paziente, esternalizzando l'aspetto patologico e potendo così combatterlo in alleanza con il sofferente, "normalizzando" la sua esperienza, sollevandolo e contribuendo così ad un suo riavvicinamento/reintegrazione nella comunità di appartenenza .

E' un discorso molto complesso sia sul piano teorico che su quello tecnico, difficile da restituire in poche righe, certamente difforme da quello della logica scientifica occidentale di cura e malattia, che può sollevare in alcuni perplessità, in altri affascinare con il suo "esotismo". L'aspetto interessante che Sironi riprende e utilizza sul piano tecnico è che non c'è nulla di "esotico", non si tratta di "credere" o no, ma di individuare un dispositivo efficace, e l'idea del "terzo invisibile, il torturatore interiorizzato" prende spunto sia a livello di pensiero che sul piano del "come fare in terapia" proprio dall'integrazione con alcuni di questi approcci.

Per quanto riguarda l'esame insieme al paziente dell'esperienza vissuta attraverso l'identificazione dell'intenzionalità dei carnefici, a partire dagli effetti che questi ha sperimentato, l'inventario dei metodi e delle logiche di tortura porta ad individuare alcuni comuni denominatori che agiscono sulla psiche e sul corpo dei prigionieri come agenti di "effrazione" psichica:

*il dolore;*

*le privazioni;*

*il terrore (unito alla rabbia impotente);*

*la violazione dei tabù culturali e la disumanizzazione;*

*il disturbo dei riferimenti sensoriali* (la cosiddetta tortura bianca, utilizzata anche in alcuni casi nei paesi democratici ed occidentali), che produce disturbi nella memoria, difficoltà di concentrazione e di orientamento temporale, arrivando a volte a indurre reazioni psicotiche e allucinatorie;

*le situazioni di scelta impossibile;*

questi agenti, manipolati in modo tecnico e sistematico, conducono a situazioni di perversione logica, dove si agisce sui vissuti di impotenza/onnipotenza attraverso la costruzione di situazioni in cui per sopravvivere un prigioniero deve nuocere a se stesso o ad altri, agire in contrasto con i suoi valori, o dove addirittura non esiste una scelta o alternativa vera, dove qualunque scelta conduce comunque alla "punizione". La tortura in generale opera in modo paradossale, accostando l'estrema imprevedibilità a modalità ossessive di controllo e di studio dei dettagli da parte dei torturatori, mirando all'instaurazione di un "codice ossessivo totale come sistema", come lo definisce l'autrice, articolato intorno a polarità dicotomiche che penetrano e marciano il soggetto all'interno del suo funzionamento psichico, arrivando a trasformare la sua identità.

Per trattare le conseguenze dell'azione distruttrice dei torturatori, il terapeuta dovrà in questa logica accompagnare il paziente ad identificare, e quindi a comprendere, attraverso gli atti subiti e i loro effetti psicopatologici, l'intenzionalità e la "logica" dei suoi aguzzini, riattivando le funzioni del pensiero congelate e favorendo una riappropriazione di sé da parte del paziente. Dovrà arrivare anche a mobilitare un'aperta rivolta del paziente contro il sistema interiorizzato che lo agisce attraverso questi effetti, per arrivare ad isolare e quindi "espellere il frammento di alterità", ovvero il torturatore interiorizzato, in quella che Sironi chiama "terapia mediante attacco al colpevole". Le tecniche proposte e presentate dall'autrice rappresentano appunto delle strategie di "contro-influenza", volte inizialmente ad aggirare con l'astuzia la potenza della "presa" del torturatore interiorizzato, con interventi che spiazzano, penetrando nel paziente tramite la perplessità, l'inaspettato, per "infiltrazione" e aiutandolo via via a *separare le zone psichiche "intatte" da quelle "toccate" dall'azione dei carnefici, isolando il frammento di alterità* e consolidando poi queste zone come baluardi contro l'irruzione dei contenuti traumatici intollerabili; ad esempio connotando positivamente alcuni aspetti sintomatici (es. l'insonnia) come manifestazioni della lotta e della resistenza attiva del paziente, per esempio contro l'invasione degli incubi e la riattivazione del trauma, e dunque avviando un processo di padronanza, "addomesticamento" dell'influenza, e favorendo la ripresa di un ruolo attivo del paziente in questo processo, a partire dal recupero della capacità di pensare, così lesa dal trauma.

Un altro passaggio fondamentale, in questo senso, è la *mobilizzazione della violenza*, intesa qui come legittima e vivificante rivolta del paziente contro il torturatore, sempre più parte chiamata in causa all'interno del processo e del discorso terapeutico, anche per consentire di ridurre le manifestazioni sintomatiche dell'aggressività interiorizzata (atti autolesivi) o le più o meno ricorrenti esplosioni di violenza etero-diretta, indirizzando una giusta collera contro la persona che la suscita veramente, fino all' *espulsione del torturatore*.

La modalità che sostiene questo processo è quella di un terapeuta attivo, che sostiene e promuove l'attività del pensiero del paziente, prima bloccata, attraverso una modalità trasparente, di scambio e condivisione, sul proprio pensiero, riferendosi non solo agli spunti dell'etnopsichiatria di Nathan, ma anche ad alcune riflessioni in proposito tratte dal lavoro con i pazienti traumatizzati di S. Ferenczi.

In breve, queste fasi del trattamento vengono descritte come:

-fase di riumanizzazione;

-fase di riaffiliazione al gruppo di origine;

-fase di compimento della trasformazione, ovvero il consolidamento di una nuova identità nel paziente, nella consapevolezza che un ritorno allo stato iniziale non sarà più possibile, e che il trauma è stata comunque un'esperienza "forgiante", che Sironi paragona appunto alle esperienze iniziatiche, ma attuata nella tortura e nell'intenzionalità distruttrice in forma "selvaggia" e incompiuta. Anche per questo la risoluzione del trauma passa spesso attraverso sogni ed esperienze sentite come di "rinascita" da parte del paziente.

*Azzurra Senatore*