

| | | |
|---|------|----|
| ■ Premessa | pag. | 3 |
| ■ 1. Conseguenze psico-patologiche e fisiche delle esperienze traumatiche estreme e della tortura.....“ | | 4 |
| 1.1 Introduzione | “ | 4 |
| 1.2 Conseguenze psico-patologiche della tortura e dei traumi estremi | “ | 4 |
| 1.2.a Alterazioni della Memoria: | “ | 6 |
| 1.2.b Disturbi dissociativi e dell'identità | “ | 8 |
| 1.3 Conseguenze fisiche della tortura | “ | 12 |
| ■ 2. La certificazione medico-psicologica nella valutazione per il riconoscimento della Protezione Internazionale.....“ | | 14 |
| ■ 3. Il richiedente asilo sopravvissuto a tortura o traumi estremi di fronte alla Commissione | “ | 15 |
| Negazione/evitamento | “ | 15 |
| Silenzio e vergogna | “ | 16 |
| Difficoltà nella ricostruzione e nella narrazione degli eventi | “ | 17 |
| Paura/diffidenza | “ | 18 |
| Imprevedibilità/inadeguatezza | “ | 18 |
| Ipervigilanza/opposizione | “ | 18 |
| Sottomissione/passività.....“ | | 19 |
| ■ 4. Tecniche e pratiche dell'intervista con i richiedenti asilo sopravvissuti a traumi estremi o tortura | “ | 20 |
| ■ Alcuni riferimenti bibliografici.....“ | | 25 |

La brochure è stata realizzata nell'ambito del progetto ARCO (Agenzia Rifugiati per i Paesi d'Origine),
finanziato dalla Commissione Europea - programma ARGO -

Testo di:

MASSIMO GERMANI, *Centro per il trattamento delle patologie post-traumatiche e da stress*
Az. Osp. San Giovanni-Addolorata - Roma

IORELLA RATHAUS, *Progetto Vi.To. – Accoglienza e cura alle vittime di tortura*
Consiglio Italiano per i Rifugiati

Le opinioni espresse sono esclusivamente degli autori e non possono essere in alcun caso considerate come rappresentative di una posizione ufficiale della Commissione Europea o del Ministero dell'Interno Italiano.

Finito di stampare a Roma nel marzo 2009 dalla Inprinting srl

“Si continua a pensare con teste umane quando si entra nel disumano”.
(Eugenio Montale, *Nel Disumano*)

Si calcola che circa il 25% dei richiedenti asilo ha vissuto in passato esperienze traumatiche estreme, quali la tortura, lo stupro e altre atrocità fisiche e/o psicologiche gravemente inumane e degradanti.

La procedura di riconoscimento della Protezione Internazionale riguarda anche la valutazione di queste esperienze. Nell'intervista con le Commissioni Territoriali il richiedente asilo deve riferire e ricostruire cosa gli è successo, le ragioni della fuga e della richiesta di Protezione Internazionale.

Per essere in grado di raccontare il proprio passato, i richiedenti asilo devono poter fare affidamento sulla propria memoria autobiografica. Purtroppo, però, la traumatizzazione, soprattutto se estrema, comporta profonde alterazioni dei processi biologici, socio-culturali e psicologici che normalmente sostengono i processi mnemonici, e in particolare la registrazione nella memoria autobiografica, rendendo quindi difficile e a volte impossibile la “consultazione” e il recupero dei ricordi legati all'esperienza traumatica. Inoltre, i sopravvissuti a tortura o traumi estremi sono per lo più riluttanti a riferire le proprie terribili esperienze traumatiche. Spesso si sforzano di non ripensare a tali strazianti ricordi nel tentativo di dimenticare. Spesso non condividono nemmeno con i familiari e gli amici il fatto di essere stati picchiati, stuprati, sottoposti a elettroshock, a finte esecuzioni, ad atroci umiliazioni e ad altre terrificanti esperienze.

Parlare significa far rivivere i ricordi e resuscitare il terrore e l'angoscia. Spesso sono convinti che gli altri non potranno capire e non crederanno alle loro storie. E' per tutte queste ragioni che essi cercheranno di seppellire tali esperienze del loro passato.

Le attuali conoscenze sugli effetti neuro-psicobiologici dei traumi estremi, forniscono una base scientifica che elimina ogni dubbio sulla limitata capacità che un richiedente asilo sopravvissuto a traumi estremi o tortura avrà nel riferire, nel tempo disponibile per la procedura d'asilo, la storia completa riguardante gli eventi che lo hanno indotto a fuggire dal proprio Paese.

Questo testo si focalizzerà su tre aspetti:

- quali sono le conseguenze della tortura e i fattori psicologici/psichiatrici che ostacolano la capacità di ricordare e narrare in maniera coerente le esperienze traumatiche nei richiedenti asilo sopravvissuti a tortura o traumi estremi;
- qual è l'impatto di questi fattori sui comportamenti e sulla qualità delle dichiarazioni durante l'audizione in Commissione per il riconoscimento della Protezione Internazionale;
- come i Commissari possono gestire tali problematiche nel corso dell'intervista, riconoscendole e valutandole nella maniera più adeguata e limitando al massimo la loro incidenza sulla qualità finale dell'audizione.

1. Conseguenze psico-patologiche e fisiche delle esperienze traumatiche estreme e della tortura

1. CONSEGUENZE PSICO-PATOLOGICHE E FISICHE DELLE ESPERIENZE TRAUMATICHE ESTREME E DELLA TORTURA

1.1 Introduzione

La tortura è certamente una delle forme più estreme di violenza umana. L'esperienza della tortura lascia nella persona che la subisce segni incancellabili e alterazioni durature dell'identità, del senso di Sé, della capacità di adesione a valori condivisi e del senso di fiducia in sé, negli altri e nel futuro. Le conseguenze della tortura coinvolgono ogni aspetto della vita del sopravvissuto, nulla è più come prima. Il livello intrapsichico, quello interpersonale, quello sociale e culturale sono colpiti e disgregati in maniera profonda.

La tortura non si esaurisce solo nell'incontro con il carnefice, essa è anche la drammatica esperienza della rottura del patto che unisce gli individui in collettività, che sancisce la protezione e il soccorso da parte dello Stato e dei suoi rappresentanti, che si mostrano, spogli di ogni etica, privi di ogni morale e di ogni forma di compassione.

L'esperienza di un trauma catastrofico, e in particolare della tortura, ha il potere di attivare, nell'inconscio della vittima, quelle fantasie arcaiche, violente, aggressive e distruttive, "impensabili" e potenzialmente annichilenti, definite da Winnicott "angosce primitive" o da Kohut "angoscia di disintegrazione", insite in ogni essere umano. Le usuali difese psichiche non sono in grado di proteggerci da tali soverchianti esperienze; è per questo che

entrano in gioco le difese dissociative (difese primitive) e le componenti emotivamente soverchianti delle memorie traumatiche non vengono fissate nella memoria autobiografica, per impedire cioè, che l'impensabile diventi esperienza.

L'evento si trasforma così in qualcosa che non potrà essere iscritto nella psiche, la reazione al dolore, pregna di contenuti capaci di produrre la morte psichica, è inaccessibile alla memoria e al ricordo. Il trauma è quindi "presente" e non "rappresentato"; la sua presenza distrugge il presente in cui sembra introdursi. È così che, di fronte all'impossibilità di creare una rappresentazione, il corpo diventa spesso l'unico depositario della memoria traumatica. Secondo Jean Améry, filosofo francese internato e torturato ad Auschwitz, la tortura trasforma l'essere umano in "solo corpo", in sintonia con quanto affermato da Thomas Mann nella Montagna Incantata: "...l'essere umano è tanto più corporeo quanto più disperatamente questo suo corpo appartiene al dolore."

1.2 Conseguenze psico-patologiche della tortura e dei traumi estremi

I racconti dei sopravvissuti a traumi estremi sottolineano la drammaticità del periodo immediatamente successivo al trauma. Il momento in cui si ritorna alla vita "normale" è il momento in cui la persona acquista coscienza della sua condizione e della sua esperienza. Primo Levi scrive "...all'uscita dal buio si sofferiva per la riacquisita consapevolezza di essere stati menomati. Non per volontà, né per ignavia, né per colpa, avevamo tuttavia vissuto per

1. Conseguenze psico-patologiche e fisiche delle esperienze traumatiche estreme e della tortura

mesi o per anni ad un livello animalesco... lo spazio per riflettere, per ragionare, per provare affetti, era annullato....come animali, eravamo ristretti al momento presente”.

Le esperienze traumatiche estreme provocano nella psiche profonde ripercussioni, fino a coinvolgere funzioni di base quali quelle associative e della memoria, facendo precipitare la psiche in stati di vera e propria frammentazione.

La vita post-traumatica diviene caratterizzata da una particolare vulnerabilità nei confronti di situazioni che, seppure per forma e per intensità sono lontane dai terribili eventi passati, sono ad essi assimilabili per la capacità di rievocare e ri-attualizzare le profonde ferite da essi prodotte. Ogni evento che induca il sopravvissuto a confrontarsi con la precarietà, l'insicurezza personale e sociale, l'eclissi del senso di identità e dell'autonomia, tende ad essere vissuto traumaticamente attraverso il meccanismo della rievocazione inconscia per assimilazione. Questa particolare suscettibilità diviene ancora più soverchiante e pervasiva nei rifugiati sopravvissuti a tortura, a causa delle

precarie condizioni di vita e dell'incertezza assoluta sul proprio futuro. Tali circostanze tendono a perpetuare le esperienze di re-traumatizzazione, sostenute da numerosi “traumatismi secondari” che ostacolano il recupero di un pensiero prospettico, che apra alla speranza e quindi al futuro. Ciò collude sfavorevolmente con le alterazioni della dimensione “temporale” prodotte, in maniera specifica, dall'esperienza traumatica estrema. Nei pazienti sopravvissuti a tortura il presente, abitato ossessivamente dal passato, è “assente” o comunque esile ed inconsistente come un fil di fumo; tale coartazione tra passato e presente annulla ogni possibile rappresentazione del futuro e condanna il soggetto all'opprimente e lacerante supplizio di una reiterata riattualizzazione dell'evento traumatico. Le alterazioni della dimensione temporale sono strettamente legate ai disturbi dissociativi e a quelli della memoria autobiografica, specifiche e dirette conseguenze dei traumi estremi, vere e proprie stigmate che testimoniano la profondità e la pervasività del danno prodotto dalla catastrofe traumatica.

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO E DECORSO NATURALE DELLE PATOLOGIE PSICHICHE NEI SOPRAVVISSUTI A TORTURA

Gli esiti traumatici che segnano i richiedenti asilo sopravvissuti a tortura o traumi estremi, vanno ben al di là della categoria diagnostica del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). L'altissima comorbidità con sindromi depressive, disturbi dissociativi, alterazioni della memoria, Disturbo da attacchi di panico (DAP) e psicosomatosi, induce a configurare una vera e propria “Sindrome da Trauma Estremo”, accostabile al “PTSD Complex” descritto da alcuni AA. Questi quadri sindromici, nei rifugiati sopravvissuti a tortura, tendono a permanere, in assenza di interventi

specifici e di sostegni psico-sociali adeguati, sostanzialmente immutati nel tempo, evolvendo spesso verso il peggioramento. La fine delle torture per queste persone, infatti, non significa la fine delle esperienze traumatiche, al contrario segna immancabilmente l'inizio di un lungo e doloroso cammino irto di eventi (la fuga e il viaggio, l'esilio con la perdita di ogni riferimento e affetto, la precarietà esistenziale, l'assenza di accoglienza e l'emarginazione, le frequenti nuove violenze o soprusi nel Paese d'asilo, ecc.) ancora una volta di natura traumatica.

1. Conseguenze psico-patologiche e fisiche delle esperienze traumatiche estreme e della tortura

1.2.a Alterazioni della Memoria:

Il cervello umano è un sistema complesso e dinamico che si struttura continuamente sulla base dell'interazione con l'ambiente; l'esperienza, non solo nei primi anni di vita, plasma il cervello modificando i circuiti cerebrali e creando delle connessioni sinaptiche specifiche e delle reti neurali che sono alla base dei processi e dei contenuti della memoria, la quale rappresenta, pur nelle sue diverse forme, l'essenza stessa di ogni singolo individuo, la base della sua identità.

Le ricerche più recenti nell'ambito delle neuroscienze propongono una suddivisione della memoria che si basa sul grado di consapevolezza del ricordo. Si distingue quindi una memoria implicita, che raccoglie tutte le informazioni di cui non si ha un ricordo cosciente, da una memoria esplicita, che contiene le informazioni che possono essere recuperate consapevolmente.

Gli effetti che le esperienze hanno sul nostro apparato psichico, e in particolare sulla memoria, dipendono dal grado di stress (significatività) a cui sono associate: livelli moderati in genere facilitano il ricordo, mentre uno stress molto intenso può provocare un blocco delle funzioni mnesiche.

Il sistema limbico e in particolare l'amigdala svolgono il ruolo di interconnessione tra le esperienze sensoriali (ad es. assistere o essere vittima di un'aggressione) e i sistemi biochimici e comportamentali da esse indotti (attivazione di neuro modulatori e comportamenti di paura e fuga).

Nel momento in cui uno stimolo viene ritenuto pericoloso,

vengono attivati dall'amigdala stessa i centri di arousal (localizzati nella sostanza reticolare, del tronco encefalico), essi generano uno stato di aumentata eccitabilità inducendo secrezione di adrenalina e noradrenalina, nonché un incremento dei livelli ematici di cortisolo. Essendo quest'ultimo, un ormone prettamente catabolico, una sua eccessiva produzione può rivelarsi, a lungo termine, controproducente e degenerante per le strutture che lo utilizzano come neurotrasmettitore. In particolare è stato dimostrato come l'ippocampo (che è la sede principale della memoria esplicita-autobiografica), che presenta un'alta densità di recettori specifici per questo ormone, possa essere inibito nella sua funzione da alti livelli di cortisolo. Uno stress intenso e ripetuto, come può essere quello della tortura o di altre violenze estreme, può produrre un'inibizione a carico dei dendriti dell'ippocampo, fino ad arrivare alla morte neuronale. Vari Autori hanno dimostrato una significativa riduzione volumetrica dell'ippocampo stesso, nei pazienti affetti da Disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

In conseguenza dei complessi eventi neurobiologici appena descritti (per evidenti ragioni in modo sintetico e parziale), la memoria esplicita, soprattutto nella sua componente autobiografica (narrativa) risulta compromessa, mentre quella implicita rimane integra, conservando gli elementi comportamentali e somatici del ricordo (impulsi alla fuga, reazioni emozionali inadeguate o paradosse, scoppi di rabbia improvvisi, comportamenti autolesionistici, sintomi psico-somatici, attacchi di panico, riattualizzazione del trauma nei ricorrenti e

1. Conseguenze psico-patologiche e fisiche delle esperienze traumatiche estreme e della tortura

sconvolgenti flash back). Alcuni individui possono essere sommersi, improvvisamente, da ricordi impliciti estremamente coinvolgenti, durante i quali perdono le forme di controllo tipiche della memoria episodica e si sentono, non come se stessero ricordando intensamente un evento del passato, ma come se lo stessero vivendo in quel preciso momento. Questi eventi si presentano spesso senza tempo, senza confini e, dal momento che “galleggiano liberi”, possono diventare coscienti come risultato di stimoli interni o esterni sub-liminali ed è come se si stessero verificando nel “qui e ora”, piuttosto che appartenere ad uno specifico tempo o spazio nel passato.

In sintesi, l'esperienza traumatica produce una frattura tra

memoria esplicita (legata alla coscienza) e memoria implicita (non consapevole, involontaria, inconscia); questa frattura è dovuta all'inibizione selettiva che il trauma, con la mediazione di neuromodulatori, provoca sull'ippocampo ma non sulle strutture della memoria implicita.

L'evento traumatico estremo ha quindi la capacità di interrompere la continuità dell'esperienza e alterare il senso dell'identità. Le memorie traumatiche restano iscritte a livello psichico solo come dato sensoriale-somatico, fissato nella memoria implicita. L'esperienza traumatica, non essendo compiutamente trascritta nella memoria esplicita autobiografica, diviene in questo modo inelaborabile a livello simbolico/verbale.

CONSOLIDAMENTO CORTICALE E FENOMENO DEI “FALSI RICORDI”

Il ricordo non va considerato come una riproduzione fedele e inalterabile degli eventi passati, ma una continua ricostruzione dell'esperienza. Il richiamo stesso dei ricordi diventa un “modificatore della memoria”, in quanto il fatto di riattivare una rappresentazione permette di riorganizzarne i contenuti in un insieme più coerente e maggiormente integrato. La creazione di nuovi legami associativi e la condensazione delle rappresentazioni in insiemi funzionali, in cui sono incorporati elementi precedentemente isolati, permette la riorganizzazione delle tracce mnestiche, che è definita processo di “consolidamento corticale”. Secondo questo modello, il consolidamento dei ricordi avviene attraverso i meccanismi di integrazione interemisferica e del sogno. Proprio su tali basi viene attualmente spiegato il fenomeno dei “falsi ricordi”, che sembra essere sostenuto in parte da meccanismi di tipo dissociativo post-traumatico (dissociazione parcellare) e in parte da alterazioni mnesiche e

dell'integrazione interemisferica. In effetti alcuni importanti autori ritengono che la prevalenza dell'attività dell'emisfero sinistro (frequente conseguenza di esperienze traumatiche estreme), che tende ad utilizzare ragionamenti eccessivamente sillogistici in mancanza di una mediazione da parte dell'emisfero controlaterale, possa essere la principale responsabile della creazione dei cosiddetti “falsi ricordi”. In realtà solo raramente ci troviamo di fronte a “Falsi Ricordi” propriamente detti, poiché nella quasi totalità dei casi essi sono da intendersi, come “distorsioni” o “lacune mnesico-narrative” che operano sull'essenza del ricordo che rimane ancorato ad esperienze realmente vissute. Le attuali conoscenze neuropsicologiche sul trauma, assieme agli strumenti diagnostici e di screening attualmente disponibili, permettono ai clinici di valutare, con buona attendibilità, l'eventuale presenza di tali distorsioni mnesiche.

1. Conseguenze psico-patologiche e fisiche delle esperienze traumatiche estreme e della tortura

L'esperienza traumatica estrema non può entrare in un processo narrativo di temporalizzazione e storicizzazione individuale, perciò non può essere "pensabile", ma potrà solo essere rivissuta e ri-attualizzata attraverso continui flash-back, incubi, cefalee quotidiane e dolori somatici ricorrenti e insopprimibili, improvvisi stati di disperazione e pensieri intrusivi legati al trauma: sarà il corpo a ricordare e non la mente.

1.2.b Disturbi dissociativi e dell'identità

La dissociazione è la conseguenza più tipica delle esperienze traumatiche estreme. Essa rappresenta il risultato di una mancata integrazione di aspetti della percezione, della memoria, dell'identità e della coscienza.

La dissociazione fa parte dei cosiddetti meccanismi di difesa della psiche. La psiche infatti, quando si trova ad affrontare situazioni difficili, conflittuali, dolorose o francamente traumatiche, adotta, in modo del tutto inconscio, strategie difensive al fine di proteggersi dal dolore, dal caos, dall'annichilimento. I meccanismi di difesa si distinguono in primari e secondari. Le difese di tipo primario sono quelle più potenti, più arcaiche e anche più "dispendiose" per l'economia psichica globale. Di solito una persona adulta, che non abbia subito gravi traumatizzazioni nel corso della vita, utilizza per lo più difese di tipo secondario (più evolute, non altrettanto potenti rispetto a quelle primarie ma che compromettono meno le funzioni psichiche principali). Ma, di fronte ad esperienze di

portata emotiva soverchiante ed annichilente, quali la tortura, gli stupri e le violenze estreme, le usuali difese non sono solitamente sufficienti a proteggere la psiche dall'invasione di contenuti in grado di sconvolgerla completamente. E' proprio per creare un ultimo argine che impedisca l'invasione psichica di contenuti che minacciano il totale annientamento della personalità umana e la distruzione dello spirito individuale, che subentrano le difese più primitive e in particolar modo le difese dissociative: per impedire che l'impensabile diventi esperienza.

La psiche agisce un po' come il sovrano il quale, per difendere la sua città da un'orda barbarica soverchiante, che ha spazzato via i soldati usciti per difenderla e poi ha superato le stesse alte mura cittadine, decide, come estremo tentativo di difesa, di distruggere i ponti che collegano le varie zone della città, nel tentativo di isolare l'orda in una sola parte del villaggio, impedendo così il saccheggio e la messa a ferro e fuoco di tutta la città.

Le difese dissociative, quindi, assolvono inizialmente un compito altamente positivo: quello di contribuire a preservare la vita psichica stessa della persona.

I "vantaggi" della difesa dissociativa di fronte a condizioni insopportabili e annichilenti sono ovvi: ci si distacca completamente dal dolore, dal terrore, dall'orrore e dall'idea di una morte imminente. Ma lo "svantaggio" maggiore è che, una volta prodottasi, specie se a seguito di traumi estremi, la dissociazione possiede una pervicace tendenza ad operare autonomamente, sotto forma di veri e propri complessi traumatici autonomi. I frammenti inelaborabili del trauma si

1. Conseguenze psico-patologiche e fisiche delle esperienze traumatiche estreme e della tortura

“incistano” all’interno di una parte (o più) di personalità che acquista caratteri dissociativi, e quindi altamente instabili, minacciando, al momento della sua ri-attivazione, le aree più sane.

Le parti dissociate tenderanno a riapparire, secondo un meccanismo di attivazione “automatico”, assolutamente involontario, in situazioni stressanti, positive o negative, nelle quali i confini abituali dell’Io risultano minacciati.

Anche alcuni ricordi, con particolare ed intensa tonalità affettiva, saranno dissociati in stati separati della mente, e potranno tornare disponibili, spesso repentinamente, in momenti diversi. Le persone traumatizzate possono quindi diventare improvvisamente amnesiche, riguardo specifiche situazioni o particolari vissuti (lacune mnesiche inconsapevoli e “parcellari”) e apparire inaspettatamente diverse negli atteggiamenti, spesso confuse o “perplesse”. Chi osserva, a meno di non essere un esperto o di non aver avuto anche lui una storia traumatica, non sospetta mai una dissociazione, ma è invece portato a concludere che il suo interlocutore sia instabile, “strano”, di cattivo umore, oppure un bugiardo.

Clinicamente le forme dissociative post-traumatiche si caratterizzano per la insorgenza improvvisa e spesso sollecitata da stimoli che per via assimilativa riconducono, a volte in maniera imperscrutabile, alle esperienze della tortura, al contesto ambientale o a qualsiasi traccia mnesica ad essa associata. Situazioni particolarmente favorevoli all’attivarsi di una dissociazione sono quelle in cui è presente un confronto con l’autorità, soprattutto se percepita come giudicante, potente e

minacciosa. La durata degli episodi dissociativi non è prevedibile ma è raro che si prolunghino oltre alcune ore. Nei casi di persistenza della dissociazione per oltre 24-36 ore è più corretto parlare di un vero e proprio “stato dissociativo”. Un caso particolare di dissociazione è la cosiddetta “fuga psicogena”, non così rara nell’ambito delle sequele da trauma estremo, in cui il soggetto, in stato dissociativo, si allontana dalla sua abitazione senza alcuna consapevolezza, per ricomparire solo dopo alcune ore, allorché la dissociazione è rientrata, in un posto sconosciuto anche a parecchi chilometri dai suoi luoghi abituali.

Una componente dissociativa può poi essere frequentemente rintracciata, nei fenomeni di autolesionismo, così frequenti e specifici nelle patologie post-traumatiche. I comportamenti autolesivi riconoscono una genesi complessa in cui però i fenomeni dissociativi hanno un importante ruolo. Gli episodi di autolesionismo si verificano quasi sempre durante la comparsa di stati mentali dissociati con specifiche tonalità affettive. Inoltre, nella maggioranza dei casi, è presente anche una dissociazione dolorifica (“anestesia psicogena”) testimoniata dal fatto che i soggetti interessati affermano di non percepire nessun dolore durante tali crisi (pugni, calci o testate con cui si provocano ferite o fratture, tagli sulla pelle con rasoi o coltelli, bruciature con sigarette, ecc.).

Tra i sintomi dissociativi che più frequentemente compaiono nei soggetti vittime di trauma estremo o tortura ci sono: la depersonalizzazione, la derealizzazione, il numbing e il freezing, confusione dell’identità, alterazione dell’identità, amnesia dissociativa (vedi immagini).

1. Conseguenze psico-patologiche e fisiche delle esperienze traumatiche estreme e della tortura

Sintomi Dissociativi

Numbing

Freezing

Depersonalizzazione

Derealizzazione

Confusione dell'identità

Alterazione dell'identità

Amnesia

NUMBING:

Senso soggettivo di torpore ed ottundimento psichico con marcato rallentamento della reattività emozionale

FREEZING:

Blocco, "congelamento" più o meno completo della motilità e, a volte, della sensibilità

Sintomi Dissociativi

Numbing

Freezing

Depersonalizzazione

Derealizzazione

Confusione dell'identità

Alterazione dell'identità

Amnesia

DEPERSONALIZZAZIONE

Esperienza di sentirsi distaccato o come un osservatore estraneo dei propri processi mentali e del proprio corpo; sentirsi come un automa o come in sogno; "intorpidimento" e distacco dalle proprie reazioni affettive, paura di perdere il controllo

DEREALIZZAZIONE

Senso di distacco dall'ambiente o percezione del mondo esterno come estraneo o irreali (spesso riguarda persone familiari)

| <u>Sintomi Dissociativi</u> | |
|------------------------------------|--|
| Numbing | <u>CONFUSIONE dell'IDENTITA'</u> <i>Sensazione di incertezza, di perplessità o conflitto su chi si è. Come se, al proprio interno, si svolgesse una lotta per definire se stessi</i> |
| Freezing | |
| Depersonalizzazione | |
| Derealizzazione | |
| Confusione dell'identità | |
| Alterazione dell'identità | |
| Amnesia | <u>ALTERAZIONE dell'IDENTITA'</u> <i>Cambiamento nell'identità di una persona, osservabile dagli altri come personalità del tutto o in parte diversa, con ricordi, tratti e comportamenti differenti</i> |

| <u>Sintomi Dissociativi</u> | |
|---|--|
| Numbing | <u>AMNESIA DISSOCIATIVA</u> <i>E' l'incapacità di ricordare importanti e specifici eventi della propria storia personale ("buchi" nella memoria o "tempo perduto"). In essa il ricordo non è perduto completamente ma non è nell'area della consapevolezza bensì nell'inconsapevolezza. Viene considerata una menomazione reversibile della memoria</i> <i>Si presenta per lo più, come una lacuna o una serie di lacune collegate soprattutto ad eventi traumatici, che a volte riaffiorano alla coscienza ma non possono esservi interamente e a lungo trattenuti</i> |
| Freezing | |
| Depersonalizzazione | |
| Derealizzazione | |
| Confusione dell'identità | |
| Alterazione dell'identità | |
| Amnesia dissociativa (o "Psicogena") | |

1. Conseguenze psico-patologiche e fisiche delle esperienze traumatiche estreme e della tortura

1.3 Conseguenze fisiche della tortura

Va innanzi tutto detto che la tortura, nella sua potenza devastatrice, rappresenta una delle esperienze più distruttivamente totalizzanti che sia dato vivere a un essere umano; la psiche e il soma si mostrano e sono percepiti come l'unità indissolubile che realmente sono, i confini tra l'“io corporeo” e l'“io psichico” scompaiono, il vulnus, a qualsiasi parte diretto, coinvolge e stravolge l'essere umano unitario. Solo dopo questa premessa possiamo, per ragioni meramente espositive, cercare di prendere in rassegna quelle conseguenze della tortura che colpiscono il soma in forme particolarmente manifeste.

Le conseguenze organiche della tortura si possono prima di tutto distinguere in:

- a) conseguenze dirette delle torture;
- b) conseguenze indirette, legate al contesto, alle condizioni di reclusione, a contagi e malattie contratte durante la detenzione, ecc.

Per quel che riguarda le conseguenze dirette, sembra opportuno distinguere tra conseguenze e segni osservabili a breve e a lungo termine.

Tra i segni esterni e interni che possono manifestarsi a breve distanza dall'evento, i più frequenti sono: abrasioni, ematomi, ferite da arma da taglio, bruciaciure, lacerazioni, stiramenti, distorsioni o fratture, lesioni del torace o dei genitali, ecc.

Alcuni di questi segni possono essere rilevati sul corpo della

vittima anche come esiti a lungo termine.

Tra i rilievi più frequentemente obiettivabili a lunga distanza dalla tortura, o come esiti permanenti, si osservano: infezioni, cicatrici, fratture mal consolidate, parti del corpo deformate, postura e portamento anormali, menomazione dell'udito o della vista, denti, ossa o unghie rotte, “*closed compartment syndrome*” (associata alla tortura della falanga), atrofia muscolare, fibrosi di muscoli, fasce e tessuti connettivi, disfunzione di varie articolazioni del corpo, danno ai nervi periferici, vari disturbi genitali (atrofia dei testicoli, idrocele, malattie trasmesse sessualmente inclusa l'infezione da HIV), ecc.

Appare evidente come, da un accurato e attento esame obiettivo dei segni presenti sul corpo della vittima, si possano inferire una serie di informazioni sul tipo di tortura subita, sulla sua durata e gravità. Tutto ciò risulta molto utile perché: in primo luogo permette di ottenere un riscontro oggettivo tra il resoconto del sopravvissuto, la sua descrizione delle violenze subite e i segni “oggettivi” presenti sul suo corpo. Inoltre, permette di acquisire importanti informazioni al fine di individuare e riconoscere le torture più frequentemente praticate nei diversi paesi. Capita infatti che molti sopravvissuti provenienti dallo stesso paese, manifestino una sintomatologia molto simile e descrivano i medesimi maltrattamenti subiti.

Non tutte le conseguenze fisiche sono visibili ad un'ispezione esterna, cosa questa che ha un'evidente importanza rispetto a valutazioni tese a stabilire la veridicità e la consistenza delle torture riferite. A questo proposito va sottolineato come, negli ultimi decenni, si vadano sempre più affinando metodi di tortura

1. Conseguenze psico-patologiche e fisiche delle esperienze traumatiche estreme e della tortura

in grado di non lasciare alcuna traccia visibile. Bisogna comunque tenere presente che la stragrande maggioranza dei sopravvissuti a tortura che riesce a fuggire e ad arrivare in un Paese d'accoglienza, non presenta nessun segno esterno chiaramente visibile che possa testimoniare l'avvenuta violenza. Nel confronto tra ferite "visibili" e ferite "invisibili" si nasconde l'insidia di un crudele paradosso. Il sopravvissuto che è costretto a vivere e confrontarsi con i segni o le limitazioni fisiche o le deformità che lo riportano quotidianamente ai terribili trascorsi, sa anche che gli stessi segni potranno agevolare il riconoscimento delle violenze subite, aumentando così la probabilità che gli venga riconosciuto lo status di rifugiato. Tale "epilogo" positivo è purtroppo meno frequente per coloro ai quali della tortura non resta che una condizione di devastazione interiore.

Altri tipi di tortura possono provocare malattie attraverso il contagio con il sangue o altri liquidi biologici infetti degli aguzzini o di precedenti vittime, torturate con lo stesso oggetto. Anche la malnutrizione prolungata, le malattie contratte durante la prigionia e la prolungata detenzione in condizioni di reclusione malsane possono determinare conseguenze a lungo termine.

Particolare cura deve essere posta nelle domande mirate all'approfondimento delle violenze fisiche, non solo quelle sessuali, poiché ogni avvicinamento al corpo, compreso quello mediato verbalmente attraverso domande che lo chiamano in causa, può attivare intense memorie traumatiche inconscie e stati di profonda angoscia, fino a vari e propri stati dissociativi. Il corpo

violato dalla tortura, vive come dolorosa e umiliante l'esperienza di ogni avvicinamento o intrusione, che non può che ri-attivare, immancabilmente, le memorie traumatiche.

2. La certificazione medico-psicologica nella valutazione per il riconoscimento della Protezione Internazionale

2. LA CERTIFICAZIONE MEDICO-PSICOLOGICA NELLA VALUTAZIONE PER IL RICONOSCIMENTO DELLA PROTEZIONE INTERNAZIONALE

Nel valutare l'accoglimento o il rigetto della richiesta di Protezione Internazionale presentata da un cittadino straniero, i Commissari si trovano di fronte a una decisione spesso difficile e gravida di conseguenze per il futuro e la vita del richiedente. La necessità di addivenire a una valutazione corretta, giusta e motivata e la gravosa responsabilità che tale compito comporta, può richiedere che i Commissari, soprattutto nei casi più complessi come quelli riguardanti i richiedenti sopravvissuti a tortura o violenze estreme, si avvalgano di certificazioni medico-psicologiche rilasciate da centri qualificati e specializzati nelle patologie post-traumatiche.

La certificazione dovrebbe essere stilata solo al termine di un iter clinico-diagnostico basato su un numero sufficiente di colloqui, sui rilievi anamnestici, sull'esame obiettivo, sui riscontri laboratoristici e diagnostici, sugli eventuali accertamenti specialistici, su alcuni specifici Test psicometrici.

Nella certificazione dovrebbero essere menzionati tutti i quadri sindromici, le patologie e i disturbi rilevanti che il medico, che ha condotto l'iter e redige il certificato, ha avuto modo di rilevare, di obiettivare e quindi diagnosticare. Saranno da riportare, naturalmente, sia i quadri psicopatologici sia le alterazioni organiche e/o funzionali riscontrate. Eventuali diagnosi sostenute con l'ausilio di particolari indagini diagnostiche o valutazioni specialistiche, saranno riportate con l'accortezza di allegare il

referto (ove disponibile) alla certificazione. Risulta evidente l'auspicabile natura unitaria della certificazione che dovrebbe essere il momento di raccordo e descrizione globale della situazione clinica del paziente, vista soprattutto in relazione alla compatibilità con i traumi e le torture subite. La certificazione unitaria tende a ricostituire, attraverso l'integrazione dei vari quadri sindromici, psichici, organici o psicosomatici, quella realtà individuale "unica" e sofferente che è la persona sopravvissuta a tortura.

Nella certificazione sarà espressa, accanto alla diagnosi e alla descrizione dei vari quadri sindromici, la valutazione del grado di compatibilità e consequenzialità degli stessi con gli eventi traumatici riportati dal paziente. Tale valutazione dovrà essere data in "scienza e coscienza" e non potrà né dovrà costituire un giudizio assoluto e definitivo sull'attendibilità del paziente.

La certificazione conterrà poi, dopo la parte descrittiva delle varie patologie riscontrate, un riquadro conclusivo che riporti il giudizio clinico generale sulla situazione del paziente, alcune note della terapia prescritta e eventualmente consigliabile, eventuali approfondimenti diagnostico-specialistici da effettuare in futuro, una valutazione prognostica che tenga conto delle implicazioni e della sostenibilità di eventuali nuovi traumi secondari.

3. IL RICHIEDENTE ASILO SOPRAVVISSUTO A TORTURA O TRAUMI ESTREMI DI FRONTE ALLA COMMISSIONE

Le conseguenze psicologiche o francamente psicopatologiche delle esperienze traumatiche estreme, brevemente illustrate nel capitolo precedente, determinano immancabilmente alterazioni delle modalità e delle capacità relazionali, nonché dei comportamenti dei richiedenti. Questo non si traduce, evidentemente, in un unico tipico profilo del sopravvissuto a tortura, ma bensì in una molteplicità di possibili configurazioni. Il comportamento, l'adeguatezza relazionale e la capacità dell'intervistato di rispondere alle domande dei Commissari saranno infatti condizionate per ogni soggetto, anche da diversi altri fattori: personalità, specificità culturali, sociali e di genere, tipologia e gravità del trauma e distanza dallo stesso, situazione attuale di accoglienza in Italia, essere o meno già inserito in un progetto terapeutico/riabilitativo specifico ed efficace.

Tutti questi condizionamenti tendono a rendere difficile e a influenzare negativamente la qualità del colloquio e in particolare dell'intervista in Commissione per il riconoscimento della protezione internazionale.

Nella maggior parte dei casi i segni delle difficoltà a testimoniare non sono chiaramente leggibili, poiché essi si manifestano per lo più a livello intra-psichico.

Questa circostanza rende molto più difficile ai membri della Commissione:

- essere consapevoli e interpretare correttamente le varie forme in cui l'esperienza di tortura può prendere corpo e avere un impatto sulla capacità di testimoniare;
- agire in modo da contrastare e diminuire questo impatto;
- utilizzare la massima cautela nel formulare delle conclusioni sulla credibilità.

NEGAZIONE/EVITAMENTO

Ci sono potenti disincentivi a testimoniare sulla tortura e, in generale, sulle violenze subite. Una persona che ha subito traumatizzazioni estreme è verosimilmente riluttante a rivivere quelle emozioni attraverso la narrazione degli eventi che le hanno prodotte. Trovarsi a rispondere a delle domande specifiche durante l'intervista in Commissione può suscitare emozioni profonde e destabilizzanti e addirittura esacerbare i sintomi legati al trauma. La negazione e l'evitamento sono meccanismi difensivi comuni, solo in parte consapevoli. Alcune vittime di tortura evitano di discutere di eventi specifici perché temono di non essere creduti. In realtà alcune torture sono così terrificanti da essere impensabili e indicibili. Per alcune persone risulta estremamente umiliante parlare di queste esperienze, soprattutto attraverso un interprete e di fronte a persone sconosciute che, inoltre, non condividono lo stesso back-ground sociale e culturale della vittima.

3. Il richiedente asilo sopravvissuto a tortura o traumi estremi di fronte alla Commissione

una violenza sessuale è un terreno di coltura per profondi sentimenti di vergogna, di umiliazione e di colpa.

Anche se solo raramente riferito, è assai frequente anche negli uomini l'esperienza dell'abuso sessuale e della sodomizzazione. Tale esperienza ha un potenziale traumatogeno notevole, legato proprio al disonore e all'attacco del ruolo maschile e comporta alti livelli di vergogna ed umiliazione, rimanendo quasi costantemente occultata nel segreto e nel silenzio.

E' importante sottolineare come il silenzio pervicace, soprattutto quando compare in situazioni particolarmente stressanti come ad esempio l'audizione in commissione, non sia da interpretare come una scelta consapevole ma come una vera e propria impossibilità di esporre, in tale contesto, esperienze cariche di vergogna, umiliazione e presunta indegnità.

DIFFICOLTA' nella RICOSTRUZIONE e nella NARRAZIONE degli EVENTI

E' piuttosto comune nei sopravvissuti a tortura avere notevoli difficoltà nel riportare la propria storia in maniera coerente, senza lacune, omissioni, contraddizioni e discrepanze. Ciò è dovuto soprattutto ad alterazioni psico-biologiche specifiche riguardanti la memoria, in particolare quella autobiografica, e la concentrazione che insorgono in conseguenza di esperienze traumatiche estreme, specie se prolungate o ripetute (vedi capitolo precedente). Tali difficoltà sono senz'altro accentuate

nelle situazioni in cui il soggetto è esposto a forte stress e ansia. E' frequente, durante l'intervista con un sopravvissuto a tortura, osservare improvvise difficoltà nel rispondere anche a domande semplici. Tali difficoltà possono assumere, di volta in volta, svariate forme: risposte estremamente vaghe o imprecise, risposte incoerenti o contraddittorie rispetto a versioni precedenti, risposte cosiddette "tangenziali", salti logici apparentemente incomprensibili, assenza di risposta, spesso accompagnata da segni di disagio, insofferenza o "crolli" nervosi.

La concentrazione è intimamente legata all'attenzione. Essa è indispensabile per focalizzare l'attenzione, con sufficiente continuità, su qualcosa o qualcuno. Sia nel disturbo post-traumatico da stress che nei disturbi depressivi i problemi di concentrazione sono esplicitamente menzionati, nel DSM IV, come sintomi. L'assorbimento ideativo e i pensieri intrusivi, così frequenti nei pazienti che hanno subito traumi gravi e ripetuti, nonché i frequenti disturbi dissociativi e l'esplosione di memorie traumatiche involontarie sotto forma di flash back, contribuiscono a determinare una situazione fluttuante di disattenzione e distrazione a volte estreme. Spesso ciò accade, paradossalmente, proprio nelle occasioni in cui è richiesto un alto livello di attenzione e concentrazione, come nell'audizione in Commissione. Il motivo di questo apparente paradosso sta nell'alto livello di ansia, stress e allarme che alcune situazioni possono indurre nei sopravvissuti a tortura, condizionando fortemente e in maniera del tutto automatica, le capacità attentive e di concentrazione del soggetto.

3. Il richiedente asilo sopravvissuto a tortura o traumi estremi di fronte alla Commissione

PAURA/DIFFIDENZA

I sopravvissuti a tortura sono spesso riluttanti a testimoniare durante l'audizione, a causa di un forte senso di diffidenza e paura nei confronti di figure investite di ruoli di potere e autorità, quali i Commissari e gli interpreti. La diffidenza è da attribuire a uno stato di ipervigilanza e a uno stato di allarme continuo, che può arrivare in alcune circostanze e in particolari contesti a essere così invasiva da prendere forme di tipo "sospettosità paranoide" o, nei casi più gravi, di vere e propri deliri paranoidei. Il contesto ambientale e l'inevitabile prolungato susseguirsi di domande, può evocare nella vittima di tortura, per lo più del tutto inconsapevolmente, le esperienze passate, suscitando uno stato di intensa e apparentemente non motivata paura. Le vittime di tortura possono anche avere paure consapevoli, come quella legata alla possibilità di mettere a rischio sé stessi o i propri familiari attraverso la propria testimonianza.

Il sentimento di estrema paura e diffidenza può manifestarsi in vari modi: segni di forte stress emotivo, evitamento del contatto visivo con i Commissari, particolari posture espressive di chiusura e ostilità.

IMPREVEDIBILITA' / INADEGUATEZZA

I richiedenti asilo sopravvissuti a tortura possono presentare comportamenti imprevedibili o inadeguati rispetto al contesto e alle aspettative, da un punto di vista emozionale. Possono perdere improvvisamente compostezza, essere o divenire, nel corso dell'intervista, completamente passivi e non reattivi,

mostrare emozioni o stati d'animo inappropriati. Alcuni sembrano completamente a proprio agio, altri possono sembrare emotivamente più riservati e "chiusi", altri ancora mostrare un'affettività completamente piatta fino a riferire gli eventi traumatici parlando in modo distaccato, a volta in terza persona. Può capitare di trovarsi di fronte a persone che durante l'intervista cominciano a sorridere, quando non addirittura a ridere, del tutto a sproposito e in circostanze inappropriate.

I membri della Commissione dovrebbero essere consapevoli che l'intervista può scatenare una forte risposta emotiva, così come sortire l'effetto contrario di rendere l'intervistato dissociato e totalmente distaccato dalle proprie emozioni. E' comunque essenziale che i Commissari facciano attenzione a non interpretare l'assenza di comportamenti che esprimano coinvolgimento emotivo, dolore, ecc., come chiari indizi di falsa testimonianza.

IPERVIGILANZA/OPPOSIZIONE

Coloro che sono sopravvissuti a tortura hanno maggior bisogno di altri di sentirsi in controllo della situazione che stanno vivendo. In effetti, l'aspetto più drammatico dell'esperienza traumatica è il senso di impotenza che genera. Essere oggetti di violenze sessuali o torture, implica il sentirsi assolutamente impotenti, essere alla mercé degli altri e sottomessi a ogni loro sadica volontà di umiliazione e annientamento. Non stupisce allora che il controllo diventi una questione centrale. Si può essere estremamente ostili a tutte le interazioni che solo "alludano" alla

3. Il richiedente asilo sopravvissuto a tortura o traumi estremi di fronte alla Commissione

perdita di controllo. Si può trovare molto difficile rispondere, compiacere, assecondare le richieste o le domande di un'altra persona – persino quando questo non comporta reali pericoli o danni. E' per questi motivi che a volte durante l'audizione si possono osservare negli intervistati atteggiamenti sospettosi, di resistenza o di sfida, arroganti, a volte di ostilità o francamente provocatori.

SOTTOMISSIONE/PASSIVITA'

La risposta controllante descritta precedentemente non è l'unica possibile di fronte alla percezione del potere della Commissione. L'oggettivo sbilanciamento di potere può essere percepito dal richiedente sopravvissuto a tortura come "la commissione può tutto su di me", generando inconsapevolmente, a livello fantasmatico, l'equivalenza "io non posso nulla". Non sono pochi i casi di chi di fronte all'onnipotenza di un'autorità risponde con una sorta di posizione regressiva, di passività e arrendevolezza. Si torna a essere una specie di bambino indifeso di fronte al genitore "che tutto può", da cui si dipende completamente e che solo ci può salvare. L'atteggiamento allora diviene del tutto passivo, pervaso di soggezione e remissività, manifestamente privo di ogni intento auto protettivo, arrivando fino a rinunciare ad esporre alla Commissione fatti e eventi vissuti che potrebbero aiutarli a sostenere la loro richiesta di asilo.

In conclusione di questa breve rassegna delle manifestazioni più frequenti e peculiari, presentate dai richiedenti sopravvissuti a tortura, bisogna sottolineare come, evidentemente, le forme di atteggiamento e comportamento che i Commissari possono incontrare nel corso dell'intervista sono infinite e quelle fin qui descritte hanno solo un intento indicativo.

4. Tecniche e pratiche dell'intervista con i richiedenti asilo sopravvissuti a traumi estremi o tortura

1) Essere consapevoli delle principali conseguenze della tortura, della complessità degli esiti e delle loro possibili manifestazioni nel corso dell'intervista

Nel sentire comune la tortura è associata al dolore fisico ma in realtà l'obiettivo fondamentale della tortura è de-umanizzare, degradare e distruggere l'identità delle vittime riducendole a cose.

L'atteggiamento dimostrato dai Commissari, durante l'audizione, dovrà essere perciò improntato a riconoscere il richiedente come persona nella sua interezza e non solo come vittima, al fine di contrastare la ri-attivazione dei vissuti annichilenti e de-umanizzanti radicati nella sua psiche in conseguenza delle torture subite.

Si possono identificare alcuni suggerimenti:

- Tenere presente che una storia di tortura può risultare incredibile ma non per questo essere falsa.
- Tenere presente che avere difficoltà nella ricostruzione degli eventi e nella testimonianza non significa che la storia sia falsa.
- Tenere presente che non esiste un comportamento "tipico" che permetta di riconoscere, al primo impatto, un richiedente asilo sopravvissuto a tortura.

2) Mettere a proprio agio il richiedente asilo

Come è stato già sottolineato, un richiedente asilo sopravvissuto a tortura tende ad avere paura e a sentirsi minacciato da tutte le persone investite di potere e autorità. Questa circostanza

interferisce pesantemente nel processo comunicativo.

Per evitare questa evenienza si possono indicare alcuni suggerimenti pratici per i Commissari:

- Evitare di sottoporre ad una lunga attesa il richiedente prima dell'audizione.
- All'inizio dell'intervista prevedere una sorta di presentazione e di spiegazione su come si svolgerà l'intervista e invitare il richiedente a chiedere qualsiasi chiarimento o informazione in proposito. Ciò può servire a rassicurare la persona e a instaurare un primo contatto all'insegna dell'interesse e della fiducia, in modo da fugare molti fantasmi che accompagnano l'attesa del colloquio. Non bisogna dimenticare, infatti, come esso sia davvero un momento di giudizio sul proprio destino e come questa sua realtà rafforzi le fantasie sul potere di vita o di morte che avrebbe la Commissione rispetto ai richiedenti.
- Evitare di iniziare l'intervista facendo domande riguardanti la tortura.
- Assicurarsi, in caso di richiedenti che hanno subito stupri o sodomizzazioni, che i Commissari che condurranno l'intervista e gli interpreti siano dello stesso genere del richiedente.
- Assicurarsi che l'interprete non appartenga al gruppo etnico responsabile delle violenze o delle torture subite.
- Essere consapevoli dell'importanza degli aspetti "non verbali" della comunicazione. In particolare i Commissari dovrebbero tenere presente che coloro che hanno subito torture, specialmente se ripetute per lunghi periodi, tendono a sviluppare una grande capacità di osservare e riconoscere le comunicazioni non verbali dell'interlocutore. Perciò i

4. Tecniche e pratiche dell'intervista con i richiedenti asilo sopravvissuti a traumi estremi o tortura

Commissari cercheranno di evitare di gesticolare, di alzare o alterare il tono della voce, di guardare fissamente e a lungo negli occhi l'intervistato ma anche guardare ostentatamente da un'altra parte mentre gli rivolge una domanda o ascolta una risposta.

- I Commissari durante il colloquio dovrebbero tenere conto del fatto che coloro che sono sopravvissuti a tortura hanno maggior bisogno di altri di avere il controllo della situazione che stanno vivendo (vedi cap.2). Rispettare questo comprensibile bisogno di controllo non significa certo sminuire l'autorità della Commissione, ma può invece determinare un miglioramento sostanziale della qualità dell'audizione e dell'affidabilità della testimonianza. Quanto più si è stati rassicuranti e chiari all'inizio del colloquio, quanto meno la persona percepirà come ostile la Commissione o la sentirà animata da intenti poco chiari o minacciosi. In tal modo si potrà ottenere una notevole riduzione del bisogno di controllo sull'interlocutore.
- I Commissari dovrebbero informare i richiedenti all'inizio dell'audizione riguardo alla possibilità di fare delle pause, di chiedere chiarimenti o la ripetizione delle domande e di segnalare particolari difficoltà o impedimenti nel rispondere alle questioni poste.
- Tenere presente l'importanza, per il buon andamento dell'intervista, del tipo e del ritmo delle domande. Non devono essere poste troppo velocemente, per evitare di ricreare una sorta di clima da interrogatorio. E' poi buona regola iniziare l'intervista con domande aperte che consentano la narrazione

senza troppe interruzioni. Questa tecnica consente di instaurare una certa empatia e fiducia con l'interlocutore. In ogni caso chi pone le domande può attentamente ridirezionare il colloquio con una nuova domanda aperta, nel caso in cui il richiedente devii dal tema. Le domande brevi e specifiche, in particolare quelle necessarie ad ottenere i dettagli del trauma, dovrebbero essere rimandate alla seconda parte del colloquio.

- I Commissari dovrebbero cercare di individuare le persone che presentano atteggiamenti passivi e che aspettano in silenzio che si faccia qualcosa per loro (vedi cap.2). Esse tendono a provocare nell'interlocutore un senso di frustrazione o di irritazione e il desiderio di "scuoterle", "ridestarle" dal loro torpore per indurle a fare qualcosa, a dire qualcosa di utile, al posto di questo atteggiamento che sembra dire: "Sono nelle vostre mani". In tali casi può essere importante ricordare gentilmente alla persona, che si è lì per ascoltarla e che soltanto lei può darci gli strumenti per metterci in grado di aiutarla.

3) Affrontare delicatamente ma con chiarezza le domande sulle torture e sulle violenze subite

Nei casi in cui si ritenga necessario approfondire nei dettagli le forme e le circostanze delle torture subite, sarà bene che i Commissari si avvicinino alle domande più specifiche facendole precedere da un esplicito chiarimento sull'indispensabilità di affrontare tale dolorosa tematica, al fine di poter meglio valutare la richiesta di Protezione. E' importante inoltre esprimere la

4. Tecniche e pratiche dell'intervista con i richiedenti asilo sopravvissuti a traumi estremi o tortura

propria consapevolezza sull'estrema difficoltà di questo tipo di testimonianza, in modo da assicurare l'intervistato e farlo sentire sostenuto da un interlocutore sensibile ed empatico.

4) Utilizzare le tecniche di intervista raccomandate per favorire la testimonianza

□ **Iniziare l'intervista con domande aperte.**

Ci sono due importanti ragioni per adottare questa modalità:

- le domande aperte permettono all'intervistato di sentirsi più in controllo, facilitando quindi lo svolgimento dell'intervista;
- le domande aperte sono il miglior mezzo per stabilire la veridicità delle affermazioni del richiedente. Per quanto possibile risulta importante che la storia venga narrata dall'interessato con parole proprie e senza interruzioni.

Le domande aperte non prevedono, evidentemente, un SI o un NO come risposta; normalmente esse iniziano con: "che cosa...", "come...", "perché...":

- "Cosa ricorda del periodo trascorso in prigione?"

- "Come veniva trattato in prigione?"

- "Cosa accadeva durante gli interrogatori?"

Una volta che il richiedente ha fornito, rispondendo alle domande aperte, le informazioni di base, si può procedere se necessario all'utilizzo di domande chiuse, per ottenere dettagli specifici o chiarire alcuni aspetti della testimonianza, restringendo gradualmente il campo dell'investigazione.

Questa tecnica di intervista prende il nome di *T-funnel approach*.

□ **Massimizzare l'attendibilità della testimonianza:**

- favorendo la libera narrazione con parole proprie e con meno interruzioni possibili;
- controllando che il richiedente raggiunga la piena comprensione delle domande e della procedura;
- evitando domande eccessivamente direttive;
- riformulando, più chiaramente, le domande in caso di risposte incoerenti.

□ **Modalità e stili di intervista da evitare:**

- formulare domande in modo troppo incalzante;
- condurre l'intervista in tempi troppo stretti o precedentemente contingentati;
- assumere atteggiamenti di contrapposizione;
- cambiare improvvisamente tipo di atteggiamento e approccio;
- utilizzare toni di voce e gesti che risultino autoritari o minacciosi;
- interrompere o togliere bruscamente la parola all'intervistato;
- esprimere incredulità;
- adottare sequenze di domande chiuse;
- parlare con l'interprete senza che il contenuto dello scambio sia tradotto all'intervistato.

□ **Tecnica dell'incoraggiamento minimo**

Avvalersi, durante momenti particolarmente difficili dell'intervista, di qualche forma di blando incoraggiamento, può risultare molto utile per l'intervistato che, sentendosi supportato, potrà superare l'eventuale momento di *defaillance*. La cosiddetta "tecnica

4. Tecniche e pratiche dell'intervista con i richiedenti asilo sopravvissuti a traumi estremi o tortura

dell'incoraggiamento minimo", utilizza formule di sollecitazione verbale e di esplicita conferma di ascolto attivo, quali: "...e dunque?", "...continui prego...", "...capisco..."; oppure la ripetizione delle ultime parole pronunciate dall'intervistato immediatamente prima della pausa.

□ **Gestire il silenzio**

Non è consigliabile interrompere in modo brusco o improvviso i silenzi prolungati. A volte il rispetto del silenzio da parte dell'intervistatore incoraggia l'intervistato a riprendere a parlare più liberamente. Nella maggior parte dei casi il silenzio è dovuto al sovraccarico emozionale dell'intervistato che ha bisogno di riprendere il controllo su di sé, superando il momento di crisi emotiva.

Qualora il silenzio si prolunghi eccessivamente, potrebbe essere utile ricorrere alla succitata tecnica dell'incoraggiamento minimo o, come ultima opzione, offrire all'intervistato la possibilità di una breve sospensione.

5) Gestire efficacemente le situazioni estreme

Se, pur avendo utilizzato le tecniche raccomandate per l'intervista, il richiedente asilo si mostra estremamente turbato, in difficoltà e riluttante a testimoniare o se dimostra evidenti problemi di memoria o concentrazione, il Commissario dovrebbe adottare alcuni ulteriori accorgimenti:

- spostare il "focus" dell'intervista su questioni lontane dalle esperienze traumatiche e preferibilmente riguardanti il periodo precedente (ad es. "che tipo di studi ha fatto?", "quale era la sua professione?", "che cosa amava fare nei giorni di festa?"...ecc., ecc.).

Se l'intervistato appare improvvisamente lontano e poco accessibile, sarà assai probabilmente in uno stato dissociativo post-traumatico. In questo caso il Commissario dovrà avere molta cura nel controllare gli aspetti non verbali della comunicazione: tono di voce, cadenza, sguardo, postura, ed in particolare cercare di controllare le reazioni controtransferali che in queste situazioni possono essere molto disturbanti.

- Proporre una breve pausa nell'intervista.
- Aggiornare la seduta, proponendo una specifica valutazione medica o psichiatrica dell'intervistato.

*“Per l’orrore della tortura non esiste una buona distanza possibile, solo l’evitamento o la fascinazione.
Chi guarda è o troppo vicino - implicato o catturato - o troppo lontano, estraneo, forse insensibile -”.*

Maurice Blanchot : *“L’écriture du Désastre”*

Alcuni riferimenti bibliografici

Alcuni riferimenti bibliografici

- J. Améry, (1977), *Intellettuale a Auschwitz*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008, p.69.
- C. Bonomi, F. Borgogno, (2001) *La Catastrofe e i suoi Simboli. Il contributo di Sándor Ferenczi alla storia del trauma*. UTET Libreria, Torino.
- T. Ellen, G. Farris Tuma, T. Martin Keane, *The Mental Health Consequences of Torture* - Springer, 2001
- C.G.Jung, (1928) Il valore terapeutico dell'abreazione, in *Opere*, vol.16, Bollati Boringhieri, p.141.
- D. Kalsched, *Il mondo interiore del trauma*. Moretti&Vitali, Bergamo, 2001, p.47
- H. Kohut, *La guarigione del Sé*. Bollati-Boringhieri, Torino, 1980, p.103.
- P. Levi, *I sommersi e i salvati*. Einaudi, Torino, tascabili, 2003, p.57..
- R. F. Mollica, *Healing Invisible Wounds*. Har Court, INC, New York, 2006, p.152
- D. Payne, *Relating to Survivors of Torture, in Bureaucratic settings: Developing sensitivity in office procedures* (www.ccv.t.org)
- D. Rousset (1947). *Le jours de notre mort*. Gallimard, Parigi.
- F. Sironi, *Persecutori e vittime*. Cortina ed., Milano 2001
- S. Turner, Working with survivors, 1989, *Psychiatric Bulletin*, 13:173-176
- United Nations High Commissioner for Human Rights, Istanbul Protocol: *Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other...* - United Nations Publications -1999
- B. Van der Kolk, *Trauma and Memory*. In B. Van der Kolk, AC MacFarlane, L.Weisaeth, eds. Traumatic Stress: the effects of overwhelming experiences on mind, body and society. Guilford Press, New York, 1996
- J.J.Vasterling, C.R.Brewin, *Neuropsychology of PTSD* - The Guilford Press - New York , 2005.
- J.P.Wilson,B. Drodzdek, Broken Spirits: *The Treatment of Traumatized Asylum Seekers*, Routledge, New York, 2004
- D. Winnicott, La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In *Gioco e realtà*, Armand1o, Roma, 1971.
- D. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975. Torino, p.141

Note

Note