

Adriano Zamperini, Marialuisa Menegatto (Università degli Studi di Padova)

TORTURA PSICOLOGICA E TRAUMA PSICHICO: LA LEGGE E LA SCIENZA

1. Introduzione. – 2. Tortura psicologica. – 3. Il trauma. – 4. Verificare il danno psichico. – 5. Conclusioni.

1. Introduzione

L'apparato di coercizione che uno Stato può dispiegare contro i propri cittadini è imponente. Nei sistemi democratici, l'esercizio del potere di coercizione è governato da norme e regole che stabiliscono le azioni messe e quelle proibite. Le autorità preposte allo scopo devono pertanto autodisciplinarsi per non oltrepassare il limite sancito dalle leggi, pena la trasformazione della coercizione in soprusi (*cfr.* A. Zamperini, V. Siracusa, M. Menegatto, 2017). Ora, una forma di coercizione estrema e incompatibile con le democrazie è sicuramente la tortura. Il divieto di tortura è allora il più forte limite posto al monopolio della “coercizione legittima” esercitata dallo Stato e nello stesso tempo garanzia contro la potenziale degenerazione del potere in violenza (*cfr.* A. Zamperini, M. Menegatto, 2015). Nei secoli, i metodi di tortura si sono evoluti, e oggi giorno le modalità di produzione di sofferenza fisica coesistono accanto a tecniche che colpiscono psicologicamente la mente dei torturati. Non deve pertanto stupire se qualsiasi legislatore, nel momento in cui è chiamato a stendere un testo di legge contro la tortura, debba affrontare pure la questione psichica. E così è stato anche nei lavori preparatori per la legge che ha introdotto il reato di tortura nell'ordinamento italiano.

Per offrire uno spaccato del confronto politico, possiamo estrapolare alcuni passaggi dei lavori parlamentari della commissione giustizia al Senato. Il senatore Luigi Manconi, a fronte dei cambiamenti introdotti nel testo, e ricordando il suo iniziale disegno di legge che faceva riferimento alla Convenzione delle Nazioni Unite, afferma che

(...) l'originaria formulazione “violenza psichica” è stata sostituita da un'altra: “verificabile trauma psichico”. Su questo io ho fatto qualche ricerca, ho avuto numerosi colloqui, ho provato ad indagare e ad approfondire. Vedrete che la letteratura scientifica internazionale sottolinea una circostanza singolare: quella che nella iconografia filmica e letteraria è la più ricorrente delle circostanze di violenza psichica, quella che comunemente viene definita *roulette russa*, secondo la letteratura scientifica internazionale è un comportamento, il cui esito non è tra quelli verificabili clinicamente

come un trauma psichico, nonostante esso sia potuto accadere a poche ore di distanza dalla verifica scientifica¹.

Di parere diverso appare il senatore Nico D'Ascola (presidente della Commissione Giustizia), il quale sostiene che

È chiaro però – e, in un certo senso, la norma è accorta ma, potrei dire, anche enfatica – che il trauma psichico deve essere verificato, come accade normalmente in ogni processo. Questo è un momento di dialogo con una disciplina diversa, che è la psichiatria; la psichiatria moderna ha strumenti indiscutibili, condivisi a livello mondiale, di verifica dei traumi psichici. Non è che, in questo caso, stiamo pensando alle categorie dell'impossibile o dell'astrazione. Il *Thermal Rorschach* e l'*MMPI*, tanto per fare alcuni riferimenti banali, sono strumenti collaudati dalla psichiatria mondiale per verificare il trauma. Comunque un buon giudice – ma direi, ogni giudice – dinanzi alla dichiarazione di aver subito un trauma psichico ricorre inevitabilmente a una verifica, che si espleta attraverso il conferimento di un incarico psichiatrico².

L'esito finale dell'iter parlamentare che ha introdotto nel nostro Paese il delitto di tortura con la legge del 14 luglio 2017, n. 110, sancisce la definitiva sostituzione del termine “violenza psichica” con quello di “verificabile trauma psichico”. Detto altrimenti, l'accento si è spostato dal metodo alle conseguenze. Pertanto, la certificazione di un danno psichico è prova essenziale per il processo penale al fine di poter condannare il torturatore e offrire riconoscimento alla vittima. Ma cosa vuol dire “danno psichico”? E, soprattutto, quali sono gli strumenti concettuali e operativi che permettono agli operatori di giustizia di poter disporre di una prova che attesti la presenza di un “segno mentale” causato da pratiche di tortura? Il presente contributo intende affrontare questi interrogativi operando un confronto tra il dettato della legge

¹ Senato della Repubblica XVII Legislatura – Fascicolo Iter DDL S. 10-362-388-395-849-874-B – Introduzione del delitto di tortura nell'ordinamento italiano, p. 350.

² Senato della Repubblica XVII Legislatura – Fascicolo Iter DDL S. 10-362-388-395-849-874-B – Introduzione del delitto di tortura nell'ordinamento italiano, p. 393. Gli scriventi, dopo aver eseguito un controllo presso le principali biblioteche di test scientifici, non hanno trovato traccia di un *Thermal Rorschach*, forse c'è un errore stenografico e ci si riferisce al *Test di Rorschach*. Il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (*MMPI*) è un test per valutare le caratteristiche di personalità. Il Protocollo di Istanbul è la linea guida per tecnici, soprattutto sanitari e legali, incaricati di svolgere indagini e raccogliere elementi probatori rispetto a presunti casi di tortura; dal 1999 è il documento ufficiale delle Nazioni Unite ed è stato adottato dall'Unione Europea nell'ambito delle *Guidelines to EU Policy towards Third Countries on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* elaborate dal Consiglio Affari Esteri nel 2001; il Protocollo di Istanbul non menziona mai il test di *Rorschach* e nemmeno l'*MMPI*. Cfr. Nazioni Unite, Protocollo di Istanbul. Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante (trad. it. a cura dell'Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, 2008).

e le evidenze empiriche che le scienze della psiche hanno prodotto in materia di sofferenza da tortura, con particolare attenzione alla tortura psicologica.

2. Tortura psicologica

Seppur lentamente, la nozione di “tortura psicologica” ha conquistato un certo riconoscimento in ambito giuridico. Tra i tanti organismi sovranazionali che vi hanno contribuito, da ricordare il ruolo giocato dalla *Inter-American Court*, la quale si è adoperata per allargare il concetto di tortura, al fine di pervenire a una concezione più moderna e al cui interno potesse essere inserita la violenza psichica. Se oggi nessuno mette più in discussione che si possa torturare un essere umano senza nemmeno sfiorarlo, resta aperto il dibattito scientifico in merito a cosa sia la “tortura psicologica”. Va subito precisato che non c’è accordo unanime tra gli studiosi e quindi non esiste una definizione ufficiale o consensuale di tortura psicologica. Possiamo comunque evidenziare le due principali prospettive concettuali presenti nella letteratura scientifica.

La prima cerca di elaborare il concetto di tortura psicologica prendendo in considerazione le “conseguenze” patite dai torturati (cfr. D. Kramer, 2010). L’attenzione è posta sulla distruzione della personalità, la creazione di una confusione sensoriale, la propagazione del terrore, la manifestazione di impotenza relazionale, l’irrompere di emozioni negative come colpa e vergogna, e l’insorgere di disturbi mentali. La seconda enfatizza i “metodi” (cfr. J. Quiroga, J. M. Jaranson, 2008), ossia le modalità che arrecano danni a una vittima senza passare attraverso il dolore fisico, oppure senza che vi sia un’aggressione fisica al corpo. Secondo Diarmuid Cunniffe (2013), poiché tutti i metodi di tortura in qualche modo incidono sulla mente, il termine “tortura psicologica” dovrebbe essere riservato ai metodi di “tortura senza contatto”. In effetti, nei rapporti redatti da centri studi per i diritti umani (CHRHL, 2006) in merito alle torture perpetrata a Guantanamo, si trova una simile tendenza; qui sono classificati come metodi psicologici i seguenti: isolamento; manipolazione di luci e suoni; esposizione a elementi e a temperature estremi; deprivazione del sonno; minacce di trasferimento in altro Paese per essere torturato. I metodi fisici includono: percosse; essere legati in posizioni dolorose per ore; *stress position*.

Sebbene molti autori tendano a usarla in modo intercambiabile, a fronte di numerosi elementi di sovrapposizione, la tortura psicologica – definita dal versante dei metodi – può essere a sua volta distinta dalla cosiddetta “tortura bianca”, la quale si basa strettamente su tecniche di deprivazione sensoriale. Tecniche che hanno vissuto il loro momento genetico negli anni Cinquanta, quando Donald O. Hebb, professore di psicofisiologia alla McGill Univer-

sity di Montréal, iniziò a studiare gli effetti dell'isolamento sensoriale sulla cognizione umana. Gli esperimenti di Hebb (e di altri dopo di lui che hanno continuato questo campo di ricerca) andavano ben al di là del noto isolamento che i detenuti possono subire nelle prigioni. Il ricercatore e il suo team dimostrarono come una persona bendata, isolata da qualsiasi suono e posta in un serbatoio d'acqua chiuso, oppure vestita di speciali abiti in grado di bloccare gli input sensoriali, appena dopo poche ore manifestava segni di disorientamento, passate circa 12 ore esibiva sintomi di disintegrazione della personalità e nell'arco di due giorni addirittura allucinazioni e stati psicotici. E gli effetti prodotti perduravano nel tempo, fino al punto che alcuni dei volontari di questi esperimenti ebbero a soffrire duraturi problemi psichici. Lo stesso Hebb fu scioccato dall'impatto devastante dei suoi esperimenti, che dimostravano quanto la mente umana fosse dipendente dal quotidiano ambiente sensoriale e quali tremende conseguenze potevano scatenarsi lacerando questo legame (per le controversie sollevate in materia di rapporto tra scienze del comportamento e tortura, *cfr.* R. E. Brown, 2007; A. W. McCoy, 2007). In ogni caso, questi studi hanno costituito la base di partenza per progettare sperimentali celle di massima sicurezza, come le F-Prison in Turchia per i detenuti curdi (ora chiuse) o il carcere di Evin, nei pressi di Tehran, in Iran. In conformità al dettato della privazione sensoriale, il design delle celle preclude qualsiasi contatto umano e l'ambiente è composto interamente da toni bianchi, con stimoli minimi.

In sintesi, e avendo presente tutti i distingui del caso, la letteratura scientifica prevalente si attesta attorno a una definizione che combina metodi ed effetti, come risulta dalla guida più importante a livello internazionale, ossia il Protocollo di Istanbul. Per cui, su questa scia, possiamo definire la tortura psicologica come l'uso di tecniche di aggressione cognitiva, emozionale o sensoriale che colpiscono la mente, e quindi atte a causare sofferenza psicologica, danni e/o una rottura dell'identità individuale; tali tecniche possono essere usate da sole o abbinate ad altre per ottenere un effetto cumulativo. Pertanto, la tortura psicologica comprende la manipolazione degli input che stimolano la mente umana, grazie ai quali la persona può mantenere l'orientamento nel proprio ambiente, conservare un senso di padronanza e godere di adeguate condizioni per poter giudicare, comprendere e decidere liberamente. Di fatto, molte tecniche di tortura sono sia fisiche che psicologiche perché mente e corpo sono inseparabilmente interconnessi. Per esempio, la depravazione sensoriale e la privazione di cibo sono tecniche che aggrediscono funzioni basiche del corpo, indeboliscono la persona e infine attaccano la mente. L'affamare, in teoria una tecnica senza contatto, può produrre un insopportabile dolore fisico. Pertanto, si può parlare di tecniche puramente psicologiche (per esempio, l'umiliazione) e aggressioni al self attraverso l'at-

tacco a funzioni corporee (come la privazione del sonno) (*cfr.* P. Pérez-Sales, 2017).

3. Il trauma

Come evidenziato, in Italia il legislatore ha preferito al termine “violenza psichica” quello di “verificabile trauma psichico”, optando decisamente e in modo esclusivo per il versante delle conseguenze. Diventa quindi necessario precisare cosa sia un “trauma psichico”. In senso generale, il trauma è una discontinuità esperita e traumatico è quell’evento che la provoca. In psicologia e psichiatria il trauma ha una lunga storia che si basa sulla constatazione del potere di rottura di eventi esterni sull’attività psichica e sull’identità di un individuo. Addirittura, in psicoanalisi la storia del trauma è strettamente intrecciata con la genealogia teorica della “scienza dell’inconscio” (*cfr.* C. Mucci, 2008). Per motivi di spazio e perché nelle discussioni in Commissione Giustizia al Senato si è parlato di psichiatria e del suo potere di certificazione del trauma, possiamo analizzare il farsi del concetto di trauma seguendo i criteri diagnostici del disturbo da stress post-traumatico. Esso appare per la prima volta negli anni Ottanta, e precisamente nella terza versione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM) dell’American Psychiatric Association (APA, 1980). In questa edizione il criterio del trauma (Criterio A) è così definito: “Esistenza di riconoscibili fattori di stress che possono richiamare significativi sintomi di disagio in quasi tutti” (*ivi*, 238). E l’elemento traumatico era indicato come qualcosa al di fuori del campo delle “normali esperienze umane”. A monte della diagnosi vi erano gli studi sui fattori di stress nei veterani della guerra del Vietnam, a cui si aggiunsero ben presto gli abusi sui minori e sulle donne (per una ricostruzione storica di questa categoria diagnostica, *cfr.* A. Zamperini, M. Menegatto, 2013). Pertanto, la logica sottostante era proteggere la vittima e prevenire eventuali fenomeni di biasimo, per esempio nel caso di disequilibri emozionali oppure di apatia comportamentale, facendo appello a un tipo di universale vulnerabilità davanti a esperienze dirompenti. Ma studi epidemiologici (N. Breslau *et al.*, 1998) hanno dimostrato che il concetto di “normali esperienze umane” risultava un’espressione vaga e dipendente da vari fattori; tra questi, il contesto culturale, le esperienze biografiche e la classe sociale d’appartenenza (F. W. Weathers, T. M. Keane, 2007). Per esempio, essere detenuti arbitrariamente e subire brutali interrogatori possono essere considerati eventi “normali” o “attesi” in determinati Paesi dove la violazione dei diritti umani è pratica ordinaria. Non è inconsueto incontrare sopravvissuti alla tortura provenienti da Paesi africani o asiatici i quali vedono certi abusi, come essere denudati, schiaffeggiati, pesantemente insultati o privati della possibilità di mangiare o

dormire, semplicemente parte del trattamento che si aspettano di ricevere in un campo di detenzione temporanea.

Il comitato di esperti che periodicamente revisiona il DSM ha successivamente rettificato il concetto di “normali esperienze umane” con il DSM-III-R. Un evento è definito traumatico quando la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con uno o più eventi che implicano morte, pericolo di vita, gravi lesioni o una minaccia all’integrità fisica propria o altrui. L’accento cade ora sulla percezione di una minaccia all’integrità fisica, per cui verrebbe esclusa la tortura psicologica dalla categoria di evento traumatico. L’Organizzazione Mondiale della Sanità, nella sua classificazione delle malattie (WHO, 2010), ha criticato questa definizione e sostenuto che il trauma dovrebbe includere minacce alla integrità fisica e psicologica.

Sicuramente l’enfasi sulla minaccia percepita risultò più accettabile alla luce della letteratura scientifica. Infatti, una solida mole di studi ha dimostrato che la gravità di una risposta traumatica non dipende dalla minaccia “reale” quanto piuttosto dalla soggettiva percezione dell’evento, e che la stessa è strettamente connessa con le emozioni provate dal percepiente (*cfr.* J. G. Beck *et al.*, 2006). Inoltre, tra i vari fattori implicati in un trauma, sono le emozioni intense a porsi quale migliori predittori a lungo termine del distress. Per esempio, una persona che ha riportato serie ferite in un incidente stradale potrebbe riconoscere che è stata vicina alla morte, senza aver esperito paura o mancanza di controllo durante il sinistro; in tal modo, avrà scarse conseguenze psicologiche. Nel caso, invece, in cui il figlio di questa persona è stato coinvolto in un incidente non grave e senza feriti, la stessa potrebbe essersi sentita talmente sopraffatta e paralizzata da ingenerare un duraturo danno psicologico. Pertanto, l’impatto a lungo termine sembra dipendere meno dal rischio oggettivo della vita e più dalla presenza di una reazione emozionale soverchiante al momento dell’incidente che si imprime nella mente.

Per includere queste evidenze empiriche, il criterio per definire il trauma è stato ulteriormente modificato nel DSM-IV (APA, 1994), richiedendo che la reazione della persona sia di paura intensa, senso d’impotenza o di orrore. In sintesi, ora l’evento traumatico sembra soddisfare i tre criteri proposti da Bonnie Green (1990): l’evento deve essere oggettivamente traumatico; l’interpretazione dell’evento deve essere soggettiva; e deve esserci una reazione emozionale. E la linea che separa la normalità dal trauma è attraversata quando le emozioni associate all’evento sono così travolgenti da lasciare un segno permanente nella mente del sopravvissuto. Risposte di evitamento, iperattività e sintomi intrusivi (flashback, incubi) non tendono a scomparire col tempo ma persistono come risposta condizionata dalla paura estrema o dal senso di impotenza esperito.

Quando si è trattato di preparare il DSM-V (APA, 2000), l’ultima e attuale versione, tra gli psichiatri si sono delineate due posizioni teoriche. La pri-

ma riteneva che le emozioni soverchianti (in particolare la paura) dovessero costituire il nucleo concettuale di qualsiasi definizione di trauma. La seconda voleva invece abolire ogni riferimento alle emozioni perché si sosteneva che la definizione in uso confondeva l'evento traumatico con le risposte manifestate dalla persona; le iniziali risposte emozionali erano viste come l'espressione di una sottostante personalità resiliente o vulnerabile all'elemento stressogeno. Quindi, la risposta emozionale non sarebbe causa bensì conseguenza.

Senza entrare nel dettaglio delle decisioni dell'APA, spesso legate a dinamiche di potere interno piuttosto che a valutazioni strettamente scientifiche, prevalse la seconda posizione e il criterio emozionale A2 (paura intensa, sentimenti di impotenza e di orrore) del DSM-IV venne eliminato. In sostanza, nel DSM-V un evento è traumatico quando una persona è esposta a morte, minaccia di morte, reali o minacciate lesioni gravi, reale o minacciata violenza sessuale, nelle seguenti modalità: vivendo direttamente l'evento traumatico; ascoltando di persona la testimonianza dell'evento da parte di altri; apprendendo che l'evento traumatico si è verificato a un parente stretto o a un amico; vivendo ripetute o estreme esposizioni a particolari spiacevoli dell'evento traumatico (ad esempio i primi soccorritori che raccolgono resti umani; gli agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori).

Inutile sottolineare che la scelta adottata dall'APA è stata ed è al centro di innumerevoli dispute scientifiche, e risulta ancora rilevante tra gli studiosi la posizione di coloro che vedono nelle emozioni soverchianti e in particolare nella paura un fattore eziologico del trauma (*cfr.* P. Pérez-Sales, 2017). Infine, va ricordato che nella versione del DSM-III-R venivano citati esempi di eventi traumatici, tra cui figurava la tortura. Nel DSM-IV, il comitato di esperti eliminò questo elenco perché ritenuto argomento meramente empirico e non concettuale. Su questo punto non c'è stato alcun ripensamento, tranne che nel caso dello stupro, espressamente recuperato e citato come evento traumatico nel DSM-V.

Fermo restando che il modo di intendere il trauma secondo il DSM è solo uno dei tanti modi di intenderlo, e che decenni di classificazioni cliniche ci consegnano una psichiatria ancora manchevole di una definizione consensualmente soddisfacente di trauma, attestiamoci sul disturbo da stress post-traumatico e operiamo una ricognizione nella letteratura scientifica che ha usato questa diagnosi quale segno di un danno mentale causato da tortura.

4. Verificare il danno psichico

Il legislatore italiano non si è limitato a introdurre la nozione di "trauma psichico" nel reato di tortura ma è arrivato a precisare che lo stesso deve essere "verificabile". Poiché durante i lavori di preparazione del testo di legge

si è affermato con sicurezza che il danno mentale da tortura è e deve essere certificabile, è doveroso entrare nel dettaglio della letteratura scientifica che, usando il DSM, si è impegnata a documentare tale sofferenza.

A livello internazionale, vi sono più di un centinaio di studi relativi alle conseguenze psichiatriche di sopravvissuti a tortura che usano il criterio diagnostico del disturbo da stress post-traumatico. I soggetti valutati dagli psichiatri sono prevalentemente rifugiati in fuga dalla guerra, ospitati in campi profughi e centri di accoglienza, oppure vittime che frequentano servizi di riabilitazione in Paesi appena usciti da un conflitto armato. Ovviamente, in simili frangenti non si può isolare il fattore tortura da tutti gli altri elementi stressogeni che hanno colpito queste biografie. In ogni caso, una rassegna delle ricerche ha evidenziato la presenza di un disturbo da stress post-traumatico in torturati con un range che va dal 15 all'85% (M. Basoglu *et al.*, 2001). Inoltre, in un recente studio che ha coinvolto cinque centri dell'*International Rehabilitation Council for Torture Victims* in Egitto, Messico, Honduras, Sud Africa e Gaza, la presenza di un disturbo da stress post-traumatico tra i vari gruppi di vittime è stato del 40%, con accentuate differenze tra i diversi centri (H. McColl *et al.*, 2010). Studi che sono riusciti a operare un confronto tra rifugiati torturati e rifugiati non torturati hanno dimostrato che i primi hanno un rischio maggiore dei secondi di sviluppare sintomi psichiatrici (J. M. Jaranson *et al.*, 2004). Ancora, una ricerca con prigionieri politici turchi ha evidenziato che il 33% di coloro che erano stati torturati presentava un duraturo disturbo da stress post-traumatico, contro l'11% dei non torturati (*cfr.* M. Basoglu *et al.*, 1994). Ora, senza indugiare oltre nell'elencazione, appare evidente che un disturbo da stress post-traumatico può colpire coloro che sono stati torturati, e sempre da questi studi, rispetto alla tortura fisica, è la tortura psicologica a risultare il maggiore predittore del disturbo.

Immediatamente si nota una grande volatilità di tale sindrome nei torturati e per comprendere come, a fronte di atti di tortura, vi sia una così marcata disparità nelle conseguenze certificate, è opportuno precisare che l'adozione del disturbo da stress post-traumatico rispose all'esigenza di trovare un frettoloso consenso circa la sofferenza patita dal torturato. Infatti, data l'incapacità di pervenire a un'elaborazione teorica che permetesse di parlare di "sindrome da tortura", negli anni Ottanta (l'epoca del DSM-III) si è manifestata la tendenza a considerare come preferibile opzione il disturbo da stress post-traumatico. Non tanto perché ci fosse una solida evidenza scientifica ma piuttosto per motivi pragmatici: alle vittime di tortura serviva riconoscimento e compensazione. Questo traguardo poteva essere raggiunto se c'erano studi clinici in grado di convincere politici, amministratori, accademici e in generale la popolazione delle gravi conseguenze psichiatriche e psicologiche della tortura. Esemplificativo il tavolo di lavoro predisposto

dall'*International Rehabilitation Council for Torture Victims*, che portò a consigliare l'uso di questa diagnosi psichiatrica per attestare le conseguenze psichiche della tortura (cfr. I. Genefke, P. Vesti, 1998), sebbene fosse ben chiaro che tale concezione diagnostica non copriva tutti gli elementi della sofferenza psicologica dei torturati. Nel corso del tempo e a fronte delle continue smentite empiriche, una simile scelta è parsa sempre più insoddisfacente e ha innescato un vasto ripensamento. Per esempio, il Protocollo di Istanbul raccomanda di usare la diagnosi EPCAPE (*Enduring Personality Change After Catastrophic Experience/ICD-10*). L'Organizzazione Mondiale della Sanità sta puntando sul disturbo da stress post-traumatico complesso; una classificazione che, oltre a comprendere i sintomi propri del disturbo da stress post-traumatico, presta attenzione a un'estesa gamma di alterazioni psicologiche: disturbi dell'identità e della coscienza, disregolazione emozionale, disturbi dell'attenzione e della concentrazione, cambiamenti nella percezione di sé, cambiamenti nel comportamento e nelle relazioni con gli altri, cambiamenti nei significati e nel senso di sé e delle cose.

Non è certamente questa la sede per entrare nel merito dell'acceso dibattito scientifico relativo all'applicabilità o meno delle categorie psichiatriche alla sofferenza di persone torturate (per approfondimenti, cfr. A. C. de C. Williams, J. van der Merwe, 2013), piuttosto intendiamo restare focalizzati sulla distinzione tra “evento traumatico” e “trauma”³ e sulla relazione che intercorre tra tali elementi; alla luce del percorso scientifico sin qui delineato, possiamo ora operare una sintesi conclusiva.

5. Conclusioni

Nell'ambito dei *Trauma Studies*, la tortura è considerata un'esperienza estrema, in grado di causare un ampio spettro di sofferenze fisiche e psicologiche. E c'è grande consenso attorno all'idea che la stessa possa provocare i suoi effetti negativi a prescindere dalle condizioni psicologiche della vittima prima di essere torturata. Pertanto, senza ombra di dubbio, la tortura è un “evento traumatico”. Nondimeno, il modo in cui impatta sulla persona dipende da fattori individuali (percorso evolutivo, cognizioni, valori, credenze religiose,

³ Un altro argomento molto dibattuto in letteratura riguarda la messa in discussione del trauma da tortura quale trauma singolo e individuale. I danni da tortura sono infatti considerati un trauma complesso e cumulativo che può includere diverse tipologie di trauma e varie dinamiche psicologiche. Inoltre, le conseguenze della tortura come trauma intragruppo possono propagarsi sotto forma di traumi interpersonali e familiari (per una recente discussione, cfr. I. A. Kira, 2017). Poiché in questa sede si tratta di affrontare la questione di una certificazione psichiatrica attestante un trauma psichico patito da una persona a seguito di tortura, la nostra analisi ha volutamente ignorato questo ulteriore argomento, limitandosi a considerare il trauma dal punto di vista strettamente individuale.

genere ecc.) e sociali (cultura, sistema politico, economia ecc.). E ancora, non c'è la tortura al singolare, ma diversi metodi di tortura fisica e psicologica. Nell'insieme, ecco spiegato il motivo per cui non tutte le pratiche di tortura cagionano uguali conseguenze. La deprivazione sensoriale non produce gli stessi effetti del *waterboarding*, così come le ricadute psicologiche di uno stupro non sono necessariamente le medesime in una donna e in un uomo.

L'esistenza di una sofferenza psichiatrica può essere sicuramente un indicatore di tortura, fisica e psicologica. Depressione, disturbi d'ansia e i sintomi del disturbo da stress post-traumatico ne sono testimonianza. La ricerca empirica esistente, facendo una media tra i tanti studi realizzati, dimostra che circa il 40% dei sopravvissuti alla tortura ha patito sintomi da disturbo da stress post-traumatico, resta un 60% che non presenta tale diagnosi e nemmeno altre conclamate patologie psichiatriche. Una parte di questo 60% potrebbe manifestare una sofferenza non relata alle sindromi diagnostiche standard di impronta medico-psichiatrica ma assumere maggiormente aspetti esistenziali, come, per esempio, cambiamenti irreversibili circa la propria visione del mondo e della società, il modo di pensare e vivere la propria identità, il sistema di credenze. In qualche modo, il tentativo alla base del disturbo da stress post-traumatico complesso promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità cerca di andare in questa direzione, allargando lo spettro dei fattori da sottoporre a esame clinico-psicologico. E ancora, sempre all'interno della percentuale senza disturbi psichiatrici, potremmo trovarci davanti a persone che magari sono state in grado di fronteggiare l'evento traumatico della tortura, persone resilienti per specifico addestramento (si pensi a militari o affiliati a gruppi terroristici) o dotate di peculiari e soggettive risorse psicosociali. Un simile approdo non è certo una novità per studiosi del trauma e per gli esperti, legali e clinici, chiamati a valutare il danno individuale. Per esempio, in Italia, lo Stato Maggiore della Difesa, Ispettorato generale della sanità militare, nelle sue *Linee guida per l'inquadramento diagnostico e medico-legale dei disturbi psichici correlati ad eventi traumatici e stressanti*, afferma in via preliminare che serve

distinguere la variabilità dell'espressione della sofferenza clinica dall'evento che la scatena definendo quest'ultimo come Evento Potenzialmente Traumatico proprio per evidenziare le differenti risposte ad uno stesso evento che possono andare da un *continuum* di normale reattività all'evento fino all'insorgenza di un disturbo psicopatologico vero e proprio. Al riguardo, si evidenzia che una caratteristica comune a tutti gli studi epidemiologici è la costante presenza di un'importante percentuale di soggetti esposti al trauma che non ha mai sviluppato la patologia⁴.

⁴ Stato Maggiore della Difesa, Ispettorato generale della sanità militare, *Linee guida per l'in-*

Ora, è assodato che la principale difficoltà teorica nel pervenire a una definizione universale di trauma consiste nel fatto che il trauma (il danno psicologico associato a un evento traumatico) è ben lontano dall'essere una conseguenza universale. Le persone possono reagire a molti potenziali eventi traumatici con un ampio range di risposte. Su questo punto la letteratura scientifica è chiara: bisogna evitare di tracciare un'equivalenza tra "sofferenza" e "danno", ed evitare di usare il "danno" come indicatore della "sofferenza" da tortura. Pertanto, la legge italiana è in piena contraddizione con la letteratura scientifica internazionale. In definitiva, il danno psichico non è un pre-requisito per concludere che una persona sia stata torturata. Per dirla in altri termini, l'assenza di una diagnosi di disturbo da stress post-traumatico, o di qualsiasi altra patologia conosciuta, non indica l'assenza di tortura. E per concludere, persino se il danno psichico fosse sempre presente in tutti i casi di tortura – il che non è vero –, lo stesso non tende a palesarsi immediatamente. La maggior parte delle gravi forme di danno psichico possono (e solitamente è così che accade) manifestarsi mesi e addirittura anni dopo l'evento traumatico.

A questo punto, non serve certo essere oracoli per delineare lo scenario che si prospetta: fermo restando la possibilità di applicazione della norma, aspetto tutt'altro che scontato, le conseguenze immediate originate dal "verificabile trauma psichico" investiranno la potenziale vittima. Acclarato che ogni reato deve essere provato nelle sedi opportune, nel frangente l'onere della prova ricade sulla vittima, la quale è costretta a esibire un danno psichico conforme a ciò che può essere percepito come danno psichico dall'occhio esperto del valutatore. Poiché il danno psichico non è accessibile alla stregua di una qualsiasi lesione osservata sul soma, alla vittima è imposto di saper interpretare un ruolo performativo: mettere in scena il proprio trauma. Così facendo, invece di tutelarla a fronte di una violenza particolarmente invasiva, la si espone a un processo di ri-vittimizzazione. Infatti, e soprattutto quando vi è presenza di sintomi psicologici, rievocare la tortura patita può ingenerare nella vittima la sensazione angosciosa di rivivere nuovamente la tragica esperienza, o addirittura arrivare a sviluppare nuovi traumi e ulteriori sintomi. Qui il legislatore italiano pare non abbia nemmeno sfogliato il Protocollo di Istanbul, il quale raccomanda di evitare

quadramento diagnostico e medico legale dei disturbi psichici correlati ad eventi traumatici e stressanti (Edizione 2016, 2-3). Analoghe considerazioni sono presenti nel documento di esperti redatto dal ministero della Salute, Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale (22 marzo 2017).

qualsiasi intervento, nella fase di valutazione e trattamento, che possa aumentare il trauma psicologico.

Riferimenti bibliografici

- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th ed.)*, American Psychiatric Association, Washington DC.
- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*, American Psychiatric Association, Washington DC.
- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*, American Psychiatric Association, Washington DC.
- BASOGLU Metin, JARANSON James M., MOLLICA Richard, KASTRUP Marianne (2001), *Torture and Mental Health: A Research Overview*, in GERRITY Ellen, KEANE Terence M., TUMA Farris, *The Mental Health Consequences of Torture*, Plenum, New York, pp. 35-62.
- BASOGLU Metin, PAKER Murat, PAKER Ozgun, OZMEN Erdogan, MARKS Isaac, CEM Incesu, SAHIN Dogan, SARIMURAT Nusin (1994), *Psychological Effects of Torture: A Comparison of Tortured with Nontortured Political Activists in Turkey*, in "American Journal of Psychiatry", 151, 1, pp. 76-81.
- BECK J. Gayle, PALYO Sarah A., CANNA Mark A., BLANCHARD Edward B., GUDMUNDSDOTTIR Berglind (2006), *What Factors Are Associated with the Maintenance of PTSD after a Motor Vehicle Accident? The Role of Sex Differences in a Help-Seeking Population*, in "Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry", 37, 3, pp. 256-66.
- BRESLAU Naomi, KESSLER Ronald C., CHILCOAT Howard D., SHULTZ Loni, DAVIS Glenn C., ANDRESKI Patricia (1998), *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma*, in "Archives of General Psychiatry", 55, 7, pp. 626-32.
- BROWN Richard E. (2007), *Alfred McCoy, Hebb, the CIA and Torture*, in "Journal of the History of the Behavioral Sciences", 43, 2, pp. 205-13.
- CHRHL (CENTER FOR HUMAN RIGHTS & HUMANITARIAN LAW) (2006), *Report on Torture and Cruel, Inhuman and Degrading Treatment of Prisoners at Guantanamo Bay, Cuba*, Washington College & Law, Washington DC.
- CUNNIFFE Diarmuid (2013), *The Worst Scars Are in the Mind. Deconstructing Psychological Torture*, in "ICL Journal", 7, 1, pp. 1-61.
- GENEFKE Inge, VESTI Peter (1998), *Diagnosis of Governmental Torture*, in JARANSON James M., POPKIN Michael K., *Caring for Victims of Torture*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 43-9.
- GREEN Bonnie (1990), *Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions*, in "Journal of Applied Social Psychology", 20, 20, pp. 1632-42.
- JARANSON James M., BUTCHER James, HALCON Linda, JOHNSON David Robert, ROBERTSON Cheryl, SAVIK Kay, SPRING Marline, WESTERMEYER Joseph (2004), *Somali and Oromo Refugees: Correlates of Torture and Trauma History*, in "American Journal of Public Health", 94, 4, pp. 591-8.

- KIRA Ibrahim A. (2017), *A Critical Outlook at Torture Definition, Structure, Dynamics, and Interventions*, in "Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology", 23, 3, pp. 328-33.
- KRAMER Daniel (2010), *The Effects of Psychological Torture*, in "Berkeley Law", June, pp. 1-9.
- MCCOLL Helen, HIGSON-SMITH Craig, GJERDING Sarah, OMAR Mostafa H., RAHMAN Basma Abdel, HAMED Mona, EL DAWLA Aida S., FREDERICKS Miriam, PAULSEN Nicole, SHABALALA Gugu, LOW-SHANG Carmen, VALADEZ PEREZ Fernando, COLIN Liliana S., HERNANDEZ Aurora D., LAVAIRE Eliomara, ZUÑIGA Arely P. A., CALIDONIO Lucia, MARTINEZ Carmen L., ABU JAMEI Yasser, AWAD Zeyad (2010), *Rehabilitation of Torture Survivors in Five Countries: Common Themes and Challenges*, in "International Journal of Mental Health Systems", 4, 16, pp. 1-10.
- MCCOY Alfred W. (2007), *Science in Dachau's Shadow: Hebb, Beecher, and the Development of CIA Psychological Torture and Modern Medical Ethics*, in "Journal of the History of the Behavioral Sciences", 43, 4, pp. 401-17.
- MUCCI Clara (2008), *Il dolore estremo. Il trauma da Freud alla Shoah*, Borla, Roma.
- PÉREZ-SALES Pau (2017), *Psychological Torture. Definition, Evaluation and Measurement*, Routledge, New York.
- QUIROGA José, JARANSON James (2008), *Torture*, in REYES C. Gilbert, ELHAI Jon D., FORD Julian D., *The Encyclopedia of Psychological Trauma*, John Wiley & Son, London, pp. 654-7.
- WEATHERS Frank W., KEANE Terence M. (2007), *The Criterion A Problem Revisited: Controversies and Challenges in Defining and Measuring Psychological Trauma*, in "Journal of Traumatic Stress", 20, 2, pp. 107-21.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (2010), *International Classification of Disease 10th Revision*, World Health Organization, Geneva.
- WILLIAMS Amanda C. de C., VAN DER MERWE Jannie (2013), *The Psychological Impact of Torture*, in "British Journal of Pain", 7, 2, pp. 101-6.
- ZAMPERINI Adriano, MENEGATTO Marialuisa (2013), *La violenza collettiva e il G8 di Genova. Trauma psicopolitico e terapia sociale della testimonianza*, in "Psicoterapia e Scienze Umane", 47, 3, pp. 423-42.
- ZAMPERINI Adriano, MENEGATTO Marialuisa (2015), *Giving Voice to Silence: A Study of State Violence in Bolzaneto Prison During the Genoa G8 Summit*, in D'ERRICO Francesca, POGGI Isabella, VINCIARELLI Alessandro, VINCZE Laura, *Conflict and Multimodal Communication: Social Research and Machine Intelligence*, Springer, New York-London, pp. 185-205.
- ZAMPERINI Adriano, SIRACUSA Valentina, MENEGATTO Marialuisa (2017), *Accountability and Police Violence: A Research on Accounts to Cope with Excessive Use of Force in Italy*, in "Journal of Police and Criminal Psychology", 32, 2, pp. 172-83.

