

Le conseguenze post-traumatiche dell'abuso e il disvelamento tardivo

L'esperienza in un servizio per le dipendenze

di Valeria Moschese

Pedagogista e psicomotricista U.O.a, Patologie da dipendenza ASL3, Torino

Le conseguenze traumatiche derivanti da un abuso sessuale infantile possono incidere in modo determinante sulla psiche dell'adulto e gli studi degli ultimi anni sostengono l'ipotesi di una stretta correlazione con l'insorgenza della tossicodipendenza e dei disturbi psichici. Nel trattamento di pazienti tossicodipendenti e psichiatrici occorre pertanto prestare molta attenzione alla fase della rivelazione degli abusi subiti e agli indicatori che preannunciano un disvelamento tardivo. L'esperienza di un gruppo di trattamento psicomotorio, rivolto ai pazienti di un servizio per le tossicodipendenze, ha consentito di raccogliere elementi clinici, non affiorati durante i colloqui ambulatoriali, sui pazienti abusati, facilitando il contatto psichico con l'evento traumatico e l'accesso alla rivelazione.

Infantile sexual abuse can have traumatic consequences and influence the adult psyche. The more recent studies support the hypothesis of a close correlation between abuse and the onset of drug addiction and mental illness.

Special attention should be given to the revelation phase of past abuse and to those indicators which precede a belated disclosure, during the treatment of patients who are dependent on drugs or mentally disturbed.

An experience of group psychomotor treatment, aimed at patients of a service for substance abusers, allowed for gathering clinical information which had not emerged during verbal interviews, and which facilitated mental contact with the traumatic event and eventual access to its revelation.

LE CONSEGUENZE DEL TRAUMA

Negli ultimi tempi si parla in modo sempre più diffuso dell'abuso sessuale infantile, senza tuttavia prestare attenzione, in egual misura, alle conseguenze traumatiche che esso determina sulla psiche dell'adulto, e al funzionamento psichico post-traumatico dell'adulto stesso; sebbene, nell'ultimo decennio, siano considerevolmente aumentati gli studi che documentano i collegamenti tra l'abuso di sostanze, i problemi di salute mentale e il legame di entrambi con la violenza e la vittimizzazione.

Nella storia di vita dei pazienti tossicodipendenti e psichiatrici emergono spesso, nel corso del trattamento terapeutico, esperienze di trauma infantile legato all'abuso sessuale, con cui le patologie osservabili nell'età adulta, risultano strettamente correlate.

“Sovente – osserva R.Piterà (1) – è evidenziabile, alla base di un quadro depressivo, in un severo quadro dissociativo, o in una grave alterazione della condotta alimentare, un abuso sessuale avvenuto, per lo più, in tempi assai lontani rispetto alla richiesta di aiuto medico-psichiatrico o della consulenza psicologica.”

Un aspetto non secondario, inoltre, è la difficoltà incontrata dalle donne abusate ad accedere ai servizi, anche per la ancora parziale organizzazione nell'accogliere i diversi tipi di disagio di cui esse sono sofferenti: le donne vittime multiproblematiche, ovvero sia “con problemi di abuso di sostanze, di salute mentale, di disabilità cognitive, carcerazione e/o coinvolgimento nella prostituzione” (2), incontrano impedimenti più forti nell'accesso ai servizi di quelli riscontrati dalla maggior parte delle donne e, sebbene molti programmi di supporto alle vittime abbiano come utenti donne multiproblematiche, pochissimi adattano i servizi ai bisogni specifici di queste donne.

Bennet e Lawson, in uno studio del 1994 (3), hanno rilevato che il 42% delle donne dello stato di New York, che ottennero assistenza dai servizi per violenza domestica, erano seguite per problemi di abuso di sostanza, e che il 60% delle donne che erano in carico per problemi di abuso di sostanze erano vittime di violenze in casa. In modo analogo, Melchior e altri (1999) (4) hanno rilevato che delle 665 donne coinvolte in un programma di trattamento dell'abuso di sostanze, più della metà ha riportato che un partner aveva abusato di loro verbalmente, emotivamente, fisicamente e aveva minacciato di far loro del male, o di ucciderle.

“ Un soggetto ha riportato che le vittime di violenza sessuale non cercheranno l'assistenza dei servizi se

hanno o hanno avuto problemi di abuso di sostanze. Ha osservato che queste donne danno la colpa a se stesse per la violenza subito più delle donne che non hanno problemi di abuso di sostanze. Un soggetto ha riportato che è molto difficile assistere le donne carcerate perché esse discutono spesso per la prima volta della violenza nella loro vita in sedute educative o in gruppi di appoggio. Successivamente tornano in cella e non hanno nessun posto dove collocare questo problema, ovvero non ci sono supporti e servizi di follow-up per affrontare i problemi del trauma derivato da esperienze di violenza; le donne multiproblematiche nel tempo sono meno seguite rispetto alle altre donne.” (5)

Nell'ambulatorio dell'Unità Operativa “Patologie da dipendenza” dell'Asl3 di Torino, presso cui presto servizio, non esiste, al momento, una presa in carico “mirata” per i pazienti con pregresso abuso: a tutti i clienti afferenti al servizio è proposto un analogo percorso di valutazione diagnostica di primo livello, al termine del quale sarà cura degli operatori coinvolti sul caso, completare un quadro diagnostico circa la situazione del paziente ed il possibile percorso terapeutico. La ricerca anamnestica mediante le cartelle cliniche evidenzia, in modo chiaro, come il fenomeno dell'abuso sessuale subito in età infantile sia trasversale ai due sessi, benché percentualmente maggiore tra le pazienti donne.

Si rileva inoltre come sovente gli operatori abbiano la chiara percezione, in base agli elementi clinici raccolti, che, nella storia del paziente, vi siano eventi traumatici pregressi, forse legati a situazioni di abusi e gravi maltrattamenti o trascuratezza.

I motivi per cui tali indicatori siano rimasti a livello superficiale sono dovuti a fattori diversi, quali la reticenza di alcune donne su molti ambiti di vita, o la conoscenza appena abbozzata, nei casi di pazienti da poco giunte al servizio o afferenti all'ambulatorio per le dipendenze occasionalmente.

In tali situazioni l'apporto di un canale di comunicazione diverso da quello verbale, solitamente utilizzato, può fornire elementi di osservazione utili per l'operatore, da riprendere e trattare successivamente con il paziente.

LA RIVELAZIONE

La descrizione fornita da R. Luberti, dei sintomi presentati dalle donne partecipanti ad un gruppo di auto mutuo aiuto, autogestito da loro stesse, accomunate dall'esperienza di abuso sessuale intrafamiliare, subito da bambine, elenca “problemi di relazione con il partner e con i figli, problematiche legate alla sessualità, la depressione, la rabbia, disturbi d'ansia, la sensazione di essere destinate sempre a fallire in tutto, la difficoltà di inserimento lavorativo, la dipendenza materiale ed emotiva dalla famiglia d'origine, il pensiero continuo dell'abuso subito, la convinzione che quanto successo loro da piccole è stato alla base di tutta una serie di disagi”. (6)

La rivelazione dell'abuso subito, osservano Malacrea e Lorenzini (7), “è la conseguenza della presa di contatto con la propria esperienza traumatica”, è un processo le cui fasi appaiono talvolta non logiche e lineari, e che “comporta il rischio di una temporanea riacutizzazione della sofferenza”. L'esperienza appare talmente travolgente da coinvolgere anche gli affetti vicini alla vittima: “per lo sconcerto che può seguire allo svelamento spesso i parenti accusano l'insorgenza in loro stessi di disturbi, quali depressione, rabbia, pianto improvviso, confusione, disturbi del sonno, diminuzione di interesse per le attività lavorative e sociali, associando preoccupazione e desiderio di aiutare la parente a comportamenti di evitamento e negazione.” (8)

Alcune donne chiedono aiuto, da adulte, in occasione della riacutizzazione di sintomi o per la comparsa di nuovi sintomi in concomitanza del raggiungimento delle figlie dell'età stessa in cui esse stesse avevano iniziato ad essere abusate; oppure la richiesta viene dettata dall'insorgenza di malattie fisiche, come se l'accudimento rispondesse al bisogno di protezione vissuto nell'infanzia.

Judith Hermann propone la definizione di un “disturbo post-traumatico da stress complesso” (Complex Post-Traumatic Stress Disorder) (9) per indicare “il limite estremo di gravità di una vasta gamma di esiti, che vanno da quello fuggevole e non bisognoso di cura a quello derivante appunto da eventi traumatici ripetuti e prolungati” (10). La ricercatrice insiste sulla necessità di una nuova concettualizzazione delle conseguenze dei traumi non circoscritti ma ripetuti e prolungati, capaci di alterare profondamente la personalità e di suscitare grande vulnerabilità alla ripetizione di eventi simili.

Il quadro diagnostico presentato appare assai preciso e completo, soprattutto rispetto alla comprensione dei soggetti vittime di abusi sessuali nell'infanzia: si considerano soggetti con una storia di sottomissione a controllo totalitario per periodi prolungati (mesi o anni), nella vita sessuale e domestica, inclusi i sopravvissuti alla violenza domestica, all'abuso sessuale o fisico subito nell'infanzia e allo sfruttamento sessuale organizzato; soggetti con alterazione nella regolazione degli affetti, inclusa la sessualità compulsiva o eccessivamente inibita, soggetti con alterazioni nella percezione di sé, inclusa la vergogna, il senso di contaminazione o di stigmatizzazione, la sensazione di essere completamente diversi dagli altri; e ancora soggetti con alterazioni nella percezione dell'abusante e nei rapporti con gli altri.

Tra gli interventi trattamentali specifici, da un paio d'anni prosegue, presso il servizio per le dipendenze dell'Asl3 di Torino, l'esperienza di un gruppo psicomotorio rivolto ai pazienti.

Tale laboratorio (11) era stato pensato e progettato per riscoprire la propria corporeità e il piacere del movimento, per apprendere semplici esercizi e proposte di rilassamento corporeo, per favorire l'esperienza del contatto con l'altro e con il gruppo, attraverso canali di comunicazione non verbale. Si voleva inoltre innescare nei partecipanti il desiderio di riscoprire il proprio corpo come motivo di piacere, luogo di cura e di attenzione.

Gli appuntamenti settimanali volevano gradualmente consentire la riscoperta della propria unità psicofisica e delle proprie emozioni, queste ultime incoraggiate nell'espressione dapprima corporea e successivamente verbale.

Il costante scambio tra gli operatori del Ser.T. e la psicomotricista ha consentito, in diverse situazioni, di poter fornire reciprocamente elementi di maggiore comprensione circa il percorso terapeutico dei pazienti. Si presenterà di seguito un'esperienza del percorso psicomotorio di una paziente del servizio, partecipante al gruppo. Si ritiene che il caso riportato possa essere significativo per gli elementi di osservazione clinica, che hanno suggerito agli operatori l'esistenza di una problematica, ancora non espressa dalla paziente stessa.

IL CASO DI V.

V. è una paziente di circa trent'anni, giunta al servizio per le dipendenze da tre anni, in seguito ad un invio dalla prefettura, in quanto trovata, durante un controllo, in possesso di sostanze stupefacenti (eroina e cocaina).

Nella prima fase del percorso appare rispondere formalmente agli obblighi posti dal programma prefettizio, concordati in alternativa ad una sanzione amministrativa. Gli appuntamenti presso il servizio hanno andamento irregolare e gli esami dei metaboliti rilevano un consumo abbastanza continuativo di sostanze d'abuso.

In alcune occasioni, non condividendo il parere degli operatori di riferimento espressi durante i colloqui, su questioni apparentemente marginali rispetto al trattamento, la paziente entra con essi in conflitto, sino al punto di dover provvedere ad una alternanza con altri operatori, vista l'insanabilità della questione.

Dopo due anni di trattamento, in occasione di un cambio di operatore, le viene proposta la partecipazione al gruppo di attività psicomotoria, con l'obiettivo di consentirle un canale comunicativo diverso dai precedenti. La paziente accoglie di buon grado l'invito e si presenta al primo incontro con molto anticipo.

Lo spazio di attesa è pieno di parole, la paziente racconta alla conduttrice psicomotricista, con improvvisa intensità, frammenti del proprio passato, riferiti all'infanzia ed all'adolescenza. In particolare V. ricorda il periodo che precedette il trasferimento verso la città di Torino, l'abitazione presso un piccolo paese di campagna e i giochi negli spazi aperti, a contatto con la natura.

Le parole iniziali si perdono con l'inizio dell'attività: V. si immerge nello spazio del vissuto psicomotorio, lo sguardo appare concentrato, il tono muscolare ora rilassato ora in tensione, con alternanza legata, in modo congruo, alle iniziative della seduta.

Dopo alcuni incontri, man mano che la conoscenza tra tutti i partecipanti si approfondisce, la psicomotricista introduce, con gradualità, alcune attività da svolgere a coppie.

V. modifica improvvisamente la propria postura, che appare chiusa e avvolta su se stessa, si irrigidisce, avvia un fiume di parole, quasi a procrastinare l'esperienza prossima.

La proposta di cambiare partner per lo svolgimento dell'esperienza psicomotoria viene accolta dalla paziente con qualche riserva: tutti i partecipanti sanno, come principio condiviso dal gruppo, che durante l'attività si è liberi di accedere alle proposte psicomotorie, così come ci si può astenere da quanto non affrontabile al momento e, in genere, tali vissuti sono raccolti, ora individualmente, ora nel gruppo, dalla conduttrice, per una maggiore comprensione delle difficoltà incontrate. Al termine della seduta psicomotoria V. accenna al proprio disagio, soprattutto nell'accettare il contatto corporeo con altre persone. La paziente esprime una forte sensazione di estraneità e di distacco rispetto alle altre persone.

La psicomotricista osserva in seguito che, anche nelle esperienze psicomotorie individuali, V. tralascia alcune parti del proprio corpo, come se esse non le appartenessero.

Gli agiti, in tali situazioni, appaiono fortemente inibiti, la confusione spazio temporale, non evidente in altri momenti, è acuta e disturbante, le poche parole espresse nella verbalizzazione, ripetono con ostinazione la tematica della vergogna.

Frequenti appaiono inoltre i momenti di raccoglimento corporeo: V. si rannicchia, dondola sulla schiena, con movimenti lenti e con posture che ricordano quelle assunte nel periodo fetale. Osservano Lapiere e Aucouturier (12) che il dondolio "può prolungarsi per lunghissimo tempo, e provoca allora una specie d'intorpidimento in un benessere profondo e porta delle sensazioni fusionali: diffusione del calore, perdita dei limiti del corpo, scomparsa delle percezioni spazio temporali".

Durante un colloquio di aggiornamento con il medico di riferimento della paziente si rileva come anche lo spazio di cura sanitaria stia attraversando una fase di cambiamento. Gli operatori si confrontano sull'ipotesi di una chiusura fisica e di una forte difesa psicologica, collegate, forse, ad un pregresso episodio di abuso infantile, non comparso nella raccolta anamnestica precedente, benché ipotizzato dai terapeuti.

Si concorda pertanto di prestare attenzione maggiore ai particolari collocabili in tale area, sia da un punto di vista verbale che di comunicazione corporea.

All'interno del gruppo psicomotorio V. attraversa successivamente una fase di stasi, riproponendo gli aspetti inibitori e di difesa corporea osservati in precedenza; l'apporto della conduttrice mira a rassicurare la paziente e a suggerirle spazi il cui vissuto corporeo appaia piacevole.

La paziente esprime la sensazione che, nonostante tutti gli sforzi intrapresi per la cura di sé, qualcosa nella sua vita continui a non andare bene. In tale occasione la psicomotricista riporta a V. le osservazioni effettuate durante gli incontri psicomotori, e offre una lettura circa la sua parziale chiusura corporea, forse collegata ad eventi traumatici pregressi.

Dopo circa due mesi V., durante un colloquio con un'educatrice presso il Servizio per le dipendenze, rivela un abuso sessuale subito all'età di sette anni, ad opera di uno zio, di cui prima di allora non era riuscita a far parola con alcuno. La paziente riconosce l'aiuto fornitole dalla partecipazione all'attività psicomotoria, come spazio di iniziale presa di contatto con il trauma subito, che a lungo aveva cercato invece di rimuovere dai propri ricordi.

A tale disvelamento segue una fase piuttosto critica rispetto al consumo di sostanza, con alcune ricadute nell'uso di eroina e cocaina. V. non frequenta più il gruppo di attività psicomotoria, anche in conseguenza all'abuso di stupefacenti.

Il gruppo, strutturato in fasi modulari, termina il proprio percorso temporale, senza che V. possa tornare a frequentarlo in quel medesimo ciclo. Gli operatori ipotizzano un sostegno psicologico per la paziente e un eventuale e successivo inserimento in un altro modulo del gruppo di attività psicomotoria, con obiettivi da stabilire con la paziente e con gli operatori di riferimento.

NOTE

1 Piterà R., L'influenza dell'abuso sessuale infantile nella psicopatologia dell'adulto con particolare attenzione alla patologia borderline e ai disturbi dell'alimentazione, in www.airesis.net.

2 Zweig J.M., Schlichter K.A., Burt M.R., Assistenza nell'accesso ai servizi alle donne multiproblematiche vittime di violenza, in "Maltrattamento e abuso all'infanzia", Vol.6, n.1, aprile 2004, p.12.

3 Bennet L., Lawson M., Barriers to cooperation between domestic violence and substance abuse programs, in "Families in society", 75, pp. 277-286.

4 Melchior L., Huba G., Brown V.B., Slaughter R., Evaluation of the effects of outreach to women with multiple vulnerabilities on entry into substance abuse treatment, in "Evaluation and Program Planning", 22, 1999, pp.269-277

5 Zweig J.M., Schlichter K.A., Burt M.R., op. cit, pp.11-26.

6 Luberti R., "Conseguenze sulle donne adulte dell'abuso sessuale intrafamiliare subito in età minore", in Luberti R., Bianchi D. (a cura di), ...e poi disse che avevo sognato, Edizioni cultura della Pace, 1997, p.158.

7 Malacrea M., Lorenzini S., Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002, p. 175.

8 Luberti R., op. cit., p.159.

9 Hermann J.L., Trauma and recovery: the aftermath of violence, Basic Books, New York, 1992.

10 Malacrea M., Lorenzini S., op.cit., p.28.

11 Moschese V., L'esperienza psicomotoria con un gruppo di pazienti tossicodipendenti, in "Psicomotricità" n°21.

12 Lapierre A., Aucouturier B., Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia, Armando Editore, 1982, Roma, p.111.

BIBLIOGRAFIA

- Bennet L., Lawson M., Barriers to cooperation between domestic violence and substance abuse programs, in “Families in society”, 75.
- Hermann J.L., Trauma and recovery: the aftermath of violence, Basic Books, New York, 1992.
- Lapierre A., Aucouturier B., Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia, Armando Editore, Roma 1982.
- Luberti R., “Conseguenze sulle donne adulte dell'abuso sessuale intrafamiliare subito in età minore”, in Luberti R., Bianchi D. (a cura di), ...e poi disse che avevo sognato, Edizioni cultura della Pace, 1997.
- Malacrea M., Lorenzini S., Bambini abusati. Linee- guida nel dibattito internazionale, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.
- Melchior L., Huba G., Brown V.B., Slaughter R., Evaluation of the effects of outreach to women with multiple vulnerabilities on entry into substance abuse treatment, in “Evaluation and Program Planning”, 22, 1999.
- Moschese V., L'esperienza psicomotoria con un gruppo di pazienti tossicodipendenti, in “Psicomotricità”, n. 21, 2004.
- Piterà R., L'influenza dell'abuso sessuale infantile nella psicopatologia dell'adulto con particolare attenzione alla patologia borderline e ai disturbi dell'alimentazione, in www.airesis.net.
- Zweig J.M., Schlichter K.A., Burt M.R., Assistenza nell'accesso ai servizi alle donne multiproblematiche vittime di violenza, in “Maltrattamento e abuso all'infanzia”, Vol. 6, n.1, aprile 2004.
- www.redattoresociale.it, notiziario del 17/12/2004.