

Prospettive di aiuto e cura agli adulti “pericolosi” vittime di traumi infantili

Dante Ghezzi

PREMESSA

Il contributo è stato presentato a Roma alla chiusura del percorso CISMAI “Crescere senza violenza”, il 5 febbraio 2010. Esso nasce dalle riflessioni e dalle prassi cliniche gestite all’interno del Centro Tiama di Milano, diretto da Marinella Malacrea, che si occupa, in una dimensione di privato sociale, di casi di maltrattamento e abuso sessuale in particolare intrafamiliare. Ormai da qualche tempo il Centro Tiama accoglie adulti che, in connessione con situazioni problematiche dei propri figli o per autonoma scelta, chiedono di essere aiutati a guardare parti dolorose e invalidanti del proprio passato, nell’ottica di un miglioramento del proprio benessere personale e relazionale. La preparazione dei professionisti del Centro Tiama, psicologi e neuropsichiatri infantili, tutti psicoterapeuti, ha un impianto sistemico su cui si innestano forti competenze nel campo del riconoscimento e della gestione clinica del trauma, con uso di strumenti tradizionali di diagnosi e cura e innovativi (EMDR, terapie di gruppo con vittime e abusanti, competenze psicoeducative).

IL TRAUMA

Oggi incontriamo adulti che chiedono cura per traumi infantili non curati; si tratta di un fenomeno nuovo. Sono tante queste persone, crescono, aumenta il loro numero. Chi sono? Che cosa li spinge? Si tratta di:

- madri e padri che, a contatto con traumi dei loro bambini, riattivano traumi propri e decidono/non possono fare a meno di farsi dare un supporto per poter aiutare i loro figli, per stare meglio loro;
- persone che si trovano a uno svincolo di vita e si accorgono di essere troppo sofferenti;
- persone che si sono sempre sopportate impaurite, sfiduciate, incompetenti, confuse e che adesso sanno che ci si può curare.

Chi sono? Bambini abusati o maltrattati da piccoli e non curati. Bambini colpiti in famiglia da ESI (esperienze sfavorevoli infantili, Felitti 2001) e da abuso emozionale con esiti post-traumatici.

Ricordiamo la distinzione di Lenore Terr. Il trauma unico (trauma uno) determina il sentire di non essere più “quello di prima”. Il trauma continuativo e cronico (trauma due) costruisce un senso di sé perduto, produce un impoverimento e una deformazione irreparabile e anche il soggettivo “sentirsi rovinato” per quanto è accaduto.

Queste persone sono portatori di PTDS, disturbo post-traumatico da stress, anzi di PTDS complesso, che è prodotto dall’insieme di effetti negativi di stress prolungato ed estremo a cui non si può fuggire.

Focalizziamo anche la nozione di trauma: si tratta di un colpo e di un peso al di fuori della gamma delle abitudini e delle esperienze; trova ognuno inadatto e impreparato; è evento sovrastante, sopraffacente, invalidante per cui la nostra mente e la nostra competenza emozionale non è pronta.

Effetto del trauma è quello di sentirsi dentro un dominio psichico; costretto, prigioniero, in balia, fatto fuori, senza prospettive; in sintesi, in condizioni di resa totale.

La condizione post-traumatica non passa, può restare silente in attesa di eventi scatenanti o esprimersi presto in forma di disagio personale e relazionale grave; comunque resta. È riattivato da eventi di vita (i cosiddetti riattivatori traumatici), che per altri non hanno valore scatenante ma che per il soggetto connettono l'oggi al trauma (per esemplificare: parole udite, accadimenti vari altrui, compleanni, matrimoni di altri, incidenti), che colpiscono emozionalmente il soggetto che conseguentemente manifesta sintomi consistenti in ampia gamma.

Janet, a fine Ottocento, diceva che il trauma resta presente in forma *anomala* (altri hanno detto *straniera*) nella psiche. E diceva bene Janet, malgrado Freud, suo contendente dell'eredità di Charcot, si fosse rimangiato la propria ingombrante scoperta.

Il Sé danneggiato dal trauma è la condizione per sentire di non essere un "me stesso integro". Spesso accompagnato dalla consapevolezza e dal rammarico di non avere avuto, al momento giusto, sostegno micro-sociale significativo, dei genitori *in primis*.

Tutte le volte che un soggetto è aggredito da una situazione traumatica grave porterà gli stessi effetti dannosi e distorcimenti di cui parliamo? La domanda è importante. La risposta è complessa.

L'esperienza clinica ci convince che non è la sola occasione traumatica occorsa che determina l'invalidazione conseguente, ma piuttosto la combinazione, l'incrocio tra la stessa e una precedente condizione di insufficiente solidità e fiducia di base da attaccamento non riuscito o deficitario; cioè che ci sia un Sé già ferito. Conseguentemente la cura del trauma potrà spesso rivelare, fare emergere una pregressa condizione di solitudine e abbandono che ha costituito il terreno per la moltiplicazione degli effetti degli eventi traumatici.

Individuiamo tre caratteristiche negli esiti post-traumatici: *sovraeccitazione* (iperarousal), che determina un allerta permanente ed un coping dispersivo e logorante ("attenzione, può sempre succedermi qualcosa di pericoloso"); *intrusione*, che ripresenta in occasioni successive l'evento traumatico affollando la mente e producendo emozioni conturbanti; *restrizione*, un evitamento che porta alla fuga da occasioni e contatti, con lo scopo di evitare esposizioni a situazioni considerate pericolose, limitando il campo dell'agire e delle relazioni. Spesso nella stessa persona assistiamo a una dialettica tra intrusione e restrizione, mentre in altri casi una dimensione è prevalente.

Il soggetto colpito dal trauma continuativo giunge presto, ma a volte dopo un lungo intervallo di tempo, a momenti di riattivazione traumatica, ad un funzionamento post-traumatico, comportandosi come se fosse ancora in condizioni di rischio. Ma i suoi sintomi – eccitazione reattiva, depressione e scelte dissociative – gli rendono la vita infelice, bizzarra, confusa, relazionalmente coartata; prima sottendono e poi spingono ad abbracciare una visione del mondo, delle relazioni e di sé fortemente negativa ("il mondo è malvagio, gli altri sono un pericolo, io sono uno che non vale e non merita niente", come dice Marinella Malacrea; ma anche "se il mondo è malvagio e ne ho sofferto, mi affermerò dominando gli altri per esistere").

Tutto questo fa sì che ci sia necessità di cura. Chi può dare aiuto? Come curare?

TACERE, EVITARE, MA IL TRAUMA RESTA

È capitato a molti di quelli che riescono a parlare, che nessuno li abbia ascoltati se hanno rivelato da piccoli. E se hanno rivelato da grandi che si siano sentiti dire di lasciar perdere, di dimenticare, di non turbare relazioni consolidate, "tanto sono cose di tanti anni fa". L'esito è fortemente negativo, conturbante, doloroso; in sostanza il non ascolto viene vissuto come una nuova violenza.

Quindi può intervenire prima, e incrementarsi poi, una forte inibizione nel parlare.

Anche gli operatori sono in imbarazzo. Nel 1976 il primo libro sull'incesto della Herman circola per un anno come manoscritto clandestino prima di essere pubblicato; troppo pesante è il tema, troppo grave pensare l'impensabile.

Bandire dalla coscienza è l'imperativo scorretto ma prevalente... ma ciò che è stato atroce non si può seppellire... esce come sintomo... produce dissociazione... esita in movimenti di occultamento e fuga.

Sappiamo con certezza che senza capire/curare/pulire il passato il futuro è traballante e male fondato.

Questo fa sì che ci sia necessità di cura.

LA CURA

Le esperienze centrali del trauma sono la deprivazione del potere e del controllo su di sé e la distruzione dei legami con gli altri. Per guarire, occorre restaurare nel soggetto il potere e il controllo su di sé e favorire la costruzione di nuovi legami.

Occorre dare un nome al trauma, fare una diagnosi. Quindi è bene che dopo una psicodiagnosi che ci dà informazioni sul funzionamento attuale del paziente (MOI, modalità di coping, risorse presenti) noi chiariamo al paziente ciò che egli di sé non sa. La conoscenza è finalmente potere e possibilità per l'antica vittima.

Occorre pertanto illuminare il paziente, essere come un genitore competente e protettivo.

Occorre lavorare sapendo che le dimensioni transferali e controtransferali sono inquinate dal trauma (Herman dice che il trauma è contagioso). Il tema è complesso, basti dire a flash che il nostro paziente potrà continuare a vedere negli altri, anche nel suo terapeuta, dei soggetti di cui non fidarsi mai. O a cui buttare addosso la rabbia. Il terapeuta potrà, come la vittima, sentirsi incapace di aiutare o, come il perpetratore della violenza, minimizzare, mostrarsi scettico ovvero provare repulsione/orrore come l'osservatore inerme.

Occorre fare contratto terapeutico qui più che altrove: quel che si intende fare va presentato e spiegato.

Primo obiettivo terapeutico è costituire condizioni di sicurezza: ridare controllo, creare un ambiente sicuro.

Occorre quindi prima prendere in carico gli eventuali aspetti della vita destabilizzanti (agiti aggressivi, disturbi reattivi, situazioni che mettono a rischio e da cui il paziente va protetto) ma anche favorire l'installazione di risorse positive, aiutare a riattivare una rete amicale e protettiva.

Poi viene la seconda fase del ricordare ed elaborare il lutto; ricostruire la propria storia e superare la frammentazione dei ricordi a flash mettendo i pezzi uno dietro l'altro; gestire le emozioni - uscendo dalla confusione emozionale - scongelandole e ordinandole/integrandole.

In questo step si lavora per trasformare la memoria traumatica, sempre insopportabile, in ricordi dolorosi ma tollerabili.

E anche per elaborare il lutto di quel che si è perso di sé, del tempo buono che non c'è stato, delle relazioni che non possono essere salvate.

Terzo obiettivo: riconciliarsi con se stessi, arrivare perfino a perdonarsi; acquisire potere di reagire e difendersi, di rompere l'isolamento, di prendere iniziative; ricostruire i legami per la vita di tutti i giorni; creare prospettive per il futuro.

Questa schematizzazione è tratta da Herman, ma Putnam e Brown&Fromm hanno concettualizzazioni sostanzialmente simili. Pertanto, leggere o rileggere la Herman per noi del Centro Tiamia, è stata una fondamentale opportunità.

Un grande aiuto viene, nella cura del trauma, dal modello EMDR. La cura del ricordo del trauma, (non del trauma ma del suo ricordo ingombrante e invalidante) è il centro di questo metodo che ormai molti di noi conoscono e applicano. Il ricordo è doloroso, appesantito da un corollario di modi di pensare e di sentire inconsueti – ipervigilanza, depressione, dissociazione - i quali hanno avuto all'inizio valore di aiuto all'adattamento e alla sopravvivenza, ma che successivamente consolidandosi diventano atteggiamenti e comportamenti penosi e danneggianti. L'EMDR cura appunto il ricordo doloroso che occupa la mente e il cuore e riesce, in tempi più brevi di quelli consueti in psicoterapia e in una maniera spesso risolutiva, a portare a livelli di elaborazione importanti. Questo metodo è anche utile per l'installazione di risorse positive e il recupero di

competenze perse in soggetti che hanno drammaticamente perso fiducia in sé e che hanno disgraziatamente consolidato questa negativa dimensione.

Se i primi follow up si dimostrano positivi, non ci si potrà comunque esimere dal verificare nel tempo la stabilità dei cambiamenti.

TRE CASI IN ATTO

CASO CD CHE DIVENTA PEDOFILO

Il signor CD, 35 anni, chiede aiuto nel 2006 perché intende sposarsi e teme di abusare sessualmente di un eventuale figlio maschio quando si trovasse nell'età 10-12 anni. Ha già iniziato per sette volte una terapia ma non ha superato i sei mesi di durata. Si ammette pedofilo, ha molestato figli di amici del suo target e bambini di un centro pomeridiano di una località del Piemonte dove vive, ha un'indagine in corso per avere scaricato materiale pedopornografico da Internet. Ha problemi sessuali, non può farsi toccare ma tocca le donne in maniera compulsiva, è incapace di penetrare; manca di fiducia in sé e, se fa qualcosa di buono o è lodato, reagisce negando il proprio valore. Sul lavoro è in perenne conflitto con i colleghi e non è mai contento di sé. La relazione con la madre è un groviglio di dipendenza e di odio. Di professione educatore con adolescenti; convive da due anni con la compagna, mentre prima viveva con la madre, dopo una parentesi fuori casa di un anno di cui ha buon ricordo; il padre è morto 10 anni prima.

All'applicazione della scala AAI ai 5 termini che caratterizzano la relazione con la madre esprime i seguenti sostantivi: desiderio, rifiuto, botte e poi ancora botte e poi ancora botte. La madre, professoressa di inglese, lo ha sempre picchiato (anche con la riga sulle dita); il padre, ingegnere, faceva da braccio secolare della madre aggiungendo pestaggi ulteriori; però lui, almeno, lo portava alle partite della Juventus e poi bevevano il tè insieme. Della madre il signor CD non ha un solo ricordo positivo. Si c'era la nonna materna che gli voleva bene, ma faceva la spia alla mamma sulle sue marachelle. Concordiamo che lo prenderò in terapia quando avrà cambiato lavoro e si troverà in situazione di non nuocere. Si presenta due mesi dopo, lavora ora con soggetti giovani adulti con problemi di devianza e così iniziamo un lungo percorso.

Dopo questi anni di terapia il signor CD ha fatto passi in avanti, si è distaccato dalla madre e sa ironizzare su sé e lei in caso di contrasti, si fida di sé e valorizza alcune sue indubbie qualità, sul lavoro è assertivo; ha migliorato la qualità della vicinanza/distanza con la moglie ed ha con lei una vita sessuale pressoché normale. La terapia ha attraversato momenti di grande intensità quando CD è riuscito a separarsi emozionalmente dalla madre e in occasione della sua battaglia per non usare internet pedopornografico come anestetico nelle situazioni di sofferenza relazionale. Si sente diverso, maturato e sicuro, ma è ancora dipendente dalla sua tendenza pedofila. Non ha però mai più perso il controllo e non ha messo in atto azioni dannose verso bambini; forse dovremo puntare a fermarci ad un controllo che abbia sufficienti garanzie effettuali e non a un superamento della pulsione. La terapia non è ancora finita, ma non potrà durare ancora per troppo tempo; si avverte la stanchezza dopo tanto impegno. Da solo CD ha ormai deciso che non avrà bambini, è dispiaciuto ma determinato; sua moglie concorda.

CASO BA, IL LEGATORE CHE TEME DI FARE MALE ALLA FIGLIA

BA ha 40 anni, è un commercialista affermato, seguendo la tradizione paterna, è sposato con una figlia di 9 anni; si accosta ai temi psicologici dopo una crisi coniugale che ha visto la moglie tradirlo e segue una terapia di coppia. Viene in terapia individuale perché "lega le donne"; attualmente si guarda per almeno un'ora al giorno filmati sul bondage, teme di fare azioni dannose su sua figlia; spera anche che se il suo sintomo fosse superato potrebbe avere vantaggi nella sua vita sessuale con la moglie verso la quale si sente non adeguato. Perché è portatore di questo sintomo? Per la prima

volta nella vita racconta di essere stato per due volte nel giro di un mese segregato e legato in una cantina da due ragazzi più grandi quando aveva 10 anni, subendo anche abuso sessuale ma soprattutto sopportando una situazione di costrizione e legatura stretta che ricorda con angoscia e che pensava non gli lasciasse scampo di vita. In casa non dirà nulla e vedremo perché. Poi a 15 anni ha legato alle sedie amiche della madre a scopo sessuale, prima immobilizzandole strettamente e poi terrorizzandole; quindi la zia debole; una volta la madre per farle paura: madre che dopo essere stata slegata gli ha dato uno schiaffo e non ha mai proferito né allora né dopo parola su ciò; quindi a 16 anni una domestica ha rivelato tutto, procurandogli una seduta dallo psicologo e minacce e previsioni di carcere dal padre. Così ha smesso di legare, se non una volta una partner che aderiva, e quindi era poco interessante, e la moglie che si è dimostrata svogliata e presto stufa della pratica. E ha ripiegato sulla fruizione compulsiva e segreta dei filmati, fruiti sul lavoro durante l'intervallo del mezzogiorno. Facciamo un utile percorso con EMDR sulla situazione traumatica della legatura, con momenti di forte intensità emozionale, poi di fermata e blocco, poi di ripresa di padronanza di sé e di buona elaborazione che permette di guardare questo passato da incubo come a una situazione spiacevole ma ormai collocata in un ricordo che non ha strascichi dannosi. Dopo alcune sedute la pratica segreta della visione compulsiva dei filmati di bondage viene abbandonata. A questo punto emerge più forte il tema della non cura e della violenza emozionale: viene messa a fuoco la condizione di figlio non visto dalla madre in mille occasioni e crudelmente deriso e intimidito dal padre in alcuni gravi episodi il cui ricordo angosciante sommuove e agita.

Ha maturato una personalità scissa in cui la parte abusata e svilita è tenuta a bada ma riemerge con le pratiche compulsive quotidiane attraverso i filmati su Internet e la parte "riuscita" si esprime nella famiglia e nella professione, punteggiata però da esplosioni aggressive che vengono anch'esse dal suo campo coperto.

Perché BA si trova in questa situazione di adulto sofferente e pericoloso? Possiamo dire che la sua condizione post-traumatica è il frutto di una cattiva combinazione tra una base di non riuscito attaccamento proseguito in un accudimento non accogliente o umiliante e l'occasione traumatica ai dieci anni nella cantina. Altra storia probabilmente conoscerebbe di sé BA se l'aggressione dei compagni più grandi si fosse prodotta su un terreno di calda e attenta accoglienza genitoriale e di valorizzazione. Gli sarebbe capitato di vagare da solo per un paese del Veneto nei lunghi pomeriggi estivi senza alcun controllo da parte di genitori e parenti? Avrebbe taciuto la violenza a fronte di una madre disponibile ed un padre supportivo? Probabilmente no.

Ora fortunatamente si sta curando e partendo da quello che si presenta come perversione sessuale procediamo verso il bambino *prima* non visto né curato e *poi* aggredito dai compagni più grandi, restando nel silenzio, con un'esperienza traumatica che ha inflitto un *colpo invalidante* ad un soggetto che *già traballava insicuro*.

CASO DI BM, UN VECCHIO PADRE SI MUOVE

Altre volte il lavoro con l'adulto che chiede aiuto per i traumi della sua vita passata è favorito dal contributo di genitori o di altri parenti che sono stati nel passato osservatori disimpegnati o soggetti abusanti e che, a distanza di decenni, diventano disponibili a collaborare.

La signora BM ha 40 anni e tre figli. È impegnata in una psicoterapia che partendo dagli insuccessi personali (è laureata e non lavora, ha avuto una vita sentimentale disastrosa e partner violenti, ha problemi nell'accudire i figli fino a che il Tribunale per i minorenni non è intervenuto), va a ritroso a identificare nella algida distanza emotiva della madre e nelle molestie sessuali del padre la ragione di tanti insuccessi e della sottostante confusione. Anche qui l'EMDR porta contributi importanti. E porta utili chiarimenti il coinvolgimento del padre della signora, ora vecchio e pensionato, in un ciclo di sedute in cui finalmente il signor M prende contatto con il peso delle azioni moleste apparentemente di grado contenuto poste in essere verso la figlia (azioni a cui aveva attribuito un significato scherzoso e quindi leggero e marginale e che invece si qualificano, ora per lui, e da

sempre nel vissuto della figlia, come un assedio soffocante, martellante, senza scampo). Il signor M ha iniziato a comprendere la consistenza del danno causato e più capisce e meno si dà pace. Potrà arrivare a chiarirsi e poi a chiedere scusa della propria cieca azione devastante alla figlia fino ad ora considerata pazza, accusata di incompetenza materna e di bizzarrie incomprensibili?

UN CASO CONCLUSO.

CB, UNA BAMBINA HA SMESSO DI PIANGERE.

Questo interessante caso è stato trattato da Ulla Seassaro che lavora nell'equipe del Centro Tiana con una terapia durata poco più di un anno a sedute prevalentemente settimanali. Si tratta di una giovane donna di 30 anni, single, che viene al Centro perché vuole risolvere la sua situazione di bambina abusata a 7 anni dal marito della zia materna. I genitori, informati da lei al momento dei fatti, l'avevano rassicurata: avrebbero sgridato lo zio e l'avrebbero difesa. Lo zio smise l'abuso, ma lei ricorda la continua presenza ingombrante di questa figura ai raduni familiari e il sentimento di pericolo che ogni volta provava. CB focalizza dapprima una situazione di abuso in un unico avvenimento, in cui lo zio la porta in bagno e la pone sopra di sé, ambedue nudi, e la molesta gravemente. È ambivalente e confusa, pensa di avere partecipato, si fa ribrezzo. Ha avuto una vita sessuale con dei partner che si è improvvisamente bloccata la prima volta in cui ha provato veramente piacere. Da allora il ricordo è vivido e fortemente disturbante con sogni, incubi, flash back. La motivazione alla terapia è alta, l'impegno è forte e da subito con applicazioni precoci delle tecniche EMDR si fanno passi elaborativi. Da una situazione di ambivalente atteggiamento verso lo zio che però era "bravo e accogliente" si passa allo sviluppo di una forte rabbia, a una presa di distanza; poi, in una seduta drammatica, all'attacco e al rifiuto: per un'intera ora CB immagina di vomitare addosso allo zio finché può dire: "ecco, è fatta". Dopo poche settimane però il benessere si attenua, emergono e poi vengono messi a fuoco disagi sensoriali già presenti: svegliarsi con la bocca impastata, spinte a fuggire ogni contatto fisico. CB avverte che era successo qualcosa prima, e la ricerca, sempre con applicazione EMDR, porta al ricordo di precedenti episodi di abuso sessuale subito per via orale sempre dallo zio. Anche questa volta si sviluppa una buona elaborazione e si passa per sedute molto intense ricche di materiale importante. Dopo una seduta, come molte altre volte, CB scrive alla sua psicologa: "C'è una cosa che non sono riuscita a dirle nelle ultime due sedute... ho provato ma non sono riuscita. Accanto ai ricordi invasivi che le avevo detto, incubi, agitazioni, sensazioni di angoscia simili a quelli che provavo quando ero bambina... ho avuto altri pensieri fastidiosi ma molto più 'fantasiosi', tipo se guardavo una persona la immaginavo per esempio mentre aveva rapporti sessuali; il tutto durava qualche secondo, però faceva molto male. Sarà perché sono ossessiva o è ancora uno dei miei sintomi? Penso che ne dovremo parlare". La terapia prosegue intensamente, riaffiorano ricordi e si mettono quindi in ordine accadimenti confusi e dispersi; ci sono momenti di tensione, paura, rabbia in un clima di commovente partecipazione e poi CB "vede finalmente una luce" e arriva a provare intensi sentimenti di liberazione.

La terapia si conclude molto positivamente con CB che torna a rapportarsi più serena e coraggiosa col mondo delle relazioni personali. Manderà poi questa breve e toccante lettera alla sua psicoterapeuta: "Non finirò mai di ringraziarla. Lei mi ha aiutata a raggiungere l'obiettivo più importante della mia vita. Grazie a lei sono riuscita a riprendermi la vita e a uscire da un tunnel lungo, tortuoso e pieno di ostacoli. Finalmente la bambina che è in me ha smesso di piangere".

CONCLUSIONI

In conclusione possiamo dire che il presente e il futuro vedono l'utilità di un lavoro terapeutico con gli adulti che, vittime di maltrattamento o di altri traumi infantili, chiedono di essere accolti e

accompagnati in un itinerario di cura che passa per la ricomposizione del ricordo, la composizione delle emozioni, la connessione di un passato scisso e doloroso con un presente difficile o insopportabile: verso una integrazione che permetta di *vivere* invece che fuggire o attaccare o restare in un blocco doloroso.

Molte ricerche hanno documentato che oltre metà delle pazienti dei SERT, un terzo dei pazienti psichiatrici così come quasi il 50% delle prostitute hanno subito atti di violenza gravi e continuativi in famiglia durante l'infanzia. Ma c'è anche chi, senza rientrare in una delle categorie citate, vive una privatezza addolorata e dannosa a sé e ai propri intimi per le stesse cause. Ora molte di queste persone chiedono aiuto per entrare in un cammino di liberazione della mente e del cuore. L'appello va accolto. Questo lavoro è possibile, questo compito è utile, a vantaggio di chi chiede aiuto e di chi, coniuge o figlio, con lui intrattiene rapporti significativi. Lo diciamo noi che ci occupiamo di bambini, nel Cismai, a noi stessi in un'ottica di complessificazione dei nostri compiti e lo diciamo ai servizi adulti nelle ASL e nel privato sociale. È ora, si può fare.