

TRAUMI ED ABUSI: CORPOREITA' ED AZIONE

QUESTO CORPO NON E' MIO

Abusi sessuali, disturbi alimentari, sindromi da stress post traumatico (PTSD), sono le configurazioni dove il corpo è direttamente attaccato, trasformato o addirittura annullato. E la ricerca clinica in questi campi mostra proprio come sia insufficiente rimanere esclusivamente nell'ambito del verbale, sia per comprendere i fenomeni che il clinico si trova davanti, sia per costruire un'ipotesi terapeutica efficace.

Chiunque abbia in trattamento una persona che abbia subito un abuso sessuale, si imbatte in fenomeni corporei difficili da catalogare: il paziente potrà riferire che, facendo dei movimenti rapidi e forti con un braccio, proverà la sgradevole sensazione che sia un'altra persona a possedere quel braccio, oppure dirà che quel braccio è suo fino al polso e poi non gli appartiene più. Un altro paziente riferirà la sua incapacità ad alzare il tono della sua voce nelle situazioni che lo richiedono, anche se non sono caricate affettivamente, e si accorgerà successivamente che nel momento in cui userà un tono più forte nel parlare o se addirittura tenterà di emettere delle tenui grida, sarà spaventato terribilmente dalla sua stessa voce, come se non provenisse da lui ma da un altro, dentro o accanto a sé.

Sembra cioè che il corpo non appartenga più al soggetto quando si muove diversamente dal solito e/o quando alza il suo livello di attivazione fisiologica.

Da un punto di vista fenomenologico possiamo quasi dire che quel corpo contiene più soggetti ed addirittura contiene anche una certa qualità relazionale tra i soggetti stessi, data la sensazione di minaccia provata dal paziente ascoltando quella voce. E' ovvio che l'Altro percepito dentro di sé ha a che fare con le vicende dell'abuso, non è però altrettanto scontato il modo per alleviare questo senso di alienante alterità e ricomporre un senso minimo di identità.

Ciò che risulta evidente comunque è il fatto che il corpo, a modo suo, è portatore di significati ed è in grado di configurare scenari in cui delineare la storia traumatica del soggetto: è altresì vero, però, che quelle che possiamo chiamare "convinzioni mentali" differiscono dalle corrispondenti "convinzioni motorie".

Nel caso appunto di un paziente che ha ricevuto un abuso, le credenze mentali sono adeguate, perché egli stesso si stupisce delle proprie sensazioni corporee: sa benissimo che il braccio è suo, ma non lo sa completamente, cioè con tutto se stesso. Le sue credenze corporee sono invece "false" con un'evidenza incontrovertibile, anche se, ad un più attento esame, si rivelano vere ad un livello più profondo, perché è pur vero che noi non siamo monadi isolate ma siamo portatori di intrecci relazionali.

Occorre quindi indagare il fenomeno, e a questo proposito prendiamo a prestito un esperimento condotto in un'area differente dalla clinica.

Bower (1978) nota qualcosa di molto importante per noi; egli ripropone uno di quegli esperimenti tipici del lavoro di Piaget: egli modella un pezzo d'argilla a forma di cilindro sottile e lo dà ad un bambino di sei anni. Il bambino lo tocca, lo osserva e lo maneggia. Poi Bower lo riprende e ne fa una palla, la dà al bambino e gli chiede se questa ha lo stesso peso del cilindro. Il bambino senza esitazione risponde che la palla è più pesante. Fin qui Piaget aveva già esplorato le capacità cognitive dei bambini di quell'età,

arrivando alla conclusione che essi sono ancora incapaci di cogliere il principio di conservazione attraverso questo tipo di trasformazioni .

Ma Bower va oltre. Rifà l'esperimento e stavolta lo filma e scopre che il bambino è in contrasto con se stesso. Nel momento in cui infatti sta per prendere in mano il solido d'argilla si vede chiaramente che il suo braccio si solleva senza differenze sia con la palla che con il cilindro. In realtà noi sappiamo che il nostro braccio si solleva di qualche centimetro in più quando si appresta a ricevere un oggetto più leggero dell'oggetto ricevuto in precedenza. Invece il braccio del bambino non si sposta ed il suo corpo ha esattamente la stessa postura di prima, come se " credesse" di prendere qualcosa che ha lo stesso peso di prima.

La "credenza" corporea ha qui ragione di quella mentale: esse "misurano" il mondo in maniera diversa ed opposta, e se per un bambino di sei anni ciò non comporta grossi problemi, nel caso di un adulto la situazione può essere più pericolosa.

NON SO PERCHE' MA E' COSI'

Ne sanno qualcosa i terapeuti che lavorano con le persone traumatizzate; molte di esse si raccontano delle storie che non hanno molto a che fare con ciò che è accaduto veramente: spesso ritengono di aver subito abusi o molestie sessuali nell'infanzia, ma in realtà erano rimasti traumatizzati da interventi chirurgici in età molto precoce e senza una cornice affettiva adeguata di sostegno, o viceversa.

Come ci ricorda Peter Levine:

“ Le persone traumatizzate sono 'istantanee' del loro tentativo fallito di difendersi efficacemente di fronte alla minaccia o al ferimento. E' perchè sono sopraffatte, che l'esecuzione delle loro risposte, normalmente complete, è stata interrotta. Il trauma è fondamentalmente un'incompleta risposta biologica ... non viene 'ricordato' in forma esplicita e conscia. Viene codificato come procedura implicita basata su reazioni biologiche di sopravvivenza. Queste procedure non terminate cercano completamento ed integrazione, non di essere ricordate esplicitamente.”

Vi è quindi una valenza positiva della rimessa in azione delle energie incapsulate nel trauma: ciò è riconosciuto anche da autori appartenenti ad aree teoriche diverse. Lo psicoanalista George Klein ha introdotto, per esempio, il concetto di “trasformazione in attivo” quale strategia del Sè per padroneggiare l'esperienza, ripetendola, per creare nuove e sempre più evolute integrazioni psichiche a fronte delle minacce disgregatrici che l'evoluzione e lo sviluppo personale portano con sè.

“L'importanza funzionale di tale ripetizione - dice Klein- sta nel fatto che produce una forma di controllo o integrazione; il Sè è in grado di fare accadere l'esperienza. La meta di base è “possedere” l'esperienza. La sua estraneità e la sua mancanza di collegamento con il Sè vengono ridotte da una risperimentazione governata dal Sè”. Klein affianca così al tradizionale principio della rimozione (da cui traggono senso tutte le considerazioni freudiane sull'agire), il principio della trasformazione in attivo, il quale “segue il corso del confronto e della riattualizzazione delle tendenze estranee, conducendo ad un'integrazione che è in effetti un ampliamento differenziato del Sè”.

Applicando le riflessioni di Klein, possiamo dire che il suo concetto di "trasformazione in attivo" rende bene l'idea di come funzioni quel lavoro riparativo che fin da bambini facciamo quando subiamo una frustrazione o siamo in balia di eventi troppo grandi per noi: "la trasformazione in attivo prende in considerazione esperienze sperimentate

passivamente come imposizioni, che portano a tentativi di risperimentarle così da renderle sintoniche con il Sè. L'esperienza, sebbene dolorosa, è così generata dal Sè; è entrata a far parte della mia esperienza. La trasformazione in attivo ribalta l'esperienza di 'io sono controllato' in quella di 'io controllo'; la sensazione di estraneità si trasforma in familiarità".

Vediamo qui mostrata chiaramente l'idea fondamentale di continuità del Sè legata alla continuità della padronanza dell'esperienza e che dà quindi luogo alla naturale reazione umana di risperimentare in prima persona ciò che è stato esperito dolorosamente e passivamente .

Ma allora sarà cruciale che le esperienze di riparazione e/o anche di fisiologica evoluzione siano caratterizzate da piacevolezza e attività. Qui piacere, azione, ripetitività e creatività si incontrano significativamente. Ci ricorda ancora Levine:

“ Che l'evento traumatizzante possa essere ricordato esplicitamente non è molto importante. Ciò che è importante, nella cura del trauma, è il portare a termine le risposte incomplete alla minaccia e la conseguente scarica dell'energia che era stata mobilitata per la sopravvivenza alla minaccia. Quando la memoria implicita (procedurale) viene attivata e rintracciata somaticamente, si può costruire una narrazione esplicita, non il contrario. In tal modo il paziente può iniziare a Rimanere, vale a dire a riconnettere gli aspetti dissociati dell'esperienza del corpo/sè, e sciogliere l'energia congelata localizzata nel nucleo del trauma.”

Fin qui la possibilità e l'importanza dell'azione come fattore terapeutico”; ma questi sono al tempo stesso i casi in cui diventa quasi più importante il contesto ove l'azione ha luogo, dove cioè essa diventa inter-azione.

Il completamento dell'azione è cioè il fattore psico-fisiologico fondamentale, ma solo se viene sovraordinato da una particolare relazione Sè-Altro, una relazione che pone i due termini su piani simili di realtà e che riduce al minimo il dislivello di ruolo.

Come dice Martha Starck:

“Un numero sempre più grande di psicoanalisti contemporanei pensa che ciò che cura non è né l'insight né una esperienza correttiva. Piuttosto, ciò che cura è la relazione con un altro reale; ciò che cura è la relazione terapeutica stessa - una relazione che non coinvolge un soggetto e un oggetto dell'impulso, né un soggetto e un oggetto-sé, né un soggetto e un oggetto buono, né un soggetto e una buona madre, ma piuttosto, un soggetto e un altro soggetto, entrambi portatori della propria autenticità ed entrambi aventi la funzione di influenzare e di essere influenzati dall'altro”

La relazione soggetto-soggetto diventa cioè cruciale in questi casi, e pone più che mai in primo luogo i temi di rispetto, confini, mutua partecipazione, sintonizzazione e raffinata attenzione allo scambio comunicativo che avviene a livello corporeo.

NON AVVICINARTI MA NON ANDARTENE

I pericoli di una relazione terapeutica asimmetrica sono qui maggiori che altrove, proprio perchè invasione e deprivazione sono proprio le condizioni che si verificano in casi di abuso: solo che qui avvengono contemporaneamente e creano quindi una situazione di paradosso.

Mi spiego.

Nei pazienti che hanno subito abusi sessuali, soprattutto se in tenera età, si assiste ad una doppia fenomenologia: da una parte la persona mostra una sorta di eccessiva sensibilità al contatto, nelle sue due componenti fobica e controfobica, e dall'altra rivela una maniera di percepirsi come profondamente mancante, o addirittura esistenzialmente mutilata.

Le persone abusate riferiscono infatti di non possedere la capacità di modulare la distanza personale ed il contatto corporeo: alcune sono irrigidite nel tentativo di ritirarsi da qualsiasi coinvolgimento e adottano le più svariate strategie di evitamento dell'intimità affettivo-corporea fino ad arrivare all'impossibilità vera e propria di avere rapporti sessuali o di riuscire a portare avanti una gravidanza, anche se si verifica nell'ambito di una relazione amorosa soddisfacente.

Altre, all'opposto, si mostrano eccessivamente disponibili, diventando troppo accessibili al desiderio dell'altro, e perdendo la capacità di discriminare, data la loro impossibilità a dire di no e a porre limiti ragionevoli all'intimità anche sessuale con le altre persone; c'è inoltre da dire che la loro incapacità a creare confini protettivi non è solo una questione di autorizzazione all'espressione, ma una vera e propria confusione percettiva tra piacere e dolore tra Sè e non-Sè.

Si passa quindi da un ritiro terrorizzante ad un debordare incauto: in entrambi i casi la persona è, per dirla in maniera gestaltica, fuori dal contatto, ed è in connessione con una situazione che risponde al vissuto tipico dell'invasione. Entrambe le tipologie riferiscono infatti di sentirsi a rischio di invasione e di provare tale sensazione ripetutamente, ma di non sapere come fare ad affrontare tale fenomeno perchè più forte di loro.

E' evidente che questa difficoltà nel creare adeguati confini personali emerge anche in terapia e mette alla prova il terapeuta, nel senso che lo costringe ad un continuo lavoro di monitoraggio della distanza e ad una costante attenzione ai feedbacks del paziente dopo ogni intervento dello stesso terapeuta: se è vero infatti che il paziente è sotto costante minaccia di invasione, è altrettanto vero che ne è scarsamente consapevole e soprattutto non è capace di esplicitare la protesta e la richiesta di maggior rispetto. Il contatto corporeo in terapia va perciò a toccare il cuore del problema, anche perchè è accompagnato da alcune altre condizioni che riportano automaticamente il paziente al passato infantile traumatico. Il terapeuta infatti è una persona altamente significativa, è una figura di accudimento, è in posizione asimmetrica di potere rispetto al paziente, ed è in relazione intima con il paziente. Queste sono tutte condizioni che solitamente caratterizzano la situazione in cui è avvenuto l'abuso infantile, dato che nella maggior parte dei casi l'abusatore è una persona di famiglia o vicina alla famiglia stessa. E' facile quindi che nella relazione terapeutica si verifichi una situazione transferale che fa riemergere tali antichi vissuti.

SONO COME UNA MACCHINA ROTTA

L'altro polo della questione, il rischio della deprivazione, è altrettanto presente in tali tipi di persone perchè è comune in loro il vissuto di profonda impossibilità del cambiamento, dato che si sentono guaste, mancanti di parti essenziali e irreversibilmente segnate nella loro inferiorità rispetto agli altri.

"Mi sento come una macchina rotta" ripeteva spesso una paziente, "una macchina che non si può più aggiustare perchè mancano i pezzi giusti, e che anche se si potesse aggiustare tutti si accorgerebbero che non è normale. C'è qualcosa che non potrò mai più avere".

Questo senso di irreparabilità, così profondo e così comune in questi casi, è ovviamente il retrogusto dell'esperienza dell'invasione che, in una sorta di terra bruciata contro il nemico, lascia dietro di sé il vuoto e le macerie. Questa terribile sensazione non è però immediatamente accessibile al paziente in maniera così chiara e lucida, ma emerge solo dopo un certo tempo di lavoro terapeutico; se ne può però intuire la presenza rapidamente se si invita la persona al lavoro corporeo utilizzando tecniche "forti" di mobilitazione o di contatto diretto, intimo e prolungato.

La reazione del paziente è spesso singolare: "Mi sento molto strano, è come se tu non stessi toccando proprio me".

La persona abusata, cioè, percepisce se stessa come dubbiosa della propria identità corporea, come se il suo corpo fosse in realtà luogo di passaggio o permanenza dell'altro, come se le proprie membra fossero mosse dall'altra persona o come se il contatto generasse sensazioni che invece di farla sentire di più, la allontanassero maggiormente da se stessa.

E' una terribile sensazione di perdita di sé, legata al sopruso e all'estrema invasione: tutto questo è ovvio se si pensa a ciò che ha subito, ma la cosa rilevante è che è immediatamente disponibile nel vissuto corporeo anche quando la persona nel suo insieme è ben lontana dal percepire ed affermare questo, e si mostra invece una persona abbastanza ben compensata e appare in grado di riconoscersi nelle proprie azioni e nella propria direzione di vita. Nel corpo sono quindi direttamente iscritti vuoto e deprivazione.

E' frequente, a questo proposito, che molti terapeuti, nel corso delle loro supervisioni, mi riferiscano con sorpresa di alcuni pazienti sono tornati da loro la settimana successiva ad una "bella seduta" durante la quale, secondo questi terapeuti, avrebbe fatto un buon lavoro corporeo mostrando evidenti segni di momentanea trasformazione: questi pazienti si mostravano terrorizzati, o molto chiusi in se stessi o addirittura molto ostili al terapeuta.

Ciò che per il terapeuta era stata una buona seduta, per il paziente si era rivelata un'esperienza di paura, si era cioè verificata una situazione analoga all'antico abuso, dove tutti gli elementi, con il corpo come elemento centrale, si erano verificati di nuovo. Non è infatti per loro predominante la sensazione di alleggerimento al termine della seduta, ma la sensazione che qualcun altro mi ha fatto qualcosa di forte e significativo nel nucleo della mia esistenza, nel mio corpo.

Il terapeuta deve quindi ripensare la modalità del suo intervento, perché il paziente gli ha dato un segnale forte: d'ora in avanti si troverà davanti la doppia paradossale polarità di invasione e deprivazione, che si tradurrà nella tipica ambivalenza del "Voglio e Non voglio" e che costringerà il terapeuta a non potersi avvicinare troppo ma anche a non poter stare troppo lontano.

Invasione e deprivazione possono essere due pericoli molto importanti in questi casi, specialmente perchè possono provenire da diversi canali di contatto: vista, suono,

movimento, respiro, razionalità, emozione, risonanza ; ognuno di questi può diventare un rischio.

Dato che la corporeità è uno dei terreni più significativi, mi pare utile sottolineare il fatto che attraverso i canali sensoriali della vista e dell'udito si gioca una parte del buon esito dell'incontro.

Sappiamo infatti quanto le persone abusate e traumatizzate siano sensibili alle variazioni rapide e non chiaramente comprensibili delle espressioni del viso dell'altro, della "luce degli occhi", dei toni di voce e dei suoni esterni. Diventa così molto facile risultare invasivi anche senza esprimere contenuti verbali particolari, ma semplicemente con la propria personale gestualità, ovviamente inserita in un contesto clinico relazionale.

Occorre quindi che il terapeuta preli particolare attenzione alle propria modalità di guardare e di parlare al paziente.

Tramite la vista l'invasione può accadere quando il terapeuta continua a fissare il paziente in maniera difensiva od aggressive senza lasciare spazio per le sue introiezioni e riflessioni ed anche mantenendolo lontano nel fissarlo troppo a lungo, come a volte un genitore controlla un bambino.

La deprivazione può invece accadere quando il terapeuta sfugge, ignora o guarda al di là del paziente non accettando la presenza dei suoi occhi.

Attraverso il suono l'invasione avviene quando qualcuno straparla, usando la voce in maniera troppo assertiva.

La deprivazione, invece, è legata a silenzi troppo prolungati ed inaspettati, o che creano un'atmosfera improvvisamente diversa dal solito: quei silenzi possono strappare il paziente dalla sua sensazione di familiarità e gettarlo in quella condizione che Freud definiva Unheimlich e che sappiamo essere il terreno percettivo profondo di tali persone.

Bibliografia

Klein, George.S. , Teoria psicoanalitica, Milano, 1993

Levine, Peter, Traumi e shock emotive, Macro Edizioni, Forlì, 2002

Starck, Martha, Modes of Therapeutic Action, Jason Aronson Inc. New Jersey, 1999