

ABUSO SESSUALE E DISTURBI ALIMENTARI

di Angela Meola

Numerosi studi condotti su bambini esposti a stress inevitabili durante l'infanzia hanno rilevato che questi soggetti sono a rischio di *compulsività* e di *replica del danno subito* attraverso **sintomi di auto-abuso**. In particolare è stata notata una connessione tra l'abuso infantile sessuale e/o fisico e lo sviluppo dei disturbi alimentari.

Infatti, per quanto non sia possibile individuare una relazione causale tra lo sviluppo di anoressia e di bulimia e espressioni traumatiche durante l'infanzia - dove per esperienze traumatiche si intendono abusi fisici e sessuali - tuttavia, sulla base dei dati attuali è emerso un quadro allarmante.

Sembra che l'abuso sessuale possa giocare un ruolo efficace nel sensibilizzare le vittime a far ricorso ai disturbi alimentari nell'adolescenza anche se l'influenza non è specifica e spesso è mediata da diverse variabili quali: caratteristiche personali, cognitive, affettive, ambiente familiare, componenti sociali culturali e ambientali (Brusa, Senin; 2000).

Quando il minore viene strumentalizzato coinvolgendolo in attività sessuali subisce danni enormi sia dal punto di vista fisico che da quello psicologico. Solitamente l'abuso è realizzato da persone care al bambino (famigliari, parenti, insegnanti, amici di famiglia, religiosi...) e si protrae, di solito, per anni nel più assoluto silenzio e con grandi sensi di colpa per il minore che lo subisce. La violenza, pertanto, segna indelebilmente un individuo non solo nel corpo causando ad esempio contusioni, graffi ai genitali, ferite alla bocca e gola, infiammazioni, trasmissione sessuale di malattie, ma anche a livello profondo nell'identità dell'essere, creando in tal caso problemi emozionali legati a sensi di colpa, ansia, vergogna, impotenza, passività, problemi ai quali si associano spesso depressioni e gesti autolesionistici.

L'abuso è spesso pensato lungamente, preparato, celato e confuso agli occhi del bambino e spesso "venduto" come atto d'amore e speciale nei suoi confronti: infatti il bambino che ha subito approcci da parte di un adulto è costretto a restare da solo con la propria pena, con le sue incertezze, con i suoi conflitti, solo con le proprie difficoltà emotive senza nessuno con cui parlare, senza nessuno che si ponga come difensore e testimone della sua sofferenza. La totale confusione caratterizza la condizione dei soggetti abusati in quanto essi non sanno mettere ordine e chiarezza sui propri sentimenti ambivalenti che possono essere causa sia di forti eccitazioni emotive sia di altrettante paralisi intellettive: l'odio si confonde con l'amore, l'affetto con la paura, il litigio con l'eccitazione.

A livelli ancora più profondi, il trauma è ancora più destrutturante per la vita emotiva dell'abusato in quanto vengono colpiti gravemente i *bisogni di rispecchiamento* e di *idealizzazione* nei confronti dei genitori provocando la **perdita della propria autostima e del contatto con sé stessi e con i propri bisogni interni**. L'individuo, dunque, perde l'identità coesa e definita nei propri confini vivendo un'esperienza di vuoto e accrescendo in sé la percezione di essere indegno e di non poter ricevere amore.

Da qui, la scelta della malattia, di una dipendenza, la scelta di un sintomo anoressico-bulimico diventa funzionale alla crescita di uno spazio sicuro, certo, all'interno del quale il soggetto non fa fatica a muoversi nella ripetizione costante. Infatti, è il concetto di "godimento" - che si ripete e si fissa nell'effetto del trauma - a mettere in relazione abuso sessuale e disturbo alimentare. Il "godimento" è una sorta di eccitazione confusa, che mescola indistintamente la sofferenza al piacere (Recalcati; 1998). Il sintomo anoressico-bulimico è congegnato proprio per esprimere perfettamente sia la dimensione della ripetizione del godimento, sia un certo "esorcismo" o una sorta di auto-cura di questo godimento maligno. In seguito a tutto ciò, il vomito bulimico e il rifiuto anoressico del cibo, possono configurarsi come delle vere e proprie strategie difensive rispetto alla ripetizione "demoniaca" (Brusa Senin; 2000).

Diventare anoressica è infatti un modo per sfuggire al rischio di essere di nuovo abusata, ovvero ridotta a puro oggetto di godimento dell'altro; a suo modo anche il vomito bulimico può presentare questa stessa ripetizione del godimento maligno, ma anche staccarlo, esorcizzarlo dal soggetto (Recalcati; 1998).

L'effetto che produce il trauma e l'azzeramento del tempo, infatti, lascia senza punti di riferimento il soggetto, il quale sparisce nella totalità dell'evento traumatico che costituisce il ricordo. Questa è la forma del sintomo anoressico-bulimico non nel senso di un significato rimosso, ma piuttosto di *un'identificazione nella quale il soggetto tende a scomparire*.

Un'altra difficoltà che si riscontra nei soggetti abusati è l'investimento libidico sul corpo: quest'ultimo, essendo stato devastato, non riesce più ad essere vissuto sotto la forma del piacere. Ecco allora presenti i **rituali di annientamento** che vengono praticati nei soggetti anoressico-bulimici (ad esempio abbuffate e vomito provocato, abuso di lassativi) per riproporre l'orrore subito e ridurre il corpo a puro scarto.

Nell'anoressia si ha l'isolamento pulsionale attraverso una metodica devitalizzazione e annullamento del desiderio. Questo isolamento mira al rifiuto totale del legame sociale

perché il corpo è diventato il nemico più pericoloso per via delle sue esigenze vitali (a tal proposito si pensi al rifiuto della condivisione della tavola familiare). E così nella bulimia le pulsioni vengono viste come nemiche e il corpo è vissuto come l'unica ragione per cui un uomo possa avvicinarsi. Infatti non esiste per il soggetto abusato la funzione protettiva del "no" perché nel momento della violenza non è servito e l'unica via d'uscita rimane la scelta di isolamento delle pulsioni.

Alla luce di tutto ciò emerge dunque che il sintomo anoressico-bulimico ha la doppia funzione di cancellazione di qualsiasi segno di femminilità, da una parte, e, dall'altra, di mettere in atto la devastazione del corpo, ridotto a luogo dove perpetuare la violenza subita. In una strategia di sopravvivenza, gli organi sessuali diventano il "nemico": il sentirsi colpevoli è più sopportabile rispetto al percepirsi come impotenti e non protetti. Da ciò i sintomi alimentari divengono una modalità di riattualizzazione che consente di rivivere gli affetti associati al trauma mantenendo però il controllo su ciò che entra ed esce dal corpo. Ogni tipo di abuso - sessuale, fisico, psicologico - è una violazione dei confini corporei che minaccia la separatezza e l'integrità del sé: si esercita il controllo sul corpo dovuto alla sensazione di un sé fisico e psicologico invaso, sfruttato e sopraffatto. Infatti chi non ha potuto controllare quello che succedeva al proprio corpo durante la violazione, può reagire con un *ipercontrollo* su elementi, quali il cibo, che sono totalmente sotto il suo potere. In questa chiave di lettura il disturbo alimentare può essere quindi sia un'espressione indiretta della rabbia e della frustrazione che, non potendo essere rivolte contro l'abusatore, vengono rivolte verso se stessi, sia contemporaneamente una strategia per gestire il senso di colpa, l'odio per se stessi e il senso di impotenza.

Nel trattamento di queste problematiche, la guarigione per il soggetto abusato consiste in una riappacificazione con il proprio corpo. Le rivelazioni di abuso, infatti, vengono trattate fin dai primi colloqui, lasciando intendere che l'evento traumatico riveste una fondamentale importanza per la riuscita di una cura, essendo tale evento fortemente riconducibile all'insorgenza del sintomo alimentare.

Le rivelazioni dell'accaduto, nelle prime fasi di trattamento, sono spesso parziali ma, con il procedere dell'analisi, i punti più drammatici emergono e vengono poi elaborati insieme al terapeuta. Per questo motivo la paziente deve essere certa e sicura che quest'ultimo saprà non solo accogliere e contenere l'orrore raccontato ma accompagnarla durante tutto il suo percorso di cura, che sarà inevitabilmente molto doloroso.

I traumi infatti derivano dall'incapacità dell'adulto di rispettare l'alterità del minore, d'immedesimarsi con i suoi bisogni emotivi "altri" rispetto a quelli dell'adulto, pertanto la risposta efficace al trauma in qualsiasi contesto operativo non può avvenire senza il rispetto dell'alterità dei bisogni dell'individuo in un contesto di empatia.

Con un lento e faticoso lavoro analitico si possono ristabilire i nessi dello spazio e del tempo dell'evento traumatico, e un primo "raggio d'amore" va così a toccare il cuore della paziente. Ciò avviene perché il terapeuta risponde alla paziente in modo diverso rispetto ai principi del potere esercitati sopra di lei durante l'abuso, e si introduce una novità: dove prima la volontà di potere era dominante ora si dà il giusto spazio all'amore e alla ricerca della propria autenticità. Il vivere questa nuova esperienza innesca un processo di guarigione che passa dalle lacrime alla rabbia fino ad arrivare all'individuazione cioè alla percezione cosciente della propria unica realtà psicologica, che tiene conto delle proprie potenzialità e dei propri limiti. Quindi, attraverso l'analisi, l'individuo diviene nuovo e capace di provare e di ricevere amore uscendo dalla posizione di passività e dalla sensazione di essere strumento dell'"Altro", di essere nelle sue mani, in una posizione di oggetto. Riappropriandosi della propria soggettività riesce a *spezzare la logica ripetitiva* che si trova a esercitare attraverso il sintomo e si assume il diritto, la responsabilità e l'onere della scelta.

BIBLIOGRAFIA

L. Brusa, *"Catastrofe individuale e strategie di sopravvivenza: l'abuso familiare nell'anoressia- bulimia"*, in M. Recalcati (a cura di), *Il corpo ostaggio. Clinica e teoria dell'anoressia- bulimia*, Borla, Roma 1998

L. Brusa; F. Senin, *"Trauma, abuso e perversione"*, Franco Angeli, Milano, 2000

C. Costin, *"Body Image Disturbance in Eating Disorders and Sexual Abuse"*, in M. F. Schwartz & **L. Cohn** (a cura di), *Sexual Abuse and Eating Disorders*, Bruner/ Mazel, New York 1996

S. Freud, *"Un bambino viene picchiato. Contributo alla conoscenza e all'origine delle perversioni sessuali (1919)"*, in *Opere*, vol. IX, Boringhieri Torino 1997

F. Montecchi, *“Abusi e perversioni sessuali dei genitori nell’anoressia mentale in età evolutiva”*, in Mazzetti di Pietralata, V. Salvemini (a cura di), *“Sessualità e disturbi del comportamento alimentare”*, International University Press, Roma 1998

M. Recalcati, *“L’ultima cena: anoressia e bulimia”*, Bruno Mondatori, Milano 1997

M. Woodman, *“Lo sposo nascosto”*, Red Edizioni, Como 1991

M. Woodman, *“Malate di perfezione”*, Red Edizioni, Como 1999