

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO - BICOCCA

Facoltà di Psicologia

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, dello Sviluppo e
Neuropsicologia



RICORDO, MEMORIA E TRAUMA DA ABUSO SESSUALE:

ANALISI DI UNA TERAPIA DI GRUPPO

Relatore:

Dott.ssa Angela TAGINI

Tesi di laurea di:

Guendalina GIURSO

Matricola n. 076132

Anno Accademico 2012/2013

Ai miei nonni

INDICE

Riassunto.....	1
Abstract.....	2
Introduzione.....	3
CAPITOLO 1: IL TRAUMA E L'ABUSO SESSUALE.....	6
1. La nozione di trauma.....	6
2. Le diverse forme di abuso all'infanzia.....	7
2.1 Maltrattamento fisico e psicologico.....	8
2.2 La patologia delle cure.....	8
2.3 La violenza assistita.....	9
2.4 L'abuso sessuale.....	9
3. Ripetitività delle esperienze.....	13
4. Conseguenze di un'esperienza traumatica di abuso.....	13
4.1 Conseguenze a breve termine.....	14
4.2 Conseguenze a lungo termine.....	17
4.2.1 abuso di sostanze.....	17
4.2.2 disturbo alimentari.....	17
4.2.3 disturbo d'ansia.....	18
4.2.4 disturbo post-traumatico da stress.....	20
4.2.5 disturbo dissociativo.....	25
CAPITOLO 2: L'ESPERIENZA TRAUMATICA E LA MEMORIA.....	28
1. Le basi della memoria.....	28
2. La memoria a lungo termine.....	31
2.1 il recupero di informazioni della memoria a lungo termine.....	34
2.2 Falsi ricordi.....	36
3. Molteplici modelli di memoria: la memoria esplicita e implicita.....	42
4. Le categorie della memoria episodica.....	45
4.1 La memoria narrativa-autobiografica.....	45
4.2 <i>Flashbulb memory</i>	49

4.3 La memoria traumatica.....	51
5. Amnesia del ricordo.....	56
6. La dissociazione dal trauma.....	58
CAPITOLO 3: LA RICERCA.....	62
1. Introduzione.....	62
1.1 Studi precedenti.....	62
1.2 Obbiettivi.....	64
2. Metodo.....	65
2.1 Il campione.....	65
2.2 Procedura.....	73
3. Strumenti.....	74
3.1 Schede di inizio seduta.....	74
3.2 Parliamo di te.....	75
3.3 IDAAP	77
3.3.1 IWRAD	79
3.3.2 IREF.....	80
3.3.3 IAFF.....	81
3.3.4 IDF.....	81
3.3.5 ISENS.....	82
3.3.6 Covarianza.....	82
3.3.7 Statistiche descrittive.....	83
4. Analisi dei dati.....	84
4.1 Analisi dell'andamento per singolo paziente.....	84
4.2 Analisi dell'andamento per il gruppo.....	99
5. Discussione sui risultati.....	102
6. Conclusioni.....	104
BIBLIOGRAFIA.....	106
APPENDICE.....	127
RINGRAZIAMENTI.....	137

RIASSUNTO

Argomento centrale di questo lavoro è il trauma da abuso infantile e gli effetti sul ricordo che si possono riscontrare nella memoria.

La scelta di studiare il trauma da abuso infantile è dettata da una personale esperienza formativa presso un centro di Milano che si occupa di abusi e maltrattamenti su bambini, adolescenti e in certi casi anche di traumi da abusi infantili in adulti.

In questo studio si sono andate ad analizzare principalmente le conseguenze a lungo termine dell'abuso sessuale infantile che comprendono l'abuso di sostanze, droghe o alcool, disturbi alimentari, disturbi d'ansia, disturbi post-traumatici da stress ed infine disturbi dissociativi. Tra le conseguenze di un'esperienza traumatica si possono anche enunciare le difficoltà che possono essere riscontrate nel recupero effettivo del ricordo dell'esperienza, soprattutto quando il paziente o la paziente chiede un supporto terapeutico a distanza di tempo. Per questo è stata fatta un'osservazione sulla memoria e sugli effetti che il trauma può avere sul ricordo.

L'obiettivo della ricerca è stato quello di verificare, attraverso l'utilizzo di uno strumento di analisi computerizzata, l'*IDAAP* (Maskit, Bucci, De Coro *et al.*, 2004), come e se durante un incontro di una terapia di gruppo le pazienti con una storia di abuso sessuale infantile accedano ai loro ricordi traumatici in maniera più o meno dissociata. Ci si è focalizzati su un incontro specifico, il settimo, scelto per il fatto di essere a metà del percorso terapeutico, e perché in questo incontro si richiede alle pazienti di elencare i riattivatori che ancora oggi le portano a ricordare l'esperienza traumatica subita

PAROLE CHIAVE: trauma, abuso sessuale, memoria, IDAAP

ABSTRACT

The main subject of this work is trauma caused by child abuse and its effects on memory, especially on the episode of abuse itself.

The choice to study the trauma caused by child abuse is direct consequence of a personal training experience in a structure focusing on abuse and neglect towards children, adolescents and sometimes on traumas caused by child abuse in adults.

In this study, the long-term consequences caused by sexual abuse during childhood have been analyzed, including substance abuse, drugs or alcohol, eating disorders, anxiety disorders, post-traumatic disorder stress disorder and dissociative disorders. Among the consequences of a traumatic experience, it can be mentioned the difficulty to retrieve a clear memory of the episode of abuse, especially when, after a long time, the patient asks for a therapeutic support. For this reason an examination of the effects of trauma on memory has been run.

The goal of this research has been to verify, through the use of a specific computer analysis tool, l'*IDAAP* (Maskit, Bucci, De Coro *et al.*, 2004), if patients, women with a history of sexual abuse in their childhood, would access to their traumatic memories during group therapy meetings, and how detached they would be from those memories. The seventh meeting has been main focus of attention since at the middle of the therapeutic path and since, in this meeting, the patient is asked to list the re-activating factors that still today led her mind to the memory of the traumatic experience suffered as a child.

KEY WORDS: trauma, sexual abuse, memory, IDAAP

INTRODUZIONE

Questo lavoro nasce da un'esperienza personale fatta anni fa presso il centro TIAMA dove ho seguito, come volontaria un gruppo di auto-aiuto per donne con storie di abusi infantili. Questo gruppo doveva essere un mezzo per creare un ambiente sicuro e contenitivo per aumentare la capacità di prendersi cura di sé, attenuare esperienze di ricadute nella vita adulta; fornire supporto sociale per restituire fiducia creando anche nuove reti sociali di solidarietà, poter abbassare le difese e sperimentare nuovi modi di relazionarsi; interrompere la catena dell'abuso fornendo alle donne gli strumenti per proteggersi e per proteggere. Queste pazienti riportano esperienze traumatiche diversificate tra loro, ci sono casi di abusi sessuali intrafamiliari, abusi sessuali extrafamiliari, casi in cui a maltrattamenti familiari si presentano insieme ad abusi sessuali extrafamiliari e un caso di abuso di gruppo.

A causa della diversità delle storie delle pazienti, che esprime le diverse diramazioni che possono essere associate a episodi traumatici, nel primo capitolo è stata fatta un'analisi del significato del trauma come focus principale sul trauma da abuso sessuale.

Il Consiglio d'Europa (Strasburgo, 2000) definisce così il fenomeno dell'abuso: *“gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentando alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o le lesioni di ordine fisico e/o sessuale, da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino”*.

Quando si parla di abuso ci si riferisce a maltrattamenti che possono essere fisici, psicologici o entrambi, a episodi di violenza a cui il minore assiste, a comportamenti inadeguati da parte dei genitori e in ultimo, non per importanza, all'abuso sessuale. L'abuso sessuale si divide in due categorie: extrafamiliare e intrafamiliare, che a sua volta può essere manifesto, mascherato o considerato uno pseudo abuso dalle vittime e dagli aggressori. Insieme alle diverse tipologie di abuso sono considerate anche le conseguenze che portano le vittime a manifestare diversi disturbi tra cui quelli alimentari, i disturbi da abuso di sostanze, disturbi d'ansia, problemi relazionali e disturbi dissociativi.

Nel secondo capitolo si è andato ad analizzare un altro filone importante nella considerazione degli eventi traumatici: la memoria. La memoria è stata ed è ancora oggi uno dei maggiori ambiti di studio nella psicologia: la memoria e ciò che ricordiamo influenza direttamente le nostre azioni passate, presenti e future. Quando si parla di memoria non ci si riferisce solamente ai ricordi di esperienze relative ad immagini ma anche a suoni, odori, sapori. Le difficoltà nel recupero di specifici eventi relativi alla propria esperienza autobiografica, i falsi ricordi e le loro diverse sfaccettature, relative a come il ricordo si è creato e a come sia stato recuperato in un secondo momento; la memoria episodica e le sue sottoclassi tra cui si ritrovano la memoria autobiografica, la *flashbulb memory* e la memoria traumatica sono gli argomenti che vengono maggiormente approfonditi.

Nei casi di persone traumatizzate da specifici eventi sono diversi i casi di amnesia del ricordo e di dissociazione dall'evento traumatico; due forme di meccanismi di difesa che gli individui mettono in atto nella speranza di dimenticare l'episodio traumatico.

La ricerca presentata nell'ultimo capitolo ha voluto analizzare l'andamento di una seduta specifica del gruppo di auto-aiuto che ho seguito. È stato scelto questo specifico incontro perché a metà del percorso del gruppo, strutturato in quindici incontri nell'arco di sei mesi, e perché il tema affrontato nella parte strutturata dell'incontro mediante lo strumento "Parliamo di te", utilizzato con pazienti vittime di abusi, era quello dei riattivatori traumatici. L'incontro considerato si struttura in due fasi, nella prima le pazienti hanno uno scambio di opinioni e di esperienze di vita incentrate sulle difficoltà relazionali e difficoltà a esprimere i propri sentimenti e a gestire quelli altrui, nella seconda viene consegnato il "Parliamo di te" che ha lo scopo di indagare mediante domande specifiche quali riattivatori traumatici siano ancora presenti in loro; le categorie dei riattivatori riguardano le persone, gli odori, i luoghi, i sapori, i comportamenti degli altri. Infine viene chiesto alle pazienti quali sono i comportamenti, che messi in atti, hanno prodotto calma e un senso di sicurezza.

Lo scopo della ricerca è quello di verificare l'andamento delle singole pazienti e del gruppo per vedere se il comportamento può essere associato al gruppo o sia strettamente personale. L'incontro è stato analizzato mediante l'utilizzo di un programma di analisi computerizzata, *Italian Discourse Attribute Analysis Program, IDAAP* (Maskit, Bucci, De Coro *et al.*, 2004) che ha

permesso di valutare l'andamento dell'attività referenziale dei singoli pazienti, durante la due fasi principali dell'incontro: la fase di colloquio libero in cui le pazienti analizzano le loro difficoltà relazionali e le difficoltà nel gestire i propri sentimenti e quelli altrui, e la fase strutturata in cui avviene la lettura e conseguente analisi dei riattivatori traumatici. Dopo una prima valutazione organizzata sul singolo paziente è stata fatta un'analisi sul gruppo per verificare se ci fosse un andamento simile tra le pazienti.

CAPITOLO 1

IL TRAUMA E L'ABUSO SESSUALE

Un'esperienza può risultare talmente
emozionante da lasciare una sorta di
cicatrice sul tessuto cerebrale
(W. James, 1890)

1. La nozione di trauma

In Introduzione alla psiconalisi, Freud scrive che quando un trauma *“scuote quelli che erano stati fino ad allora i fondamenti della sua esistenza, un individuo subisce una tale scossa da perdere ogni interesse per il presente e il futuro tale da rimanere assorbito psichicamente dal passato in maniera durevole”* (Bianchi & Moretti, 2006).

Questo concetto, come molti altri, ha subito evoluzioni e modifiche nel corso del tempo, sono diversi gli autori che hanno riconosciuto l'elevato impatto che episodi traumatici potevano causare sulle vittime, dai traumi sui sopravvissuti ai campi di concentramento (Krystal, 1968) a quelli di terrorismo (Danieli, Brom & Sills, 2005) passando per le vittime di abusi sessuali e maltrattamenti in età infantile (Shengold, 1989).

Un'attenzione speciale viene data alle esperienze sfavorevoli in età infantile, in linea con il più moderno sviluppo delle conoscenze sul complesso delle situazioni di cattiva cura nei confronti dei bambini e adolescenti e sulla patogenesi delle conseguenze dannose a esse correlate. Quello che le accomuna è il fatto che producono un danno importante nei processi di attaccamento e quindi dei modelli operativi interni (MOI) dei bambini.

Il problema che subito si pone è quello di definire che cosa si intenda per esperienza traumatica. Alcune precisazioni interessanti sono fornite da L. Terr (1991) che definisce il trauma come il risultato di un “colpo” o una serie di “colpi” improvvisi che destabilizzano temporaneamente il giovane, e che fanno fallire le strategie con cui di solito si affrontano gli eventi esterni e le

operazioni difensive. Tutti i traumi infantili, che derivano ovviamente dall'esterno e non che nascono nel pensiero del bambino, causano una serie di cambiamenti nelle modalità di funzionamento psicologico.

Malacrea individua due tipologie di trauma con diverse caratteristiche: quello di primo tipo, acuto, che è la conseguenza di un evento unico e improvviso, e quello di secondo tipo, cronico che invece deriva da un abuso prolungato e ripetuto nel tempo. Mentre nei traumi di primo tipo c'è la tendenza a ritornare sul ricordo, di solito completo e dettagliato, per tentare una rivalutazione cognitiva, nei traumi di secondo tipo più facilmente la vittima ricorre al diniego e alla paralisi psicologica. Analoghe riflessioni emergono nel lavoro di Glaser (2000) che distingue invece tra trauma acuto e stress cronico.

Mentre nel trauma acuto il soggetto si comporta nei confronti dell'esperienza traumatica come nei confronti di un corpo estraneo da espellere -l'equivalente di una reazione infiammatoria-, nel trauma o stress cronico questo non avviene. La differenza tra i due è più evidente quanto più è precoce l'evento traumatico. Infatti, in molte situazioni di abuso e trascuratezza il bambino non è sopraffatto dall'evento, nonostante il coinvolgimento di molte emozioni gravemente negative, come per una "tipica" esperienza traumatica, come il lutto. Questo accade spesso proprio a causa della cronicità della vittimizzazione infantile, che rende l'esperienza paradossalmente predicibile e quindi perversamente funzionale alla continuità del sé. Ma l'assenza dello sconvolgimento acuto non ha alcuna valenza protettiva, anzi apre la strada a reazioni più complesse del disturbo post-traumatico da stress (Malacrea, 2002).

2. Le diverse forme di abuso all'infanzia

Il termine abuso deriva dal latino *abutor* che significa "usare in maniera impropria, fare cattivo uso" (Alfonso, 2004) e si riferisce a una vasta serie di condizioni che raramente il piccolo potrà subire, nell'arco della sua vita, in maniera isolata.

Una definizione più completa è data dal Consiglio d'Europa (Strasburgo, 2000) che definisce così il fenomeno dell'abuso: "gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentando alla sua integrità corporea, al suo

sviluppo fisico, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o le lesioni di ordine fisico e/o sessuale, da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino”.

Quando viene trattato il tema dell'abuso bisogna considerare le diverse categorie che vengono così suddivise da Montecchi (1994): maltrattamento fisico e psicologico, patologie delle cure, violenza assistita e abuso sessuale.

2.1 Il maltrattamento fisico e psicologico

Nel maltrattamento fisico, i genitori o le persone che si prendono cura del bambino possono mettere in atto comportamenti tali che causano al piccolo lesioni fisiche e dolore, con l'obiettivo di inibire comportamenti indesiderati ed evitare che si ripetano (Petroni & Troiano, 2005). I segni non sono sempre evidenti e quando lo sono, spesso, sono nascosti da indumenti (Montecchi, 2005).

Nel maltrattamento psicologico, invece, il fanciullo crea nei genitori, o nei tutori momentanei, sentimenti di scontentezza, che li spingono, mediante frasi e comportamenti, a umiliarlo, denigrarlo e svalutarlo, provocandogli una scarsa stima nel contesto e una sfiducia nelle proprie possibilità, trasmettendo un messaggio negativo e interferendo sul normale sviluppo psichico (Bianchi & Moretti, 2006). È una forma subdola di difficile rilevazione poiché spesso può essere confusa con uno stile educativo autoritario o con l'incuria (Montecchi, 2005b)

2.2 La patologia delle cure

I genitori non riescono a modulare il proprio comportamento in ottemperanza con i bisogni di salute e crescita del figlio, usando modalità qualitativamente e quantitativamente inadeguate e inadatte al suo momento evolutivo (Bianchi & Moretti, 2006).

Si suddivide in: incuria fisica e psicologica, discuria e ipercura.

Per incuria fisica e psicologica ci si riferisce a situazioni di omissione nel provvedere ai bisogni di base del bambino (alimentari, abitativi, di salute, di abbigliamento) come anche alla mancanza di condizioni di protezione necessarie per evitare che il minore incorra in incidenti. Per discuria di intende una situazione dove la prestazione delle cure viene effettuata in

maniera qualitativamente inadeguata. Infine l'ipercura determina un'attenzione eccessiva allo stato fisico del minore caratterizzata da una persistente e dannosa medicalizzazione, comprende la "Sindrome di Munchausen per procura".

2.3 La violenza assistita

Il bambino è testimone di episodi di violenza fisica, psicologica e sessuale (Luberti & Biancardi, 2005), che avvengono all'interno dell'ambiente familiare o all'esterno.

2.4 L'abuso sessuale

Il primo studio documentato sul maltrattamento dei bambini si deve ad un medico legale, Ambroise Tardieu, che nel 1860 pubblicò *l'Etude médico-légale sur les sérvices et mauvais traitements exercés sur der enfants*.

Il fenomeno del maltrattamento infantile fu indagato molto tempo dopo (Caffrey, 1946; Silverman, 1973). In seguito Kempe definì l'abuso sessuale nel seguente modo: il coinvolgimento di bambini e adolescenti, soggetti quindi immaturi e dipendenti, in attività sessuali che essi non comprendono ancora completamente, alle quali non sono in grado di acconsentire con tale consapevolezza o che sono tali da violare i tabù vigenti nella società circa i ruoli familiari (Kempe & Kempe, 1978).

In Italia, nell'Assemblea nazionale del CISMAI tenutasi a Cosenza il 28 settembre 2001 sono state discusse e approvate le modifiche al documento, già ratificato nel marzo 1998, proposte dalla Commissione di Studio che, nel frattempo, ha continuato a raccogliere sullo stesso pareri e riflessioni. Il testo così articolato meglio assolve al compito di fornire linee guida comuni per gli interventi degli operatori psico-socio-sanitari in relazione ai casi incontrati di abuso sessuale ai minori (Malacrea & Lorenzini, 2002).

Si definisce abuso sessuale un comportamento che coinvolge un minore, da parte di un partner preminente, in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita, è un fenomeno diffuso; si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al

suo percorso evolutivo; l'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra le caratteristiche dell'evento (precocità, frequenza, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante) e i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivati nell'ambito psico-sociale, sanitario, giudiziario), (Steele, 1990)

Conseguentemente, il danno è tanto maggiore quanto più il fenomeno resta nascosto, o non viene riconosciuto; non viene attivata protezione nel contesto primario e nel contesto sociale; l'esperienza resta non verbalizzata e non elaborata; viene mantenuta la relazione di dipendenza della vittima con chi nega l'abuso (Dettori & Fuligni, 2008)

L'abuso sessuale non è un problema nuovo, intere generazioni di bambini hanno subito abusi sessuali in segreto e l'hanno sempre taciuto. Oggi il silenzio e il terribile segreto stanno cominciando ad essere infranti, nel momento in cui le persone che hanno subito violenza cominciano a parlare delle loro esperienze e a liberarsi del passato; queste persone stanno imparando che non sono sole e reclamano il proprio potere ed il rispetto di se (Malacrea, 1998).

Fino a non molto tempo fa la violenza sessuale su un bambino era ritenuta un evento terribile, ma estremamente raro (Malacrea, 2002). Negli ultimi anni però, sempre più spazio ed attenzione viene data dalle radio, dalle televisioni e dalle associazioni che ci occupano di violenza su bambini, adolescenti e adulti. Poiché sempre più persone abusate trovano il coraggio di parlare, sta diventando chiaro l'entità del fenomeno di persone che hanno subito qualche atto di violenza nella loro infanzia. Molti di essi però ancora oggi sopportano in silenzio e soffrono in segreto; forse per questo non riusciremo mai a quantificare realmente il problema. Il senso di vergogna e di segreto innominabile che circonda la violenza sessuale, e che fa sì che le persone non ne vogliamo parlare, rende difficile fare una stima del numero reale delle vittime.

Una recente meta-analisi di 217 studi pubblicati su un gruppo totale di 331 campioni indipendenti ha rilevato che il 18% delle donne e il 7,6% degli

uomini aveva subito abusi sessuali prima dei 18 anni (Stoltenborgh, Van IJzendoorn, Euser *et al.*, 2011).

Negli Stati Uniti, circa un quarto dei casi (23,4%) di abusi sessuali di minori riguardano bambini con un'età compresa tra i 3 e i 7 anni (U.S. *Department of Health and Human Services*, 2011).

Gli abusi sessuali intrafamiliari possono essere manifesti (l'abusante o vive nell'abitazione del bambino ed è un membro del nucleo familiare o è un consanguineo ma non vive nella stessa casa della vittima), mascherati (pratiche igieniche inusuali, come lavaggi, ispezioni, applicazione di creme troppo frequenti e non necessarie od obbligo di osservare il rapporto sessuale di adulti o altri bambini) o pseudo-abusi (convinzione errata di un genitore, accusa consapevole di un coniuge verso l'altro, dichiarazioni non vere del bambino).

I contatti intimi esistenti tra fratello e sorella, nella maggior parte dei casi, vengono interpretati come giochi sessuali piuttosto che come eventi negativi anche se è fondamentale, per poterli definire come tali, la valutazione dello sviluppo simmetrico dei partecipanti, la natura non coercitiva del comportamento e l'interesse reciproco per tale atteggiamento (Katerndahl, Burge & Kellogg, 2005)

La violenza messa in atto dalle madri risulta caratterizzata da meno dati concreti, non per la minor presenza (Petroni & Troiano, 2005) ma a causa della sua scarsa consapevolezza, sia perché la figura materna ha un maggior consenso sociale al contatto con il corpo del proprio figlio, sia perché è investita di un ruolo protettivo e di cura della prole, risultando impensabile che possa fare qualcosa in grado di procurare danno alla vita di coloro che ha generato (Oliviero, Ferraris & Graziosi, 2004).

Molteplici situazioni di abuso sono attribuite all'incesto dettato da mancanza di dimostrazione di affetto, da un ambiente familiare caotico, da rapporti sessuali dei genitori esibiti di fronte ai ragazzi, e dalla visione del maltrattamento come normale e naturale (Callaghan & DeLa Martre, 2003). L'uso di sostanze da parte di uno o di entrambi i genitori, la disarmonia matrimoniale, la difficoltà a relazionarsi con la prole (Kim & Kim, 2005) e l'alternanza dei ruoli passivi/attivi tra le figure genitoriali (padre autoritario-

madre sottomessa e madre attiva, centrale economicamente-padre disoccupato, succube della partner) sono alcune delle cause che portano ad abusi all'interno del contesto familiare (Oliviero Ferraris & Graziosi, 2004; Tortolani, 2005).

Gli abusi sessuali extrafamiliari sono suddivisi da Malizia (2003) in: istituzionali, dove i responsabili sono coloro che svolgono professioni all'interno di organizzazioni e organismi, ai quali i minori sono affidati per ragioni di educazione, gestione del tempo e cura (Stimoli, 2005); di strada, messi in atto da persone completamente sconosciute, mediante l'adescamento e la corruzione; a fini di lucro attraverso la produzione e/o la vendita di materiale pedo-pornografico da parte di singoli o di gruppi criminali specializzati; e da parte di gruppi organizzati caratterizzati dalla presenza di molte vittime, dall'uso della paura e da riti sacrificali dove non è rara la morte del soggetto (Petrone & Troiano, 2005).

Gli abusi sessuali extrafamiliari, spesso non comunicati, neanche ai genitori, sono "forme di abuso frequentemente sommerse e che riemergono nei racconti dei pazienti, oramai adulti, poiché, quando l'abuso si era verificato, i sentimenti di vergogna, imbarazzo, pudore dei genitori avevano prevalso sull'opportunità non solo di denunciare il fatto alle autorità giudiziarie, ma anche di occuparsi della salute mentale del minore che aveva subito l'abuso" (Montecchi, 1994)

I luoghi considerati maggiormente a rischio sono le strade delle zone marginali; i centri commerciali, dove l'abusatore mostra interesse per le stesse cose che attraggono il piccolo favorendone l'adescamento; i giardini pubblici, dove viene individuata la vittima e fotografata mettendo in atto una possibile attività masturbatoria; le discoteche, dove gli adolescenti vengono condotti fuori o in appartamenti a volte mediante l'aiuto di altri coetanei o mediante l'aiuto di droghe (Malizia, 2003).

Secondo Green (1993) ogni singolo caso di abuso sessuale fa storia a sé in quanto la gravità dell'esperienza vissuta potrebbe dipendere dalla combinazione delle seguenti variabili che devono essere considerate per un'analisi dettagliata ed una diagnosi appropriata dell'abuso sessuale. Tra queste variabili troviamo: età e livello di sviluppo del bambino; personalità

preesistente e capacità di ripresa del bambino; inizio, durata e frequenza della molestia; grado della coercizione e del trauma fisico; intimità della relazione tra il bambino e il perpetratore; livello di sostegno della risposta familiare dopo la rivelazione; natura della risposta istituzionale alla violenza (es. medica, investigativa, giuridica); disponibilità e qualità dell'intervento terapeutico.

3. Ripetitività delle esperienze

Tra le conseguenze dell'abuso sessuale nell'infanzia si riscontra il rischio di ripetitività dell'esperienza sia come vittime che come autori; in particolare donne che sono state violentate nella loro infanzia sembrano essere quattro volte più vulnerabili ad essere nuovamente violentate in un secondo momento, sono maggiormente predisposte ad avere un marito fisicamente violento e dal quale vengono violentate o percosse, rispetto a donne che non hanno subito violenza sessuale nella loro infanzia (Dettori & Fuligni, 2008).

Nei casi di ripetizione dell'esperienza le violenze sessuali possono rappresentare una ripetizione della molestia originaria infantile e un'espressione di rabbia verso l'aggressore, come anche un'identificazione con esso; inoltre un ruolo centrale sarebbe svolto dalla componente di eccitamento sessuale della violenza infantile (Green, 1993). Questa relazione sembra essere molto forte soprattutto se l'abuso è avvenuto nei primi anni di vita o nell'adolescenza.

4. Conseguenze di un'esperienza traumatica di abuso

Lo sviluppo del bambino segue un andamento sufficientemente prevedibile e ordinato, iniziando con l'acquisizione delle competenze più semplici (mangiare, ciclo sonno-veglia) fino a quelle più complesse (abilità relazionali). Nell'ambito delle circostanze sfavorevoli, la prevedibilità e l'organizzazione evolutiva possono subire forti distorsioni uscendo da un pattern adattivo normale (Dettore & Fuligni, 2008)

La letteratura concorda sul fatto che non esista una sindrome specifica relativa all'abuso sessuale, né un sintomo presente nella maggior parte dei

bambini: molti, anche in età adulta, manifestano una serie di sintomi di disordine emotivo, comportamentale e somatico. Ad esempio le difficoltà nel controllo degli impulsi e nella regolazione degli affetti sono comuni in pazienti con disturbi evolutivi importanti e implicano la difficoltà a simbolizzare un'ampia gamma di affetti e desideri (Greenspan, 1997).

Ogni persona esprime il dolore, il trauma subito nel modo che è a lui più consono e semplice in quel momento e spesso la presenza di una sola persona che sia disposta a tutelarla, proteggerla, ascoltarla può essere da attenuante nelle genesi delle conseguenze (Anfossi, 2005). Jonzon & Lindblad (2006) infatti ritengono che un contesto familiare supportivo abbia un maggior impatto nel preservare la salute rispetto alla qualità dei fattori di rischio. Gli autori precisano che se la madre una volta scoperto l'abuso, da parte di terzi, denuncia senza manifestare sentimenti stressanti, aumenta sia la possibilità di credere alla piccola vittima, sia la capacità di essergli emotivamente vicina; contrariamente una madre che finge di non vedere o non capire e che ritiene la figlia, anche solo parzialmente, responsabile dell'accaduto, la lascia senza alcuna protezione affettiva e può spingerla al silenzio, se esprime sofferenza o disappunto (Manna, 2004).

Le conseguenze possono essere più lievi se l'abusante è una persona sconosciuta e se la condizione subita non ha generato vergogna o spavento (Oliverio, Ferraris & Graziosi, 2004), se la penetrazione non è stata presente (Rowan, 2006) e se si è avuto un buon supporto da parte dell'ambiente circostante (Auslander, Elze & Bowland, 2006).

4.1 Conseguenze a breve termine

L'espressione "effetti a breve termine" è oramai entrata nel lessico abituale, anche se oggi è oggetto di critiche. Nata per indicare le manifestazioni patologiche immediate, ha finito per suggerire erroneamente l'idea che esse siano patologie destinate a risolversi in un breve lasso di tempo; sarebbe quindi meglio adottare definizioni come "effetti iniziali" o "sintomi a comparsa immediata". (Dettore & Fuligni, 2008).

Le conseguenze a breve termine di un abuso possono essere divise in due categorie: i vissuti psicologici e le problematiche comportamentali.

Le conseguenze psicologiche della violenza determinano il modo in cui la vittima vedrà se stessa e gli altri, nonché le aspettative circa la natura delle interazioni tra gli individui e il modo in cui affronterà la vita.

Secondo Daher (2006) le vittime di abuso manifestano frequentemente: Impotenza, tradimento, stigmatizzazione e sessualizzazione traumatica. (Dettore & Fuligni, 2008)

Impotenza si intende quando il bambino non riesce a liberarsi dal maltrattamento; questo lo porta a non riconoscersi padrone del proprio corpo, si sente incapace di chiedere aiuto e non mostra fiducia nella possibilità di modificare la situazione. Nel tradimento il piccolo sente alterato quel senso di sicurezza nei confronti di coloro che avrebbero dovuto proteggerlo, ma che invece lo hanno fatto soffrire (molto spesso questa persona è la madre). La stigmatizzazione è caratterizzata dalla vergogna, dall'attribuzione di un'etichetta negativa all'abuso e dai sensi di colpa (Romito, 2005), i quali tendono ad aumentare se l'abusatore è conosciuto dalla vittima, se l'atto è prolungato nel tempo, se il soggetto possiede delle strategie di coping basate sulla negazione di ciò che è accaduto e se ha provato sensazioni gradevoli riscontrando una contraddittorietà delle emozioni. La sessualizzazione traumatica è la manifestazione di aspetti e comportamenti anormali e coinvolgimento in esperienze inadeguate per l'età.

Malacrea (2002) sostiene che queste quattro condizioni portino alla distruzione di tre elementi fondamentali all'interno dell'evoluzione mentale del bambino: il senso di invulnerabilità e inviolabilità del sé, la possibilità di dare un senso positivo alla propria vita e l'autostima intesa come consapevolezza di un valore appartenente al sé. Murthi & Espelage (2005) hanno notato che le violenze avvenute prima dei dodici anni avevano un impatto più elevato nelle ultime due dimensioni, precisando che il supporto sociale poteva attenuare queste relazioni.

I maltrattamenti, soprattutto intrafamiliari, possono condurre il bambino a uno sdoppiamento della personalità il quale lo spinge da un lato ad odiare il suo aggressore ma dall'altro a volergli bene (Sindrome dell'adattamento, Malizia, 2003).

Molti bambini possono manifestare un ritardo nell'uso del linguaggio, difficoltà nella costruzione di frasi, povertà nelle capacità espressive del leggere e

dello scrivere, problemi nel passare dal pensiero concreto-operatorio a quello ipotetico-deduttivo e flashback che invadono la mente durante il giorno ma soprattutto durante la notte, attraverso incubi (Esposito, 2006).

Tra le problematiche comportamentali sono frequenti: le fughe dall'ambiente familiare, soprattutto nel caso in cui l'abuso sia cronico e intrafamiliare (Andres-lemay, Jamieson & MacMillan, 2005); assenze scolastiche, allontanamento dalle proprie sensazioni come forma di protezione, enuresi notturna (Ferraris & Graziosi, 2004); maggiori timori e paure, persistenti e insolite in riferimento a situazioni che sono collegate all'evento (Pellai, 2004); comportamenti antisociali con conseguenti reiterazioni dell'abuso; scarsa socializzazione e atteggiamenti remissivi (Esposito, 2006); passività, alterazione delle abitudini alimentari (sovralimentazione cronica e compulsiva), tentati suicidi, disturbi del sonno, comportamenti autolesivi, messi in atto con il fine di ridurre la tensione psichica collegata a una percezione estremamente negativa, a un senso di colpa e di odio verso di se, che implica un sentimento di impotenza.

Tra le problematiche si ritrovano anche i comportamenti sessuali compulsivi; nelle persone abusate in infanzia si trova spesso una tendenza a rapporti sessuali frequenti e con partner sempre diversi (Dettore & Fuligni, 2008). Ciò può essere interpretato come la ricerca di vicinanza e intimità, in conseguenza di una forte deprivazione precedente. Una seconda motivazione per questo comportamento vede l'uso del sesso come una distrazione, un'evitamento del senso di vuoto. Ritroviamo anche in questi comportamenti i giochi erotici, presenti soprattutto in età prescolare, visto che i bambini possono non aver appreso le regole sociali che inibiscono l'espressione di tali atteggiamenti definiti inaccettabili dal contesto. Sono considerati normali se sporadici, ma se diventano frequenti, compulsivi e associati a emozioni negative diventano sintomatici. (Brilleskijper-Kater, Friedrich & Corwin, 2004). Infine, tra le problematiche comportamentali si ritrova la minore affettuosità, la paura di intraprendere nuove relazioni o attività, la mancanza di curiosità nelle novità e il timore di rimanere soli.

4.2 Conseguenze a lungo termine

4.2.1 Abuso di sostanze

I traumi infantili sono considerati un importante antecedente nell'uso di sostanze (Simpson & Miller, 2002) nell'età adulta, e l'età della vittima al momento della violenza può influire sulla precocità di tale comportamento. Bailey & McCloskey (2006) eseguirono uno studio su 150 madri e ragazze e notarono che 43 di loro riportavano contatti sessuali avvenuti con forza, prima dei 14 anni, da parte di un carnefice di almeno cinque anni più vecchio. Confrontandole con un gruppo di controllo, l'80% vs il 41% consumava marijuana, il 5% vs 8% droghe da inalare, il 33% vs l'11% cocaina, il 31% vs 8% anfetamina e il 33% vs il 10% altre sostanze.

Diversi ricercatori (Widom, White, Czaja *et al.*, 2007) hanno elaborato diverse ipotesi sul perché sia maggiore l'abuso di sostanze in età adolescenziale e adulta da parte di vittime di abuso sessuale infantile. Gli stupefacenti vengono utilizzati come meccanismo per fuggire al trauma infantile e per superare la depressione legata al ricordo; come via per ridurre i sentimenti di isolamento, come automedicazione intesa come mezzo per controllare avvenimenti ostili, come forma di distruzione di comportamenti considerati negativi per se stessi, come rimozione di malinconia, senso di colpa, scarsa autostima e incremento della fiducia in sé stessi (Purcell, Malow, Dolezal *et al.*, 2004) e alla gravità dell'abuso subito (Myers, Wyatt, Loeb *et al.*, 2006).

Secondo Sartor, Lynskey, Buchotz *et al.*, (2007) e Widom, White, Czaja *et al.*, (2007), le violenze sessuali sono maggiormente associate all'abuso di alcol, il quale può assolvere la funzione di riduzione dello stato di tensione.

4.2.2 Disturbo alimentare

Alcuni autori sostengono (Dettore & Fuligni, 2008; Thompson & Wonderlich, 2004) che l'abuso sessuale sia solo un fattore di rischio aspecifico per le patologie alimentari, anche se l'incidenza è maggiore nei pazienti bulimici (Feldman & Meyer, 2007) soprattutto nei casi in cui l'abuso comprenda rapporti anali con la vittima (Katerndahl, Burge & Kellogg 2005). Carter (2006) ha analizzato un gruppo terapeutico, costituito con il fine di riequilibrare

l'incidenza di massa corporea, di 77 donne che soddisfacevano i criteri per l'anoressia nervosa, erano state escluse le pazienti che avevano mostrato sintomi di disturbi alimentari prima dell'abuso. I risultati mostrarono che 37 donne avevano subito un'esperienza sessuale non voluta, con la presenza di un contatto fisico prima del compimento della maggiore.

L' esito delle ricerche in questo ambito risultano ancora controverse infatti mentre gli studi di Noll, Zeller, Trickett *et al.* (2007) hanno riscontrato che le donne con una età compresa tra i venti e i ventisette vittime di maltrattamenti sessuali presentavano una maggior incidenza di soffrire di disturbi alimentari, e tendenza all'obesità; Rayworth, Wise & Harlow (2004) e Mitchell & Mazzeo (2005) precisano che solamente le violenze fisiche possono influire sullo sviluppo di disturbi alimentari.

4.2.3 Disturbo d'ansia

L'ansia costituisce uno dei principali sintomi legati a situazioni traumatiche; l'abuso si presenta per sua natura come un atto minaccioso e distruttivo e questo porta le vittime a diventare inclini a sentimenti di allarme o paura generalizzati, anche se è interessante notare come la violenza sessuale sia associata a un senso di ansia minore e meno duraturo rispetto ad altre forme di maltrattamento che, in qualche modo, hanno minacciato la vita della vittima, come il maltrattamento fisico (Dettore & Fuligni, 2008)

Il comportamento ansioso ha origine nel fatto che l'abuso del bambino avviene in un ambiente confusivo, e perciò allarmante, in cui sono co-presenti, assieme a vincoli affettivi, anche elementi fortemente disfunzionali come l'intrusione, l'abbandono e la sofferenza (Dettore & Fuligni, 2008).

Le esperienze di abuso sessuale e fisico sono considerate dei fattori che possono predisporre giovani adulti agli attacchi di panico e ai disturbi ad esso associati

L'incidenza di questi disturbi è maggiore se la violenza è avvenuta nell'età prescolare ed elementare, in un ambiente familiare patologico e in base a fattori come la gravità del maltrattamento e mancanza dei genitori (Katerndahl, Burge & Kellogg, 2005).

Nella classificazione dei disturbi d'ansia, il DSM-IV-TR include gli attacchi di panico, l'agorafobia, la fobia sociale e le altre fobie specifiche, il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo post-traumatico da stress, il disturbo acuto da stress, il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo d'ansia indotto da sostanze e il disturbo d'ansia non altrimenti specificato. Quando si parla di ansia ci si riferisce ad una paura in assenza di un pericolo evidente; i clinici orientati psicodinamicamente, che ritengono che l'ansia e l'angoscia siano alla base di tutti i sintomi psicologici, sono attenti a fare una differenziazione tra il pericolo potenziale dal pericolo effettivo (Lingiardi & De Corno, 2008) .

Andando ad analizzare il disturbo d'ansia come conseguenza di un evento traumatico vediamo come l'esperienza interna venga descritta dall'asse s del PDM mediante stati affettivi, pattern cognitivi, stati somatici e pattern relazionali (Lingiardi & Del Corno, 2008).

Gli stati affettivi possono essere connessi a diverse sensazioni di pericolo di base come: la perdita di un altro significativo, da cui derivano sentimenti di abbandono che si esprimono con ansia, depressione e/o sensi di colpa; la perdita dell'amore in genere accompagnata da rabbia, ansia, depressione e senso di colpa; la perdita della conferma della propria coscienza morale, da cui risultano ansia, sensi di colpa, vergogna o sentimenti depressivi.

I pattern cognitivi possono includere distrazione, confusione e difficoltà di pensiero. L'angoscia può anche produrre paure specifiche di tutti i tipi: separazione, abbandono o rifiuto; perdita del controllo della propria mente o del proprio corpo; crollare, essere feriti. Tra le persone che hanno sofferto di attacchi di panico è comune la paura di aver paura che li porta ad evitare certi luoghi o persone o situazioni, per evitare un altro attacco di panico.

Gli stati somatici possono includere tensione, mani sudate, batticuore, cerchio alla testa, difficoltà respiratorie o la sensazione di essere disconnessi dal proprio corpo.

I pattern relazionali possono includere espressioni della paura di essere rifiutati, come aggrapparsi a qualcuno e cercare rassicurazione; espressioni del senso di colpa, come accusare e rifuggire da qualsiasi tipo di accusa; ed espressioni di conflitto relativi alla dipendenza, come sensazioni di oppressione, soffocamento, di annegare, di strozzarsi e oscillazioni tra avvicinare e allontanare da sé gli altri (Lingiardi & Del Corno, 2008).

Questa patologia sembra avere un tasso di incidenza più elevato nel sesso femminile e questo ha indotto diversi autori (Fergusson, Swain-Campbell & Horwood, 2002; Romito, 2005) a trovare la causa nella loro maggiore esposizione a forme di maltrattamento sessuale (Wonderlich, Rosenfeldt, Crosby *et al.*, 2007).

Adam & Bukowsky (2007) suggeriscono che questa relazione possa essere minore in presenza di un buon rapporto con la famiglia e i coetanei.

4.2.4 Disturbo post-traumatico da stress

Numerosi autori hanno rivolto la loro attenzione al disturbo post-traumatico da stress come spiegazione dei disturbi emotivi causati dall'abuso sessuale. Se già Freud con il termine "nevrosi traumatica", (con il "*Chowchilla study*" di Terr, 1976) aveva iniziato a trattare l'argomento, si è iniziato a studiare sistematicamente la genesi di questi disturbi, in epoca più recente (Herman, 2005).

Poiché non è stata mai identificata una sindrome specifica che descriva tutte le conseguenze dell'abuso sessuale nei bambini, e che copra l'intera gamma dei sintomi, i disturbi da stress post-traumatico sono stati considerati come possibile diagnosi che potrebbe corrispondere all'insieme della patologia successiva all'abuso (Rowan 2006).

Come ricordano Conti e Di Blasio (2000) la relazione tra il disturbo post-traumatico da stress e maltrattamento infantile, abuso sessuale compreso, è accertato (McLeer, 1998), tanto che oramai la letteratura più recente non si occupa più di dimostrare tale legame, concentrandosi invece sugli approfondimenti clinici. Drell, Siegel & Gaensbauer (1996) raccomandano l'attenzione ai sintomi tipici del PTSD nei bambini: immagini e sogni intrusivi, esperienze in cui il bambino rivive o riattualizza il trauma in risposta a stimoli che lo rievocano, evitamento di situazioni e stimoli associati al trauma e comparsa di eventuali sintomi associati (restrizione della gamma degli affetti, distacco, calo di interesse nelle attività significative, perdita di abilità recentemente acquisite e/o la presenza di sintomi psicopatologici più generici, quali la difficoltà nel sonno e ipersensibilità del sistema nervoso autonomo).

Il PDM classifica il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) come disturbo d'ansia, disturbo dissociativo e disturbo da stress (Brett, 1993). La relazione tra ansia e dissociazione deve essere ulteriormente chiarita.

Nei pazienti con PTSD si osservano preoccupazioni intense relative ai dettagli associati alle esperienze traumatiche, preoccupazioni che a volte arrivano fino a un vero e proprio evitamento fobico (Lingiardi & Del Corno, 2008).

L'esperienza traumatica può arrivare a sopraffare le capacità mentali, disturbare l'esperienza e l'espressione degli affetti e interferire con la capacità di simbolizzazione e con la fantasia, contribuendo così al crollo della capacità di attribuire significato agli eventi; può però anche interferire con il pensiero e con i ricordi connessi al trauma.

Generalmente questa patologia si sviluppa secondo una precisa sequenza: una prima fase acuta in cui compaiono reazioni immediate di disorganizzazione, sentimenti di vulnerabilità, incredulità, bisogno di isolarsi, senso di annichilimento; in seguito compaiono reazioni a breve termine, che comportano emozioni e sentimenti più articolati, anche se ambivalenti e contrastanti (autocolpevolizzazione e contemporaneamente odio verso l'aggressore); infine compaiono le reazioni a lungo termine che implicano perdita di fiducia in se stessi e sintomi depressivi, crisi di pianto, insonnia, isolamento depressivo, incubi, disinteresse verso di sé e gli altri, sfiducia negli altri (Di Blasio, 1996).

Horowitz (1993) ha identificato otto esperienze soggettive che spesso seguono un trauma psichico grave: senso di perdita o tristezza; senso di colpa per la propria rabbia o i propri impulsi distruttivi; paura di diventare distruttivi; senso di colpa perché si è sopravvissuti; paura di identificarsi con il ruolo di vittima; vergogna per la sensazione di essere vuoti e *helpless*; paura che il trauma si ripeta; rabbia intensa diretta contro la fonte del trauma.

Negli adulti, le caratteristiche essenziali delle condizioni post-traumatiche includono: intensa rabbia o orrore; coazione a ripetere e ri-esperienza dell'evento traumatico (tramite incubi o *flashback*); evitamento degli stimoli associati al trauma (un odore, un luogo); ottundimento interiore (tentativi di automedicazione tramite l'assunzione di alcol o farmaci); sintomo di accresciuto *arousal* (irritabilità e ipervigilanza).

Le implicazioni cliniche variano a seconda delle differenze individuali e sono state suggerite vari approcci complessivi al trattamento della psicopatologia basata sul trauma. Varvin (2003) consiglia una progressione graduale che va dall'accettazione dell'iniziale posizione di evitamento dei residui del trauma a un aumento degli sforzi tesi a chiarificare la risposta traumatica; in questo modo è favorita una maggiore integrazione e padronanza (Bianchi & Moretti, 2006).

Gli stati *affettivi* (Lingiardi & Del Corno, 2008) connessi al trauma includono sia sentimenti ingestibili e soverchianti, in cui vengono inclusi: rabbia, terrore e vergogna per essere stati traumatizzati; sia la dissociazione degli affetti, manifestata da ottundimento, senso di vuoto e incapacità a connettere i sentimenti disturbanti con gli eventi che li hanno generati. La gestione degli affetti può essere profondamente influenzata dai traumi; questi interferiscono, se verificatisi nella prima infanzia, con i normali progressi maturativi della differenziazione delle esperienze affettive e della verbalizzazione dei sentimenti (Bianchi & Moretti, 2006).

Questi ostacoli allo sviluppo degli affetti spesso sfociano in anedonia, alessitimia e intolleranza dell'esperienza affettiva, tutti indicatori coerenti di una psicopatologia traumatica grave (Krystal, 1988). Mentre i traumi infantili possono determinare un arresto dello sviluppo affettivo quelli subiti in età adulta possono indurre regressioni nell'esperienza e nella gestione degli affetti.

I pattern *cognitivi* (PDM, asse S) specifici del disturbo post-traumatico da stress sono i flashback e gli incubi ricorrenti. Il pensiero degli individui traumatizzati può includere: un senso di tradimento che va al di là dei sentimenti di perdita della sicurezza presenti in altre condizioni di ansia; un senso di colpa per le azioni fatte o non fatte, o per essere sopravvissuti; tendenza a giustificare l'ansia travolgente combinata ad un distacco difensivo (Lingiardi & Del Corno, 2008).

Altri esiti cognitivi del trauma sono l'incapacità di pensare agli eventi traumatici, inclusa una dissociazione totale, la sensazione impotente di non riuscire a pensare ad altro. È frequente che gli individui traumatizzati sviluppino teorie su come avrebbero potuto evitare il trauma (Terr, 1995).

Alcune funzioni critiche dell'io (Bellak, Hurvich & Gediman, 1973), tra cui l'esame di realtà, il senso di realtà, il giudizio, la regolazione degli affetti, le difese e l'organizzazione/integrazione della memoria possono essere influenzate negativamente dal trauma. La distinzione tra il passato e il presente può essere annullata o sfuocata, così che il passato è sentito come se stesse accadendo in quel momento. Nei pazienti traumatizzati tende a esservi una ridotta capacità di integrare le esperienze, una dissociazione della coscienza e un ritorno al pensiero magico. Rilevanti sono anche la misura della regressione psicologica, il grado in cui la struttura psichica è intaccata, la sicurezza dell'attaccamento, il livello e la qualità delle relazioni oggettuali e la capacità di tranquillizzarsi da soli (Krystal, 1988).

Nello specifico l'impatto cognitivo della violenza sessuale lega quest'ultima al successivo senso di colpa, alla bassa autostima, all'auto rimprovero e ad altre attribuzioni distorte. Le donne con una storia di abuso sessuale sono più inclini ad attribuire gli eventi negativi a fattori interni e stabili, al loro stesso carattere e comportamento (Moretti & Bianchi, 2006).

Un effetto comune della vittimizzazione è l'ipervigilanza verso il pericolo, che può condurre all'iper-reattività in presenza di minacce potenziali, reali o immaginarie (Herman, 2005). La percezione di essere sempre in pericolo e la sensazione di impotenza, collegate al vissuto di non-controllo sperimentato nell'abuso, sono ulteriormente aumentate dal fatto che l'abuso è avvenuto quando la vittima era un bambino, perciò ancora fisicamente e psicologicamente in situazione di oggettiva inferiorità. I bambini accettano il fatto che la possibilità di evitare l'abuso non sia sotto il loro controllo e successivamente estendono questo assunto anche ad altri eventi meno incontrollabili, percorso che porta all' "Impotenza appresa", che si può presentare come passività nei confronti del pericolo o autopercezione di inadeguatezza nell'affrontare le circostanze avverse e ciò può portare a una forte vulnerabilità nei confronti di ulteriori vittimizzazioni (Lingiardi & Del Corno, 2008)

Gli stati *somatici* (PDM, asse S) caratteristici del disturbo post-traumatico da stress (spesso presenti anche in altre situazioni di ansia) includono irritabilità, disturbi del sonno e tentativi di automedicazione con abuso di sostanza

(Lingiardi & Del Corno, 2008). Le lamentele psicosomatiche sono frequenti (Krystal, 1988) e alcuni individui traumatizzati si trovano a fare nuovamente esperienza delle reazioni corporee che si erano manifestate al momento del trauma.

Per esempio, una donna che da bambina era costretta a fare sesso orale ad un adulto, ricordando questa esperienza può provare forti sensazioni di soffocamento o nausea. Il paziente può pensare che le sensazioni somatiche siano causate dal trauma e può provare una forte rabbia e un dolore particolarmente intenso o può minimizzarle con un diniego inconscio della gravità della disabilità. Le ricerche condotte da Nelson, Heath, Madden *et al.* (2002) suggeriscono che i pazienti possono sottostimare un danno fisico causato dall'abuso sessuale violento, cosa che può favorire lo sviluppo di ulteriori problemi fisici e mentali

I *pattern relazionali* (PDM, asse S) possono includere dei cambiamenti nel modo di rapportarsi con le altre persone, dovuti a una riduzione della fiducia in se stessi e a un aumento dell'insicurezza, nonché stati di ottundimento, ritiro, rabbia cronica e senso di colpa. Le relazioni possono essere molto compromesse a causa della dissociazione, dell'abuso di sostanze e di altre conseguenze del trauma (Lingiardi & Del Corno, 2008).

Molte persone abusate sperimentano difficoltà in settori sociali meno visibili, come le relazioni con gli altri. Spesso l'abuso avviene nel contesto di una relazione di intimità e di fiducia, così che il bambino impara a temere chi gli è prossimo o diventa ambivalente nei suoi confronti. Ne conseguono problemi nelle relazioni intime, nel fidarsi e nell'accettare l'autorità, problemi che possono avere conseguenze molto gravi (Malacrea, 2002).

Forse uno degli aspetti più dolorosi e distruttivi dell'abuso è il suo impatto sulla capacità della vittima di fidarsi degli altri. Il vivere nella paura continua di poter essere maltrattato, la difficoltà a fidarsi, la tendenza a reagire eccessivamente di fronte ad un rifiuto o ad una svalutazione può portare la vittima all'isolamento; di conseguenza l'amicizia e le relazioni d'amore possono essere sporadiche, superficiali e raramente sono durevoli (Dettore & Fuligni, 2008). Un altro problema di queste persone è l'associazione tra l'entrare in relazione e rischiare il maltrattamento: esse possono sia evitare

del tutto la vicinanza interpersonale sia accettare come inevitabile un certo livello di aggressività nelle relazioni (Briere, 1992). In quest'ultimo caso si può generare il rischio che la vittima sia nuovamente coinvolta in una situazione di abuso in un contesto relazionale diverso (con il proprio compagno per esempio).

4.2.5 Disturbo dissociativo

La dissociazione è definita come una perturbazione delle funzioni solitamente integrate di coscienza, memoria, identità e percezione del proprio ambiente (*American Psychiatric Association*, 2000).

Il PDM analizza l'esperienza interna nella dissociazione; andando a definire gli effetti che questa sindrome ha sugli stati affettivi, sui pattern cognitivi, somatici e relazionali.

Nei vari disturbi dissociativi ci sono diversi tipi di compromissione dell'organizzazione affettiva integrata dei pazienti.

Nel disturbo di depersonalizzazione vi è spesso una perdita del senso del proprio corpo; gli stati affettivi connessi alle sensazioni o ai movimenti del corpo vengono sentiti come alieni, come qualcosa che non fa parte del senso di sé, del "me".

La perdita del senso di "me" può essere accompagnata da angoscia acuta che può arrivare fino a sensazioni di panico o dal suo opposto, una strana calma o indifferenza. Nella fuga psicogena e nell'amnesia psicogena si osserva un altro tipo di frammentazione; comportamenti o ricordi specifici sono dissociati dal senso di sé. Questo pattern può essere accompagnato anche da una gamma di reazioni affettive che vanno dal panico alla relativa indifferenza (Lingiardi & Del Corno, 2008).

I pattern cognitivi, somatici e relazionali (PDM, asse S) dei pazienti con disturbi dissociativi tendono a riflettere gli stati affettivi specifici coinvolti nella dissociazione; ad esempio angoscia e panico possono manifestarsi come una preoccupazione intensa relativa a quello che sta succedendo in quel momento. I sentimenti di indifferenza possono essere espressi tramite chiacchiere apparentemente stupide. Alcuni stati somatici possono accompagnare diversi gradi di ansia o depressione che sono affettivamente disponibili o dissociati. Alcune condizioni fisiche possono anche sostituire gli

affetti dissociati: un torpore somatico o un'anestesia, possono rappresentare il torpore emotivo indotto dal trauma. Le relazioni variano in modo considerevole, ma sono spesso caratterizzate dal pattern superficiali, bisognosi, affamati di emozioni, incoerenti e apparentemente ambivalenti (Lingiardi & Del Corno, 2008).

Considerando il problema da un punto di vista più personale che relazionale si possono notare distorsioni a livello di memoria e pensiero (Malacrea, 2002). La dissociazione è la principale di queste disfunzioni ed è definita come una rottura difensiva nella normale connessione esistente tra pensieri, sentimenti e comportamento e ricordi, adottata (coscientemente o inconsciamente) per ridurre l'angoscia.

Per quanto riguarda i sintomi dissociativi comuni tra le vittime di abuso, Malacrea (2002) ne identifica tre tipologie: estraneazione, distacco/paralisi e auto-osservazione.

L'estraneazione è probabilmente il più comune e il più semplice; implica una separazione cognitiva dell'individuo dall'ambiente al momento del trauma. Consiste nel ritiro in uno stato di neutralità affettiva e cognitiva, dove i pensieri e la consapevolezza degli eventi sono messi in disparte. Il distacco/paralisi si riferisce a quegli stati in cui la persona diminuisce l'intensità delle sensazioni negative associate ai pensieri, ricordi o a eventi che stanno accadendo, così da potersi dedicare alle attività necessarie senza essere distratto o immobilizzato dall'angoscia. Infine l'auto-osservazione: si verifica quando le persone abusate fanno l'esperienza di vedere se stessi dal di fuori negli eventi in cui sono direttamente coinvolti. Nella forma cronica si presenta come una tendenza a evitare di sentirsi direttamente coinvolti in eventi stressanti o traumatici (Malacrea, 2002).

Tutti gli adattamenti psicologici a cui la vittima ricorre hanno il compito fondamentale di preservare l'attaccamento primario ai genitori di fronte alla quotidiana evidenza della loro cattiveria, impotenza o indifferenza. Il bambino adotta una serie di difese psichiche, in virtù delle quali la realtà della persecuzione è eliminata sia dalla coscienza che dalla memoria, come se niente fosse realmente accaduto, oppure è minimizzata, razionalizzata, giustificata in modo che, quale che sia l'evento traumatico che ha dovuto subire, non sia visto realmente come un abuso. Incapace di sfuggire o di

modificare una realtà di fatto insopportabile, il bambino la altera nella propria mente. La vittima preferisce credere che l'abuso non sia avvenuto attraverso un'esplicita negazione, la soppressione volontaria dei pensieri e una grande quantità di reazioni dissociative. La capacità di indurre la trance o stati dissociativi, normalmente elevata in bambini in età scolare, si sviluppa come una capacità perfezionata nei bambini vittime di abusi (Malacrea, 2002).

Diversi modelli di studio in abito di trauma da abuso si sono concentrati sulle diverse tipologie di sintomi dissociativi, sulla gravità dell'esperienza dissociativa e sul legame presente tra trauma e dissociazione. I dati forniscono una forte evidenza del legame che intercorre tra il ruolo del trauma e i diversi sintomi dissociativi all'interno della popolazione (Van Der Kolk, 2003). Studi su abusi fisici e sessuali in età infantile hanno dimostrato la forte connessione tra questa tipologia di trauma e il disturbo dissociativo (Chu & Dill, 1990; Kirby, Chu, & Dill, 1993, Litwin & Cardeña, 2000)

Nelle condizioni estreme di un precoce, grave e prolungato abuso, alcuni bambini, probabilmente quelli già dotati di notevoli capacità di entrare in stati di trance, cominciano a formare frammenti separati di personalità con loro nomi, proprie funzioni psichiche e ricordi isolati.

La dissociazione perciò non diventa soltanto un adattamento difensivo ma un principio fondamentale dell'organizzazione della personalità. Le esperienze traumatiche che avvengono durante l'infanzia, quando la tendenza alla dissociazione normalmente raggiunge il suo picco, (Steiner, Iena, Plattner & Koopman, 2003) possono richiedere il persistente uso della difesa di dissociazione verso il livello di consapevolezza dell'esperienza o altri traumi avversivi postumi.

CAPITOLO 2

L'ESPERIENZA TRAUMATICA E LA MEMORIA

La memoria
non è solo ciò che ricordiamo
a livello conscio degli eventi del passato [...]
è il modo in cui gli eventi passati influenzano le loro funzioni future
(Daniel Siegel)

1. Le basi della memoria

Gli psicologi cognitivisti sono soliti considerare la mente alla stregua di un processore di informazioni, analogo a un computer. L'informazione arriva alla mente attraverso il sistema sensoriale, quindi può essere manipolata in diversi modi, riposta in un magazzino a lungo termine e infine recuperata quando è necessario per risolvere un problema. In questa prospettiva possiamo definire la memoria come l'insieme di tutte le informazioni contenute nella mente di una persona e la capacità della mente di immagazzinare e recuperare tali informazioni (Gray, 2004).

Nella terminologia cognitiva le teorie, cioè l'ipotesi che una memoria consista di componenti specifiche, vengono di solito definite modelli che, non cercano di spiegare in termini di attività neurale come avvenga l'esecuzione di compiti differenti, ma si propongono di descrivere il funzionamento e le caratteristiche generali di ciascun compito in modo da poter effettuare delle previsioni circa il comportamento che le persone esibiranno in particolari circostanze. (Gray, 2004).

Uno dei primi modelli viene definito *modello modale della mente*, dove modale sta per standard; la prima versione di questo modello furono proposte negli anni '60 da Waugh & Norman (1965) e Atkinson & Schiffrin (1968).

Il modello modale presume che nella mente ci siano tre tipi di magazzini della memoria: memoria sensoriale, memoria di lavoro (o memoria a breve termine) e memoria a lungo termine. Ogni deposito è caratterizzato da una

propria funzione (il ruolo che svolge nel funzionamento complessivo della mente) e durata (il tempo per cui può trattenere un determinato tipo di informazione). Oltre ai tre magazzini, il modello nota una serie di processi di controllo quali l'attenzione, la ripetizione, la codificazione e il recupero, che governano l'elaborazione dell'informazione entro ciascun magazzino e il suo passaggio da un deposito ad un altro (Gray, 2011).

La memoria sensoriale è definita dalla traccia e dalla capacità di trattenere in memoria delle informazioni per un breve periodo di tempo, meno di un secondo per gli stimoli visivi, un po' più lungo per quelli uditivi; una traccia simile a quella dell'input sensoriale percepito rimane anche quando lo stimolo non è più presente ed è possibile fare ipotesi sullo stimolo anche in sua assenza (Atkinson & Schiffrin, 1968; Crowder & Surprenant, 2000)

Si ritiene che esista una memoria sensoriale specifica per ogni sistema sensoriale (visivo, uditivo, tatto, olfatto e gusto), ma soltanto quelle relative alla visione e all'udito sono state studiate a fondo. Ogni deposito sensoriale trattiene, per un tempo molto breve, tutti gli input che entrano in memoria indipendentemente dal fatto che la persona presti o meno loro attenzione. La funzione di questo magazzino è quella di trattenere l'informazione sensoriale abbastanza a lungo in modo tale da permettere ai processi inconsci di analizzarla e di trasferirla o meno al deposito successivo, cioè alla memoria di lavoro (Gray, 2004).

La maggior parte delle informazioni contenute nel deposito sensoriale non arriva alla nostra coscienza, ma si diventa consapevoli solo di quegli elementi che tramite un processo di selezione dell'attenzione entrano nella memoria di lavoro.

Secondo quanto prevede il modello modale di Murdock, parte delle informazioni che vengono elaborate nel deposito sensoriale passa nel secondo comparto che è costituito dalla memoria di lavoro.

La memoria a breve termine è la sede del pensiero conscio, ovvero di tutte le percezioni, sentimenti, confronti, calcoli e ragionamenti di cui siamo coscienti. Una definizione un po' vecchia, ma ancora molto utilizzata per indicare questo tipo di memoria è memoria a breve termine che indica anche la presenza relativamente temporanea dell'informazione entro questo deposito; se non viene ripreso da processi dell'attenzione e attivamente elaborato in

qualche modo dal pensiero, qualunque contenuto di questo comparto svanisce molto rapidamente (nel giro di pochi secondi). (Gray, 2004). Gli studi sulla memoria a breve termine si sono succeduti negli anni fino a considerare il modello modale limitato e restrittivo (Neath & Surprenant, 2011), Baddeley lo identifica invece come un meccanismo attentivo di controllo dove viene considerato come l'associazione tra un esecutivo centrale e vari sottosistemi.

Nel modello a processi integrati di Cowan (1999) l'espressione memoria di lavoro (altro nome per indicare la memoria a breve termine) "si riferisce a processi cognitivi che conservano le informazioni in uno stato insolitamente accessibile" (Gray, 2011). questa teoria enfatizza l'ipotesi che la memoria di lavoro sia una serie di processi contenuti nella memoria a lungo termine. La memoria di Cowan affronta non solo le forme fonologiche e visuo-spaziali di Baddeley (1986) ma anche i suoni non verbali e le informazioni tattili. Gli elementi possono persistere nel focus di attenzione o in uno stato di elevata attivazione tramite la reiterazione o altri processi (Schiffrin & Neath, 2011). Nel suo modello la memoria a breve termine è essenzialmente una memoria a lungo termine attivata, perciò ci si aspetta che la memoria a lungo termine svolga un ruolo fondamentale nei compiti di memoria a breve termine.

Una volta che l'informazione è stata codificata dal deposito sensoriale, che contiene la rappresentazione dell'ambiente circostante e successivamente dal magazzino della memoria a breve termine, in cui sono contenute tutte le conoscenze acquisite nelle esperienze passate, giunge nel deposito della memoria a lungo termine.

La memoria a lungo termine è il comparto che meglio descrive la nozione comune di memoria. In esso è contenuta una rappresentazione di tutto ciò che una persona conosce. Proprio per questa ragione la sua capacità risulta essere molto grande (Gray, 2004).

La memoria a lungo termine contiene le informazioni che ci consentono di ricordare, di rievocare un suono, un sapore, un odore; in generale non si è consapevoli dei milioni di informazioni presenti nel proprio magazzino a lungo termine.

La memoria a lungo termine sarebbe un passivo deposito di informazioni, al contrario della memoria di lavoro che sarebbe attiva; la memoria a lungo

termine, inoltre, è duratura e ha una capacità praticamente illimitata, contiene tutte le conoscenze durature di una persona (Gray, 2011).

2. La memoria a lungo termine

La memoria a lungo termine è considerata il deposito dei ricordi che sono passati attraverso la memoria a breve termine o memoria di lavoro, dai ricordi di eventi successi pochi minuti fa a quelli dei nostri eventi autobiografici più remoti (Baroni & D'Urso, 2012)

Agli inizi della ricerca sulla memoria a lungo termine gli studiosi si concentrarono maggiormente sulla memorizzazione di liste di sillabe senza senso e su serie di parole, tra loro non collegate da nessun nesso logico. I risultati condussero a capire che le informazioni che dovevano essere memorizzate potevano essere trattenute nel circuito fonologico della memoria di lavoro mediante una semplice ripetizione; era ragionevole quindi supporre che quanto più a lungo un item fosse trattenuto in memoria di lavoro, o quante più volte veniva ripetuto, tanto maggiore era la probabilità che venisse poi codificato nella memoria a lungo termine (Gray, 2004).

Ad oggi però questo non è davvero un buon metodo per codificare l'informazione nella memoria a lungo termine. Le persone che vengono sottoposte a test della memoria di cifre e che devono tenere a mente una lista di cifre ripetendola più e più volte, raramente ricordano queste liste a distanza di tempo, anche solo di pochi minuti dalla conclusione del test (Gray, 2011).

La vita quotidiana è piena di esempi di fallimenti della ripetizione, come strategie per immettere informazioni nella memoria a lungo termine; esempio molto vecchio, ma che risulta essere ancora oggi ben descrittivo della situazione, viene fatto da Edward Sanford (1917) che mise in evidenza la sua scarsa capacità di ricordare quattro brevi preghiere che aveva recitato migliaia di volte per venticinque anni (Gray, 2011).

Tra le carenze della prima versione del modello modale, che abbiamo precedentemente visto, vi è la mancata distinzione tra i processi di ripetizione, che mantengono le informazioni nella memoria di lavoro, e quelli che le codificano nella memoria a lungo termine. Infatti il modello originale ipotizzava che, quanto più a lungo un'informazione resta nella memoria di

lavoro o quanto più spesso viene ripetuta, tanto maggiori sono le sue probabilità di entrare nella memoria a lungo termine (Atkinson & Shiffrin, 1968).

Oggi però gli psicologi distinguono fra due diversi tipi di ripetizione: la reiterazione di mantenimento e la reiterazione di codificazione (Gray, 2011). La reiterazione di mantenimento è il processo grazie al quale un'informazione viene mantenuta per un certo tempo nella memoria di lavoro mentre la reiterazione di codificazione è il processo per cui l'informazione viene codificata nel deposito della memoria a lungo termine. I dati emersi dalle ricerche suggeriscono che alcune delle strategie più efficaci per la codifica dell'informazione siano l'elaborazione, l'organizzazione e la visualizzazione (Gray, 2011).

Gran parte di ciò che viene appreso e che poi viene ricordato non è dovuto ad uno sforzo cosciente di memorizzazione, ma piuttosto al fatto che quell'informazione ha catturato l'interesse e stimolato il pensiero della persona; più è profonda la riflessione su una certa informazione più sono alte le probabilità che questa venga successivamente ricordata. Riflettere profondamente su qualche cosa implica ben di più del semplice ripeterla, in quanto comporta il contatto di quella nozione a un costrutto informazionale già presente nella memoria a lungo termine.

Gli aspetti che studiano gli effetti sulla memoria definiscono questo processo elaborazione, o ripetizione elaborativa; il fine di questa elaborazione non è quello di memorizzare ma di capire quello che avviene, tuttavia sforzarsi a comprendere qualcosa risulta essere il modo più efficace per codificarlo nella memoria a lungo termine (Gray, 2011).

In quanto a strategia, l'organizzazione è strettamente collegata all'elaborazione. L'organizzazione delle informazioni da tenere in memoria è di per se stessa una forma di elaborazione, dal momento che per poter essere organizzate, le informazioni devono essere attivamente rielaborate dal pensiero e non semplicemente ripetute. Inoltre, l'organizzazione può migliorare la memoria rivelando o creando collegamenti tra informazioni diverse che altrimenti verrebbero percepite come distinte e scollegate (Gray, 2011).

Un modo per aumentare l'efficienza della memorizzazione consiste nel riunire in un unico costrutto informazioni che, in origine, sono state percepite come singoli item separati. Questo procedimento, nota come raggruppamento (*chunking*), fa diminuire il numero degli item da ricordare e al tempo stesso aumenta il contenuto di informazione di ciascun item (Miller, 1956).

Nei paesi anglofoni, ad esempio, chi inizia a studiare medicina per ricordare i sette sistemi della fisiologia umana (scheletrico, circolatorio, respiratorio, digerente, muscolare, nervoso e riproduttivo) ricorre alle parole *SACRED MANOR* (sacro maniero), dove le consonanti corrispondono alle iniziali dei nomi dei sette apparati (scheletrico, circolatorio, respiratorio, digerente, muscolare, nervoso, riproduttivo).

Il raggruppamento, riducendo il numero degli item, ed arricchendoli di significato, è un mezzo molto utile e vantaggioso sia per mantenere l'informazione nella memoria di lavoro sia per codificarla in quella a lungo termine (Gray, 2004).

Un altro metodo di organizzazione è quello gerarchico, che risulta essere in assoluto il più efficiente. In un ordinamento gerarchico gli item tra loro correlati sono radunati in categorie, le categorie correlate sono a loro volta riunite in categorie di ordine superiore e così via.

In un esperimento volto a comprovare i vantaggi che l'organizzazione gerarchica comporta per la memorizzazione a lungo termine, Halpern (1986) presentava un elenco di 54 titoli di canzoni famose, che i soggetti dovevano imparare a memoria. Per alcuni l'elenco era organizzato in modo gerarchico, attraverso ripartizioni in categorie e sottocategorie, per altri l'elenco conteneva gli stessi titoli ma disposti senza alcun raggruppamento sistematico. Halpern procedette poi a verificare la capacità dei soggetti di ricordare i titoli delle canzoni e trovò che quelli a cui aveva presentato l'elenco organizzato ricordavano con precisione molti più titoli degli altri soggetti a cui aveva presentato l'elenco dei titoli disposti a caso (Gray, 2011).

L'ultima modalità di codificazione delle informazioni nella memoria a lungo termine, dopo la ripetizione, l'elaborazione, l'organizzazione è la visualizzazione. La mente umana oltre a memorizzare informazioni verbali ha la capacità anche di memorizzare a lungo termine immagini o scene visive, in

forma non verbale; tali contenuti possono poi, in un secondo tempo, essere richiamati nel taccuino visuo-spaziale della memoria di lavoro (Gray, 2011). Oltre a fornire un registro indipendente della memoria, la visualizzazione può anche facilitare la codificazione delle informazioni presentate in forma verbale, poiché crea nuove possibilità di elaborazione e raggruppamento. È necessario pensare al significato di una parola, elaborarlo, per poterla trasformare in un'immagine, a sua volta poi un'immagine mentale ha il potere di aggregare in un'unica scena informazioni altrimenti distribuite.

2.1 Il recupero di informazioni della memoria a lungo termine

Una volta che la memoria a lungo termine è stata codificata, un'informazione può essere o non essere disponibile per un suo successivo utilizzo quando ce ne sia bisogno. Ma perché a volte non si è in grado di ricordare eventi che pure conoscevamo bene? O perché in alcuni casi il ricordo di certi eventi è diverso ogni volta che vengono raccontati o ci si ricorda di eventi che in realtà non sono mai accaduti? (Gray, 2004)

Il tempo è chiaramente un fattore di primaria importanza per il ricordare o il dimenticare; la capacità di recuperare, dalla memoria a lungo termine, una specifica informazione si riduce con il passare del tempo, a meno che quell'informazione non sia richiamata spesso. La rapidità con cui un ricordo si estingue è estremamente variabile e dipende sia dal livello di profondità con cui in origine è stato codificato sia dalle circostanze in cui si cerca di recuperarlo.

Ma cosa avviene nel tempo che porta a dimenticare? Una delle prime teorie avanzate a questo riguardo sosteneva che i ricordi svaniscono o si deteriorano gradualmente se non vengono usati (Thorndike, 1913). In accordo con questa teoria, ricerche indicano che le connessioni sinaptiche, che sono rafforzate dalle esperienze di apprendimento, si indeboliscono a poco a poco con il tempo se quelle esperienze non vengono rinnovate (Bailey & Chen, 1989). Ad oggi però non vi è ancora modo di provare che negli esseri umani questo indebolimento delle sinapsi sia all'origine della perdita di informazioni nella memoria (Gray, 2004).

Qualunque sia il ruolo che il tempo gioca nella dimenticanza, tale ruolo dipende in larga misura sia dal tipo di ricordo che dal modo in cui questo

viene acquisito o vissuto. Uno dei problemi fondamentali è l'impossibilità di analizzare la teoria del decadimento dei ricordi, non si può infatti essere certi che un particolare tipo di ricordi sia andato definitivamente perduto solo perché non viene richiamato in un particolare momento.

Il tempo non è l'unico fattore che influenza la rievocazione del ricordo, anche l'interesse del soggetto per l'informazione presentata può predire una buona prestazione di ricordo (Baroni & D'Urso, 2012); per interesse si intende l'attivazione di qualche genere di motivazione a investire risorse cognitive, in altre parole di prestare attenzione.

I fattori emozionali hanno, un ruolo per aiutarci a ricordare, ma anche per aiutarci a dimenticare. Ci sono ricordi stampati quasi indelebilmente nella nostra mente perché connessi ad una grande emozione. Ciascuno di noi ricorda dove si trovava l'11 settembre 2011, mentre sarebbe inutile provare a ricordare cosa stava facendo il 10 o il 12 settembre dello stesso anno. Allo stesso tempo i fattori emozionali possono portare anche all'amnesia del ricordo. Nei casi di stupro succede frequentemente che la vittima si manifesti appena confusa subito dopo il fatto e al momento di fare la prima deposizione alla polizia non sappia dire cosa le sia successo. Anche i lapsus e le piccole dimenticanze della vita quotidiana possono essere interpretate come l'espressione di desideri e intenzioni di cui il soggetto non è cosciente, ma che comunque determinano le sue motivazioni e le sue emozioni (Dettori & D'Urso, 2012).

Ricordare qualcosa non significa solo recuperarne la traccia impressa nella memoria durante la codifica originale; il cervello non è un registratore che cataloga informazioni con un grado elevato di fedeltà e ricordare non significa trovare e risentire la cassetta giusta. Ricordare è, piuttosto, un processo attivo d'inferenza, guidato sia dalle conoscenze generali della persona e dalle sue intuizioni riguardo al mondo che dagli indizi presenti in quel momento nell'ambiente. Quando viviamo un'esperienza, la nostra mente codifica, nella memoria a lungo termine, solo una parte dell'informazione fruibile; in seguito poi quando ci avviamo a raccontare la storia, recuperiamo solo frammenti codificati e riempiamo i vuoti con quello che la logica e la nostra conoscenza ci suggeriscono che possa essere accaduto, anche se non riusciamo a ricordarlo (Gray, 2004). Se la stessa storia viene raccontata più volte, diventa sempre più difficile distinguere il contenuto della traccia originale dalle

aggiunte posteriori. Quindi il ricordare una storia o un'esperienza non si risolve in una semplice rilettura dell'informazione originale, ma in una vera e propria ricostruzione che avviene in più fasi e alla quale contribuiscono varie fonti.

Diversi studi mostrano che la rievocazione di un'informazione visiva sull'ambientazione o il contesto fisico di un evento è fondamentale per ricordare. La creazione di immagini visive può indurre a credere che si sta ricordando un evento anche quando questo non è mai accaduto. Johnson, Raye, Wang *et al.* (1979), dimostrarono che più gli studenti del college immaginavano di vedere qualcosa, più sostenevano di averla vista. Hyman & Pentland, 1996, scoprirono che chiedere di immaginare eventi relativi all'infanzia aumentava la probabilità di generare pseudo ricordi di un evento mai accaduto. Dato che l'evocazione di immagini visive intensifica l'esperienza soggettiva del ricordo, si può meglio capire quelle situazioni in cui la gente sembra ricordare avvenimenti orrendi che non sono mai accaduti.

Ricordare un evento passato o sapere soltanto che si sia verificato dipende in primo luogo dal grado di partecipazione e dal tipo di informazione richiamata che torna alla mente; le esperienze soggettive, come ricordare e sapere possono anche essere influenzate dal modo in cui viene recuperato un evento passato.

Questa capacità di costruire il passato ha un valore adattivo, in quanto ci permette di trarre un senso logico compiuto da esperienze codificate in modo incompleto e frammentario, così da poterle utilizzare, ma è anche un processo che può portare a distorsioni (Gray, 2011).

2.2 Falsi ricordi

Dopo un secolo di dibattiti in cui ci si domandava se i ricordi lasciassero tracce nel cervello o se si costruissero ogni volta in cui venivano richiamati alla mente, si è arrivati alla conclusione che il ricordo sia un evento in larga misura ricostruito piuttosto che ripetuto (Block Schaaf, Shestowsky *et al.*, 2012). L'accaduto viene rielaborato, possono così essere anche inseriti dati che non appartengono al ricordo originale (Laney & Loftus, 2005; Baldini, 2006): i ricordi non sono quindi una rappresentazione fedele, accurata e completa della situazione codificata.

Gli studi di Ornsteien & Haden (2002) sulla memoria hanno portato a dichiarare che non tutto ciò che viene appreso diventa oggetto di memoria e che le informazioni che vengono apprese possono avere impatti molto differenti sulla memoria; lo status delle informazioni, all'interno della memoria, è oggetto di modifica da parte del tempo; il recupero delle informazioni non è mai perfetto.

Le modalità di costruzione dei propri ricordi è strettamente influenzato, non solo dagli schemi di memoria esistenti, quanto dalle informazioni che la memoria acquisisce dopo che è avvenuto il processo di codificazione. Questi effetti assumono un'importanza fondamentale in dibattiti processuali nei tribunali e nelle psicoterapie. (Gray, 2002)

Quando un testimone viene interrogato con insistenza da un avvocato su particolari fatti di un crimine, il modo in cui vengono poste le domande può influire sul ricordo evocato? Se un adulto inizia a ricordare abusi subiti in infanzia, quello che ricorda è realmente avvenuto o è costruito a posteriori, magari prodotto sotto l'influenza di idee suscitate da un terapeuta, da un familiare? (Gray, 2002).

Negli anni '80 negli Stati Uniti questo problema fu al centro di molti dibattimenti processuali di alto profilo. Vi furono casi di persone che denunciarono i genitori per orribili abusi subiti nell'infanzia e scoperti durante una psicoterapia,(Carett, Capraro & Schimmenti, 2013) e casi di genitori che citarono in giudizio gli psicoterapeuti dei propri figli, accusandoli di aver impresso in loro falsi ricordi. Questi processi portarono a decine di ricerche, le quali hanno dimostrato che le suggestioni, gli incoraggiamenti e l'immaginazione possono generare falsi ricordi di esperienze infantili (Gray, 2011).

Diversi studi condotti da Loftus hanno dimostrato che i ricordi hanno la più alta probabilità di subire distorsioni quando un'informazione ingannevole viene suggerita come farebbe un buon investigatore, cioè ripetendola in modo insistente ma elusiva e inserendola nel contesto di un resoconto veritiero di fatti realmente accaduti (Loftus & Ketcham, 1994).

È questa la situazione in cui si potrebbe trovare una madre intenta ad indagare se il proprio figlio abbia subito dei comportamenti inappropriati da

parte della maestra. Durante il racconto, il bambino può essere “rinforzato” e “deviato, nella sua ricerca di una spiegazione, dall’adulto a cui si rivolge. L’adulto, può, infatti, volontariamente o involontariamente, alterare, quindi suggestionare, il resoconto e la memoria del bambino (Faller, 2008)

Un caso avvenuto in Svezia e riguardante 10 bambini (9 maschi e 1 femmina, di età media pari a 5.9 anni all’epoca dell’abuso) è esemplificativo di questo problema. La polizia li interrogò (nessuno di loro aveva ancora rivelato di essere stato vittima di abuso sessuale) dopo aver rinvenuto delle videocassette girate dal responsabile di 102 episodi di violenza. Cinque di loro, compreso quello che era stato abusato in modo più grave e per più tempo (sessanta volte) non rivelarono nulla della violenza subita durante l’interrogatorio di polizia; altri due minimizzarono l’accaduto e soltanto i resoconti di tre bambini risultarono corrispondere con quanto documentato dalle videocassette. Una delle tre rivelazioni ebbe luogo solo quando la polizia ricorse a una domanda tendenziosa (Sjoberg & Lindblad, 2002). Benché alcuni bambini affermassero di non riuscire a ricordare l’abuso, altri ammisero di aver tentato con tutte le forze di dimenticarlo o di non volerne parlare. Nessuno di loro rivelò di aver subito molestie sessuali che non fossero documentate nelle videocassette.

Dai risultati di studi di Olafson & Lederman (2006) emerge con chiarezza come il comportamento della madre possa influenzare sia il ricordo del bambino che la prontezza con cui esso viene riportato; il sostegno da parte della madre favorisce una rivelazione spontanea.

Nonostante i risultati degli studi dimostrino come sia necessario uno specifico stile di interrogatorio con bambini possibili vittime di abusi, le ricerche dimostrano che gli intervistatori tendono ancora a fare affidamento sulle domande chiuse, a risposte alternative, che invitano alla rivelazione e che possono inibire il racconto del minore e a volte introdurre degli errori nelle loro risposte (Lamb & Thierry, 2005).

Per molti anni non è stato possibile esprimere dubbi sulla veridicità o meno delle parole dei bambini in tema di abusi; si riteneva anzi che una narrazione ricca di dettagli fosse il segnale di un racconto reale. La Faller (1984) era molto decisa nel sostenere che i bambini non avessero alcun interesse

nell'inventare un'accusa di abuso aggiungendo anche che i bambini non hanno la conoscenza sessuale necessaria per elaborare un' accusa.

Lanning (1996) afferma che le false accuse siano estremamente rare e che nei casi in cui avvengono solitamente bisogna andare a ricercare un malfunzionamento all'interno del contesto familiare (Dettori, & Fuligni, 2008). Ceci, Bruck & Hembrooke (1998) ritengono che alla base dei falsi ricordi del bambino ci possano essere delle difficoltà nel separare due o più sorgenti di memoria ; a volte i bambini ricordano come reale un evento che era solo stato raccontato. Gli autori intervistarono un gruppo di bambini tra i tre e i sei anni su eventi reali (con l'aiuto dei genitori) e su eventi immaginari. Queste interviste furono condotte dalle sette alle dieci volte a intervalli di 7/10 giorni per ciascun bambino. I risultati rilevarono che tutti i bambini erano suscettibili a informazioni erronee a loro comunicate, soprattutto i più piccoli; i bambini fra i tre e i quattro anni che confermavano l'esperienza fittizia, tendevano a diminuire con il tempo, mentre quelli tra i cinque e i sei anni aumentavano (Faller, 2008).

Fivush (1993) definisce l'accuratezza della memoria come "un accordo tra il ricordo dell'individuo e una documentazione/relazione obiettiva di un evento, oppure l'accordo con altri partecipanti all'evento": secondo Fivush, i bambini in età prescolare sono in grado di ricordare gli eventi, personalmente sperimentati, tanto quanto i bambini più grandi, però hanno bisogno di maggior supporto esterno (adulto) al fine di recuperare le informazioni sull'evento (Dettor & Fuligni, 2008).

Sono diversi gli autori (Casciano, 2004. Baldini, 2006, Garaerts, 2007. Rubin & Berntsen, 2007) che sostengono che i resoconti di ricordi dei bambini che vengono sollecitati correttamente, sono affidabili ed esatti, e nessun bambino confabula o si serve dell'immaginazione e delle fantasie se non spinto a farlo, ma utilizza la fonte diretta del racconto.

Ad oggi queste affermazioni sono state riesaminate e nonostante siano molti i ricercatori a sostenere che raramente i bambini mentano sull'abuso sessuale (Malacrea, 2000) sono diverse le ricerche finalizzate a chiarire tutte le variabili che possono portare persone a costruire falsi ricordi.

In uno studio comparato su 159 minori di estrazione sociale medio-bassa Howe, Cirretti, Toth *et al.* (2004) non trovarono differenze negative o positive nei processi di ricordo e riconoscimento tra bambini maltrattati e bambini non

maltrattati. I primi erano state vittime di abusi sessuali, trascuratezza, violenza e/o maltrattamenti emotivi. Gli autori hanno sostenuto che i loro risultati concordassero completamente con lo studio di Eisen, Gooman, Qin *et al.*, (2002), che scoprirono che i bambini vittime di maltrattamenti non sono ne più ne meno soggetti alle suggestioni e alle informazioni fuorvianti degli altri bambini. Howe, Cirretti Toth *et al.*, (2004) trovarono invece nel complesso differenze nella funzione mnemonica in base allo status socioeconomico, e sostennero che tali differenze sono ragionevolmente comprovate (Faller, 2008).

Altri studi hanno dimostrato che l'insistenza del fornire certe informazioni può portare le persone a ricordare interi episodi della propria vita che in realtà non sono mai avvenuti.

“Nel novembre 1988, scrissi mentre ero in trance e rievocai il primo abuso durante un rito satanico. Da quel momento la situazione andò peggiorando”, è uno dei racconti delle sedute di terapia di gruppo di Diana dopo aver ricordato, sempre durante un momento di trance, di essere stata molestata dal padre. *“Ero sempre perplessa, non capivo più niente, ma quando accennavo a questo fatto il terapeuta mi sgridava, diceva che non lascio il beneficio del dubbio alla bambina che era dentro di me, che volevo negare tutto. Non sapevo più cosa credere. Però mi fidavo di lui”.*¹

Tutte le partecipanti a questo gruppo di terapia durante il percorso finirono per rievocare abusi subiti l'infanzia, molte di loro ricordarono abusi subiti durante riti satanici. Diana è un esempio di paziente che dopo aver abbandonato quel tipo di terapia iniziò a sostenere che i ricordi recuperati fossero infondati e fossero solo il frutto della severità del terapeuta (Schacter, 2001)

Secondo alcuni studiosi una delle cause sottostanti alla maggior parte, se non a tutti, i falsi ricordi è la confusione delle fonti (Mitchell & Johnson, 2000). La nostra mente acquisisce informazioni dalle fonti più disparate, tra le quali figurano le esperienze vissute in prima persona, le storie che abbiamo sentito raccontare e scene che abbiamo immaginato, e le riorganizza in modi che possono aver significato, ma che occultano il legame tra ciascun elemento informativo e la relativa fonte. (Malacrea, 2000)

¹ Daniel L Schacter. Alla ricerca della memoria. Il cervello, la mente e il passato

Anche la pressione sociale è tra le cause più frequenti di falsi ricordi (Loftus, 1997); la pressione sociale può instaurarsi nei tribunali, quando l'avvocato conduce l'interrogatorio e si comporta come se l'interrogato sia obbligato a ricordare perfettamente tutti i particolari di un incidente; in ambito terapeutico quando il terapeuta trasmette al paziente il messaggio che nel suo passato devono essersi verificati certi tipi di incidenti o abusi e che il paziente ha il compito di riportarli alla memoria; in ambito familiare quando i genitori inducono il figlio a denunciare un abuso avvenuto a scuola a causa di un comportamento di ricerca di informazioni già accusatorio in principio.

Una persona che sente su di sé una pressione perché ricordi una determinata cosa, ha più probabilità di un'altra che non subisce una simile pressione di prendere per reale un ricordo vago, solo possibile (Loftus, 2000).

In una recente rassegna di Olafson (2007) si è giunti a delle conclusioni importanti sulla testimonianza dei bambini tra cui troviamo: l'importanza di non essere influenzati dalle informazioni mediatiche relative alla suggestionabilità dei bambini; i bambini, al pari degli adulti, ricordano meglio gli aspetti centrali degli eventi emotivamente significativi di cui hanno avuto esperienza personale; livelli moderati di stress durante la fase di codifica del ricordo sembrano facilitare una successiva rievocazione (anche se la traumatizzazione subita nel caso di abuso sessuale può portare e interferire con i processi di mentalizzazione); l'età e lo sviluppo costituiscono i predittori migliori sia di capacità mnestiche che di suggestionabilità; una modalità di intervento calda (ma non troppo familiare) migliora la qualità del ricordo dei bambini e li rende meno suggestionabili rispetto a domande fuorvianti; i risultati di ricerche ottenute su bambini di età prescolare con dovrebbero essere applicati a bambini di età scolare o negli adolescenti. Infine si raccomanda agli intervistatori di impiegare soprattutto domande aperte, che invitano alla libera narrazione e di limitare invece l'uso di domande chiuse, che pongono delle scelte tra alternative prestabilite o sono suggestive.

Anche il carattere, l'autostima, l'affabilità e la fiducia in sé stessi possono avere un peso nella suggestionabilità di adulti e bambini, ma in questo caso risulta applicata la definizione estesa di suggestionabilità, cioè quella che prende in considerazione le false affermazioni piuttosto che i falsi ricordi (Ceci, Crossman, Scullin *et al.*, 2002; Pipe & Salmon, 2002; Warren & Marsil, 2002). Per concludere, in una rassegna di 69 articoli riguardanti i

fattori che influenzano lo sviluppo di falsi ricordi nei bambini, Bruck & Malnyk (2004) affermano che: “fatta eccezione per i bambini con ritardi mentali, le evidenze scientifiche suggeriscono che attualmente non è possibile identificare categorie di bambini più suggestionabili.”

Quello che si può in conclusione affermare insieme a Faller (2007), Block, Schaaf, Alexander *et al.*, (2013) è che il mancato riferire da parte di bambini un abuso realmente avvenuto costituisca un problema maggiore di eventuali false dichiarazioni di abuso. Risulta quindi più probabile che un bambino non riferisca un'autentica vittimizzazione, piuttosto che ne denunci una non realmente avvenuta, fatto che, invece è più probabile da parte di adulti, ad esempio nei casi di dispute di affidamento di divorzio (Faller, 2007, 2008. Block, Schaaf, Alexander *et al.*, 2013).

3. Molteplici sistemi di memoria: la memoria esplicita e implicita

Il modello modale, descritto nei paragrafi precedenti, ci ha permesso di distinguere una componente attiva (la memoria di lavoro) e una passiva (la memoria a lungo termine); la sua componente centrale è rappresentata dal riquadro con l'etichetta memoria di lavoro che equivale alla percezione e al pensiero consci. Secondo il modello, una nuova informazione può essere codificata nella memoria a lungo termine solo se prima è stata consciamente percepita entro la memoria di lavoro, e l'informazione nella memoria a lungo termine può influenzare il comportamento solo se viene richiamata nella memoria di lavoro. Il modello in questo modo non tiene conto dei contenuti di memoria che possono influenzare il comportamento senza diventare consci. (Gray, 2011). Studi più moderni identificano nella memoria esplicita gli aspetti che rispettano la previsione del modello modale, tutti gli altri fanno entrare a far parte della memoria implicita.

La memoria implicita è il tipo di memoria che non entra a far parte della coscienza; consiste di tutti quegli elementi inconsci, tramite i quali le precedenti esperienze influenzano il comportamento o il pensiero di una persona; viene spesso definita priva di consapevolezza (Gray, 2004). Questa memoria è detta implicita perché viene valutata da test impliciti, cioè test in cui i soggetti coinvolti nell'esperimento non sono consapevoli del fatto che il

compito che stanno facendo sia collegato ad un evento specifico (Neath & Surprenant, 2003).

Se volessimo verificare che una persona sappia stare in equilibrio su una bicicletta il modo migliore non sarebbe chiederglielo ma chiederne una dimostrazione e nel caso in cui la persona dimostri di essere in grado di farlo questo significa che sa come tenersi in equilibrio su una bicicletta.

Tra esempi di ricordo implicito troviamo: bambini in età prescolare vittime di abuso sessuale che mimano atteggiamenti sessuali con adulti o altri bambini; è possibile che stiano rappresentando il ricordo implicito dell'abuso subito; un minore con una storia di maltrattamenti che si rannicchia spaventato appena vede il terapeuta entrare dalla porta e spostare la tenda, può essere esposto ad una riattivazione del ricordo di un evento doloroso (Gray, 2004).

Dato che le persone non riescono a riferire verbalmente i contenuti della memoria, la memoria implicita viene chiamata anche *memoria non dichiarativa*, tra cui ritroviamo capacità motorie, abitudini, regole tacite.

La memoria esplicita fa riferimento al tipo di ricordo che può esser portato al livello della coscienza; ha un alto grado di flessibilità e determina le informazioni presenti nel pensiero conscio (Gray, 2011). Le informazioni della memoria esplicita possono essere richiamate anche mediante modalità diverse da quelle in cui sono state acquisite e possono anche essere abbinate ad altri contenuti espliciti allo scopo di condurre riflessioni, pianificare azioni. Questa memoria viene definita esplicita perché è possibile verificare direttamente ciò che il soggetto ricorda di un evento specifico.

I ricordi espliciti sono descrizioni consapevoli, verbali e consequenziali e narrative di eventi vissuti nel passato (Faller, 2008).

La memoria esplicita è detta anche *memoria dichiarativa*, poiché l'informazione può essere comunicata a parole appena viene recuperata dal magazzino.

Il modello tradizionale di Tulving (1972) ha ipotizzato l'esistenza di due principali sistemi mnestici della memoria esplicita: i sistemi di memoria semantico ed episodico.

La memoria semantica, contiene la conoscenza concettuale ed effettiva; si riferisce all'immagazzinamento e all'utilizzo di conoscenze che riguardano le parole e i concetti, le loro proprietà e le relazioni reciproche (Schacter, 1996)

La memoria semantica (Tulving, 2002) è la memoria esplicita delle informazioni non collegate nella mente a una particolare esperienza del soggetto. Questa categoria comprende la conoscenza del significato delle parole, l'insieme di idee, schemi che costituiscono la personale conoscenza del mondo di ogni persona. Comprende anche quella conoscenza di noi stessi che non è direttamente collegata alla rievocazione di un particolare episodio della propria vita. Ricordare che le mele sono rosse e che i cani abbaiano, è un esempio di memoria semantica; è certo che queste informazioni sono state acquisite in un preciso momento, ma la conoscenza di questi fatti è indipendente dalla rievocazione di un evento specifico (Gray, 2011).

Secondo Endel Tulving (2002) l'esperienza soggettiva del ricordo esplicito degli avvenimenti passati ha qualcosa di speciale che la differenzia dagli altri usi della memoria, per questo viene usata la memoria episodica, che permette di richiamare gli avvenimenti personali che impartiscono unicità alla nostra vita.

La memoria episodica (Gray, 2002) è la memoria esplicita delle passate esperienze di una persona, il ricordo delle nostre esperienze, delle nostre sensazioni in un momento specifico della nostra vita, il giorno del nostro diciottesimo compleanno, la cena del giorno prima, l'abuso subito per anni da un vicino di casa sono tutti ricordi che fanno parte della memoria episodica.

La memoria episodica (Schacter, 1996) ha sempre avuto una qualità personale; parte integrante di un evento codificato nella memoria episodica è il soggetto stesso, la sua personale esperienza di quell'evento che lo ha visto coinvolto nel ruolo di partecipante, di testimone o di chi semplicemente ha appreso qualcosa.

Qualunque analisi della memoria episodica deve tener conto dell'esperienza soggettiva della persona che ricorda, che Tulving chiama il *ricordante* (Schacter, 1997). Sottolineando l'intimo legame tra ricordante e ciò che viene ricordato, Tulving osserva che: "il particolare stato di coscienza che denota l'esperienza del ricordo comprende la convinzione da parte del ricordante che il ricordo sia più o meno una copia fedele dell'evento originale, anche se solo frammentaria e nebulosa, come pure la convinzione che l'evento sia parte del

proprio passato. Ricordare è per lui un viaggio mentale nel tempo, come rivivere qualcosa che è accaduto in passato “ (Tulving, 1983).

4. Le categorie della memoria episodica

La memoria episodica comprende i ricordi espliciti delle passate esperienze personali. Per dimostrare di possedere la memoria episodica, una persona deve essere in grado di rivivere, mentalmente alcune esperienze del passato e di descriverle; è una abilità che si sviluppa con relativa lentezza (Gray, 2011). I ricercatori (Nelson & Fivush, 2004; Richardson & Hayne, 2007) affermano che per potersi formare memorie episodiche delle proprie esperienze, i bambini devono prima sviluppare la capacità di codificare verbalmente tali esperienze, capacità che si sviluppa intorno ai tre anni. Molte ricerche hanno dimostrato che la capacità di formare ricordi a lungo termine nella memoria episodica aumenta gradualmente nel corso del tempo fino ad arrivare ai massimi livelli verso la fine dell'adolescenza e i primi anni dell'età adulta (Often, Kao, Sokol-Hessner *et al.*, 2007). Questo miglioramento si accompagna a una continua maturazione del cervello, con maggior concentrazione nei lobi frontali (Often, Kao, Sokol-Hessner *et al.*, 2007).

La memoria episodica ha delle sottoclassi che vanno ad occuparsi di caratteristiche specifiche del ricordo e qui verranno prese in considerazione la memoria narrativa-autobiografica, la *flashbulb memory* e la memoria traumatica.

4.1 La memoria narrativa-autobiografica

La memoria narrativa e quella episodica sono una “funzione di personalità vitale “ (Schachtel,1947) e mantengono la personalità stessa coesa nel tempo e in diversi contesti.

Janet (1925) ha sottolineato che la memoria autobiografica “come tutti gli altri fenomeni psicologici è un'azione, essenzialmente è l'atto di raccontare una storia” e la creazione della memoria autobiografica si basa su due azioni mentali (Janet, 1928): la prima consiste nella percezione, codifica e immagazzinamento dell'evento originario, la seconda consiste in un format narrativo parallelo di quello che è successo.

Bisogna considerare che la memoria narrativa non è come un videoregistratore di eventi, da cui recuperare ogni ricordo semplicemente inserendo una cassetta; è una memoria con una valenza ricostruttiva in cui il ricordo si solidifica assumendo un significato simbolico. Alcuni ricordi narrativo-autobiografico possono essere narrazioni piuttosto generalizzate, avere delle interruzioni nel flusso del racconto, con sintassi, sequenze e uso dei pronomi inusuali, possono produrre rievocazioni depersonalizzate di eventi terribili e senza il minimo coinvolgimento emotivo.

La memoria narrativa ha caratteristiche particolari potendo essere recuperata intenzionalmente e non dipendendo da specifiche situazioni per essere rievocata; fornisce a chi ascolta una narrazione delle storie flessibili e adattate a seconda dell'audience, permettendo a qualcuno di raccontare un episodio personale durante una festa in modo totalmente diverso dalla rivelazione che farebbe a un amico intimo (Schacter, 1996).

La memoria narrativa ha funzioni sociali e di interazione e serve a mettere in relazione gli esseri umani; è pertanto un modo per farsi conoscere dagli altri e per ottenere un insight sul proprio modo di essere; ha una funzione direttiva e serve a mantenere la coerenza del sé e a regolare le emozioni (Blucks, 2003, Conway, 1996; Conway, 2003; Andreani, 2006). In certe situazioni l'isolamento sociale e la mancanza di consapevolezza si possono verificare semplicemente quando non ci sono parole per raccontare la storia.

Nell'insieme, le ricerche non sostengono l'ipotesi che la memoria autobiografica sia un sistema specifico, ma piuttosto un processo che utilizza diversi sistemi a seconda delle situazioni, del contesto culturale e storico e degli scopi del soggetto. Il modello ciclico di Conway (1996) risulta essere ancora oggi quello che più si adatta a una grande quantità di ricerche empiriche (Andreani, 2006).

Conway identifica tre livelli di struttura: periodi di vita, che rappresentano la conoscenza dei periodi di anni e decenni distinti tematicamente nella vita di una persona; eventi generali che rappresentano conoscenza tematiche intorno ad eventi più brevi come giorni, settimane e mesi; eventi specifici che rappresentano conoscenze senso-percettive riferite a tempi brevi come ore o minuti. I ricordi dei tre livelli non esistono come unità specifiche ma nascono

da un processo di ricostruzione che può essere bottom-up o top-down, generale o specifico, partire dall'esterno o dall'interno (Andreani, 2006).

Il primo livello compare all'inizio del ricordo, quando il soggetto comincia ad identificare dei periodi della propria vita definiti da eventi esterni, come la caduta del governo, o personali, come il periodo universitario o una vacanza.

Da questo stadio si passa direttamente al secondo, che è il livello usato più di frequente. Dal periodo generico di tempo o di luogo o di attività svolta emerge il ricordo di eventi più generali, come un incidente, un gioco, il primo giorno di scuola o eventi ripetuti. L'approfondimento più o meno dettagliato del ricordo dipende sia dal compito richiesto, sia dai bisogni attuali del soggetto; per esempio una persona anziana potrebbe ricordare episodi piacevoli di gioventù per il bisogno di consolarsi nella sua solitudine, un giovane potrebbe ripescare nelle esperienze passate qualcosa che gli può essere utile nel presente, come affrontare un esame (Andreani, 2006).

I ricordi del terzo sono eventi specifici, hanno forma di immagini, sentimenti, dettagli sensoriali; nei ricordi di guerra oltre alle immagini visive, sono molto frequenti quelle relative ai rumori, agli odori, lo stesso vale per le vittime di abusi sessuali.

È idea di diversi autori (Cornway, 2003, Andreani, 2006) che ogni strato procuri indizi per gli altri, per cui si passa dal recupero di un periodo lungo a quello di episodi ed eventi sempre più brevi, attraverso i quali si costruisce una struttura gerarchica di conoscenze: questa struttura riguarda esclusivamente la propria vita, non eventi generali, per esempio il ricordo *“Quando mi recai negli Stati Uniti”* rimanda a *“Quando stavo a Boston”* e poi *“Quando incontrai per la prima volta il prof. X e mi disse...”* (Andreani, 2006). L'utilizzo di queste microstrutture permette di spiegare due caratteristiche apparentemente contrastanti, cioè la stabilità e la flessibilità con cui vengono recuperati i ricordi: questa è ben visibile nei racconti delle esperienze di vita del soggetto mediante l'incontro casuali con persone, luoghi, oggetti significativi.

Questi tre tipi di conoscenza sono di solito presenti e si alternano quando le persone raccontano la storia della propria vita. Studi controllati hanno rilevato che ciascun livello di conoscenza autobiografica obbedisce a diverse funzioni e che potrebbe essere perfino arbitrato dai diversi sistemi cerebrali che ne sono alla base. Gli eventi generici sembrano entrare naturalmente nella

nostra memoria autobiografica. Quando si chiede a qualcuno di raccontare un'esperienza del passato, questa preferisce descriverla a livello di un evento generico. Di solito dice: *“Mi divertivo molto a giocare a pallavolo quando ero al liceo”*, prima ancora di dire che ha frequentato il liceo o di rievocare un episodio specifico di una determinata partita (Gray, 2011).

Gli eventi generici godono di questa posizione privilegiata perché accumulano i benefici della ripetizione. Con il passare del tempo i dettagli specifici di un ricordo, anche molto importante emotivamente, tendono a mischiarsi tra loro, si avranno maggiori problematiche nel raccontare in modo dettagliato l'evento ma le sensazioni di come ci si era sentiti rimangono presenti. Il destino di questi ricordi suggerisce che le perdite a livello di conoscenza specifica dell'evento possono essere trasformate in "guadagni" a livello di eventi generici (Schacter, 1996). Gli eventi generici tendono a catturare le caratteristiche distintive del passato che diventano subito accessibili perché si sono rafforzate grazie alla ripetizione.

In studi condotti su anziani (Fitzgerald 1986; Conway, 1997, Andreani, 2006) mostrano che i ricordi autobiografici si distribuiscono in tre fasi critiche. Prima dei 4/5 anni vi è l'amnesia infantile, perché gli eventi precedenti non sono ricordati; tra i 15 e i 25 anni vi è una maggior frequenza di ricordi rispetto al totale; dopo i 70 appare un declino più o meno accentuato, tranne che per i ricordi dell'anno in corso o immediatamente precedente. Vengono invece conservati i ricordi relativi all'adolescenza e all'infanzia che sono stati rievocati diverse volte (Andreani, 2006).

Il fenomeno è ben confermato e appare legato non solo al fatto che nella fascia di età giovanile si situano avvenimenti importanti e probabilmente la capacità di codifica è migliore, sia per l'organizzazione sia per le immagini vivide più frequenti, ma soprattutto alla formazione dell'identità personale, che ricostruisce i ricordi in modo da renderla più coerente e gradita. È utile citare le parole di Conway e Rubin:

“la frequenza dei ricordi recenti riflette l'influenza del sé presente e si estende nell'immediato passato...infine il periodo dell'amnesia infantile può sorgere perché i temi importanti per il bambino non durano e non sono rappresentati nel sé adulto...perciò possiamo cominciare a comprendere la distribuzione dei ricordi durante la vita solo se mettiamo insieme le

spiegazioni cognitive della memoria e quelle non cognitive dello sviluppo del sé (Conway & Rubin, 1993, p125)

Autori come Conway, Rubin e Anderson hanno condotto varie rassegne per lo studio di modelli che non solo chiarissero il funzionamento della memoria autobiografica mediante la struttura dell'organizzazione dei ricordi ma anche di come vengono costruiti e recuperati.

Il processo di recupero da uno strato all'altro è ciclico e modulato dall'esecutivo centrale della memoria a breve termine; vi è inizialmente l'elaborazione di un indizio fornito dall'esperienza casuale spontanea o dalla richiesta di qualcuno; poi l'attivazione di questi indici conduce agli strati seguenti fino ad una terza fase in cui si decide che la ricerca è soddisfacente o che bisogna riprendere un nuovo ciclo. Attraverso questo processo di continuo accesso ciclico a nuovi indizi, seguito da una valutazione dell'adeguatezza del ricordo, si stabiliscono dei *pattern* di attivazione transitori, che possono essere ripetuti e diventare stabili: la costruzione del ricordo è così dinamica e si può riadattare continuamente alle circostanze e alle esigenze del compito; ad un certo punto poi si consolida e diventa un ricordo stabile (Andreani, 2006)

Il metodo più usato per esaminare la capacità di richiamo della memoria autobiografica è il diario. Il soggetto annota regolarmente ciò che accade e dopo un certo intervallo di tempo deve ricordare l'evento annotato collocandolo nello spazio e nel tempo. Visto, però, che l'individuo potrebbe annotare eventi che per qualche motivo lo colpiscono maggiormente (rimanendo più facilmente in memoria) si casualizza la scelta degli eventi da annotare, scegliendo a caso i momenti della giornata in cui fermarsi e annotare ciò che accade in un preciso momento (Schacter, 1996).

4.2 Flashbulb memory

La *flashbulb memory* è un termine coniato da Brown e Kulik nel 1977, durante l'analisi della presenza di vividi ricordi per eventi salienti, come l'assassinio del presidente John F Kennedy. Brown e Kulik arrivarono a sostenere che questi ricordi sono insolitamente accurati e che coinvolgono processi di memoria unici.

La scoperta più interessante che Brown e Kulik fecero nella loro ricerca fu che quasi tutti partecipanti riferivano ricordi straordinariamente dettagliati delle circostanze, dei luoghi in cui si trovavano durante la scoperta dell'assassinio di Kennedy. Una limitazione di questa ricerca era però che non c'era modo di testare la veridicità delle parole dei partecipanti. Per ovviare a questa limitazione gli studi successivi impiegavano paradigmi longitudinali al fine di valutare la coerenza dei ricordi dei loro partecipanti.

Pillemer (1984) testò in due momenti diversi la capacità di un gruppo di soggetti di ricordare dove si trovassero, cosa stessero facendo e con chi fossero durante la scoperta del tentato omicidio al presidente Ronald Reagan. In media, circa l'82% dei dettagli che venivano ricordati ad un mese dall'episodio erano presenti anche a distanza di sette mesi, questo dimostra a Pillemer l'impressionante accuratezza di questa memoria. Lo studio più recente è stato condotto in America, dopo l'attentato al World Trade Center nel 2001 (Sharot, Delgado, Martorella *et al.*, 2007) erano moltissimi i soggetti, non solo americani o che erano presenti in America in quel momento, che avevano ricordi vividi su dove fossero, cosa stessero facendo e con chi fossero nel momento della scoperta dell'attentato.

La *flashbulb memory* (Schacter, 1996) viene definita una sottocategoria della memoria autobiografica, ma mentre quest'ultima è più legata ad avvenimenti personali, come una festa di compleanno o un viaggio, la prima è legata ad avvenimenti di portata generale, eventi che hanno avuto un forte impatto emotivo come lo sbarco sulla Luna o la morte di Lady Diana.

Nonostante la straordinaria accuratezza di questa memoria, persino gli eventi di grande peso risentono del passare del tempo che indebolisce i ricordi.

Lo psicologo danese Steen Larsen condusse un studio sui propri ricordi quando venne a sapere dell'assassinio di Palme e inserì subito nel suo computer un resoconto dettagliato di come avesse appreso la notizia. A distanza di mesi il suo flash risultò non essere accurato come lui pensava, notò che i ricordi vividi del suo ricordare contrastavano con la scolorita rievocazione di come aveva appreso notizie meno importanti, in genere destinate a svanire nell'arco di un mese. Larsen ricordava perfettamente che sua moglie era con lui nel momento in cui apprese la notizia, ma quando fece un confronto con ciò che aveva scritto, scoprì che era solo e, con sua sorpresa, che la rievocazione di quello che fece subito dopo era imprecisa. Il

ricordo *flashbulb* risultava convincente a livello soggettivo, ma non si accompagnava ad accuratezza percettiva (Schacter, 1996).

La rievocazione di eventi importanti non è al riparo dagli errori di ricostruzione che si verificano quando cerchiamo di ricordare un episodio lontano. Nonostante la sicurezza dei flash, è dimostrato che alcuni decadono e cambiano con il tempo (Schacter, 1996). Non c'è dubbio che siano più durevoli e accurati di altri relativi alla quotidianità ma la loro forza sta nel fatto di venire discussi e pensati di frequente nei giorni, nelle settimane e persino negli anni seguenti all'evento.

Recenti studi hanno però dimostrato come la *flashbulb memory* debba essere vista come un meccanismo di memoria standard con una singolare influenza emotiva. Ad esempio, Conway, Anderson, Larsen *et al.*, nel 1994 rilevarono che eventi che avevano o non avevano sviluppato le proprietà canoniche dei ricordi *flashbulb*, presentavano elementi distintivi o caratteristici: in particolare, le principali differenze tra i due tipi di ricordi erano contributi di intensità affettiva e importanza percepita.

Il coinvolgimento emotivo dell'evento che viene inserito nella categoria *flashbulb memory*, è infatti molto alto e questo permette il recupero del ricordo in momenti successivi; lascia una sorta di traccia traumatica nella memoria della persona, anche se rimane su un livello di storia generale piuttosto che personale.

4.3 La memoria traumatica

I ricordi traumatici sono diversi dalla memoria narrativa; sono esperienze allucinatorie, solitarie e involontarie costituite da immagini visive, sensazioni e atti fisici che possono occupare l'intero campo percettivo e sono terrificanti per chi le vive (Janet, 1928, Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Van der Kolk (1996) sostiene che la memoria traumatica sia organizzata in modo differente dalla memoria ordinaria come implicita e percettiva, rispetto che come esplicita e narrativa. Nonostante i ricordi traumatici sono sperimentati come un rivivere il trauma, non sono delle riproduzioni precise, ma piuttosto rappresentazioni di tali eventi.

I ricordi traumatici sono caratterizzati da un senso di indefinitezza temporale e sebbene abbiano un contenuto comportamentale, sono soprattutto delle azioni mentali, azioni tuttavia totalmente diverse da quelle astratte e verbali della memoria autobiografica. Le azioni mentali necessarie per creare una narrazione non possono essere completate; gli individui traumatizzati, continuano l'azione o meglio un tentativo di azione, che si era avviata al momento dell'accaduto e si esauriscono in questo continuo riiniziare. (Schacter, 1997).

Da uno studio di Van der Kolk & Fisler (1995) in cui veniva comparate la qualità fenomenologica della memoria traumatica con quella non traumatica, risultò che le vittime di trauma (che erano state reclutate attraverso un annuncio su un giornale) riportavano che inizialmente i ricordi dell'evento traumatico erano incentrati solo su sensazioni somatosensoriali o esperienze di flashback, mentre il racconto narrativo veniva recuperato in un secondo momento. Sono diverse le ricerche (Brown, 1998, Cameron, 1996) che riportano che il ritorno alla memoria traumatica si focalizzi su un ricordo come flashback, esperienze somatiche, sogni, immagini, frammenti.

Un esempio viene riportato da Lucariello attraverso il sogno riportatole da un piccolo paziente in cura per attaccamento eccessivo alla madre, disturbi nel sonno e inibizione verso le materie scolastiche. *“Ho sognato una cosa strana, bella ma strana...Era tutto grigio, il sogno, nero, grigio... Tutto grigio come la nebbia...il fumo...poi c'era la nonna che mi guardava e mi regalava un paio di pantofole rosse, di un rosso forte...molto rosso...”*. La madre del bambino aveva mesi prima raccontato un evento alla terapeuta che aveva portato molto probabilmente alla rottura del matrimonio e alla separazione, evento che aveva nascosto al figlio; una notte in viaggio con il marito e il figlio, che allora aveva dieci mesi, a bordo dell'auto guidata dal marito, avevano travolto una moto su cui viaggiavano una ragazza di 16 anni e il suo ragazzo. Nell'impatto la giovane era rimasta uccisa e il ragazzo seriamente ferito, mentre lei, il marito e il figlio ne erano usciti illesi. (Lucariello, 2013). Il racconto del bambino era l'eco di qualcosa che pareva essere il riaffiorare di un ricordo appartenente ad un'area inconscia, ma non rimossa, del suo ricordo.

La riattivazione di questi ricordi può avvenire in modi molto diversi, attraverso una fotografia, un suono, un odore. Molto spesso i sopravvissuti al trauma

non riescono a creare una storia personale completa e di conseguenza non sono in grado di condividere l'esperienza originaria verbalmente e socialmente; sono come intrappolati nell'esperienza traumatica che rivivono, piuttosto che riraccontarla. (Malmö & Laidlaw, 2013).

Qualche volta i ricordi traumatici si mescolano con fantasie e sogni che sono connessi all'esperienza traumatica. Charcot (1889) ha raccontato di un paziente, di nome LeLog, che era paralizzato dalla vita in giù anche se gli esami medici non avevano riscontrato alcun danno neurologico. Qualche tempo dopo l'incidente, LeLog fu in grado di raccontare sogni e immagini in cui veniva travolto dalle ruote del veicolo, una paura che provò un attimo prima di perdere conoscenza, meccanismo psicologico sottostante la sua paralisi (Schacter, 1997).

Talvolta i pazienti possono anche riportare ricordi traumatici di eventi che non hanno vissuto direttamente. Van der Hart & Van der Velden (1995) hanno raccontato di una donna con incubi in cui veniva torturata in un campo di concentramento nazista. La donna non era mai stata in un campo di concentramento, ma era stata più volte testimone dei racconti della madre che invece ci era stata.

Quando si parla di memoria traumatica ci si riferisce ad una varietà di esperienze che includono rapimenti, attacchi di cecchini, esperienze nei campi di concentramento, visite in pronto soccorso e abusi (Edwards, Fivush, Anda *et al.*, 2001). La specificità del ricordo del trauma e le caratteristiche di recupero del ricordo sono i temi principali di molte delle ricerche sulla memoria traumatica.

Un'importante indice di funzionamento della memoria è l'abilità di generare o di recuperare specifiche memorie narrative di eventi che sono avvenuti in uno specifico momento e luogo. La difficoltà di recupero specifica per la memoria traumatica è associata a traumi infantili, al persistere di atteggiamenti depressivi, ad una diminuzione delle capacità di controllo e delle capacità di *problem solving*. Williams (1996) propose una teoria sullo sviluppo della specificità della memoria autobiografica nella quale il meccanismo sottostante che permette la riduzione della specificità del ricordo nelle vittime di un trauma è essenzialmente un evitamento. Secondo questo modello, quando le vittime di trauma infantili precoci cercano le loro memorie evento-specifiche, la ricerca del ricordo è troncata in una fase generale di evitamento o di

attenuazione dell'effetto negativo associato ai disturbi legati al ricordo del trauma. (Ogle, Block, Harris *et al.*, 2013). La memoria funziona quindi da lettore di strategie di regolazione delle emozioni che distruggono i dettagli stressanti dell'esperienza traumatica. Secondo Williams, quindi, il meccanismo di recupero che lascia ridurre la memoria specifica del trauma può generare una memoria autobiografica funzionale complessiva, nonostante il contenuto.

La riduzione della specificità del trauma non viene solo associata ai traumi ma anche ad un ampio *range* di disordini clinici, come la depressione maggiore e i disordini ossessivo-compulsivi (Rubin, Felma & Beckman, 2004).

Il seguente studio di Ogle, Block, Harris *et al.* (2013) ha investigato sulla relazione esistente tra il trauma infantile e la memoria specifica autobiografica in adulti e adolescenti con e senza una storia di abuso sessuale infantile. Di particolare interesse per gli autori era indagare quale fosse la relazione tra una storia di abuso sessuale infantile e la memoria durante lo sviluppo. Gli studi precedenti a questo si erano sempre focalizzati solo su uno dei due gruppi ma mai su entrambi (Decker, Herman, Raes *et al.*, 2003; Stoker, Dritschel & Bekerian, 2004). L'obiettivo finale era vedere se l'influenza del trauma potesse persistere anche in età adulta o andasse a diminuire con il tempo.

Questo studio ha esaminato la memoria traumatica in adolescenti e in adulti con una storia di abuso sessuale infantile (che da ora in avanti verrà indicato con la sigla CSA, *child sexual abuse*) *versus* adolescenti e adulti senza CSA. Ottantacinque partecipanti di cui la metà di ogni gruppo comprendeva soggetti con CSA sono stati testati mediante un test di memoria. I risultati hanno mostrato delle differenze comportamentali tra i soggetti con e senza CSA, i pazienti che riportavano il ricordo relativo all'abuso come il più traumatico avevano un'incidenza alta per i criteri del disturbo post-traumatico da stress.

Il gruppo di adolescenti CSA riportava livelli di specificità minori per la memoria rispetto al gruppo degli adolescenti di controllo. Questi dati erano consistenti con le teorie precedenti di Williams (2007). Per quanto riguarda il gruppo degli adulti invece non è stata osservata una riduzione di memoria specifica. Adulti con CSA riportavano un livello maggiore di memoria specifica

per gli eventi dell'infanzia rispetto agli adolescenti CSA. Questi risultati mostrano come l'influenza dannosa che influenza il recupero dei ricordi negli adolescenti si attenua con l'età (Ogle, Block, Harris *et al.*, 2013).

In accordo con Williams (1996) e la teoria dello sviluppo della memoria autobiografica generale, si può concludere che gli individui che soffrono di abusi precoci possono esibire un aumento della difficoltà di recupero, oltre il livello generico di recupero caratteristico dei giovani e riuscendo a mantenere e sviluppare una memoria pervasiva generale.

Per studiare le conseguenze del CSA e i processi di recupero delle memorie traumatiche è stato sviluppato uno studio da Malmo & Laidlaw (2010): "i sintomi del trauma e i processi di recupero della memoria", svolto su adulti sopravvissuti, che sono in terapia. Essendo che il recupero della memoria traumatica ha generato controversie nella comunità scientifica, sono stati comparati due gruppi di soggetti: pazienti che riportavano di aver ricordato l'abuso prima dell'inizio del percorso terapeutico e quelli che lo avevano ricordato a terapia iniziata.

Gli autori (Malmo & Laidlaw, 2010) hanno esaminato sintomi di disturbo post-traumatico da stress e i processi di recupero della memoria in due gruppi di adulti sopravvissuti ad un abuso sessuale: 29 partecipanti che riportavano di aver ricordo di un abuso subito prima dell'inizio della terapia e 13 che riportavano di non aver ricordi prima della terapia. Ai partecipanti è stato chiesto di indicare in una *checklist* di sintomi quelli in cui si riconoscevano, tra i sintomi si trovano: esperienze intrusive prima di iniziare la terapia e durante il recupero dei ricordi durante il percorso terapeutico e *hyperarousal*. Tutti i pazienti con un *cluster* di disturbo post-traumatico da stress (secondo il DSM-IV) manifestavano i sintomi sia prima che dopo l'inizio della terapia. Ai partecipanti veniva chiesto di descrivere i dettagli dei loro ricordi traumatici e di come questi emergevano prima e dopo la terapia. I risultati mostrano come le memorie di abuso emergono mediante dettagli somatici, percettivi ed emozionali prima di diventare narrativi. I soggetti che avevano ricordato l'abuso dopo l'inizio della terapia erano più cinestetici che visuali nel loro orientamento verso il mondo e potevano non aver accesso alle informazioni visuali che avrebbero potuto associare il sintomo al trauma (Malmo & Laidlaw, 2010).

5. Amnesia del ricordo

Nonostante qualche controversia, data anche dal fatto che i ricordi traumatici sono molto suscettibili, il più grande dibattito sembra essere legato al fatto se i ricordi traumatici possano o meno essere recuperati e recuperati poi in seguito con precisione (Schacter, 1997).

Il primo obiettivo è quello di suddividere la possibilità di dimenticare e poi ricordare in due domande: possono i ricordi essere dimenticati? Possono i ricordi traumatici caratterizzati da un recupero mnemonico essere realmente autentici? (Malacrea, 2002)

I clinici (Edwards, Fivush, Anda *et al.*, 2001) hanno notato che i sopravvissuti ad abusi infantili spesso riportano di aver dimenticato grandi frammenti della loro infanzia; ma mentre la memoria per esperienze abusive rimane di forte interesse per gli studiosi, possono essere anche altri tipi di disturbi di memoria ad accompagnare una storia di trauma infantile. Diverse ricerche e studi riportano come certi tipi di abuso, quello sessuale in primis, sono più suscettibili nel provocare grosse lacune nella memoria rispetto altri tipi di trauma. Le lacune non sono focalizzate al trauma, di cui spesso il ricordo è vago o frammentato, ma comprendono anche eventi mondani che fanno parte della memoria autobiografica per soggetto.

Ci sono diversi studi che riportano gli effetti del tempo nel ricordo di eventi traumatici avvenuti in infanzia. I primi studi si sono occupati dei sopravvissuti ad abusi infantili determinando il livello di dimenticanza dei pazienti. Williams (1994) riporta che il 38% delle donne con una storia di abuso infantile alle spalle fallisce nel riportare l'evento traumatico avvenuto venti anni prima; le stesse non hanno problemi nel riportare situazioni di intimità della propria vita. Feldman-Summers & Pope (1994) rilevano che il 40.5% delle persone con una storia di abuso sessuale infantile sono caratterizzate da un periodo di tempo durante il quale non hanno alcun ricordo dell'abuso subito. Briere & Conte (1993) da una ricerca su adulti che avevano subito abusi durante l'infanzia, individuano una percentuale del 59% di soggetti che non hanno alcun ricordo della prima esperienza di molestia o abuso. Elliott & Briere (1995) trovarono che il 42% delle persone che avevano subito un abuso sessuale in infanzia riferivano periodi di parziale o totale amnesia dell'abuso.

Da queste ricerche si può dedurre come certi aspetti dell'abuso appaiano fortemente associati a periodi di amnesia, in modo particolare quegli abusi sessuali che comprendono la minaccia e la violenza e che avvengono prima dello sviluppo dell'adolescenza.

Ci sono diversi fattori che possono influire sullo sviluppo di un'amnesia dissociativa, tra questi troviamo: l'età, la tipologia di legame con l'aggressore, la severità dell'abuso.

Molti studi (Butler, 2001, Crowley, 2008, Elliot & Briere, 1995), hanno dimostrato come ci fosse una relazione inversa tra l'età in cui è iniziato l'abuso e lo sviluppo successivo di un'amnesia dissociativa; secondo questi studi più erano giovani le vittime di abuso e più era alta la possibilità che potessero sviluppare un'amnesia per l'evento specifico. Quando si parla di amnesia dissociativa, che consiste nella parziale o totale amnesia dell'abuso o dell'insieme degli abusi, il soggetto può dimenticare solo uno dei tre (numero fittizio) abusanti o ricordare solo alcune delle esperienze di abuso

Sono diverse le ricerche che si sono incentrate sullo studio della relazione tra lo sviluppo di un'amnesia, parziale o totale, per l'abuso e un legame con l'aggressore (Frey & DePrince, 2001; Goldberg & Freyd, 2006). Una ricerca di Schultz, Passmore & Yoder (2003) ha dimostrato come le persone che soffrivano di parziale o totale amnesia avevano avuto legami emotivi con il loro aggressore, che poteva essere un parente o un adulto fidato. Allo stesso tempo altre teorie (Alexander, Quas, Goodman *et al.*, 2005) non hanno mostrato che ci fosse un legame tra la relazione con l'aggressore e l'amnesia dissociativa. Risulta essere quindi ancora oggi un tema controverso.

Altri studi hanno esaminato la relazione tra la severità dell'abuso e l'amnesia dissociativa nei sopravvissuti di CSA. Le ricerche di Young (2003) hanno dimostrato che più era alto il livello di violenza e di forza utilizzata dall'aggressore nell'atto di penetrazione e più erano alti i livelli di amnesia dissociativa. Edwards, Fivush, Anda *et al.* (2001) hanno trovato che c'era una relazione significativa con la perdita di memoria autobiografica generale. Queste ricerche suggeriscono che più aggressivo è stato l'abuso, più è alto il rischio che i soggetti sviluppino una amnesia dissociativa.

Per quanto riguarda invece la seconda domanda: possono i ricordi recuperati essere autentici? (Edwards, Fivush, Anda *et al.*, 2001).

Negli ultimi anni un numero allarmante di persone ha riportato ricordi di episodi di abusi prima dimenticati, durante un percorso terapeutico (Malacrea, 2002). Le accuse in molti casi portavano a controversie giudiziarie e profondi distacchi dalla famiglia. Tuttavia si potrebbe anche supporre che queste scoperte siano state leggermente 'ricercate' da terapisti troppo zelanti nel cercare di spiegare i sintomi dei propri pazienti.

Basti pensare che oramai è ampiamente dimostrato che individui possono ricordare, spesso anche con dettagli atroci, memorie di eventi che sono straordinariamente lontane dall'essere avvenuti, come i rapimenti da parte di alieni o l'essere stati protagonisti di riti satanici (Loftus & Ketcham, 1994). Individui, in specifiche condizioni sperimentali, possono ricordare anche eventi disturbanti che non sono mai avvenuti come l'essersi persi in un centro commerciale (Loftus & Pickerel, 1995). Molte tecniche terapeutiche come la visualizzazione (Loftus & Sherman, 1996), l'interpretazione dei sogni (Mazzoni & Loftus, 1998) e l'ipnosi (Putnam, 1979) possono contribuire a produrre false memorie.

Il problema principale è che risulta ancora molto difficile poter verificare l'attendibilità di certi ricordi ma soprattutto risulta complesso interpretare tutti i racconti del paziente traumatizzato differenziando il vero episodio dalle informazioni che il soggetto ha aggiunto (Malacrea, 2002).

6. La dissociazione dal trauma

La dissociazione è un metodo molto comune usato dai soggetti con traumi psicologici (Foote, Smolin, Kaplan *et al.*, 2006; Van Der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005), si tratta di un meccanismo difensivo impiegato sia tra i bambini che stanno subendo abusi che da adulti che li hanno subiti in infanzia.

Nel primo caso, il bambino che ha subito abusi o che sta ancora subendo abusi, affronta uno sviluppo evolutivo particolarmente difficile. Egli dovrà trovare un modo per creare dei legami affettivi con le stesse persone che risultano essere pericolose o negligenti, cercare di sviluppare un senso di fiducia di fondo e di sicurezza vero chi, invece di fornire affidabilità e sicurezza, è inaffidabile e pericoloso. (Herman, 2005). Questo vale sia nei confronti dell'abusante che verso il *caregiver* che non vede o non vuole vedere quello che accade al proprio figlio.

Gli adattamenti psicologici, cui il bambino sottoposto ad abusi ricorre, hanno la funzione fondamentale di preservare l'attaccamento primario ai genitori di fronte alla quotidiana evidenza della loro impotenza e indifferenza. Il bambino adotta così una serie di difese, in virtù delle quali la realtà della persecuzione è eliminata sia dalla coscienza che dalla memoria, come se niente fosse realmente accaduto, oppure viene minimizzata, razionalizzata e giustificata in modo che non sia letta come un vero abuso. Il bambino finisce così per alterare la propria mente (Herman, 2005). I mezzi che ha a sua disposizione sono la negazione, la soppressione volontaria dei pensieri e una grande quantità di reazioni dissociative. La difesa dissociativa (Orefice, 2002) è considerata come una modalità tipica di rapportarsi agli eventi stressanti che l'individuo ha imparato ad utilizzare all'interno di un clima familiare denso di sentimenti di sfiducia e di diffidenza.

La dissociazione può diventare, oltre che un meccanismo difensivo, anche un principio fondamentale della modalità di organizzazione della personalità. Nelle condizioni estreme di un precoce, grave e prolungato abuso, alcuni bambini, cominciano a formare frammenti separati di personalità con loro propri nomi, proprie funzioni psichiche e ricordi isolati (Herman, 2005).

Un individuo traumatizzato può sprofondare in un "terrore muto" che impedisce di descrivere a parole quello che è accaduto. Tuttavia anche se l'individuo è incapace di articolare una narrazione coerente dell'incidente, non è detto che vi sia un'interferenza con la memoria implicita; l'individuo può conoscere la valenza emotiva di un particolare stimolo ed essere consapevole delle percezioni associate, senza però essere capace di esprimere chiaramente le ragioni per cui si sente o si comporta in un determinato modo. I ricordi possono essere così dissociati dalla coscienza ed essere memorizzati come percezioni sensoriali, ad un livello implicito. Con il permanere di questa dissociazione, le tracce dei ricordi continuano ad emergere sotto forma di ossessioni, preoccupazioni, vissuti di somatizzazione o come reazioni ansiose (Dettori & Fuligni, 2008).

La maggior parte dei ricercatori infatti sostiene che l'essenza del vissuto traumatico stia nell'impossibilità di certe persone, di integrare l'esperienza traumatica nella propria coscienza ordinaria (Edwards, Fivush, Anda *et al.*, 2001).

Mentre la maggior parte dei sopravvissuti all'abuso dell'infanzia descrivono un certo grado di abilità nell'utilizzo dello stato di trance, alcuni sviluppano un meccanismo dissociativo che li porta a imparare ad ignorare un forte dolore, a nascondere i ricordi in forme complesse di amnesia, alterare il senso del tempo, del luogo o della persona e a indurre allucinazioni. A volte queste alterazioni della coscienza sono intenzionali, ma spesso diventano automatiche e vengono sentite come aliene e involontarie. (Herman, 2005)

In caso di trauma, il ruolo della dissociazione come meccanismo di difesa ha a che fare con un processo che viene chiamato *compartimentazione dell'esperienza* (Liotti & Farina, 2011): gli elementi del trauma possono non venire assimilati in un insieme unitario ed in un senso di sé integrato, in questo modo sono esclusi dalla memoria autobiografica. In questo modo la dissociazione è vista come l'unico modo per adattarsi all'esperienza traumatica. In relazione al trauma, la dissociazione resta ad indicare un modo di elaborare l'informazione e viene oggi utilizzata per riferirsi a tre processi mentali diversi ma correlati:

La dissociazione primaria è caratteristica del disturbo post-traumatico da stress in cui i sintomi più drammatici sono l'espressione dei ricordi traumatici, ricordi intrusivi fortemente angoscianti, incubi e flashback. Molti bambini e adulti sono incapaci, se posti di fronte ad una minaccia opprimente, di integrare nella coscienza la interezza di ciò che sta accadendo loro. Alcune componenti sensoriali ed emotive dell'evento possono non venir assimilate nella memoria, rimanendo così isolate dalla coscienza ordinaria.

Nel momento in cui un individuo cade in uno stato mentale traumatico (dissociato), può verificarsi in lui una ulteriore disintegrazione dell'esperienza personale, si parlerà in questo caso di dissociazione secondaria (Williams & Banyard, 1999). Spesso negli individui traumatizzati come le vittime di abuso sessuale, i sopravvissuti a incidenti automobilistici, i soldati sul fronte, è stata descritta una dissociazione tra l'io che osserva e l'io che esperisce. Questi soggetti raccontano di aver abbandonato il proprio corpo al momento del trauma e di aver osservato dall'esterno quello che stava accadendo. Questi meccanismi permettono agli individui di osservare la propria esperienza traumatica come spettatori, limitando dunque la sofferenza e lo stress. Quindi se la dissociazione primaria riduce negli individui la consapevolezza della realtà dell'esperienza traumatica e permette loro di vivere, almeno

temporaneamente, come se nulla fosse accaduto, la dissociazione secondaria allontana gli individui dalle sensazioni e dalle emozioni legate al trauma, funziona come un anestetico (Liotti & Farina, 2011).

Se gli individui sviluppano stati dell'io separati a cui dare spazio all'esperienza traumatica, si parla di dissociazione terziaria. Alcuni stati dell'io possono contenere il dolore, la rabbia, la paura per particolari esperienze traumatiche, mentre altri restano inconsapevoli del trauma e dei sentimenti relativi continuando la propria vita. Esempi di questi tipi di dissociazioni sono i Disturbi Dissociati dell'identità (Steinberg & Schnall, 2001).

La dissociazione, sebbene durante l'esperienza traumatica, possa ridurre l'impatto della sofferenza, è priva di valore adattivo a lungo termine; chi è stato vittima di un'esperienza traumatica impara a mettere in atto un comportamento dissociativo di fronte a situazioni di forte stress e può vivere in questo modo a lungo, fino a che non vengono stimolate quelle sensazioni legate allo stress, come odori, suoni, che mettono in atto un processo di riattivazione del trauma

Come abbiamo visto non è necessario che questi stimoli siano terrificanti per attivare il ricordo traumatico, per una donna abusata in età infantile, anche il solo contatto intimo con un uomo può scatenare ricordi traumatici (Liotti & Farina, 2011).

CAP 3

LA RICERCA

“Affrontare l’abuso sessuale non significa cancellare il passato con un colpo di spugna, significa parlare del modo in cui la violenza ha influenzato la tua vita e di quali sono le tue sensazioni riguardo a te stessa”

(Ainscough e Toon, 1997)

1. Introduzione

1.1 Studi precedenti

La ricerca sul processo terapeutico risulta più complessa nelle terapie di gruppo rispetto che nei casi singoli, Casonato (2005) evidenzia come sia necessario innanzi tutto tenere in considerazione le possibili influenze esterne, i limiti spaziali e temporali, la composizione del gruppo, le caratteristiche singole delle pazienti, il *setting* in cui ha luogo il trattamento, le modalità di conduzione del gruppo lo stile e l’orientamento del conduttore.

Nonostante le terapie di gruppo abbiano raggiunto un livello paragonabile a quello delle terapie standard, la mole e la complessità delle fonti dei dati derivati da terapie di gruppo, l’ampio utilizzo di materiale e il gran numero di orientamenti usati nelle terapie di gruppo rende ancora oggi difficile una rappresentazione esatta e scrupolosa del campo di indagine (Casonato & Mergenthaler, 2009).

La mancanza di metodi e strumenti di ricerca fissi per il *setting* di gruppo, in particolare per l’indagine del processo, può essere ricondotta alla scarsa chiarezza di alcuni concetti centrali (MacKenzie, Burlingame & Strauß, 2002). Inoltre capita raramente che i risultati vengano riprodotti, perciò non sono a disposizione significative informazioni sull’affidabilità e sulla validità di molti strumenti. Allo stesso modo, essendo poco frequenti gli *experimenta*

crucis, l'integrazione dei risultati risulta più difficile (Casonato & Mergenthaler 2009).

Studi su terapie di gruppo, mediante l'utilizzo di analisi computerizzate, TMC (Modello del Ciclo Terapeutico), sono state condotte da Fontao e Mergenthaler (2003; Fontao, 2004), le ricerche si sono focalizzate su psicoterapie di gruppo a lungo termine ad orientamento psicodinamico effettuata con pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare in *setting* ambulatoriale.

L'obiettivo dello studio (Fontao & Mergenthaler, 2003) era di esaminare le relazioni fra i fattori terapeutici nella terapia di gruppo e le caratteristiche del linguaggio nella conversazione nel gruppo, mediante trascritti di una seduta *verbatim*, rappresentati secondo i diversi livelli di osservazione scelti: il gruppo in generale, l'interazione reciproca dei membri del gruppo, le singole pazienti e la terapeuta.

I risultati indicano che l'attività verbale, misurata quantitativamente, delle singole pazienti si differenzia in modo significativo; negli interventi dei partecipanti si nota una sequenza sistematica alla quale partecipano tutte le pazienti con un intervallo più lungo almeno una volta, il terapeuta apre e chiude la seduta con un lungo intervento; né per le pazienti né per il terapeuta si è potuto identificare un ciclo terapeutico.

Un secondo studio preso in considerazione è quello di Tagini, Pazzagli, Caviglia *et al.*, (2009) sul legame esistente tra i traumi infantili e l'attaccamento adulto. La ricerca si è proposta come analisi esplicita e qualitativa dell'analisi dell'Adult Attachment Interview (AAI) con il Dizionario Ponderato dell'Attività Referenziale (DAAP). La ricerca ha verificato l'ipotesi secondo la quale il trauma infantile porti a particolari organizzazioni del materiale simbolico e subsimbolico nelle narrazioni autobiografiche relative ad eventi traumatici/lutti non risolti.

Il progetto preso in considerazione in questa ricerca, di cui poi è stato analizzato il settimo incontro, ha avuto una durata totale di sei mesi, con incontri a cadenza quindicinale di novanta minuti ciascuno, ad orario serale in modo da dare la possibilità anche a chi veniva da fuori Milano di partecipare.

L'unica interruzione prolungata è stata quella estiva che è durata da metà luglio a metà settembre.

Il gruppo è stato condotto da due donne, la dottoressa Malacrea, neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta della famiglia, socio fondatore del CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) e dalla dottoressa Fontana, assistente sociale specialista in maltrattamento e abuso; in stanza ero presente come tirocinante volontaria.

Tra i vari incontri erano previsti equipe di lavoro tra le conduttrici e la tirocinante al fine di concordare il programma per l'incontro successivo, diverse volte non è stato possibile seguire il programma prefissato a causa delle preoccupazioni che in modo spontaneo venivano portati alla luce dalle partecipanti.

La maggior parte delle partecipanti è stata indirizzata al gruppo dalla propria terapeuta, eccetto Francesca a cui è stato consigliato di contattare il centro da un'altra struttura che lei aveva contattato per cercare sostegno terapeutico.

1.2 Obiettivi

La presente ricerca ha come obiettivo quello di valutare l'andamento di una terapia di gruppo di donne con una storia di abuso sessuale infantile, mediante l'utilizzo dei dizionari computerizzati di Wilma Bucci.

Il trauma da abuso sessuale risulta essere di forte impatto per le vittime anche a distanza di tempo; incubi, disturbi d'ansia, problemi relazionali, abuso di sostanze, disturbi alimentari sono alcune delle difficoltà che questi pazienti possono continuare a manifestare nel caso in cui il trauma non venga affrontato.

L'obiettivo della ricerca è quello di verificare come il richiamo al ricordo traumatico possa influenzare il processo referenziale (la riflessione, gli affetti, l'attività referenziale), andando a valutare se si sia verificato un cambiamento significativo tra le due fasi principali dell'incontro, la fase libera e la fase strutturata. Il secondo obiettivo è quello di stabilire se l'andamento si verifichi a livello di gruppo o di singolo individuo, valutando anche se la partecipazione sia o meno omogenea.

Dato che, secondo la letteratura, il trauma infantile porta a caratteristiche specifiche del materiale simbolico e sub-simbolico durante le narrazioni autobiografiche relative ad eventi traumatici; l'ipotesi di questa ricerca è che l'organizzazione relativa al funzionamento dei pazienti durante il ricordo di riattivatori traumatici possa confermare questa tesi.

2. Metodo

2.1 Il campione

Il progetto in questione, è stato organizzato dalla cooperativa La Strada, nel gennaio del 2010, il centro TIAMA di Milano, struttura è specializzata in tutela di bambini e adolescenti vittime di maltrattamenti e abusi. . Il progetto è stato patrocinato dalla regione Lombardia in collaborazione con l'USL di Milano con il contributo L.R 1/08 – Bando Famiglia 2009.

Il reclutamento del gruppo è stata fatta a livello provinciale tramite volantini presso gli ospedali, istituti privati, medici di base, servizi sociali, psicologi privati e università. L'obiettivo dell'intervento era di creare un ambiente sicuro e contenitivo per aumentare la capacità di prendersi cura di sé; attenuare esperienza di ricadute nella vita adulta; fornire supporto sociale per restituire fiducia creando anche nuove reti sociali di solidarietà; poter abbassare le difese e sperimentare nuovi modi di relazionarsi; interrompere la catena dell'abuso fornendo alle donne gli strumenti per proteggersi e per proteggere.

Le partecipanti sono state selezionate attraverso colloqui svolti dalla dottoressa Fontana, l'assistente sociale che ha condotto il gruppo come co-terapeuta insieme alla dottoressa Malacrea.

Nel gruppo composto da sette donne di un'età compresa tra i 18 e i 42 anni ci sono casi di abusi sessuali intrafamiliari, il fratello, il padre; di abusi extrafamiliari, in questo caso i 'carnefici' erano persone che godevano della fiducia della famiglia e della stessa vittima; e un abuso di gruppo.

Le pazienti si ritrovano ad non avere mai affrontato terapeutamente il trauma subito, questo nonostante alcune di loro abbiano intrapreso un percorso terapeutico individuale per altre necessità, come il tentato suicidio di Katia e i disturbi alimentari di Alice; la partecipazione al gruppo risulta quindi

essere un primo passo per affrontare il forte trauma che ha influenzato la loro infanzia e che ancora oggi ha un impatto sulla loro vita.

GIORGIA

Giorgia ha 42 anni, ha subito abusi da parte del fratello maggiore quando aveva 6 anni.

Durante la discussione sul rapporto con la madre Giorgia ricorda di aver provato diverse volte a raccontare alla madre quello che succedeva con il fratello ma di aver desistito perché percepiva disinteresse da parte della madre, solo a dieci anni ha trovato il coraggio di parlarne e dal quel momento gli abusi si sono interrotti.

“io ci ho provato, ho tentato diverse volte di dirlo, di raccontarlo ma...avevo l'impressione che l'altra persona non volesse sentire e allora mi fermavo e stavo zitta. Io avevo 8 anni. Ho l'impressione che ci ho provato e che dall'altra parte c'era il tentativo di chiudere il discorso con delle scuse. È un mio pensiero, non sono mai stata certa di questa cosa”

Il fratello è ora ricoverato per “schizofrenia maniacale cronica” in un istituto di cura. Giorgia racconta di aver avuto rapporti sessuali anche con ragazze quando era adolescente, con una cugina e una ragazza del suo palazzo, non ricorda quanto fossero consenzienti.

Giorgia ha avuto un rapporto di coppia duraturo che ha portato al matrimonio, con quello che è attualmente il suo ex marito; prima di sposarsi ha deciso di raccontare all'uomo tutta la sua storia ma si è ritrovata davanti un uomo privo di solidarietà

“io l'ho detto a mio marito, mi ricordo, stavamo facendo l'amore, mi sono messa a piangere e lui ha continuato. Poi in fase di separazione gliene ho parlato ancora e lui è rimasto in silenzio, zitto. Ho pensato che fosse freddo, senza cuore e senza sentimenti, c'era qualcosa che non funzionava nel suo atteggiamento ho pure pensato che fosse lui stesso stato abusato da piccolo...”

Con lo stesso uomo ha avuto una figlia, oggi adolescente, che è stata vittima di abusi sessuali da parte del padre. La confessione della figlia, avvenuta tempo dopo, ha portato Giorgia a lasciare il marito, che era anche violento nei suoi confronti, e trasferirsi insieme alla figlia dalla madre. La figlia viene seguita da una dottoressa del centro TIAMA da due anni, Giorgia segue anche lei la terapia e affronta il suo ruolo di madre di una bambina abusata ma anche quello di vittima lei stessa.

Ha un diploma di scuola media superiore e dopo aver avuto diversi problemi nel tenersi un lavoro a causa della difficoltà ad accettare critiche dai colleghi, lavora in una ditta come segretaria. Giorgia viene seguita mensilmente da una terapeuta del centro TIAMA, sia come madre di una figlia abusata, sia come donna abusata.

KATIA

Katia ha 39 anni, ha una storia di violenze e maltrattamenti paterni, padre che era violento sia con lei che con la madre, e di abusi sessuali dall'età di otto anni da parte di un vicino di casa; gli abusi sono durati fino alla morte dell'uomo, quando Katia aveva quindici anni. Dopo la morte dell'uomo Katia racconta di aver avuto rapporti sessuali con la nipote dell'uomo, che aveva all'incirca la sua stessa età.

All'età di diciannove anni ha tentato il suicidio e come conseguenza ha iniziato a vedere uno psichiatra con il quale però non ha mai affrontato il tema dell'abuso subito. L'unica persona con la quale ha mai parlato della sua storia è la sorella maggiore che la sostiene molto.

All'età di 22 anni ha conosciuto un uomo che ha sposato, ora è il suo ex marito, con il quale ha avuto due figli, un maschio e una femmina, ora adolescenti.

Oggi Katia vive insieme ai figli nella costante preoccupazione che possano mettere in atto comportamenti sbagliati e che lei possa non accorgersi di nulla. Ha sognato anche di entrare dentro un lago e di lasciarsi affogare insieme ai figli.

“io sogno spesso, spesso veramente di andare nell'acqua o di entrare dentro nel lago, nel mare e di portarmi sempre dietro i bambini, i miei figli quando erano più piccoli e so che quando ci

entro dentro arriverò ad un punto in cui non toccherò più, però me li voglio portare lo stesso, non so perché me li voglio portare. Poi arriva un certo punto in cui non tocco più, cerco di tenere fuori i bambini ma io vado sotto, poi arriva un momento in cui mi dico 'ma lo sapevi già che vai sotto, perché ti vuoi portare anche i bambini? E niente poi mi sveglio.'

Lavora in ospedale come operatore socio sanitario.

GIUSY

Giusy ha 34 anni, ha iniziato a subire abusi all'età di otto anni e mezzo da parte di un amico di famiglia, gli abusi sono durati per altri cinque anni fino alla morte di questo, *"abusi che erano puro divertimento"* (tono ironico). Anche lei ha provato a raccontare quello che stava succedendo ai genitori ma non è stata ascoltata.

Giusy soffre di attacchi di ansia, non si sente mai al sicuro nel mondo esterno proteggersi

"alla prima seduta che abbiamo fatto qui mi sono seduta in metropolitana, avevo di fronte quel tizio che non mi piaceva come mi guardava, ho fatto metà del tragitto con un coltellino svizzero in tasca già pronto. (ride). Non so perché i miei amici me lo hanno regalato ma ho apprezzato molto, giro con un coltellino in tasca."

È una persona che razionalizza molto, si preoccupa di più degli altri che di se stessa, che dice *"non provo emozioni"*; sembra essere questa la ragione principale che l'ha spinta a partecipare al gruppo, il bisogno di entrare in contatto con le proprie emozioni, con i propri sentimenti. Racconta di avere grandi problemi a fidarsi e a confidarsi con gli altri, pochi amici sanno tutta la sua storia ma ha sempre paura che le persone che le stanno accanto possano starle vicino solo per compassione nei suoi confronti.

Vive da sola e non ha figli, è molto affezionata al nipote che spesso va a trovare e la conforta molto. Lavora come impiegata in un ospedale.

STEFANIA

Stefania ha 35 anni, viene da una famiglia molto numerosa, è la quinta di sette figli, quattro maschi e tre femmine. Ha subito abusi da parte del fratello quando aveva tre anni, il fratello ne aveva dodici; l'abuso è durato otto anni. Ha avuto anche momenti di intimità sessuale con la sorella maggiore, all'incirca all'età di dieci anni.

Il fatto che l'abuso venisse da un bambino l'ha portata a sentire di non potersi lamentare perché, secondo il suo parere, non si poteva parlare di violenza; sentiva che non poteva prendersela con nessuno, si sentiva mortificata per come si sentiva, come se il problema fosse lei. Non ha mai raccontato a nessuno dei suoi familiari quello che è successo, la madre e il fratello sono morti e il padre è troppo anziano per scoprirlo, non vuole dargli "un dispiacere". Ha intenzione di raccontare tutto ai fratelli ma ha bisogno di tempo.

Dopo la fine della sua ultima relazione ha avuto un a sorta di "esaurimento nervoso":

“ io ne avevo parlato già ma avevo sottovalutato il problema, non pensavo di diventare pazza, poi però è successo che ... una serie di eventi mi hanno stritolata, mi hanno fatto rimanere senza appiglio, aggancio e ho capito che il problema era quello. Allora ho cercato aiuto, mi sono fatta aiutare, prima non avevo capito che il problema era legato a quella cosa. Paura, ho avuto tanta paura.”

Ha un prete che conosce tutta la sua storia e le sta vicino, con lui ha iniziato anche a seguire un corso di rieducazione sessuale a causa di suoi rapporti con altre donne, considerati da lei sbagliati

“Momento più brutto, mi sono sentita isolare in un gruppo di rieducazione alla sessualità che frequento in chiesa, lì ci sono dei preti che spiegano al gruppo che la sessualità quando è legata ai traumi del passato allora non si può modificare; poi al momento ho anche tendenze omosessuali l'ho detto al gruppo e lì che mi sono sentita molto isolata, mi hanno ferito perché mi hanno detto che il mio è un problema e che alla chiesa non piace, che quindi devo trovare il modo di trovare una cura a questo problema. È un gruppo

sull'identità sessuale, ci sono sacerdoti e psicologi, leggono il vangelo, ne traggono degli spunti per trovare il problema e curarlo.”

Ha un'amica che le sta molto vicino e la conforta, sa tutto di lei e probabilmente sarà la persona che la aiuterà a confessare la sua storia ai fratelli, quando troverà il coraggio.

Lavora come educatrice a scuola. Questo lavoro ha però creato dei problemi a Stefania, ha avuto delle crisi di ansia perché rivedeva il volto del fratello nei bambini che trovava a scuola; dopo diverso tempo è riuscita a riappacificarsi con quel bambino (il fratello che aveva abusato di lei) e dopo quel momento i suoi problemi lavorativi sono finiti.

ALICE

Alice ha diciassette anni, è la più piccola del gruppo, ha subito una violenza sessuale di gruppo all'età di tredici anni da tre suoi 'amici', tra cui c'era anche il suo fidanzato. Non ha raccontato a nessuno quello che era successo per tre anni poi si è confidata con una sua insegnante. Non ha mai voluto dir nulla ai genitori per non deluderli e poi perché non si fidava, si sente diversa e fa fatica ad accettarsi,

“non riuscivo a parlare, pensavo di diventare pazza, anche io scrivevo, non parlavo, ma scrivevo”.

I suoi aggressori li vede tutti i giorni, frequentano la stessa scuola e poi il paese è piccolo, si conoscono tutti. La violenza e i malesseri legati al trauma hanno portato Alice a soffrire di bulimia, anoressia, abuso di alcol e droghe; un anno fa ha iniziato a disintossicarsi dalla cocaina. Durante i primi mesi della frequentazione del gruppo racconta di avere un fidanzato molto ossessivo, quando esce deve esserci sempre anche lui, poi è violento con lei ma sembra che questo a Alice non dia fastidio, lei stessa si fa del male.

“Prima mi facevo del male, ora mi taglio, come se...punisco me stessa, alle volte decido porto io il mio moroso a perdere il controllo perché so che poi così mi picchia, al momento sto peggio ma poi

passa il tempo e mi sento meglio...non riesco a sfogarmi se non così, non conosco un altro modo io.”

All'inizio del percorso con il gruppo Alice vive con i genitori, la sorella e il fratello, verso la metà di luglio però la madre partirà insieme al figlio per trasferirsi definitivamente in Argentina, luogo natale della donna. Alice frequenta il terzo anni di grafico e segretaria aziendale, lavora saltuariamente come cameriera nei bar e nei pub della sua zona. Lucia non si è presentata agli ultimi incontri, la sua assenza ha coinciso con la partenza della madre e il fratello e con la scoperta di problemi di salute. Mesi dopo ha chiamato il centro TIAMA chiedendo un supporto terapeutico, è stata seguita parallelamente al padre per diverso tempo².

FRANCESCA

Francesca ha trentotto anni, è l'ottava di dieci fratelli, la madre è morta prematuramente quando lei aveva sette anni. Dopo la morte della madre sono iniziati gli abusi sessuali da parte del padre, alcolizzato; gli abusi sessuali sono continuati fino ai diciotto anni di Francesca, momento in cui ha avuto il coraggio di sporgere denuncia ai carabinieri, denuncia che però non ha avuto alcuna conseguenza penale. Tempo dopo Francesca ha scoperto che quell'uomo non era il suo vero padre.

Ci sono stati comportamenti sessualizzati anche con i fratelli:

“ricordo che giocavano a nascondino...spegnevamo la luce e...ci cercavamo con le mani...dovevamo trovarci...”

Francesca non ha mai parlato con i suoi fratelli e sorelle di quello che è successo a lei, non vuole pensarci anche se ha qualche ricordo che potrebbe avvalorare l'idea che non sia stata l'unica vittima del padre:

² Le terapie al centro TIAMA sono familiari, il bambino che ha subito abusi viene seguito parallelamente ai genitori o ai caregiver di riferimento. In questo caso Alice viene seguita da una terapeuta e il padre da un'altra. Mensilmente vengono organizzati incontri dove sono presenti le due terapeute, il padre e Alice.

“ ho sempre un’immagine in testa, lui che scendeva e veniva nella camera delle femmine, ogni sera ne prendeva una, mi ricordo le urla, le urla delle mie sorelle”.

Per molti anni ha negato quello che le era successo, si sentiva “un’extraterrestre”, racconta di essere arrivata a sfogare il proprio disagio fisicamente fino a quando non si è rivolta ad una persona amica che l’ha aiutata e le ha consigliato di cercare aiuto.

La prima persona a cui ha confessato di aver subito abusi è stato il suo medico curante, lo stesso che per anni le ha continuato a ripetere che i suoi problemi fossero psicosomatici, e che ancora oggi è poco propenso del darle medicine che la possano aiutare a calmarsi e a dormire.

Francesca vive con il compagno, al quale però non ha mai raccontato nulla dell’abuso, in generale non ha nessuno con cui parlare fino al momento in cui ha fatto domanda per partecipare al gruppo.

Finito il percorso con il gruppo Francesca ha iniziato un percorso di terapia al centro TIAMA, inizialmente si trattava di incontri quindicinali che poi si sono trasformati in incontri mensili intervallati da lunghe mail che la aiutavano ad esprimersi meglio delle parole.

CARLA

Carla ha trentasette anni, è l’unica tra le partecipanti che sostiene di aver dimenticato del tutto l’abuso e di aver ricordato tutto due anni e mezzo prima. L’abuso sessuale è avvenuto quando aveva dodici anni, prima aveva subito altri abusi psicologici e maltrattamenti dai familiari. Fa l’insegnante. Carla partecipa ai primi cinque incontri, con un’assenza e poi lascia il gruppo con una lettera dicendo di non farcela al momento ad affrontare anche questo

” Il fatto è che dopo due anni di psicoterapia e oltre è venuto per me il momento di mollare gli ormeggi e per quanto possibile di dimenticare; può essere che stia facendo un errore ma sono intenzionata ad accettare questo rischio”.

Il suo abbandono viene visto in diversi modi dalle compagne, chi si sente in colpa per aver parlato troppo di se, chi è confusa, chi la capisce perché è una

sofferenza partecipare al gruppo e non tutti hanno le capacità, c'è chi la vede come una giustificazione, non ce la faceva e ha abbandonato.

2.2 Procedura

In questo studio si è lavorato sulle trascrizioni verbatim della settima seduta, la scelta non è stata casuale; la settima seduta è stata selezionata perché a metà del percorso terapeutico di gruppo, essendo il progetto organizzato su quindici sedute. La pazienti avevano quindi avuto il tempo di conoscere la storia della compagne, di sentirsi a proprio agio in quell'ambiente.

La presenza nella settima seduta è di cinque componenti del gruppo iniziale, che ne contava sette; una delle defezioni è dovuta ad abbandono, che verrà comunicato solo successivamente, l'altra ad assenza lavorativa.

Un altro motivo che ha portato alla scelta di questo incontro è il tema affrontato. La maggior parte degli incontri erano così organizzati: una prima parte di confronto tra le partecipanti e una seconda più strutturata di cui venivano letti o mostrati materiali; il settimo incontro si è occupato dei riattivatori traumatici, i luoghi, gli odori che stimolano nel soggetto il ricordo del trauma subito.

La trascrizione del testo è stata suddivisa in dodici unità ideative suddivise in base all'argomento trattato in quel momento dell'incontro.

La prima unità ideativa (0-304) è di saluti e fa da collante con la seduta precedente, mediante la lettura delle schede di fine incontro precedente.

La seconda (305-501) riguarda la lettura delle schede di inizio incontro in cui le pazienti rispondono alla domanda su come siano andate le settimane precedenti e su quali siano i momenti migliori e quelli peggiori.

Nella terza (502-625) la terapeuta, allacciandosi ad un intervento di una partecipante, domanda quanto sia difficile parlare dei propri sentimenti.

Nella quarta (626-791) la terapeuta domanda quale sia il rischio di provare dei sentimenti.

La quinta (792-1231) è caratterizzata dal pensiero "forse faccio pena", relativamente alle relazioni amicali che si possono sviluppare solo per un sentimento di compassione nei loro confronti.

La sesta (1232-1342) inizia con un'altra domanda: "quanto vi fidate dei vostri sentimenti?"

Nella settima (1343-1538) si chiede a Francesca un consiglio visto che è l'unica tra le pazienti, con una relazione stabile.

L'ottava (1539-1753) e le nona (1754-2010) sono un riassunto di quello detto finora fatto da una paziente e dalla terapeuta.

Nella decima (2011-2238) si finisce di leggere le schede di inizio incontro.

L'undicesima (2239-3342) e la dodicesima (3343-4061) sono le parti più strutturate dell'incontro, in cui viene consegnato il materiale da compilare sui riattivatori traumatici nella undicesima e nella dodicesima la parte di cosa si fa per tornare al sicuro.

3. Strumenti

I colloqui trascritti in *verbatim* sono stati sottoposti al programma computerizzato *Italian Discourse Attribute Analysis Program*, IDAAP, (Maskit, Bucci, De Coro *et al.*, 2004), in questa ricerca verrà preso in considerazione solo il settimo colloquio. Durante questo incontro vengono usati due strumenti utilizzati e creati da dottori del centro TIAMA: la scheda di inizio seduta e il "Parliamo di te"; in questo strumento viene chiesto alle pazienti di elencare quali fossero quei riattivato traumatici che ancora oggi influenzano la loro vita, nello specifico si richiedeva quali fossero: le cose che vedo, cose che sento, odori, sapori, posti, persone, cose che fai e le cose che le persone fanno a loro.

3.1 Scheda di inizio seduta

L'incontro inizia con una scheda in cui viene chiesto alla partecipanti come sono andate le ultime settimane (meglio, uguale a prima, peggio) e il momento più bello e quello più brutto. Attraverso questo strumento si dalla possibilità alle partecipanti di parlare liberamente di ciò che sentono e di ciò che hanno voglia e bisogno di comunicare, è un primo momento di condivisione.

Katia: "meglio. Sto ritrovando il buon umore. Il bicchiere non è sempre mezzo vuoto!. Bello riuscire ad andare di nuovo a correre e sentirmi libera, non sempre però. Momento più brutto quando mi trovo a tavola e non riesco a smettere di mangiare."

Francesca: *“peggio. Non riesco ad uscire dalla mia solitudine. Penso di fare delle cose ma poi mi blocco, ci rinuncio. Ho paura della gente, si stare in mezzo alla gente. Momento bello la chiacchierata con la terapeuta shiatsu, momento brutto un incubo.”*

Alice: *“meglio. Ieri sono riuscita a dormire e ho fatto nuove conoscenze. Sono riuscita ad avvicinarmi di più ai miei amici. Momento bello la gita, quando era ora di andare a dormire c'era una persona che mi è stata vicino e ci sono riuscita. Momento brutto quando dovevo tornare a casa.”*

Giorgia: *“uguale a prima. Il momento più bello quando sono riuscita a esporre le mie idee ad un uomo che mi piace. Brutto aver visto mia figlia stare male.*

Giusy: *“uguale a prima. Momento bello giocare con i cuginetti.”*

3.2 Parliamo di te (Malacrea & Pessina, 2008)

Il “Parliamo di te” è un sussidio costruito per facilitare ad adolescenti e adulti vittime di esperienze sfavorevoli infantili l'auto-coscienza. Il libretto tratta la definizione di trauma, le principali reazioni alle esperienze traumatiche, i meccanismi di coping, i riattivatori traumatici in modo semplice e chiaro, accompagnato da illustrazioni (Malacrea & Pessina, 2008). Sono presenti parti 'interattive' che il soggetto stesso può compilare e completare. Il “Parliamo di te” è stato suddiviso e presentato in quattro incontri diversi.

La parte che viene utilizzata in questo specifico incontro è quella che riguarda i riattivatori negativi del trauma.

La scheda viene presentata alle pazienti con una presentazione in powerpoint che semplicemente mette a schermo la scheda cartacea che viene consegnata ad ognuna di loro e che poi dovranno compilare in ogni sua parte.

L'incipit della scheda è il seguente:

‘ A volte può succedere che ci sia qualcosa, cose che fai o che qualcuno da a te, qualcosa che vedi, magari dei posti o delle persone, o che senti, magari

delle parole o dei suoni, o anche degli odori che all'improvviso ti fanno stare male, ti fanno spaventare o agitare o diventare tanto triste... e ti sembra proprio che in quel momento stiano di nuovo succedendo quelle brutte cose. Che paura, magari ti batte forte il cuore, o ti senti tutta sudata...oppure ti senti senza forze...oppure il cervello si congela.

Ma c'è una cosa che devi ricordare: quelle brutte cose sono successe tanto tempo fa, ora non ci sono più, sono solo brutti ricordi: è il tuo cervello che per via di quella cosa che ha visto o che hai sentito, si mette a funzionare come quando il pericolo c'era davvero. Ma ora sei al sicuro!

Allora che fare?

Prima di tutto devi imparare a riconoscere le cose che scatenano i brutti ricordi e che fanno star male anche se ora sei al sicuro. Queste cose si chiamano riattivatori che vuole dire che attivano il cervello proprio nello stesso modo di quando ti capitavano le brutte cose.'

Successivamente viene domandato di fare un elenco dei propri ri-attivatori traumatici all'interno di diverse caselle che dividono i riattivatori per categorie: cose che vedo, cose che sento, odori, sapori, posti, persone, cose che fai, cose che fanno a te, altro.

Alice in cose che vedo: "persone che hanno abusato di me. I posti che mi fanno venire in mente quello che è successo oppure posti dove sono stata male."

Francesca in cose che sento: "urla ,le persone quando litigano mi agitano"

Katia in odori:" sigaretta, nicotina, segatura, bruciatura, bagnato, sudore, schifo alla bocca"

Giorgia in posti: ": casa, cameretta e posizione letto"

Giusy in cose che fai: "sesso prima volta, toccarmi".

Viene richiesto cosa si possa fare per tornare al sicuro quando si entra in contatto con un riattivatore.

Alice: *“stare un po’ lontani da XX. Evitare di pensare, toccare il fondo. Fumare, parlare, bere, piangere, farmi del male con me, qualche volta con gli altri”.*

Francesca: *“di solito stacco la spina, mi annullo”.*

Katia: *“ se riesco a ritornare a casa mi chiudo dentro, così sono al sicuro ma poi comincio a mangiare”.*

Giorgia: *“uscire di casa, parlare, piangere, mangiare”.*

Giusy: *“ragiono, penso, contrasto l’emozione con il pensiero razionale che ora è un altro momento, che è successo e finito. Cerco il supporto di qualche amica, magari non parlando direttamente della cosa”*

Ed infine quali sono gli stress attuali, il ricordo di infelicità passate e il ricordo dell’abuso formano tra loro un *minestrone*. Per minestrone si intende la reazione post-traumatica che ritorna anche se l’esperienza che l’ha iniziata è riferita alla propria infanzia o comunque ad un periodo lontano.

Alice: *“è diventato uno stress stare in casa”*

Giusy: *“stress il tipo che mi piace, lavoro. Ricordo di infelicità passate la morte del papà e della nonna. Il ricordo dell’abuso: una provocazione da parte mia.”*

3.3 *Italian Discourse Attribute Analysis Program, IDAAP* (Maskit, Bucci, De Coro *et al.*, 2004)

L’obiettivo dello strumento messo a punto da Wilma Bucci e dai suoi collaboratori è di osservare, nel corso del processo terapeutico, in che modo il processo referenziale prenda vita e come la sua espressione possa costituire una chiave di lettura di quanto avviene tra paziente e terapeuta (De Coro & Mariani, 2006). La valutazione della quantità referenziale presente nella comunicazione del paziente, insieme alla localizzazione dei momenti critici in cui tale attività cresce o decresce, si configura quindi come un metodo di indagine per lo studio empirico del processo terapeutico, poiché risponde all’esigenza di misurare una variabile che è ritenuta significativa per verificare la presenza di micro cambiamenti nella mente del paziente e cercare di comprenderli alla luce degli scambi con il terapeuta (Bucci, 1995).

Le parole sono il tramite del trattamento psicoanalitico, ma i cambiamenti interessano la percezione, l'emozione, i sistemi somatici e l'azione, come noi percepiamo il mondo, ciò che sentiamo e facciamo, e non solo, o non propriamente, ciò che diciamo. (Bucci, 1995, pag, 12). Il codice multiplo di Bucci viene utilizzato per integrare le funzioni somatiche, motorie e percettive che si sviluppano all'interno di un percorso terapeutico. Si ottiene in questo modo un modello organizzato su tre modalità: sub-simbolica, simbolica verbale e simbolica non verbale che insieme definiscono il processo referenziale.

Il livello sub-simbolico è composto da strutture dinamiche che integrano nei processi di elaborazione informazioni affettive e sensoriali; viene rappresentato mediante codici personali che non sono suscettibili di comunicazione o condivisione con altri (Bucci, 1995).

Il sistema simbolico non verbale è presente nelle diverse modalità sensoriali ed è costituito da immagini; mentre il sistema simbolico verbale è contraddistinto dalla capacità di differenziare o generalizzare, includere o escludere (De Coro & Mariani; 2006); è la modalità più direttamente sotto il controllo intenzionale ed è la modalità che viene usata per ordinare gli eventi del passato e del futuro.

Per un'analisi del funzionamento referenziale Bucci postula che i valori dei diversi dizionari assumano andamenti differenti e correlati tra loro a seconda della fase del processo referenziale in cui si trovano i soggetti (Bucci, 1997).

Fin dalle prime ricerche è emerso che esistono delle differenze significative nello stile narrativo individuale (Bucci, 1984), misurabili su una scala come alta o bassa RA, attività referenziale, (De Coro & Mariani; 2006). Questa misurazione viene attuata da un dizionario specifico che è il WRAD, *Weighted Referential Activity Dictionary*, (IWRAD nella versione italiana). Le variazioni dei valori di RA indicano i cambiamenti di un soggetto nel corso nel tempo in relazione a eventi esterni o interni, o differenze interindividuali più stabili (Bucci, 1992).

Il DAPP è un dizionario che misura l'attività referenziale del soggetto, mediante l'analisi computerizzata del testo messa a punto da Bucci & Maskit (2005). I colloqui vengono analizzati da un *software* che confronta le parole contenute nel colloquio con quelle presenti nel dizionario. Dato che questo dizionario è lingua specifico è stata creata la sua versione italiana *Italian*

Discourse Attribute Analysis Program, IDAAP, che tiene in considerazione testi clinici e non, provenienti da diverse zone d'Italia (De Coro, Ortu, Caviglia *et al.*, 2004; Mariani, 2007; Maskit, 2004; Maskit, Bucci, De Coro *et al.* 2004),

Misurare il processo referenziale significa cogliere il cambiamento delle strategie regolatorie del soggetto nella loro manifestazione sintattico-verbale, attraverso l'analisi computerizzata del testo messa a punto da Bucci e Maskit.

3.3.1 *Italian Weighted Referential Activity Dictionary, IWRAD* (De Coro, Ortu Caviglia *et al.*, 2004; Mariani, 2007; Maskit, 2004; Maskit, Bucci, De Coro *et al.*, 2004)

Il dizionario, versione italiana dell'omonimo dizionario americano (Bucci & Maskit, 2005), misura la capacità del parlante di connettere il proprio linguaggio all'esperienza affettiva e il livello di capacità di comunicare questa esperienza a chi ascolta; indica la capacità di esprimere in modo particolare l'esperienza emotiva da forma non verbale a forma verbale. Il *IWRAD* è composto da circa 700 parole, che coprono circa l'85% delle parole usate in una seduta di terapia. Il dizionario permette non solo di rilevare la presenza/assenza della parola all'interno del dizionario ma anche di valutare quanto quella parola sia rappresentativa o meno della variabile da considerare. Ai 700 item viene attribuito un valore che varia da -1 (parole di un linguaggio con bassa *RA*, attività referenziale, che determina la presenza di un'emozione dissociata) a +1 (parole di un linguaggio con alta *RA* che delinea una massima connessione emotiva). I pazienti che, mentre raccontano una storia carica emotivamente sono più immersi nel racconto manifestano generalmente una narrazione con alti valori di *IWRAD*, piuttosto che con bassi valori.

Da studi di Mariani, Maskit, Bucci & De Coro (2013), è stato osservato come siano differenti i risultati ottenuti dal dizionario *WRAD* confrontato con *IWRAD*. In inglese, i valori di questa funzione tendono tra il 0.3 e il 0.7, nel *IWRAD* invece i valori variano tra 0.45 e 0.55. Questa differenza è dovuta soprattutto al fatto che la parola più frequente nel vocabolario inglese che viene usata nel conteggio del *WRAD*, è "I" (che ha un valore di 0.75). in inglese i pronomi sono necessari ad identificare il soggetto che parla, mentre in italiano i pronomi sono spesso omessi, l'informazione concernente il

soggetto della frase è spesso data per implicita. La seconda parola più frequente in inglese è “the” (con un valore di +1). In inglese il parlante spesso ha la scelta se usare o meno l'articolo, ma c'è sempre una ragione se l'articolo viene o non viene usato con un particolare nome in un particolare momento. In italiano, invece è possibile scegliere quale tipo di articolo utilizzare e il nome può anche non essere accompagnato da un articolo (Mariani et al, 2013).

3.3.2 *Italian Reflection Dictionary, IREF* (De Coro & Mariani, 2006)

Il dizionario delle parole riflessive (Mariani, 2009) contiene parole che indicano come il soggetto pensa o comunica i propri pensieri, parole che abbiano riferimenti a funzioni logiche e cognitive. Include sostantivi di tipo astratto, problemi o fallimenti di funzioni cognitive, funzioni comunicative verbali complesse e caratteristiche di funzioni mentali (De Coro & Mariani, 2006). : include parole riferite a funzioni cognitive o logiche (p.es. “presumere”, “pensare”, “programmare”); sostantivi di tipo astratto (“ragione”, “causa”, “conseguenza”); problemi o fallimenti di funzioni cognitive o logiche (p.es. “confondere”); funzioni comunicative verbali complesse (p.es. “commentare”, “convincere”, “arguire”); caratteristiche di funzioni mentali (p.es. “creativo”, “logico”, etc.).

3.3.3 *Italian Affect Dictionary, IAFF*; (Gruppo di Roma coordinato da De Coro, 2009)

Dizionario delle parole affettive (Gruppo di Roma coordinato da De Coro, 2009) che comprende le parole di valenza affettiva che indicano come una persona si sente e come esprime l'emozione e se sia in grado di comprenderla. Si divide in affetti positivi, negativi, neutri (parole che possono avere carattere positivi o negativi ma che non rientrano nei parametri: anticipare, atteggiamento, evocato, idealizzare, grave) e il dizionario globale (che include tutti gli affetti identificati dal *IDAPP*). Include etichette emotive (p.es. “rabbia”, “tristezza”, “felicità”); funzioni associate con attivazione affettiva (p.es. “pianto”, “grida”, “rischio”, “conflitto”, “riso”); funzioni che indicano una motivazione (p.es. “bisogni”, “tentativi”); parole implicitamente associate con l'affetto (p.es. “solo”, “contro”); valutazioni che indicano una

valenza affettiva (p.es. “carino”, “volgare”, “vile”, “spaventoso”, “magnifico”, “importante”).

3.3.4 *Italian Disfluency Dictionary, IDF* (Bonfanti, Campanelli, Cilimberti *et al.*, 2008)

Dizionario delle parole disfluenti (Bonfanti, Campanelli, Cilimberti *et al.*, 2008), contiene sei parole della lingua inglese: *kind, know, like, mean, well, mm* (le regole di trascrizione per l'analisi computerizzata dei dizionari richiedono che parole come hm, um hmm siano trascritte come mm), tra le parole italiane troviamo dunque, cioè, bè, insomma, quindi, comunque, allora. Ognuna di queste parole ha diversi significati e le regole di trascrizione richiedono che siano disambiguati, al fine di poter identificare il loro uso come indicatore di difluenza. Anche le parole incomplete, parole ripetute o coppie di parole sono considerate indicatori di disfluenza. In italiano si riferisce alle parole e alle forme di intercalare che indicano difficoltà a esprimersi con chiarezza e la ricerca di parole giuste. Fa riferimento a diverse forme di interruzione e irregolarità del flusso naturale del linguaggio come ripetizione di parole e parti di parole, false partenze, esitazioni (cioè, beh, insomma), pause piene (mm, eh), pause vuote (silenzi), prolungamento vocalico e consonanti, correzioni; parole come La *IDF* può informare su difficoltà di pianificazione, mancanza di familiarità con un argomento, problemi nel recupero lessicale, mantenimento del turno conversazionale, attivazione emozionale, stress e ansia (Rivolta, 2009).

3.3.5 *Italian Sensory Somatic Dictionary, ISENS*

Il dizionario contiene una lista di parole che descrivono esperienze sensoriali e corporee (faccia, occhi). È un dizionario che può essere a sua volta suddiviso in diverse classi che riguardano: esperienze corporee, esperienze sensoriali, esperienze motorie, cibo, esperienze relazionali, sesso e malattie.

Il dizionario IDAPP confronta ogni parola con quelle contenute nei dizionari e produce per ogni dizionario e ogni segmentazione (unità ideative, turni di

parola, intere sessioni clinico, intere sessioni paziente) misure statistiche descrittive in termini di medie e deviazioni standard (Mariani, 2009).

Ognuna delle misurazioni del IDAPP e le sue combinazioni rappresentano uno stato clinico particolare associato con una fase del ciclo (Bucci, 1997, p 273). Le misure computerizzate forniscono un'analisi linguistica delle transazioni linguistiche che si sviluppano lungo una seduta di terapia in un modo che non sarebbe possibile tramite la sola lettura del trascritto. Le misure si riferiscono a momenti della seduta in cui il paziente sta lavorando con l'esperienza emotiva, o se ne sta distanziando, fornendo in aggiunta una modalità di lettura degli interventi sul processo di simbolizzazione.

3.3.6 Covarianze

La covarianza IRef_IWRAD è una misura narrativa, la riflessione e la RA solitamente dovrebbe andare verso direzioni opposte. La covarianza IRef_IWRAD è una misura del livello con cui temporaneamente si usano parole ad elevato valore di RA (ad esempio raccontando il ricordo di un evento personale) e riflettendo sull'esperienza. Il processo referenziale è indicato in generale da un alto valore negativo di questa covarianza nella produzione verbale del paziente. (Maskit & Bucci, 2009)

La covarianza IDF-IRef, valuta in che misura parole del dizionario *Disfluency* e *Reflection* si muovono insieme o separate, un valore positivo indica evitamento del parlante, mentre un valore negativo può indicare che il parlante sta riflettendo su qualcosa.

La covarianza IDF_IWRAD tende a muoversi in direzione opposta di uno degli altri indicatori, una covarianza positiva indica alti livelli di disfluenza, una covarianza positiva indica una fluidità narrativa.

3.3.7 Statistiche descrittive

	IAff	IDF	IRef	ISenS	IWRAD
Giorgia	x= 0.05513308 ds=0.045934469 range:0-0.28571558	x=0.043726236 ds=0.042722935 range:0-0.28571558	x=0.043726236 ds=0.04415998 range:0-0.20000059	x=0.077946768 ds=0.4828491 range:0-0.20010125	x=0.50590988 ds=0.01403785 range:0-0.53189033
Francesca	x=0.044883303 ds=0.039287368 range:0-0.1777637	x=0.02513465 ds=0.022598022 range:0-0.08335827	x=0.021543986 ds=0.032229597 range:0-0.14285714	x=0.043087971 ds=0.026902346 range:0-0.89374486	x=0.505642306 ds=0.01333427 range:0-0.54129198
Giusy	x=0.066448802 ds=0.051850953 range:0-1	x=0.37037037 ds=0.02799125 range:0-0.20000005	x=0.025054466 ds=0.027334084 range:0-0.11376027	x=0.038126362 ds=0.027884883 range:0-0.09690543	x=0.500661669 ds=0.009366379 range:0-0.54777896
Alice	x=0.052453469 ds=0.0347642294 range:0-0.17876468	x=0.042301185 ds=0.020792139 range:0-0.09767769	x=0.018612521 ds=0.013885424 range:0-0.05713077	x=0.07106599 ds=0.054726972 range:0-0.21506842	x=0.501164691 ds=0.013083935 range:0-0.53044301
Katia	x=0.072139303 ds=0.048968011 range:0-0.19162953	x=0.39800995 ds=0.031586404 range:0-0.11111705	x=0.034825871 ds=0.026119272 range:0-0.11112222	x=0.077114428 ds=0.050189423 range:0-0.18766705	x=0.509173604 ds=0.013486258 range:0-0.53193278

Tabella 1: statistiche descrittive per singole pazienti

Dalla tabella 1 si nota come i valori medi di *Affect* di Katia siano più alti rispetto a quello delle compagne e di come i valori di Alice e Giorgia siano vicini tra loro. I valori medi del dizionario *Disfluency*, mostra come i valori più alti siano relativi a Giorgia e come i valori di Katia e Giusy siano vicini tra loro. I valori relativi al dizionario *Reflection*, che indica come il soggetto pensa o comunica i propri pensieri, mostrano come i valori medi più alti siano di Giorgia e che i dati medi di Alice e Francesca siano vicini tra loro. Il dizionario *Sensory Somatic* mostra valori medi alti per Giorgia e Katia, mentre i valori medi più bassi siano di Giusy. Infine il dizionario IWRAD mostra valori medi molto vicini tra loro tra tutte le pazienti.

La paziente Giorgia risulta avere i valori medi più alti in tre dizionari, *Disfluency*, *Reflection* e *Sensory Somatic*, mentre il valore medio più alto nel dizionario *Affect* risulta essere di Katia.

Nell'analisi dei valori medi più bassi si nota una minor omogeneità: Francesca ha i valori medi più bassi nei dizionari *Affect* e *Disfluency*, Alice per il dizionari *Reflection* e Giusy per il dizionari *Sensory Somatic*.

4. Analisi dei dati

Il primo obiettivo della ricerca era quello di esplorare qualitativamente l'andamento di ciascun paziente durante il corso della settima seduta, qui divisa per unità ideative con tematiche e compiti diversi tra loro. Si andranno a valutare i singoli dizionari per verificare come le pazienti affrontino, singolarmente e a livello di gruppo, il tema dei riattivatori traumatici e come affrontino la tematiche relative alle difficoltà relazionali, uno tra le conseguenze a lungo termine presenti nei pazienti con una storia di abuso sessuale infantile.

4.1 Analisi dell'andamento per singolo paziente

ALICE

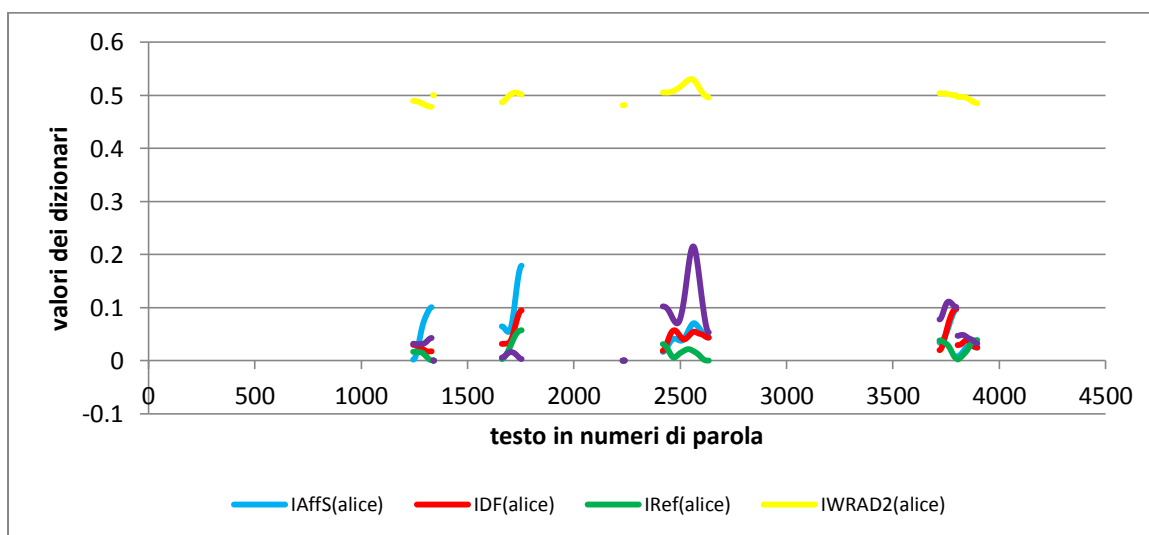


Grafico 1: andamento del processo referenziale di Alice

Il grafico 1 mostra un' attivazione subsimbolica con IWRAD bassa e *Disfluency* bassa nell'intervallo (1244-1331) in cui Alice parla delle difficoltà che ha nelle relazioni con gli altri e soprattutto nella manifestazione d'affetto altrui, anche con la madre; è infastidita per lo più dal fatto che mentre le persone che le stanno accanto sono in grado di esprimere i propri sentimenti

e pensieri lei è bloccata; ad eccezione che con il fidanzato, ma non riesce a dare una spiegazione a questa diversità.

“io tendo a scappare via, se sento che provo qualcosa per qualcuno, allora allontanano la persona, il perché non è che lo so, ma è automatico, non ci devo nemmeno pensare, è così. In tutte le cose che faccio ci metto sentimento, anche in famiglia, ma poi anche mia mamma mi dimostra il suo affetto ma io provo fastidio se mi dicono ti voglio bene o quando mi abbracciano perché non provo li stessi sentimenti dell'altro, tranne che per il mio moroso ma non so il perché”

La covarianza positiva IDF_IWRAD, mostrata nel grafico 2 mostra che la parlante risulta essere poco fluente nella sua narrazione.

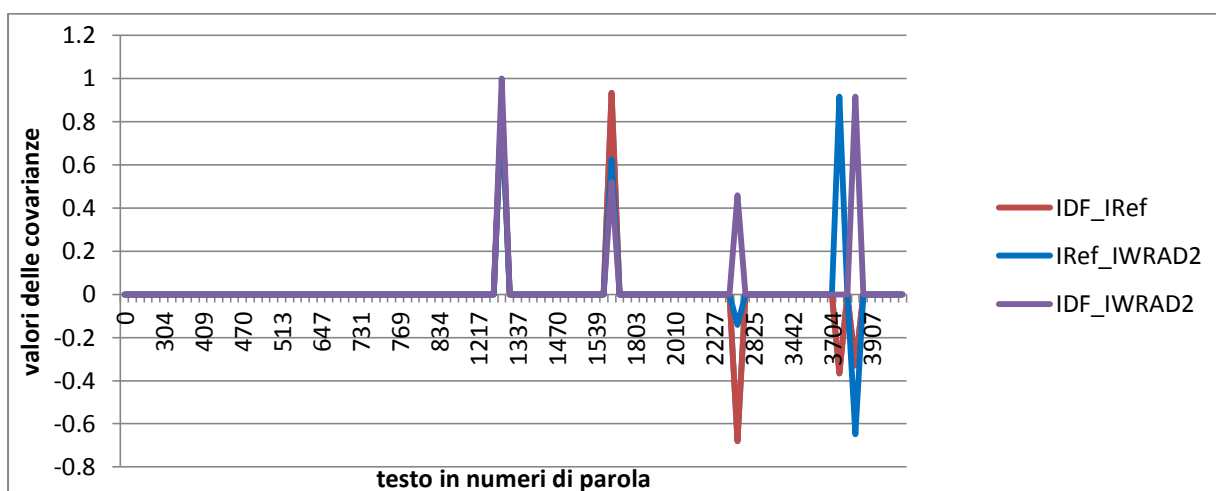


Grafico 2: andamento delle covarianze di Alice lungo il colloquio

La seconda parte del discorso (1661-1754) rimane incentrata sul tema delle difficoltà relazioni e delle difficoltà nell’esprimere i propri sentimenti a se stessi e agli altri. Il grafico 1 mostra un’attivazione subsimbolica con picco di disfluenza, bassa attività referenziale, alta *Reflection* e alti valori di *Affect* nel momento in cui Alice ammette il piacere che prova a ricevere attenzioni altrui, e parla dei suoi tentativi di relazionarsi visti da lei come una battaglia.

“a me piace piacere agli altri, mi butto sempre, basta che di mezzo non ci siano sentimenti. Io ho un rapporto un po’, diciamo libero con il mio moroso, io vado con altri e anche lui con le altre. Magari la sera vado a ballare e mi lancio per dire a mille e questo mi fa stare

bene, però quando entrano in mezzo sentimenti no. Però l'idea di poter piacere mi fa stare bene, mi piace, ci riesco anche se ho paura, è come se fosse una sfida contro me stessa, una battaglia.”

Il terzo intervento (2418-2634) di Alice si sviluppa durante la lettura, e relativa spiegazione, della scheda sui riattivatori traumatici. Dall'analisi del grafico 1 si può notare come si sviluppi una simbolizzazione durante la lettura dei riattivatori, in particolare quelli relativi a odori, sapori e luoghi; simbolizzazione caratterizzata da racconti prototipici di schemi emotivi attivati, racconti di eventi, azioni e sensazioni; data da altri livelli di attività referenziale, alti livelli di disfluenza,.

“il posto dove ci trovavano ora è stato demolito, era un manicomio ormai abbandonato e l'abuso è avvenuto lì. persone che hanno abusato di me. I posti che mi fanno venire in mente quello che è successo oppure posti dove sono stata male. I posti dove è successo. Odore di un profumo di uno di loro, ogni volta che lo sento sto male, ho la nausea, mi gira la testa. l'odore di un profumo che quel giorno mi è rimasto impresso e ogni volta che lo sento, mi sento male, nausea. Sapori: amaro, vecchio.”

Il grafico 2 mostra come in questa fase della narrazione la covarianza IDF_IWRAD sia negativa e questo comporta una fluidità del discorso del parlante e una covarianza IDF_IRef negativa che significa che Alice sta riflettendo su ciò che racconta relativamente ai propri riattivatori.

La fase finale dell'incontro (3719-3798/ 3803-3897, la pausa è caratterizzata da un intervento della terapeuta) è caratterizzata dalla lettura della scheda su “cosa si fa per tornare al sicuro”. Si nota dal grafico 1 un'attivazione subsimbolica con livelli di *Disfluency* alti, bassa attività referenziale e alta *Reflection*.

Dal grafico 2 è possibile notare come ci sia un cambiamento relativo alla covarianza $IRef_IWRAD$ relativamente alla fase di lettura della scheda (3719-3798) e a quella in cui la paziente risponde ad una domanda della terapeuta “*ma parlare con qualcuno invece?*” la covarianza positiva nella prima fase diventa negativa nella seconda, e questo dimostra una maggior immersione nel racconto della paziente in questa seconda fase del discorso.

La covarianza IDF_IRef rimane negativa in entrambi gli interventi e questo determina una riflessione della paziente nel discorso.

Le difficoltà della paziente risultano presenti sia nella prima fase del discorso che nella seconda, ma il distaccarsi dalla scheda permette alla paziente di accedere maggiormente al proprio contenuto emotivo e ad esprimere le proprie difficoltà relazionali; Alice ha delle forti difficoltà a fidarsi degli altri e questo è dimostrato dal fatto che ha impiegato tre anni per confessare l'abuso subito, nonostante fosse seguita da un terapeuta per i suoi problemi di abusi, di disturbi alimentari, e che lo abbia fatto con un operatore scolastico e non con un familiare o con un amico.

“a parlare mi sento ancora più sola, a casa non ci riesco, le uniche persone con cui vorrei parlare sono lontane e parlare al telefono non...non sempre serve, alle volte parlo con me stessa...scrivo. Prima mi facevo del male, ora mi taglio, come se...punisco me stessa, alle volte decido porto io il mio moroso a perdere il controllo perché so che poi così mi picchia, al momento sto peggio ma poi passa il tempo e mi sento meglio...non riesco a sfogarmi se non così, non conosco un altro modo io.”

GIUSY

Per quanto riguarda Giusy dal grafico 3 si può notare come i suoi interventi si concentrino in quattro periodi dell'incontro, due durante la parte più libera e due durante la fase strutturata; che si suddivide nella fase di lettura delle schede dei riattivatori traumatici e lettura della scheda del “cosa fare per sentirsi al sicuro”.

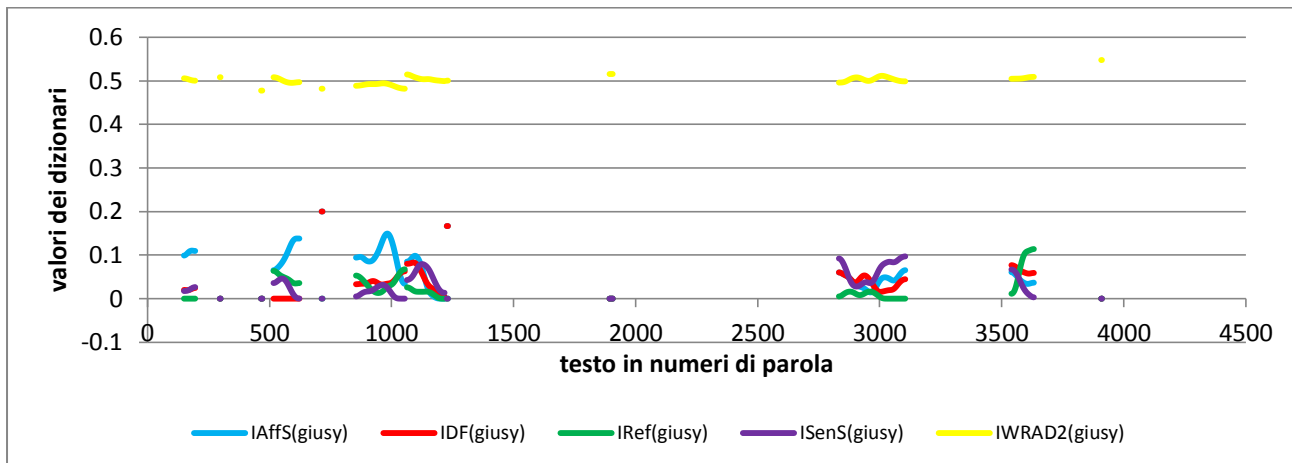


Grafico 3: andamento del processo referenziale di Giusy

Il primo periodo (516-622) di concentrazione dei valori di Giusy è caratterizzato da una simbolizzazione con un alzamento dei valori di IWRAD2 e di *Affect* e un abbassamento di *Reflection*; in questa fase Giusy racconta di aver impiegato molto tempo a esprimere i propri sentimenti alle persone a lei vicino, la prima persona a cui ha detto '*ti voglio bene*' è stato un cugino che ha saputo di avere solo in età adulta, ha conosciuto la sua famiglia e si è affezionata a loro; una famiglia molto diversa dalla sua dove non erano strutturati a dirsi '*ti voglio bene*'.

Nella seconda parte (854-1054 / 1063-1217 / 1226-1231) Giusy affronta insieme alle compagne le difficoltà che ha nell'esprimere i propri sentimenti davanti ad amici ma soprattutto davanti agli uomini; l'ultimo intervento è molto breve ed è una frase di Giusy che dice di essere ossessionata dalle persona.

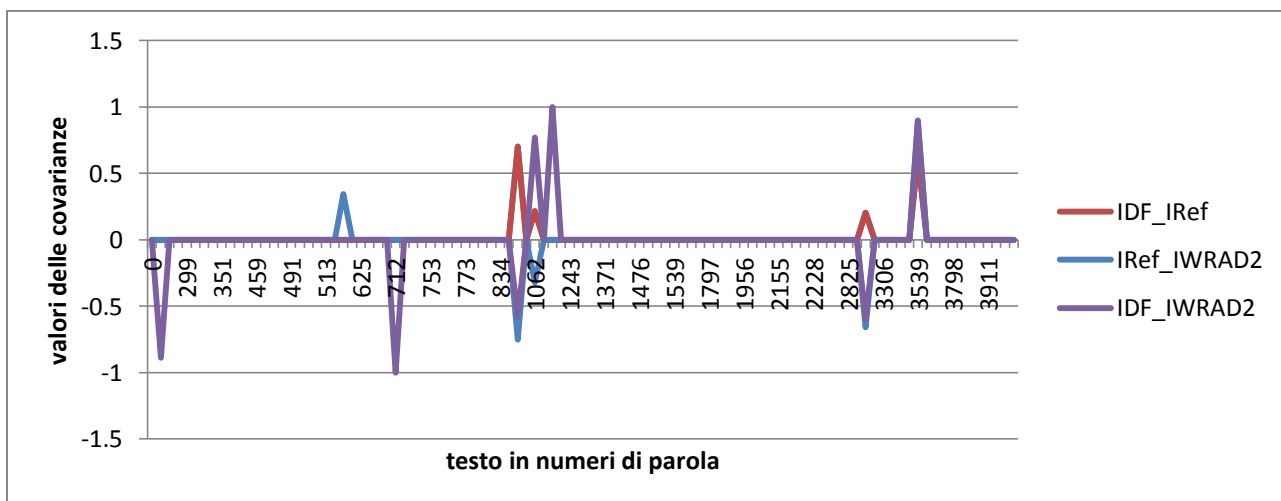


Grafico 4: andamento delle covarianze di Giusy

Durante la prima parte del discorso (854-1054) Giusy parla del volersi bene, del fatto che ci sono poche persone che le abbiano mai detto di volerle bene, racconta di aver sempre messo a dura prova i propri amici per testare la veridicità dei loro sentimenti; nelle relazioni di coppia si comporta invece diversamente, si butta, esprime sempre quello che pensa a quelle persone che lei pensa possano essere interessate. Questa prima parte è caratterizzata da una simbolizzazione caratterizzata da un alzamento di IWRAD, e di Affect, con valori di *Reflection* e *Disfluency* bassi.

“Rispetto all’evitare dei rischi...con gli uomini succede che so sempre se la persona che ho di fronte non mi vuole bene, anche se invece dice ‘ti voglio bene’, lo so, capisco tutto, se sono solo parole poi io non è che mi fidi degli altri, non ho fiducia, vado, mi butto solo quando sono convinta, io quando dico quello che provo lo dico perché è vero non per esigenza, perché voglio qualcosa in cambio, esprimo quello che provo perché so che l’altro prova anche qualcosa, poi magari non lo stesso ma qualcosa, un po’ capisco, ma ora prima niente. Aspetto tanto.”

In questa fase, come dimostra il grafico 4 i valori della covarianza *IDF_IRef* questo determina un evitamento del parlante, mentre le covarianze *IRef_IWRAD* e *IDF_IWRAD* sono negative, questo dimostra come la paziente sia attivamente immersa nel racconto narrativo e come la sua narrazione sia fluente.

Nella seconda fase (1063-1217) Giusy parla del suo rapporto con gli uomini e del fatto che finisca per annullarsi per la relazione e di come alla fine finisca in breve tempo, per scelta sua.

Quando Giusy parla delle sue scelte relative al comportamento che tiene con gli uomini i valori indicano un’attivazione subsimbolica, con bassi valori di IWRAD, valori di *Disfluency* che dopo un iniziale innalzamento tendono a diminuire e bassi valori di *Reflection*.

“solo che io scelgo solo egoisti, persone che sono incentrate su di loro e non su di me, uomini che non fanno sforzi per arrivare a me, faccio tutto io, per me diventa come una battaglia, una lotta alla

conquista, ma io ...nel senso che penso che altri al mio posto non ce la fanno.”

Dal grafico 4 si può notare come la covarianza *IDF_IWRAD* sia positiva a conferma degli alti valori di *Disfluency* e quindi di una disfluenza nella narrazione della paziente;

Durante la fase di lettura della scheda dei riattivatori traumatici (2833-3105) dal grafico 3 si nota una simbolizzazione data da alti valori di *IWRAD* e bassi di *Reflection*.

Giusy nella lettura della sua scheda risulta essere maggiormente distaccata dall'evento traumatico nella parte iniziale, quella che riguarda "cose che vedo", "cose che sento"; quando invece parla dei posti e delle persone e delle cose che le fanno racconta episodi relativi all'evento traumatico e agli effetti personali che ancora oggi la influenzano.

“Posti: un bosco vicino alla baita in montagna, l'uomo del mio abuso andava anche in montagna e in uno di quei boschi mi molestata, io ero nel bosco sotto mio papà in quello sopra con la moglie di quella persona, mio padre mi diceva che mi sentiva ridere, di un riso nervoso...ma dove io ridevo? Il paese dove abitava il tizio, a metà tra la baita e la sua casa in città Persona: moglie di lui, se la sento al telefono mi manda fuori. Cose che fanno a me: toccarmi, qualcuno che si avvicinava, ora un po' meno, e io mi elettrizzavo, mi dava fastidio, come quando qualcuno che si presenta mi da due baci. Poi quando io faccio sesso per la prima volta con qualcuno sono sempre un po' sbarellata, poi razionalizzo ma...la prima volta ho l'angoscia.”

Dal grafico 4 è possibile notare la covarianza *IRef_IWRAD* e *IDF_IWRAD* siano negative e questo denota immersione del paziente nel racconto narrativo e fluidità nella narrazione del racconto.

L'ultimo intervento di Giusy (3540- 3632) è relativo alla lettura della scheda che analizza le cose che si possono fare per sentirsi al sicuro. In questa fase è presente un'attivazione subsimbolica con picco di disfluenza con bassi livelli di attività referenziale e valori di *Reflection* che tendono ad aumentare

verso la fine del discorso. Giusy racconta che quello che fa per sentirsi meglio è parlare con le proprie amiche, anche di argomenti non inerenti alle sue preoccupazioni; il solo contatto con le amiche la fa stare meglio.

“parlo con le mie amiche, ho la sensazione quando vado nel panico di esser sola, quindi dimostro a me stessa che non lo sono, cosa che poi faccio allora mi appoggio sui miei amici, mi metto a pensare, razionalizzo, che è il mio forte, se succede qualcosa che mi manda fuori, mi parlo e allora poi mi calma, mi do retta. “Ragiono, penso, contrasto l’emozione con il pensiero razionale che ora è un altro momento, che è successo e finito. Cerco il supporto di qualche amica, magari non parlando direttamente della cosa.”

GIORGIA

Dal grafico 5 si evince come i discorsi della paziente siano molto brevi e focalizzati principalmente nella parte iniziale del colloquio e nella parte finale, quella strutturata. La parte iniziale (317-331 /352-385/ 410-455/ 471-491) è la parte di lettura della scheda di inizio seduta, interrotta da interventi della terapeuta volti ad approfondire certe tematiche.

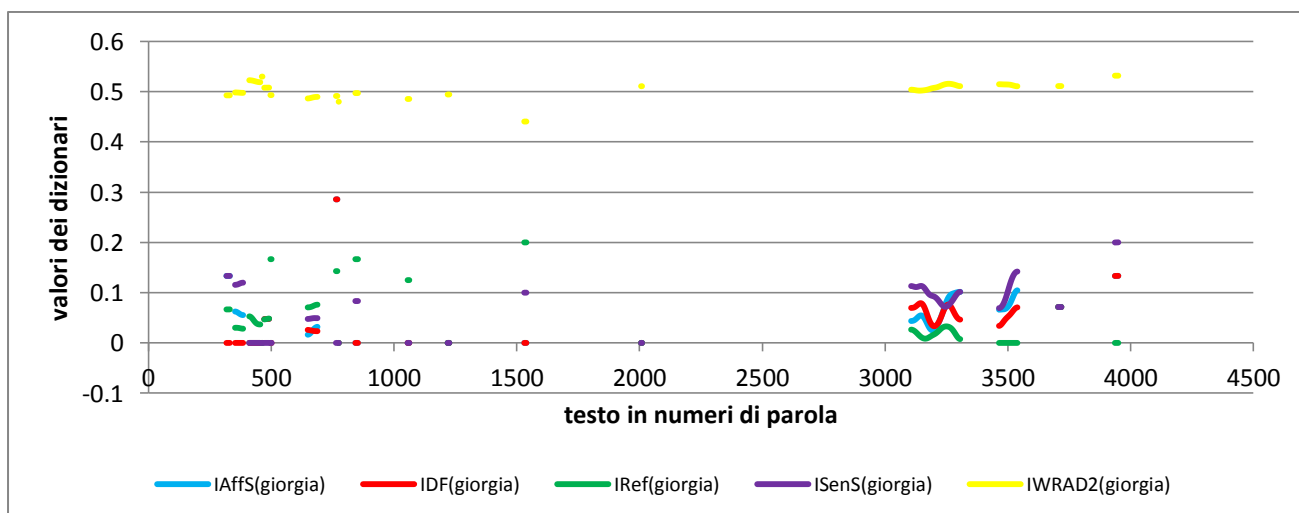


Grafico 5: andamento del processo referenziale di Giorgia

Questa fase è definita da una simbolizzazione, con valori che tendono ad aumentare di IWRAD e di *Reflection*. Giorgia racconta che il momento più bello delle settimane trascorse è stato l’aver esposto le proprie idee ad un uomo a cui è interessata.

Giorgia: “il momento più bello è stato sbottonarsi, ho avuto il coraggio di esprimere i miei sentimenti, non lo facevo da una vita, è stata una grande fatica ma alla fine sono riuscita a farlo.

Tp: “quale è stato il momento della decisione? È stato spontaneo oppure è stato dettato da un training autogeno 'lo devo fare lo devo fare’”.

Giorgia: “è stato dettato da un training mio ma anche di lui che mi aveva chiesto di esprimere un giudizio nei suoi riguardi. A quel punto mi sono detto ‘di tutto quello che vuoi’ e alla fine ho detto tutto quello che mi tenevo dentro da tanto.”

A questa parte iniziale segue un breve intervento (648-688) della paziente in cui viene affrontato il tema dei sentimenti altrui e di come vengono percepiti.

“il rischio è sempre quello di esser ferita, io non ho mai creduto nei sentimenti degli altri e quindi ho sempre pensato che i sentimenti altrui fossero come una finzione, non ho mai creduto che i gesti d'affetto fossero reali.”

Si nota dal grafico delle covarianze (grafico 6) come si verifichi un’immersione nel racconto narrativo da parte della paziente, rappresentato da un valore negativo della covarianza *IRef_IWRAD*, mentre il valore positivo della covarianza *IDF_IWRAD* mostra una narrazione non fluente della paziente.

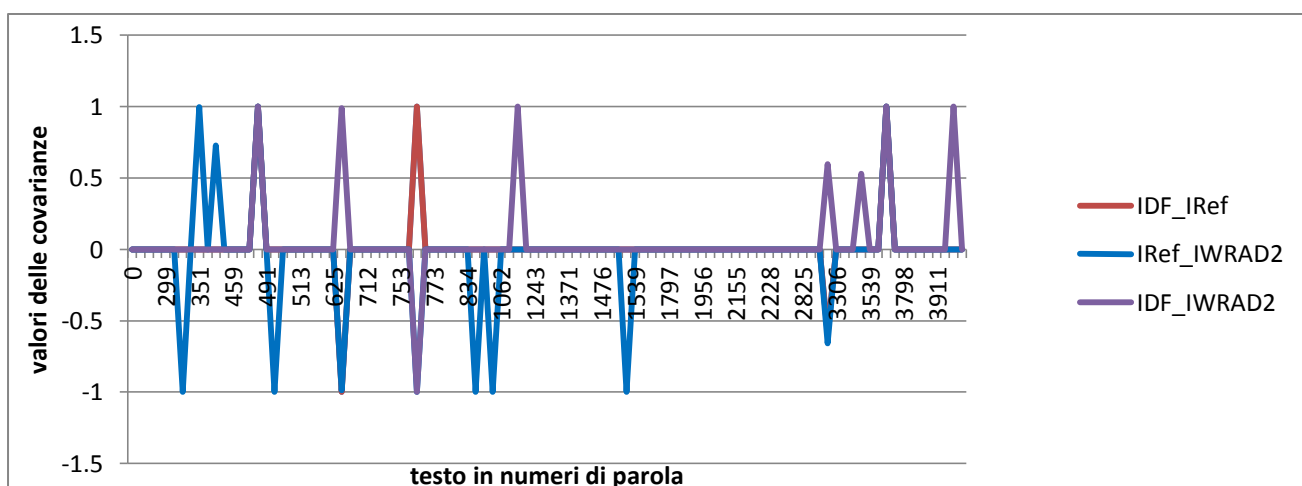


Grafico 6: andamento delle covarianze di Giorgia

Nella parte di colloquio strutturata, caratterizzata dalla lettura e commento delle schede, è presente una simbolizzazione e una attivazione subsimbolica: la prima durante la parte di lettura della scheda dei rinforzatori (3106-3306) e la seconda durante la lettura della scheda delle “cose da fare per sentirsi al sicuro” (3464-3539).

La simbolizzazione è caratterizzata da valori di IWRAD che tendono ad aumentare, alti valori di ISenS, bassi valori di *Reflection*, e valori di *Affect* che tendono ad aumentare verso la fine del discorso, come dimostra il grafico 5; per quanto riguarda le caratteristiche narrative della paziente, dal grafico 6 è possibile notare come i valori negativi della covarianza *IRef_IWRAD* determinino un’immersione nel racconto da parte della paziente, racconto che risulta essere poco fluido nella sua narrazione, come dimostra la covarianza positiva *IDF_IWRAD*

“Cose che vedo: le bambine piccole mi mettono angoscia e tristezza. Cose che sento: quando mi dicono “stai zitta”, mi ammutolisco, vado in depressione. Odori: non riguarda l'abuso ma quello che era nella sua famiglia, mio padre, era un alcolizzato quindi l'alito di alcol mi fa star male, poi sugli autobus un profumo, in particolare da uomo che usava mio padre e poi anche mio fratello...mi capita di essere lì, passo e sento il profumo, non conosco il nome ma...profumo da nonno. Alito di alcool. Posti: disordine e sporcizia, io vivo con mia mamma e ho notato che finito di lavorare inizio a star male a casa, la mia casa è in disordine ma continuo a star male, dovrei metterla a posto ma non ci riesco ho come un rifiuto totale, ho sempre pulito la casa, però ora ho questo rifiuto e non ce la faccio, e...però la casa mi fa schifo; ogni volta che devo tornare a casa non voglio...non voglio vedere quella casa sporca, in disordine e...anche mia mamma non voglio vederla. Casa, cameretta, posizione letto. persone: mia madre.”

L’attivazione subsimbolica si presenta con bassi valori di attività referenziale, bassi di *Reflection* e valori di *Disfluency*, *Affect* e *Sensory* che tendono ad aumentare, come dimostrato nel grafico 5; i valori positivi della covarianza *IDF_IWRAD*, mostrati nel grafico 6, dimostrano come non ci sia fluidità narrativa nel discorso della paziente.

“per tornare al sicuro.... non lo so, uscire di casa, parlare e piangere ma poi non ce la faccio, mi blocca . Come Se perdo le forze, l' altra volta dovevo uscire , ma ho perso le forze e non riesco a uscire , non so cosa ha scaturito il senso di depressione, io volevo uscire”

FRANCESCA

Dal grafico 7 si desume che ci siano quattro interventi della paziente durante l'incontro, due nella parte libera e due nella parte strutturata.

Analizzando la prima parte (1388-1470/ 1477-1493/ 1505-1529) notiamo come emerga una fase di simbolizzazione con bassi valori di attività referenziale, valori di disfluenza che tendono ad aumentare e quelli di riflessione che tendono a diminuire; il discorso non è continuo ma viene interrotto dalla terapeuta con affermazioni e domande. In questa fase Francesca analizza il proprio rapporto con gli altri.

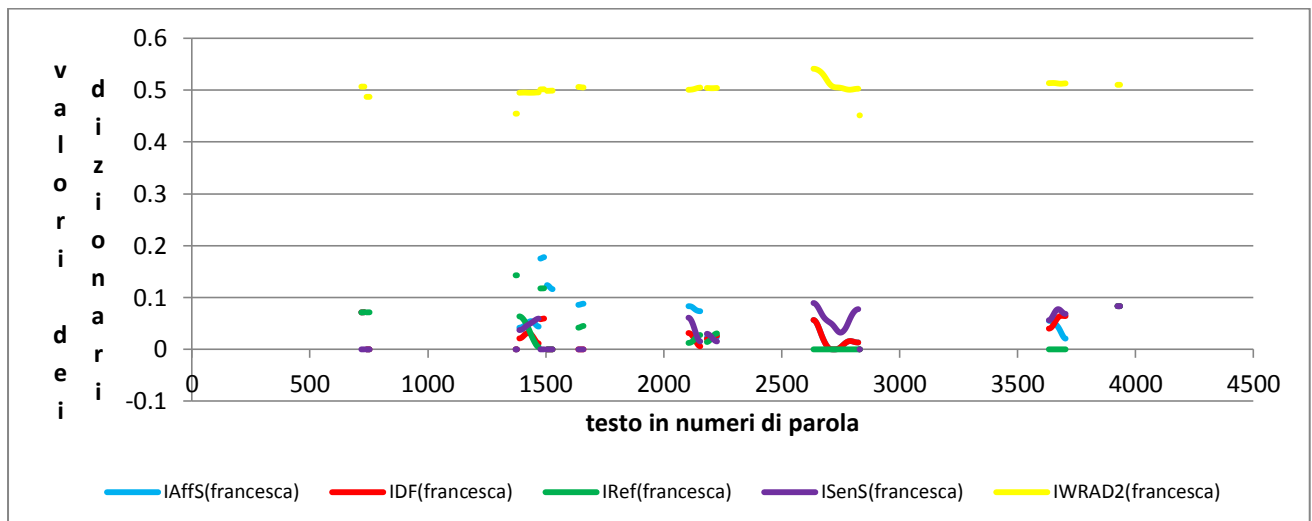


Grafico 7: andamento del processo referenziale di Francesca

“se penso al rapporto che ho con gli altri mi vede molto distaccata, io non avvicino troppo le persone, se si avvicinano troppo le allontano istintivamente, se poi ci penso so che è sbagliato ma il contatto troppo ravvicinato mi mette a disagio, questo l' ho fatto con tutte le mie amicizie, oggi amici non ne ho. Nell'arco della mia vita anche le amicizie più forti le ho scaricate, ci sono stati momenti in cui hanno provato a riavvicinarsi ma io no.

Tp: quale è il vantaggio di questo?

Francesca: non lo so...forse pensavo che nell'isolamento ci stavo bene, provare un'emozione mi spaventa troppo

Tp: noto che Francesca e Alice sono molto simili nel loro atteggiamento.

Francesca: più le persone mi si avvicinano, più mi dimostrano il loro affetto e più io le allontano, anche se l'affetto lo voglio anche io.”

L'intervento successivo è incentrato sulla lettura della scheda di inizio seduta in cui la paziente spiega come sono andate le ultime due settimane e delle difficoltà che ha incontrato nel mettere in pratica i consigli dati nella precedente seduta su cosa fare per reagire alle situazioni di stress (2105-2155). In questa fase si sviluppa un'attivazione subsimbolica, con bassi livelli di attività referenziale, bassi livelli di *Disfluency* e *Reflection*, nel momento in cui Francesca parla della frustrazione provata per non essere riuscita a superare la situazione di stress.

“le ultime settimane sono andate peggio, ho provato grande senso di frustrazione, l'ultima volta abbiamo fatto la scheda di 'come bisogna reagire', io ho provato in queste due settimane a mettere in pratica i consigli, ma non ci sono riuscita, c'è stato un momento in cui volevo mollare tutto.”

Per quanto concerne la parte strutturata si può notare come sia caratterizzata da una prima di simbolizzazione (2635-2825), durante la lettura della scheda dei riattivatori traumatici e una seconda (3633-3704) di attivazione subsimbolica, durante la scheda del “cosa fare per sentirsi al sicuro”. La prima fase di simbolizzazione, con alti valori di *IWRAD*, basso *Reflection* e valori di *Disfluency* che tendono ad aumentare, si sviluppa nel momento in cui Francesca parla delle cose che vede, delle cose che sente e degli odori e poi per le ‘cose che fanno a te.’

“sporczia e disordine mi fanno impazzire, mi innervosisco tantissimo. Sento: le urla e le persone quando litigano mi agitano. Urla. Litigi. Odori: il fumo, l'odore dei fumi in una stanza, mio padre fumava due sigarette al giorno, quando entro in una stanza con

odore di fumo non riesco proprio a stare. Fumo. Posti: la casa di mio padre, a volte ritorno perché mi vedo con i miei fratelli, ora è un po' che non lo faccio, c'è un fratello che ci vive. La casa di mio padre. Persone: mio padre. Cose che fai: studiare, mi sono iscritta all'università, quando ero ragazzina ho fatto tutti gli anni del liceo studiando di notte perché di giorno non potevo, puntavo la sveglia alle 2 di notte e studiavo, ora pur avendo la volontà di riprendere non ci riesco, vorrei. Studiare. Cose che fanno a te: questo mi succede al lavoro, mi innervosisco quando mi danno degli ordini, basta un'intonazione un po' più autoritaria e mi innervosisco, per le visite mediche visto che sono sotto controllo ginecologico, vado spesso a far controlli e questo mi fa impazzire, generalmente se ne accorgono, è un'impresa anche per il medico.”

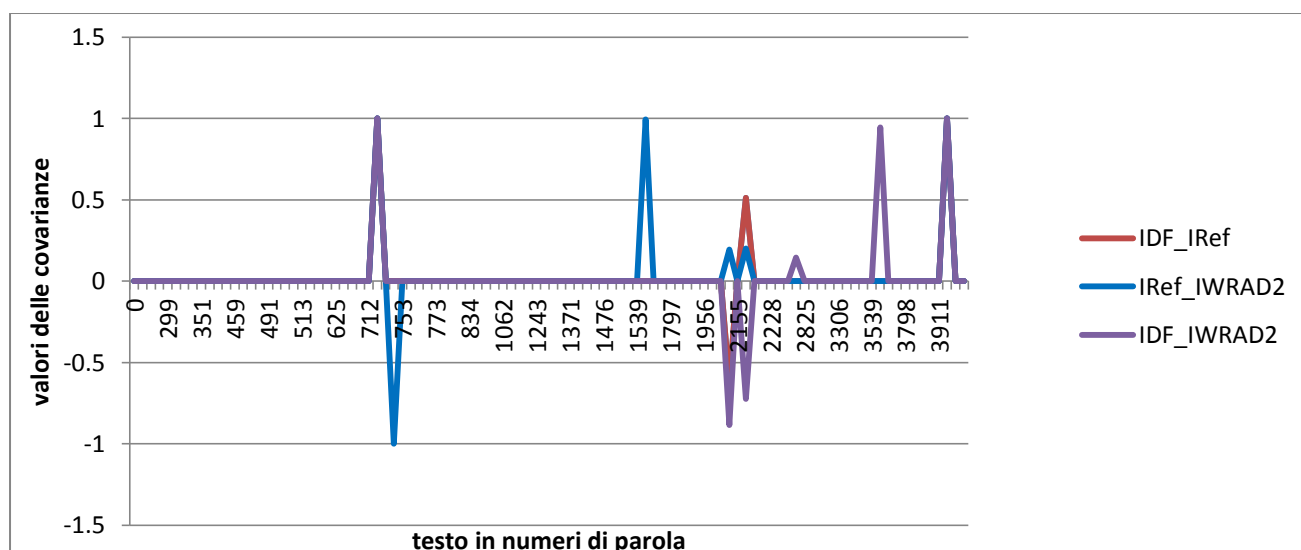


Grafico 8: andamento delle covarianze di Francesca

Mentre la fase di attivazione subsimbolica si presenta con un basso livello di attività referenziale e valori di *Disfluency* che tendono ad aumentare, con una *Reflection* molto bassa; e da una covarianza *IDF_IWRAD* positiva, che concorda con i valori alti di *Disfluency*, e descrive una mancanza di fluidità narrativa (grafico 8). Questo avviene in concomitanza con il racconto di cose che la paziente fa per sentirsi al sicuro, e il suo racconto delinea una difesa di dissociazione che viene messa in atto per proteggersi e per superare il momento di stress.

“di solito stacco del tutto la spina, mi isolo, di solito mi allontano dal posto dove sono e mi isolo, voglio stare sola, quando sono angosciata e succede tutte le sere, arrivo a casa, mangio e mi sento angosciata, allora prendo la macchina e esco da sola, saranno sei mesi che faccio così. Giro con la macchina e non mi fermo poi dopo magari anche più di un’ora torno a casa.”

KATIA

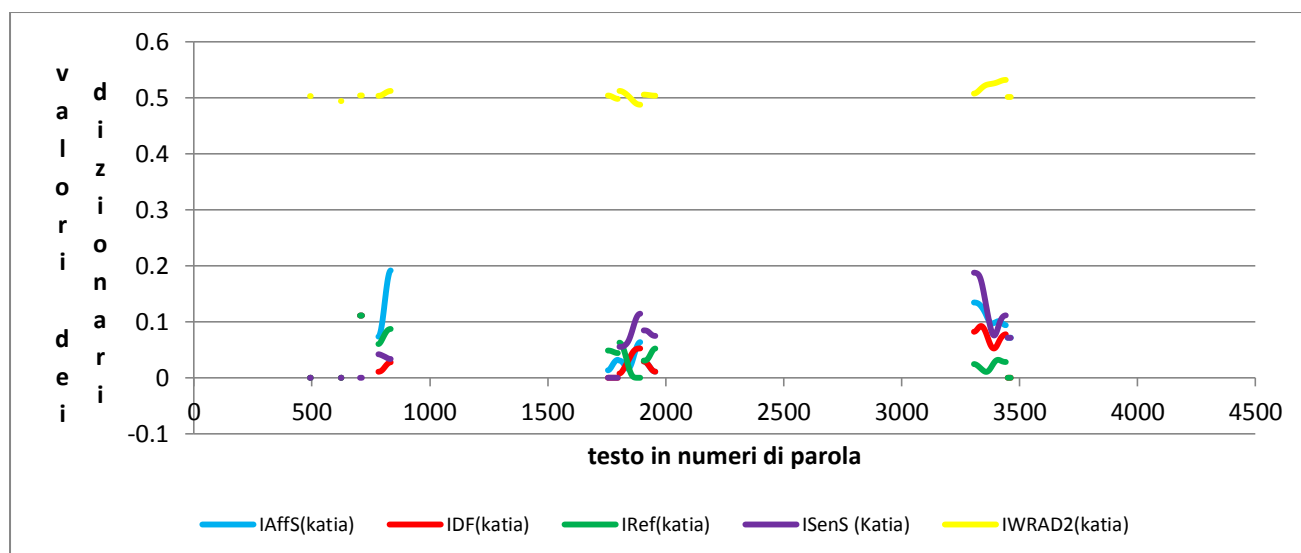


Grafico 9: andamento del processo referenziale di Katia

Il primo intervento di Katia (782-834), si allaccia al discorso che viene fatto dalle compagne sulle difficoltà a esprimere i propri sentimenti, a dire ‘ti voglio bene’ e da questa sensazione che gli altri le stiano vicino solo per un sentimento di compassione nei suoi confronti; è definito da una riflessione, con valori di *Reflection* che tendono all’aumento e bassi di *Disfluency*. Dal grafico 10 è possibile valutare l’andamento narrativo della paziente, in questo primo intervento i valori negativi della covarianza *IDF_IRef* indicano che la paziente sta riflettendo.

“una cosa a cui pensavo spesso quando ero più giovane, ora ho anche amicizie fuori dalla mia famiglia, ad esempio ad una mia amica riesco a dire ‘ti voglio bene’ però con tutti ho sempre questa sensazione, paura di fare compassione. Ci ho messo molto a capire e a dire ‘ti voglio bene’”

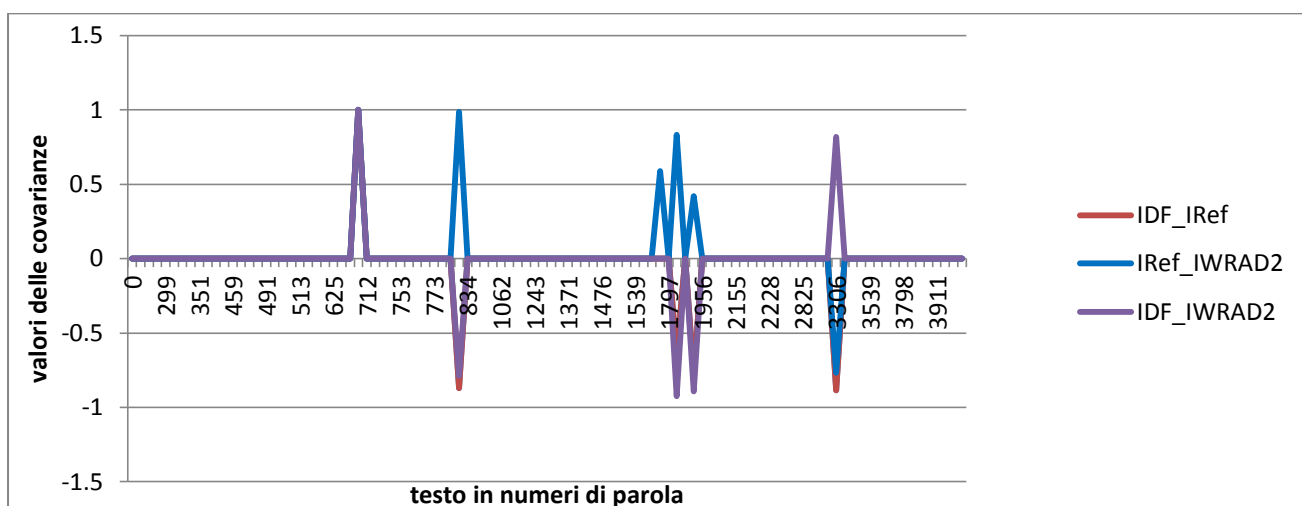


Grafico 10: andamento delle covarianze di Katia

Il secondo intervento (1756-1893/ 1908-1957) è caratterizzato da due momenti di riflessione, definiti da alti livelli di *Reflection* e bassi di *Disfluency*; durante il primo intervento Katia fa un'analisi di come vede le proprie compagne e di cosa pensa di avere in comune a loro, come la tendenza ad abusare di alcol e droghe di Alice, fase che ha attraversato anche lei da giovane; si vede ingabbiata come Francesca, e si sente a disagio a stare in mezzo alle persone. Durante la seconda fase di riflessione, caratterizzata da alti livelli di *Reflection* e bassi di *Disfluency*, Katia racconta delle sue difficoltà a trovarsi in mezzo agli altri, difficoltà che anni prima la portavano a comportamenti "ossessivi".

"in mezzo agli altri fino a pochi anni mi si sentivo a disagio, dovevo lavarmi tre, quattro volte a di per stare in mezzo agli altri, mangiare cento cicche, era assurdo, dovevo come cercare di essere degna di stare vicino ad un' altra persona, chiunque, poteva essere anche un bambino."

I successivi due interventi si concentrano nella parte strutturata dell'incontro; la prima parte è caratterizzata da una simbolizzazione, definita valori di attività referenziale che tendono ad aumentare, alti di *Sensory*, *Affect*, *Disfluency* e bassi di *Reflection*, come si può notare dal grafico 9. Il grafico 10, che analizza l'andamento narrativo della paziente, la covarianza positiva *IDF_IWRAD* dimostra una mancanza di fluidità della narrazione, mentre il valore negativo della covarianza *IRef_IWRAD* descrivono un'immersione nel

racconto narrativo da parte della paziente e la covarianza negativa *IDF_IREf*, che la paziente sta riflettendo su ciò che sta raccontando.

“cose che vedo: sporco che c'è in giro, persone sporche, malignità, diffidenza, amore, voglia di esternare, subito scatta l'angoscia dentro. Cose che sento: insulti, disprezzo. Odori: sigaretta, segatura bruciata, schifo dalla bocca. Sapore di amaro, vecchio, brutto è difficile da spiegare. Posti: casa, garage, un po' di tutto, cantina, giardino, stanza degli attrezzi. Asfalto. Persone: la mia famiglia, tutta la mia famiglia. Maria e Paco (i figli). Madre. Padre. Sorella. Fratello. Il vicino. Amico C Amica D. Amico S. Cose che fai: mangiare davanti alla tv, strafogarsi. Cose che fanno a te: violentare, urlare. Ho capito che molti miei atteggiamenti, se mi viene detto qualcosa richiamano azioni che avevo nel passato, ho dentro quella sensazione di violenza, quindi continuo ad identificarli, devo impegnarmi molto per rimanere con i piedi per terra.”

La seconda scheda di Katia risulta essere un po' spoglia, Katia scrive *“per tornare al sicuro...tornare a casa ma poi inizio a mangiare di tutto”*; dimostra quindi di non avere ancora trovato quello che la fa star bene e le permette di sentirsi al sicuro per un lungo periodo di tempo.

4.2 Analisi dell'andamento per il gruppo

Soggetti	N tot. parole	N tot interventi
Giorgia	526	19
Francesca	557	14
Giusy	918	15
Alice	580	9
Katia	402	10

A livello di gruppo si evince come il contributo delle pazienti sia pressoché il medesimo se si considera il numero di parole usate da ciascuna lungo tutto il

colloquio e il numero di interventi, ad eccezione di Giusy che risulta essere la paziente che interviene più a lungo rispetto alle sue compagne.

Per fare un'analisi del gruppo andremo a valutare le medie dei dizionari *Affect*, *IWRAD*, *Reflection* delle cinque pazienti lungo il settimo colloquio

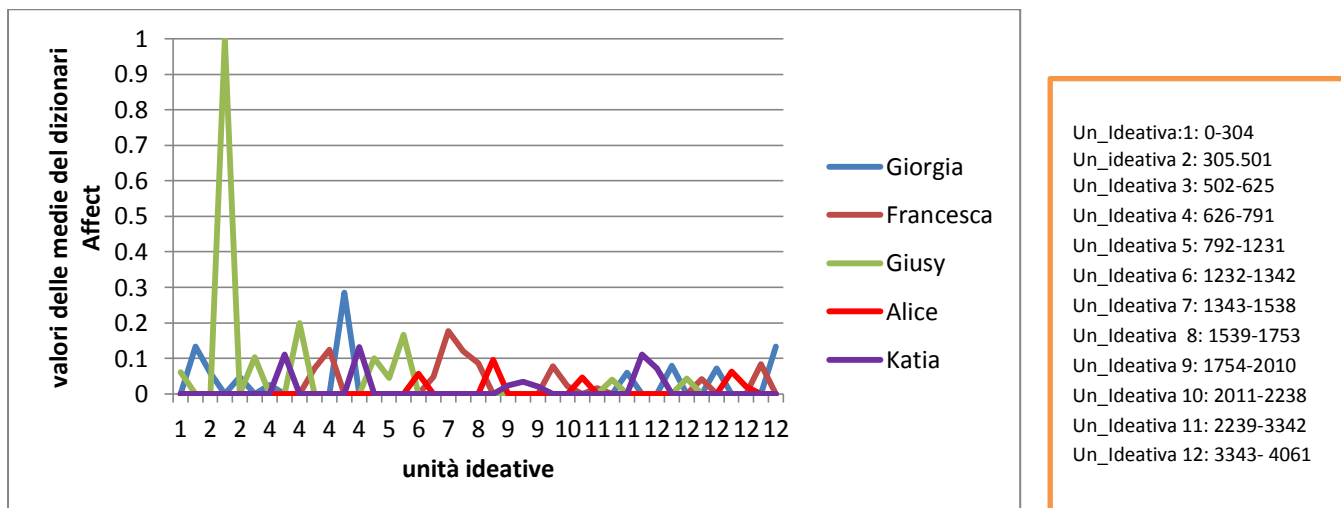
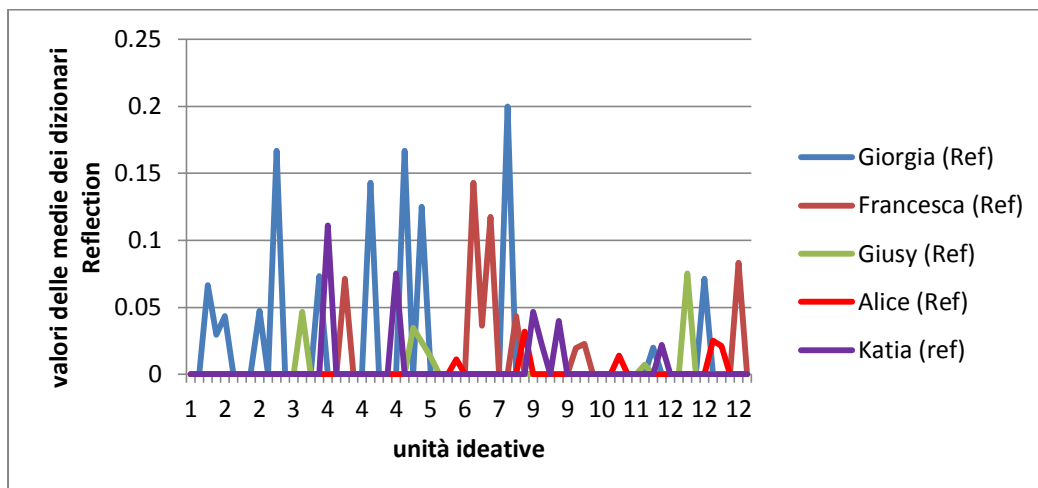


Grafico 11: andamento della media dei dizionari Affect delle singole pazienti

Dal grafico 11 è possibile notare come i valori medi di *Affect* di Giusy siano alti nella parte iniziale dell'incontro, tra le unità 2 e 6, in cui viene affrontato il tema delle difficoltà a relazionarsi con gli uomini, a fidarsi degli altri e le problematicità nell'esprimere i propri sentimenti. Tra le unità 1 e 4 anche i valori media di Katia e Giorgia risultano essere alti. Per quanto riguarda la parte strutturata dell'incontro, in cui vengono lette le schede sui riattivatori e sui comportamenti da mettere in atto per potersi sentire al sicuro, i valori medi di Affect risultano essere bassi per Giusy, Alice, Katia e Francesca mentre quelli di Katia sono leggermente più alti.



- Un_Ideativa:1: 0-304
- Un_ideativa 2: 305-501
- Un_Ideativa 3: 502-625
- Un_Ideativa 4: 626-791
- Un_Ideativa 5: 792-1231
- Un_Ideativa 6: 1232-1342
- Un_Ideativa 7: 1343-1538
- Un_Ideativa 8: 1539-1753
- Un_Ideativa 9: 1754-2010
- Un_Ideativa 10: 2011-2238
- Un_Ideativa 11: 2239-3342
- Un_Ideativa 12: 3343- 4061

Grafico 12: andamento medio del dizionario Reflection delle singole pazienti

Il dizionario Reflection, contiene parole che indicano come il soggetto pensa o comunica i propri pensieri, parole che abbiano riferimenti a funzioni logiche e cognitive, include sostantivi di tipo astratto, problemi o fallimenti di funzioni cognitive, funzioni comunicative verbali complesse e caratteristiche di funzioni mentali (De Coro & Mariani, 2006). Come si vede dal grafico 12 i valori di questo dizionario risultano essere alti per Giorgia tra le unità 1 e 5, in cui la paziente racconta le difficoltà che ha sempre avuto nel confessare i propri sentimenti agli uomini e alle persone in generale, a causa di una mancanza di fiducia generalizzata; i valori di Katia sono alti durante l'unità ideativa 4, in cui la paziente esprime le sue difficoltà a fidarsi delle persone, complessità dettata dalla sua convinzione che gli altri le stiano vicino solamente per un sentimento di compassione. I valori di Francesca sono alti nell'unità ideativa 7, in cui la paziente per la prima volta esprime le sue difficoltà relazionali dettate da un suo bisogno di distacco dalle persone e da un disagio che prova a stare in mezzo agli altri.

Durante la lettura delle schede sui riattivatori traumatici, unità ideativa 11, si può notare come i valori siano bassi per tutte le pazienti; mentre nell'ultima unità ideativa in cui viene letta la seconda scheda, relativa a "cosa si fa per tornare al sicuro", i valori di tutte le pazienti, ad eccezioni di Katia, aumentano rispetto alla fase precedente.

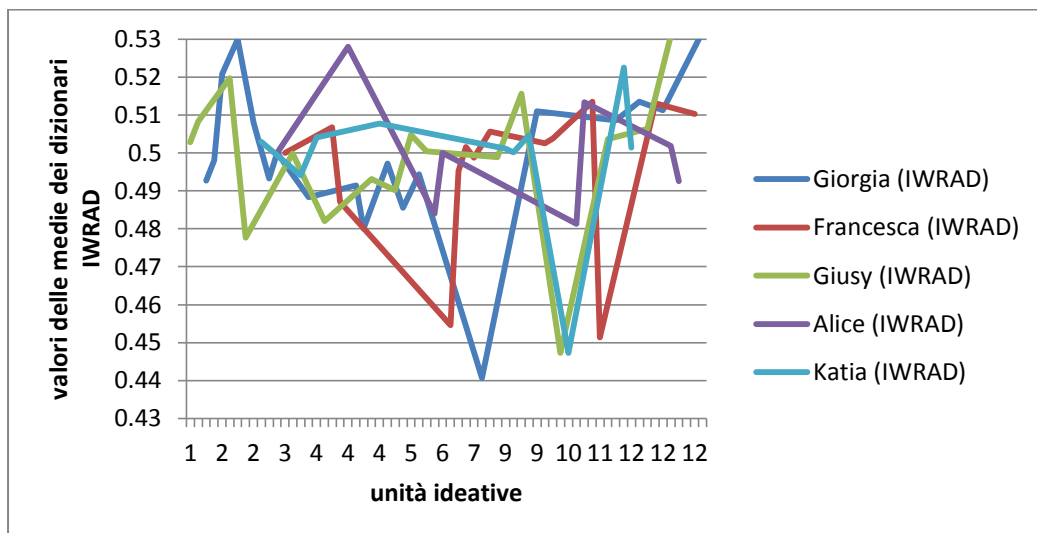


Grafico 13: andamento medio dei valori di IWRAD delle singoli pazienti

I pazienti che mentre raccontano una storia carica emotivamente sono più immersi nel racconto manifestano una narrazione con alti valori di IWRAD, piuttosto che con bassi valori. Dall'analisi che grafico 13, che rappresenta l'andamento dei valori medi dell'attività referenziale delle pazienti, si nota come i valori medi più bassi si ritrovino in Francesca e Giorgia nell'unità ideativa 7, in cui Francesca racconta di provare un forte disagio nel stare vicino alle persone, tende a distaccarsi e preferisce l'isolamento; Giorgia dice di non credere degli affetti, è diffidente perché pensa che nella maggior parte dei casi gli affetti non siano reali.

I valori medi di Giusy e Katia si abbassano nell'unità ideativa 10, in cui raccontano con poche parole, con un livello di immersione narrativa molto basso, l'andamento delle settimana precedenti all'incontro.

Nell'unità ideativa 11, in cui avviene la lettura della scheda sui riattivatori l'unico valore medio basso è quello di Francesca; la paziente fa una lista di riattivatori utilizzando aggettivi e sostantivi senza aggiungere spiegazioni sul perché di queste scelte, per quello il livello di immersione narrativa è più basso rispetto a quello delle altre pazienti.

I valori più alti invece si ritrovano nell'unità ideativa 2 con Giorgia e Giusy, in questa fase dell'incontro Giorgia racconta un momento della settimana precedente in cui ha trovato il coraggio di confessare i propri sentimenti ad un uomo, nonostante la paura della risposta è riuscita a esprimere quello che pensava; Giusy invece racconta delle difficoltà che ha sempre incontrato nel dire "ti voglio bene", la prima persona a cui lo ha detto è stato un cugino che

ha scoperto di avere in età adulta e che le ha mostrato il valore della famiglia e cosa significa voler bene; ora ha meno difficoltà a dire quello che pensa.

Nelle unità 9, 10, 11 e 12 ad eccezione dei casi precedentemente analizzati si può notare come i valori medi dell'attività referenziale siano alti e questo dimostra una buona immersione narrativa delle pazienti in quello che raccontano. Nelle unità 9 e 10 le pazienti continuano a confrontarsi sulle proprie difficoltà nelle relazioni, nell'esprimere i propri sentimenti e nel fidarsi; le ultime due unità rappresentano la parte strutturata dell'incontro in cui avviene la lettura delle schede sui riattivatori negativi e su "cosa fare per sentirsi al sicuro".

5. Discussione dei risultati

Lo scopo della ricerca è stato quello di valutare le differenze qualitative delle diverse fasi dell'incontro terapeutico a livello di gruppo e di singolo individuo; in virtù del tema affrontato in modo spontaneo all'inizio dell'incontro, la difficoltà a esprimere i propri sentimenti con se stessi e davanti agli altri; e del tema strutturato analizzato verso la fine dell'incontro, i riattivatori traumatici (cose che si vedono, cose che si sentono, odori, sapori, posti, persone, cose che fai, cose che fanno a te, altro) e le cose che le pazienti fanno per sentirsi al sicuro.

Quello che risulta evidente dall'analisi fatta è come, durante la fase 'libera' dell'incontro, in cui le pazienti parlano delle proprie difficoltà nelle relazioni, nella gestione dei sentimenti propri e altrui, gli andamenti siano molto diversi tra loro. Alice esprime le proprie difficoltà relazionali e di gestione della manifestazione d'affetto altrui tramite un'attivazione subsimbolica; Giusy parla delle relazioni amicali e delle difficoltà a fidarsi e a esprimere i propri sentimenti tramite simbolizzazione e un'attività referenziale nel momento in cui parla del comportamento che tiene con gli uomini e delle scelte che fa; Giorgia durante la lettura della scheda di inizio seduta, da cui poi inizia a raccontare di essere riuscita a esprimere i propri sentimenti, è caratterizzata da una simbolizzazione; Francesca passa da una simbolizzazione ad un'attivazione subsimbolica, durante la lettura delle schede. Completamente differente è il caso di Katia, in cui si ritrovano due riflessioni durante la parte libera dell'incontro, in cui la paziente esprime le sue preoccupazioni relative al

peniero che la sua storia possa fare compassione e che sia solo questo sentimento che porta le persone a starle vicino.

Quello che si po' concludere da questi dati è come non ci sia un andamento simile tra le pazienti durante la fase 'libera' del colloquio; tre pazienti su cinque accedono a livelli inferiori di attività referenziale quello dove i legami tra il livello simbolico e subsimbolico non si sono ancora formati e in cui prevale la componente inconscia ed emozionale. In accordo con l'interpretazione di dissociazione fornita da Bucci (2005) l'attivazione subsimbolica si presenta nei soggetti in concomitanza del racconto di traumi o di elementi che lo richiamino (Pravato, 2009), in questo caso è presente in tre pazienti, Alice, Giusy e Francesca, durante la fase 'libera' del colloquio, in cui le pazienti si confrontano sulle proprie difficoltà relazionali e sulle difficoltà a gestire i propri e altrui sentimenti.

Per quanto interessa la parte 'strutturata' dell'incontro si nota un'omogeneità nella modalità di narrazione tra le pazienti, si presenta una fase di simbolizzazione per tutte le pazienti durante la lettura della scheda dei riattivatori traumatici mentre durante la lettura della scheda su 'cosa fare per sentirsi al sicuro' è presente un livello di attivazione subsimbolica.

La parte relativa alle riattivazione traumatiche permette di rilevare alti livelli di attività referenziale, in cui il discorso narrativo delle pazienti è determinato da libere associazioni relative al trauma subito, che includono sogni, fantasie e ricordi di eventi del passato (Bucci, 2005) e sono il veicolo di base della rappresentazione dell'esperienza inconscia; si ricorda che i riattivatori traumatici comprendevano: cose che vedo, cose che sento, odori, sapori, posti, persone, cose che fai, cose che fanno a te.

Rispetto alle fasi di elaborazione dell'informazione che Bucci (1997) ipotizza, l'attivazione subsimbolica, che si presenta nell'ultima parte dell'incontro, è il livello inferiore del processo referenziale, quello dove prevale la componente inconscia ed emozionale (Tagini, Pazzagli, Caviglia *et al.*, 2009); è associata a parole come 'depressione', 'angoscia', 'blocco', 'paura', 'panico', 'rilassata', 'penso', 'isolo'. La stessa autrice attribuisce l'attivazione subsimbolica ad una forma di dissociazione in cui l'affetto viene sperimentato in assenza del suo significato (Bucci, 2005).

6. Conclusioni

Si può notare quindi come non ci sia un andamento chiaro delle pazienti lungo il percorso della terapia, nonostante le difficoltà relazionali siano presenti in tutte le pazienti, i dati mostrano come non siano tutte in grado di accedere ai loro contenuti emozionali circa queste difficoltà. La questione da verificare in un lavoro futuro potrebbe essere quella di valutare l'andamento delle pazienti lungo tutto il percorso della terapia di gruppo, per verificare se queste difficoltà siano personali o più relative al singolo incontro.

Un andamento più omogeneo si è ritrovato nella parte strutturata, ma nonostante questo, la libertà data alle pazienti nella compilazione ha portato solo alcune di loro a raccontare eventi relativi all'episodio traumatico; dalle schede si può notare come il riattivatore traumatico più forte per tutte le pazienti sia l'odore, anche a distanza di tempo dall'evento traumatico. Anche in questo ambito sarebbe opportuno andare a valutare in modo più approfondito le modalità utilizzate dalle singole pazienti per raccontare il trauma. Bisogna infatti considerare che queste donne sono tutte persone che hanno subito il trauma in età infantile e non hanno mai affrontato in modo diretto i loro ricordi, anche Alice, nonostante la sua giovane età e nonostante sia passato meno tempo rispetto alle altre dall'abuso, è la prima volta che si ritrova ad affrontare l'evento traumatico. Per una ricerca futura si potrebbe andare a considerare quale possano essere gli strumenti più stimolanti per pazienti con una storia di abuso infantile; andando anche a valutare se sia più incisivo il confronto tra la pazienti con il supporto della terapeuta o l'utilizzo di materiale strutturato.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, R. E. & Bukowski, W. M. (2007). Relationships with mothers and peers moderate the association between childhood sexual abuse and anxiety disorders. *Child Abuse & Neglect*, 31(6), 645-656.
- Ainscough C. & Toon, K. (1993) *Liberarsi, adulti che hanno subito abusi sessuali nell'infanzia*. Ed Calderini.
- Alexander, K. W., Quas, J. A., Goodman, G. S., Ghetti, S., Edelstein, R. S., Redlich, A. D. & Jones, D. P. H. (2005). Traumatic impact predicts long-term memory for documented child sexual abuse. *Psychological Science*, 16(1), 33–40.
- Anderson, S. J., & Conway, M. A. (1993). Investigating the structure of autobiographical memory. *Journal of experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 19, 1178-1196.

- Andreani Dentici, O. (2012). *Ricordi molto lontani. La memoria a lungo termine nella vita quotidiana*. Milano: Edizioni Unicopli.
- Andres-Lemay, V. J., Jamieson, E. & MacMillan, H. L. (2005). Child abuse, psychiatric disorder and running away in a community sample of woman. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 684-689.
- Anfossi, M. (2005). Riflessioni su esperienze di sostegno a vittime di abuso. *La famiglia*, 231, 29-44.
- Atkinson, R.C. & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: a proposed system and its control process. In K.W. Spence e J.T. Spence (Eds), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory (vol 2)*. New York: Academic Press.
- Baddeley, A. D. (1999). *Essentials of human memory. Cognitive Psychology*.
- Bailey, C.H. & Chen, M. (1989). Time course of structural changes at identified sensory neuron synapses during long-term sensitization in aplysia. *Journal of Neuroscience*, 9, 1774-1781.
- Bailey, J.A & McCloskey, L. A. (2005). Pathway to adolescent substance use among sexually abused girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 39-53.
- Banyard, V. L., Williams, L. M. & Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9, 223–238.
- Baroni, M.R & D'Urso, V. (2012). *Psicologia generale*. Bologna: Piccola Biblioteca Einaudi.
- Berliner, L. (2011). Child sexual abuse—Definitions, prevalence, and consequences. In J. E. B. Myers (Ed.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 215–232). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Bernier, M.J., Hébert, M. & Collin-Vézina, D. (2013). Dissociative Symptoms Over a Year in a Sample of Sexually Abused Children. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14 (4), 455-472, DOI: 10.1080/15299732.2013.769478.
- Bianchi, D & Moretti, E. (2006) *Vite in bilico; indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*. Questioni e documenti, n°40. Firenze: Istituto degli Innocenti.
- Bion, W. R. (1983). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando Editore.
- Block, S. D., Schaaf, J. D., Goodman G. S., Segovia, D. A., Shestowsky, D. & Alexander, K. W. (2012). "That never happen": Adults' discernment of children's true and false memory reports. *American Psychological Association. Law and Human Behavior*, 36, 365-374.
- Bonfanti, A. A., Campanelli, L., Ciliberti, A., Golia, G. & Papini, S. P. (2008). Speech disfluencies in spoken language: the Italian Computerized Dictionary (I-DF) and its application on a single case. *International Conference SPR*, Barcelona.
- Briere, J. N. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of lasting effect*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J., & Conte, J. R. (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 21-31.
- Briere, J., & Elliot, D. M. (2001). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. In K. Franey, R. Geffner, & R. Falconer (Eds.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do* (pp. 121–136). San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Brilleslijper-Kater, S. N., Friedrich, W. N. & Corwin, D. L. (2004). Sexual knowledge and emotional reactions as indicators of sexual abuse in young children: theory and research challenges. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1007-1017.
- Brown R.J. & Kulik J. (1977). Flashbulb memories. *Cognition*, 5, 73-99.

- Brown, R.J. (2006). Different types of dissociation have different psychological mechanism. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 7-28.
- Bruck, M. & Melnyk, L. (2004). Individual differences in children suggestibility: a review and synthesis. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 947-996.
- Bucci, W. & Maskit, B. (2005). A weighted dictionary for Referential Activity. In J.G. Shanahan, Y. Qu, & J. Wiebe (Eds.). *Computing Attitude and Affect in Text*, Springer, Dordrecht, The Netherlands, 49-60.
- Bucci, W., Kabasakalian-McKay, R., Graham E. A., & the RA Research Groups (1992). *Scoring Referential Activity Instructions for Use with transcripts of Spoken Texts*. Derner Institute Adelphi University, Garden City, N.Y.
- Bucci, W., (2005). La ricerca sul processo. In Person, E.S., Cooper, A.M., Gabbard, G.O (a cura di), *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*. Edizione italiana, a cura di Del Corno, F., Lingiardi, V. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bucci, W. (1995). *Psicoanalisi e scienza cognitive. Una teoria del codice multiplo*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Byrne, C. A, Hyman, I. E., Scott, Jr. & Kaia, L. (2011). Comparisons of memories for traumatic events and other experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 15, 119-133.
- Cameron, C. (1996). Comparing amnesic and non-amnesic survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. In K Pexdek & W. P. Banks (Eds.), *The recovered memory/false memory debate* (pp. 41-68). New York: Academic Press.
- Caretti V., Craparo G. & Schimmenti A. (2013). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*. Roma: Astrolabio.
- Casonato M. & Gallo Ileana F. (2005). *L'analisi computerizzata del processo terapeutico* (cap 3). Urbino: Ed Quattroventi.

- Casonato M. & Mergenthaler E. (2009). *Trattato del ciclo terapeutico*. CLUEB editore (collana di psicologia clinica e psicoterapia psicoanalitica).
- Ceci, S.J., Bruck, M. & Hembrooke, H. (1998). Reliability and credibility of young children's report. From research to policy and practice. *American Psychologist*, 53, 136-151.
- Ceci, S., Loftus, E., Leichtman, M. & Bruck, M. (1994). The role of source misattributions on the creation of false beliefs among preschoolers. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62, 304-320.
- Ceci, S.J. Crossman, A. M., Scullin, M. H., Giltrap, L. & Huffman, M. L. (2002). Children's suggestibility research: implications for the courtroom and the forensic interview. In Westcott, H. L., Davies, G. M., Bull, R. H. C (a cura di). *Children's testimony: a handbook of psychological research and forensic practice* (pp 117-130). John Wiley & Sons: West Sussex, UK.
- Cherubini, P. (2012). *Psicologia generale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Chu, J.A., Dill, D.L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*. 147:887-892.
- Conway, M. A., Anderson, S. J., Larsen, S. F., Donnelly, C. M., McDaniel, M. A., McClelland, A. G., Rawles, R. E. & Logie, R. H. (1994). "The formation of flashbulb memories". *Memory & Cognition*, 22 (3), 326-343.
- Conway, M. A. (1996). Autobiographical knowledge and autobiographical memories. In Rubin D.C. (eds). *Remembering our past*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Conway, M. A (2003). Commentary: cognitive-affective mechanisms and processes in autobiographical memory. *Memory*, 11(2), 217-224.

- Conway, M. A, Rubin, D. C. (1993). The structure of autobiographical memory. In Collins, A. E, Gathercole, S. E., Conway, M. A & Morris, P. E. (eds) *Theories of memory*, (Vol. 1., pp 103-138) Erlbaum, Hillsdale.
- Conway, M.A (1997). *Cognitive models of memory*. Psychology Press, Hove.
- Daher, L. M. (2006). *Abuso sui minori. Strategie e azioni*. Roma: Bonanno.
- Danieli, Y., Brom, D. & Sills, J. B. (2005). *The trauma of terrorism: sharing knowledge and shared care, An international handbook*. Binghamton, New York: The Haworth Press Inc.
- De Decker, A., Hermans, D., Raes, F. & Eelen, P., (2003). Autobiographical memory specificity and trauma in inpatient adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 22-31.
- De Bei, F. (2006). La ricerca sull' "alleanza terapeutica". In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli, (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*, (pp 505-537). Milano: Raffaello Cortina.
- De Coro, A., Tagini, A, Andreassi, S. & Pazzagli, C. (2002). Il processo primario e la ricerca empirica: una nota sul modello di Wilma Bucci per lo studio della psicoterapia psicoanalitica. *Rassegna di psicologia*, 19(2), 73-90.
- De Coro, A., Ortu, F., Caviglia, G., Andreassi, S., Pazzagli, C., Mariani, R., Visconti, E., Bonfanti, A., Bucci, W & Maskit, B. (2004). Referential Activity and verbal exchanges in psychotherapy: A first clinical application of the Italian WRAD version to the study of a single case. *Relazione presentata al 35th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Roma, 16-19 giugno.
- De Coro, A. & Mariani, R. (2006). L' attività referenziale: Un costrutto per lo studio del linguaggio delle narrative nella psicoterapia dinamica. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli, (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*, (pp 437-461). Milano: Raffaello Cortina.
- De Los Reyes, A. & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical

- framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131, 483–509.
- DePrince, A. (2005). Social cognition and revictimization risk. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 125–141.
- Dettori, D. & Fuligni, C. (2008). *L'abuso sessuale sui minori: valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. McGraw Hill Education.
- Di Blasio, P. & Conti, A. (2000). L'applicazione del Criteria-Based Content Analysis (CBCA) a racconti di storie vere e inventate. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 2, 57-78.
- Edmond, T., Auslander, W., Elze., D. & Bowland., S. (2006). Signs of resilience in sexually abused adolescents girls in the foster care system. *Journal of child abuse and neglect: Issue and research*, 33-56.
- Edwards, V. J., Fivush, R., Anda, R. F., Felitti, V. J., & Nordenberg, D. F. (2001). Autobiographical memory disturbances in childhood abuse survivors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4(2), 247–263. doi:10.1300/J146v04n02_11
- Eisen, M. L., Qin, J., Goodman, G. S. & Davis, S. L. (2004). Memory and suggestibility in maltreated children: Age, stress arousal, dissociation and psychopathology. *Journal of Experimental Child Psychology*, 83, 167–212.
- Esposito, G. (2006). Il male minore.. violenze, maltrattamenti e abusi sui minori. (online), in www.avvocatiacquavivacassano.it/convegnoinfanzia.
- Faller, K. C. (1984). Is the "Is the child victim of sexual abuse telling the truth?". *Child Abuse & Neglect* 8 (4), 473–481.
- Faller, K. C (2008). *Interrogare il bambino sull'abuso sessuale*. Milano: Centro Scientifico Editore.
- Faller, K. C. (2007). Interviewing the prepubertal child for possible sexual abuse. In C. Christian & R. Reece (Eds.), *Child abuse: Medical diagnosis and management* (3rd ed.). American Academy of Pediatrics.
- Feldman, M. B. & Meyer, I. H.(2007). Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *International Eating Disorder*, 40(5), 418-423.

- Fergusson, D. M., Swain-Campbell, N. R. & Horwood, L. J. (2002). Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in female?. *Psychological Medicine*, 32, 991-996.
- Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huxsahl, J. E., & Bengston, B. S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 155–173.
- Edwards, V. J., Fivush, R., Anda, R. F., Felitti, V. J. & Nordenberg, D. F. (2001). Autobiographical memory disturbances in childhood abuse survivors. In: J.J. Freyd and A.P. DePrince (Eds.) *Trauma and Cognitive Science: A Meeting of Minds, Science, and Human Experience*. Binghamton, New York: Haworth Press.
- Elliott, D. M. & Briere, J. (1995). Posttraumatic stress associated with delayed recall or sexual abuse: A general population study. *Journal of Traumatic Stress* 8, 629–648.
- Farina, B. & Liotti, G. (2011). Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo. *Cognitivismo clinic*, 8(1), 3-17.
- Feldman-Summers, S., & Pope, K. S. (1994). The experience of “forgetting” childhood abuse: A national survey of psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 636-639.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V.A., Koss, M. P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-58.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Woodward, L. J. (2000). The Stability of child abuse reports: a Longitudinal study of the reporting behavior of young adults. *Psychological Medicine*, 30(3), 521-544.
- Fitzarald, J. M. (1986). Autobiographical memory: a developmental perspective. In Rubin, D. (Ed.) *Autobiographical memory*. Cambridge University, Press. Cambridge

- Fivush, R., Pipe, M. E., Murachver, T., & Reese, E. (1997). Events spoken and unspoken: Implications of language and memory development for the recovered memory debate. In M. A. Conway (Ed.), *Recovered memories and false memories: Debates in psychology* (pp. 34-62). Oxford, England: Oxford University Press.
- Freyd, J. J. (1997). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Freyd, J. J., Martorello, S. R., Alvarado, J. S., Hayes, A. E. & Christman, J. C. (1998). Cognitive environments and dissociative tendencies: Performance on the standard Stroop task for high versus low dissociators. *Applied Cognitive Psychology*, 12, 91-103.
- Fontato, M. I. & Mergenthaler, E. (2003), Il modello del ciclo terapeutico. Una valutazione sul setting di terapie di gruppo, *Psicoterapia*, 27, 67-81.
- Fontao, M. I., & Mergenthaler, E. (2002). Das Therapeutische Zyklusmodell: Eine Evaluation im gruppenpsychotherapeutischen Setting. [The therapeutic cycle model: an evaluation in a group psychotherapeutic setting]. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 37, 349-371.
- Fontao M. (2004). Emotion, Abstraktion und Wirkfaktoren in der Gruppentherapie. Eine Einzelfallstudie an Patientinnen mit Essstörungen, Ulmer Textbank, Ulm.
- Fontao M. I., Mergenthaler E. (2008). Therapeutic factors and language patterns in group therapy application of computer-assisted text analysis to the examination of micro processes in group therapy: Preliminary findings, *Psychotherapy Research*, 18(3), 345-354, DOI: 10.1080/10503300701576352.
- Foot, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M.E. & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163, 623-629.

- Freyd, J. J., DePrince, A. P. & Zurbriggen, E. L. (2001). Self-reported memory for abuse depends upon victim-perpetrator relationship. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(3), 5–15. doi:10.1300/J229v02n03_02.
- Geraerts, E., McNally, R. J., Jelicic, M., Merckelbach, H. & Raymaekers, L. (2008). Linking thought suppression and recovered memories of childhood sexual abuse. *Memory*, 16(1), 22–28. doi:10.1080/09658210701390628.
- Germani, M., Sambucini, D., Mosca, I. (2008). Trauma estremo e memoria: la memoria autobiografica e le sue alterazioni in seguito a esperienze traumatiche. *Minerva Psichiatrica*, 49(3), 235-461.
- Ghetti, S., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Cordon, I. M., Quas, J. A. & Alexander, K. W. (2006). What can subjective forgetting tell us about memory for childhood trauma?. *Memory & Cognition*, 34, 1011-1025.
- Glaser, D. (2000) Child abuse and neglect and the brain: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97-116.
- Gold, S. N., Hill, E. L., Swingle, J. M., & Elfant, A. S. (1999). Relationship between childhood sexual abuse characteristics and dissociation among women in therapy. *Journal of Family Violence*, 14(2), 157–171.
- Goldberg, L. R., & Freyd, J. J. (2006). Self-reports of potentially traumatic experiences in an adult community sample: Gender differences and test-retest stabilities of the items in a brief-betrayal trauma survey. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(3), 39–63. doi:10.1300/J229v07n03_04.
- Gray, P. (2002) *Psychology*. United States by Worth Publishers, New York and Bisingstoke (trad it Psicologia. Bologna: Zanichelli, 2004).
- Gray, P. (2011). *Psychology*. 6th edition (chapters 1-12). United States by Worth Publishers, New York and Bisingstoke (trad it Psicologia. Zanichelli. Bologna. 2012)

- Grotsky, L., Camerer, C. & Damiano, L. (2000). *Group work with sexually abused children. A Practitioner's Guide*. Sage Publications (Inc).
- Hartman, J. L., Turner, M. G., Daigle, L. E., Exum, M. L., & Cullen, F. T. (2009). Exploring the gender differences in protective factors: Implications for understanding resiliency. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(3), 249–277.
- Heineman, T. V. (2001). *Il bambino abusato: comprensione e trattamento in una prospettiva psicodinamica*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Herman, J.L. (2005). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Roma: Magi editore.
- Hyman, I. E. & Pentland, J. (1996) The role of mental imagery in the creation of false childhood memories. *Journal of Memory and Language*, 35, 101-117.
- Horowitz, M. J. (1993). Stress-response syndromes: a review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In J.P. Wilson e B. Raphael (Eds). *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press
- Howe, M. L., Cicchetti, D., Toth, S. L. & Cerrito, B. M. (2004). True and false memories in maltreated children. *Child Development*, 75(5), 1402-17.
- Howe, M. L., (1997). Children's memory for traumatic experiences. *Learning and Individual Differences*, 9, 153-174.
- Howe, M. L., Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2006). Children's basic memory processes, stress and maltreatment. *Development and Psychopathology*, 18, 759-769.
- Howe, M. L., Courage, M. L. (1997). The emergence and early development of autobiographical memory. *Psychological Review*, 104, 499-523.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Holt [trad. it. Principi di Psicologia. Milano, 1965]

- Jackson, D., Scoboria, A., Talarico, J., Hanczakowski, M. & Wysman, L. (2013). American Psychological Association. *Journal of Experimental Psychology: General*.
- Janet, P., (1904). Amnesia and the dissociation of memories by emotion. *Journal de Psychologies*, 1, 417-453.
- Jelinek, J., Randjbar, S., Kellner, M., Untiedt, A., Volkert, J., Muhtz, C. & Moritz, S. (2010). Trauma and memory. Vol 2.
- Johnson, M. K., Raye, C. L., Wang, A. Y., & Taylor, T. H. (1979). Fact and fantasy: The roles of accuracy and variability in confusing imaginations with perceptual experiences. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 5, 229-240
- Jonzon, E. & Lindblad, F. (2006). Risk factors and protective factors in relation to subject health among adult female victims of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 127-143.
- Katerndahl, D., Burge, S. K. & Kellogg, N. (2005). Factors that predict how women label their own childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(2), 43-54.
- Kempe, R. S. & Kempe, C. H. (1978). *Child abuse*. Cambridge: Cambridge University Press. (Tr. it. Le violenze sul bambino. Roma: Sovera Multimedia s.r.l., 1989)
- Krystal, H. (1968). Massive Psychic Trauma. *New York, International Universities Press*.
- Lamb, M. E., & Thierry, K. L. (2005). Understanding children's reports of alleged sexual and physical abuse: Contributions from laboratory analog and field research. In D. M. Teti (Ed.), *Handbook of research methods in developmental psychology* (pp. 489-508). Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Laney, C. & Loftus, E. F. (2005). Traumatic memories are not necessarily accurate memories. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 823-828.

- Lanning, K. V. (1996). Investigator's guide to allegation of "ritual child abuse". False accusations of sex with juveniles by Marshall Burns.
- Lingiardi V. & Del Corno F. (2008). *PDM. Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Loftus, E. F., Garry, M. & Feldman, J. (1994). Forgetting sexual trauma: What does it mean when 38% forget?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 1177–1181.
- Loftus, E. F. & Yapko, M. D. (1995). Psychotherapy and the recovery of repressed memories. *True and False Allegations of Child Sexual Abuse*, 176–191.
- Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518-537.
- Loftus, E. F. (1995). The formation of false memories. *Psychiatric Annals*, 25, 720-725.
- Loftus, E. F., Polansky, S. & Fullilove, M. T. (1994). Memories of childhood sexual abuse: Remembering and repressing. *Psychology of Women*, 18, 67-84.
- Loftus, E. F. & Ketcham, L. (1994). *The myth of repressed memory: false memories and allegations of sexual abuse*. New York: St Martin's Press
- Luberti, R., Pedrocco Biancardi, M. T. (2005). *La violenza assistita intrafamiliare*. Milano: Franco Angeli
- Mackenzie. R. (2001), Klinische Berücksichtigung von Phasen der Gruppenentwicklung, in Tschuschke V (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie*, Thiee, Stuttgart, pp. 134-139
- MacKenzie K. R., Burlingame G. & Strauß B. (2002), Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung: Gruppenpsychotherapieprozeß-forschung, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 38, 111-131.

- Malacrea, M. & Lorenzini, S. (2002). *Bambini abusati. Linee guida del dibattito internazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Malacrea, M. (1998). *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Malizia, N. (2003). *Profile antropo.criminologici e medico-legali dei fenomeni di abuso sui minori*. Torino: G.Giappichelli.
- Malmo, C. & Laidlaw., T. S. P. (1996). Dissociation in trauma and recovery: coping and healing strategies used by adult survivors of child sexual abuse. *Hypnos*, 23(3),125-136.
- Malmo, C. & Laidlaw, T. S. P. (2010). Symptoms of Trauma and Traumatic Memory Retrieval in Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(1), 22-43.
- Mariani, R. & De Coro, A. (2009). *Il dizionario delle parole riflessive (IREF): una misura linguistica nello studio del processo referenziale su tre casi singoli*. Padova: Quaderni CPD.
- Mariani, R., Maskit, B., Bucci, W. & De Coro, A. (2013). *Linguistic measures of the referential process in psychodynamic treatment: The English and Italian versions*, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2013.794399
- Mariani, R. (2009). *Per uno studio del Processo referenziale in Psicoterapia. Il Dizionario delle Parole Riflessive (IREF) un indicatore linguistico in relazione all'IWRAD nello studio delle narrative*. Tesi di dottorato non pubblicata, Università di Roma La Sapienza.
- Meichenbaum, D. A. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with PTSD*. In M. Sgarro, op. cit.
- Mitchell, K. J., Johnson, M. K. (2000). Source monitoring: attributing mental experiences. In Tulving, E. & Craik, F. I. M.

- (Eds). *The Oxford handbook of memory*. New York: Oxford University Press.
- Mitchell, K. S. & Mazzeo, S. E. (2005). Mediators of the association between abuse and disordered eating in undergraduate men. *Eating Behaviors*, 6, 318-327.
- Molino, M. R. (2012). Traumatic memory and narrative isolation in Ishiguro's *A Pale View of Hills*. *Critique: Studies in Contemporary Fiction*. 53(4), 322-336.
- Mollon, P. (2002). *Remembering trauma. A Psychotherapist's guide to memory & illusion*.
- Montecchi, F. (2002). *Abuso sui bambini: l'intervento a scuola. Line guida ed indicazioni operative ad uso di insegnanti, dirigenti scolastici e professionalisti dell'infanzia*. Milano: Franco Angeli.
- Montecchi, F. (2005a). *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*. Milano: Franco Angeli
- Montecchi, F. (2005b). *Gli abusi all'infanzia: i diversi interventi possibili*. Milano: Franco Angeli
- Murthi, M. & Espelage, D. L. (2005). Childhood sexual abuse, social support, and psychological outcomes: a loss framework. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1215-1231.
- Myers, H., Wyatt, G. E., Loeb, T. B., Carmona, J. V., Warda, U., Longshore, D., Rivkin, I. D., Chin, D., & Liu, H. (2006). Severity of child sexual abuse, post-traumatic stress and risky sexual behaviors among HIVpositive women. *AIDS and Behavior*, 10(2), 191-199.
- Myers, J. E. B, Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Reid, T. & Jenny, C. (2002). *The APSAC handbook on child maltreatment 2nd Edition*. Newbury Park, CA: Sage Publications. (tr. It. Il trattamento degli adulti vittime di gravi maltrattamenti infantile Proposta di un modello integrato, Agnese Cheli).

- Neath, I. & Surprenant, A. I. (2003). *Human memory 2nd edition*. Wadsworth, a division of Cengage Learning Inc. (tr. it. La memoria umana, apprendimento e organizzazione delle conoscenze. Napoli. Idelson-Gnocchi. 2011)
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M. P., Statham, D. J. & Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-145.
- Nelson, K. & Fuvish, R. (2004). The emergence of autobiographical memory: a social cultural development theory. *Psychological Review*, 111(2), 486-511.
- Noll, J. G., Zeller, M. H., Trickett, P. K., Putnam, F. W. (2007). Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study. *Pediatrics*, 120(1), 61-67.
- Ofen, N., Kao, Y. C., Sokol-Hessner, P., Kim, H., Whitfield-Gabrieli, S. & Gabrieli, J.D. (2007). Development of the declarative memory system in the human brain. *Natural Neuroscience*, 10, 1198–1205.
- Ogle, C. M., Block, A. S. D., Latonya, B. S., Harris, C., Gail, S., Goodman, C., Pineda, D., Timmer, S. C., Urquiza, A. C., & Saywitz, K. J. (2013) Autobiographical memory specificity in child sexual abuse victims. *Development and Psychopathology*, 25, 321–332.
- Olafson, E. & Lederman, C. S. (2006). The state of the debate about children's disclosure pattern in child sexual abuse cases. *Juvenile and Family Court Journal*, 57, 27-40.
- Olivero Ferraris, A. & Graziosi, B. (2004). *Pedofilia per saperne di più*. Roma: Laterza Editore.
- Orefice, S. (2002). *La sfiducia e la diffidenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Pellai, A. (2004). *Un'ombra sul cuore. L'abuso sessuale: un'epidemia silenziosa*. Milano: Franco Angeli.
- Petrone, L. & Troiano, M.(2005). *E se l'orco fosse lei? Strumenti per l'analisi, la valutazione e la prevenzione dell'abuso al femminile. Con un test*. Milano: Franco Angeli.
- Pillemer, D. B.(1984). Flashbulb memories of the assassination attempt President Reagan. *Cognition*, 16, 63-80.
- Pipe, M. E. & Salmon, K. (2002). What children bring to the interview context: individual differences in children's event reports. In Eison M., Quas, J. & Goodman, G., (a cura di) *Memory and suggestibility in the forensic interview* (pp 253-264). Laurence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ
- Purcell, D. P., Malow, R. M., Dolezal, C. & Carballo-Diéguez, Z. (2004). Sexual abuse of boys: short and long-term associations and implications for HIV-preventions. In Koenig, L. J., Doll, L. S., O'Leary, A. & Pequegnant, W. (Eds). *From child sexual abuse to adult sexual risk. Trauma, revictimization, and intervention* (pp. 93-114). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rayworth, B. B., Wise, L. A., & Harlow, B. L. (2004). Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology*, 15, 262-263.
- Richardson, R. & Hayne, H. (2007) you can't take it with you; the translation of memory across development. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 223-227.
- Rivolta, L. (2009). *Il ruolo dei processi emotive e di sintonizzazione affettiva tra clinica e paziente nei colloqui del processo diagnostic: analisi empirica della ricorsività e bi-direzionalità*. Tesi di dottorato, Università degli studi Milano Bicocca
- Romito, P. (2005). *Un silenzio assordante. La violenza occulta su donne e minori*. Milano: Franco Angeli.
- Rowan, E. L. (2006). *Understanding child sexual abuse*. USA: University Press Mississippi.

- Rubin, D. C., Feldman, M. E. & Beckman, J. C. (2004). Reliving, emotions and fragmentation in the autobiographical memories of veterans diagnosed with PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 17-35.
- Ruth R.A, Vermetten, E. & Pain, C.(2012) *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Sar., V. & Ozturk., E., (2007). Functional dissociation of the self: a sociocognitive approach to trauma and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(4), 69-90.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., McCutcheon, V. V., Nelson, E. C., Waldron, M. & Heath, A. C. (2007). Childhood sexual abuse and course of alcohol dependence development: findings from a female twin sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 139-144.
- Shachter, D. L. (1996) *Alla ricerca della memoria. Il cervello, la mente e il passato*. Bologna: Biblioteca Einaudi
- Scharot T., Delgado M. R. & Phelps E A., (2004). How emotion enhances the feeling of remembering. *Nature Neuroscience*, 7 (12), 1376-1380.
- Schultz, T., Passmore, J. L., & Yoder, C. Y. (2003). Emotional closeness with perpetrators and amnesia for child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 67–88. doi:10.1300/J070v12n01_04
- Scullin, M. H & Ceci, S. J. (2001). A suggestibility scale for children. *Personality and individual differences*, 30, 843-856.
- Shengold, L. (1989). *Soul Murder: The Effects of Childhood Abuse & Deprivation*. New Haven: Yale University Press
- Simpsons, T. L. & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: a review. *Clinical Psychology Review*, 22, 22-77.

- Sharot, T., Martorella, E. A., Delgado, M. R. & Phelps, E. A. (2007). "How personal experience modulates the neural circuitry of memories of September 11". *Proceedings of the National Academy of Sciences* 104 (1), 389–394
- Sjöberg, R. L. & Lindblad, F. (2002). Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *American Journal of Psychiatry*, 159, 312-314.
- Steinberg, M. & Schnall, M. (2001). *La dissociazione. I cinque sintomi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina
- Stokes., D. J., Dritschel, B. H. & Bekerian, D. A. (2004). The effect of burn injury on adolescents autobiographical memory. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1357-1365.
- Stoltenborgh, M., Van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 26, 79-101.
- Tagini, A., Pazzagli, C., Caviglia, G., Pravato, D., De Coro, A. & Dazzi, N. (2009). *Traumi infantile attaccamento adulto: uno studio pilota con l'adult attachment interview e il DAAP*. Quaderni CPD. Il processo referenziale, studi clinici e ricerca empirica. Padova. Italia.
- Tampelli, A (2010). Adulte con abuso sessuale nell'infanzia: uno studio clinico. *Sessuologia*, 34
- Terr L. C. (1991). Childhood trauma: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20
- Thorndike, E. L. (1913). *Educational psychology*. New York: Teachers College Press.
- Tromp S., Koss, M.P., Figueredo, A. J. & Tharan, M., (1995). Are rape memories different? A comparison of rape, other unpleasant, and pleasant memories among employed women. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 607-627.

- Thompson, K. M. & Wonderlich, S. A. (2004). *Child sexual abuse and eating disorders*. In J.K. Thompson. *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 679-694). Hoboken, New York: John Wiley & Sons.
- Tulving, E., Schacter, D. L. & Stark, H. (1982). Priming effects in word-fragment of semantic autobiographical knowledge: a case of study of retrograde amnesia. *Brain And Cognition*, 8, 3-20.
- Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory*. Oxford: Clarendon Press
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25.
- Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychologist*, 25, 1-12.
- Tulving, E. & Schacter, D. L. (1990). Priming and human memory systems. *Science*, 247, 301-306.
- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there? *American Psychologist*, 40, 385-398.
- Van Der Hart, O., Van Der Velden, K. (1995). Over het waarheidsgehalte van traumatische herinneringen. In: O. van der Hart (Ed.). *Trauma, dissociatie en hypnoses* (3rd. ed.).Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Van Der Hart, O. Nijenhuis, Ellen R.S. Stelle, K. (2011). *Fantasmie del se, trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Van Der Hart, O. Nijenhuis, E. R .S. & Stelle, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413-423.
- Van der Kolk, B. A. & Fisler, R., (1995). Dissociation and fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of traumatic Stress*, 8, 505-525.

- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L., (1996). *Traumatic stress: The effect of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Il Disturbo Traumatico dello Sviluppo: verso una diagnosi razionale per i bambini cronicamente traumatizzati. (tr. it. Trauma e Psicopatologia. Roma: Astrolabio, 2009).
- Warren, E. R. & Marsil, D. F. (2002). Why children's suggestibility remains a serious concern. *Law and Contemporary Problems*, 65, 127-147.
- Waugh, N.C. & Norman, D. A. (1965). Primary memory. *Psychological Review*, 72, 89-104
- Widom, C. S., White, H. R., Czaja, S. J. & Marmostein, N. R. (2007). Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(3), 317-326.
- Williams, L. M. (1995). Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 649-674.
- Williams, L. M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1169.
- Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In Rubin, D. C. (Ed.) *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 224-267). New York. Cambridge University Press
- Williams, J. M., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F. & Watkins, E. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.
- Williams L. M. & Banyard V. L. (1999), *Trauma and Memory*, Sage Publications, London.

- Wolf, M. R., Nochajski, T. H. (2013). Child sexual abuse survivor with dissociative amnesia: what's the difference?. *Journal of child sexual Abuse*, 22(4), 462-480.
- Wonderlich, S. A., Rosenfeldt, S., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Enqel, S. G., Smyth, J. & Miltenberqer, R. (2007). The effects of childhood trauma on daily mood liability and comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 77-87.
- Young, T. L. (2003). *Factors predicting disrupted versus continuous memory for child sexual abuse* (doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Digital Dissertations, publication no. AAT 3112181

APPENDICE

MATERIALE UTILIZZATI DURANTE IL SETTIMO INCONTRO

SCHEDA DI INIZIO SEDUTA

Nome:

data:

Come sono andate le ultime due settimane?

Meglio

Uguale a prima

Peggio

Ad esempio:

Il momento più bello:

Il momento più brutto:

PARLIAMO DI TE PARTE SUI RIATTIVATORI

Ma non è finita.....

A volte può succedere che ci sia qualcosa, cose che fai o che qualcuno fa a te, qualcosa che vedi, magari dei posti o delle persone, o che senti, magari delle parole o dei suoni, o anche degli odori che all'improvviso ti fanno stare male, ti fanno spaventare o agitare o diventare tanto triste...e ti sembra che proprio in quel momento stiano di nuovo succedendo quelle brutte cose. Che paura, magari ti batte forte il cuore, o ti senti tutta sudata... oppure ti senti senza forze.... oppure il cervello si congela.....

Ma c'è una cosa che devi ricordare: **quelle brutte cose sono successe tanto tempo fa**, ora non ci sono più, **sono solo brutti ricordi**: è il tuo cervello che per via di quella cosa che hai visto o che hai sentito, si mette a funzionare come quando il pericolo c'era davvero. **Ma ora sei al sicuro!**

Allora che fare?

Prima di tutto devi imparare a riconoscere quali sono le cose che scatenano i brutti ricordi e che fanno stare male anche se ora sei al sicuro. Queste cose si chiamano

RIATTIVATORI che vuole dire che 'attivano' il cervello proprio nello stesso modo di quando ti capitavano le brutte cose.



Prova a fare un elenco dei tuoi ri-attivatori

COSE CHE VEDO



COSE CHE SENTO



ODORI



SAPORI



POSTI





PERSONE



COSE CHE FAI



COSE CHE FANNO A TE



ALTRO



Poi devi ricordare al tuo cervello che ora è tutto finito!!

Scrivi qui sotto cosa puoi fare se ti succede un riattivatore per tornare a sentirti al sicuro:

1.

.....

.....

.....

2.

.....

.....

.....

3.

.....

.....

.....

Questi anni di studio sono giunti al termine, non è stata facile ma ce l'ho fatta e certamente non sono arrivata qui solo grazie alle mie gambe, vorrei quindi ringraziare tutte le persone che in un modo o nell'altro mi hanno sostenuta, mi hanno ascoltata, mi hanno spronata e aggiungerei sopportata.

Ringrazio per Prof.ssa Tagini perché senza di lei e il suo carattere non ce la avrei potuta fare, la ringrazio per aver creduto in me e nelle mie capacità .

Ringrazio la Prof.ssa Crippa e Pietro per la parte di analisi della mia ricerca, un aiuto assolutamente prezioso.

Alla Dott.ssa Malacrea e a tutto il centro TIAMA per la grande opportunità che mi hanno dato facendomi collaborare con loro e permettendomi di partecipare al gruppo che mi ha dato lo spunto per questo lavoro di tesi.

Grazie alla mia mamma e al mio papà, perché loro più di tutti mi conoscono e mi sono stati vicino in questo lungo percorso di studi, tra alti e bassi, tra incomprensioni e chiarimenti sono le persone che più mi hanno dato e mi danno amore. Un bacio e un grazie va anche a mio fratello Lele perché nonostante abbia scelto di svalicare il confine prima di me, lo sento vicino come prima, anche se dovrebbe chiamare più spesso!

Alla zia Befi e a Marty perché la loro casa negli ultimi anni ha avuto la funzione che aveva prima quella dei miei nonni, una zona franca dove potermi rifugiare da tutto e tutti e con loro, cani e gatti, un sorriso perso veniva ritrovato.

Un grazie va anche ai miei due "attaccamenti sicuri", Fra e Shara, perché mai come in questo ultimo anno il nostro legame si è consolidato, mi sono state vicino, durante il mio percorso di studi e non solo, sono sempre più sicura che senza di loro non potrei stare.

Alle mie amiche di sempre Laura e Mido perché mi sopportano oramai da tantissimi anni, mi conoscono e mi hanno sempre saputo ascoltare e confortare, so che ci saranno sempre per me anche a chilometri di distanza. Perché ancora oggi penso alla nostra prima vacanza al mare a cantare "Gente della notte" a squarcia gola in macchina.

Alla Varesotta Sara con la quale ho passato uno degli anni più movimentati e festaioli della mia vita e oggi, che come sembra siamo cresciute e siamo diventate adulte, rimane un'amica preziosa a cui non potrei mai rinunciare.

Al mio 'souvenir' Almeriense, perché con lei la mia esperienza di Erasmus è stata ancora più bella e il mio ritorno meno sconvolgente, perché con lei ho conosciuto la grande Affori, la ridente cittadina di Roccaromana, perché è la persona che in modo sconvolgente più mi capisce e più mi assomiglia, Ema alle volte mi fai proprio paura!!

A Michi, perché in questi anni si è rivelato un ottimo amico, alle volte un po' difficile da sopportare, ma sempre molto presente per me, per le mie paranoie

e le mie crisi, perché nonostante mi conosca così bene ancora mi sopporta. Come guida maceratese deve però fare ancora un po' di pratica.

Alle mie colleghe psicologhe perché con loro ho condiviso lezioni, viaggi studi, piccole vacanze e tante risate un grazie a Alice, Lalla e Giulia.

Un grazie anche a quello spiantato di Nino con il quale ho l'amicizia più strana che si possa avere con una persona, che ha superato foto buttate e conversazioni di formiche innamorate.

E infine a tutti quelli che diranno 'finalmente', 'era ora'; Grazie a Paolo, Erica, Mino, Lillo, Giobbe, Vale, Bobaz, Chiaretta, Betta e Matte.

GRAZIE a tutte queste persone, ma anche a quelle che oggi non sono fisicamente qui con me per vedermi raggiungere questo traguardo, vi ringrazio perché se sono la persona che sono oggi e se sono arrivata qui è un po' merito di tutti voi. Mi mancate.