

Volumi pubblicati:

1. G. Attili, *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico. Versione modificata e adattamento italiano del Separation Anxiety Test (SAT) di Klagsbrun e Bowlby*
2. E. Confalonieri, I. Grazzani Gavazzi, *Adolescenza e compiti di sviluppo*, edizione riveduta e ampliata
3. L. Anolli, *Le emozioni*
4. R. Cassibba, *Attaccamenti multipli*
5. C. Poderico, P. Venuti, R. Marcone (a cura di), *Diverse culture, bambini diversi? Modalità di parenting e studi cross-culturali a confronto*
6. M. Cesa-Bianchi, O. Albanese (a cura di), *Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita*
7. L. Barone (a cura di), *Emozioni e disagio in adolescenza*
8. O. Oasi, F. Massaro, *Vendicatività e vendetta. Perché a volte non sappiamo dimenticare*
9. P. Bastianoni, L. Fruggeri, *Processi di sviluppo e relazioni familiari*
10. O. Liverta Sempio, G. Cavalli, *Lo sguardo consapevole. L'osservazione psicologica in ambito educativo*
11. P. Di Blasio (a cura di), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*
12. A. Arace, *Attaccamenti, separazioni, perdite. Eventi critici nello sviluppo del Sé e dei legami familiari*
13. O. Andreani Dentici, *Ricordi molto lontani. La memoria a lungo termine nella vita quotidiana*
14. B. Ongari, *La valutazione dell'attaccamento nella seconda infanzia. L'Attachment Story Completion Task (ASCT): aspetti metodologici e applicativi*
15. M. Amann Gainotti, S. Pallini (a cura di), *Uscire dalla violenza. Risone emotive e affettive nelle relazioni coniugali violente*
16. P. Pistacchi, J. Galli, *Un viaggio chiamato affido. Un percorso verso la conoscenza dei soggetti e delle dinamiche dell'affidamento familiare*
17. L. Di Pentima, *Culture a confronto. Relazioni, stereotipi e pregiudizi nei bambini*
18. A.M. Di Vita, V. Granatella, *Patchwork narrativi. Modelli ed esperienze tra identità e dialogo*
19. R. Marcone, *Da 0 a 24 mesi. Lo sviluppo delle funzioni di base*
20. M. Majorano, *Ascoltare il linguaggio dei bambini. Dalla comunicazione preverbale alle prime parole*
21. A. Lo Coco, K.H. Rubin, C. Zappulla (a cura di), *L'isolamento sociale durante l'infanzia*
22. E. Confalonieri, M. Tomisich (a cura di), *Scuola e psicologia in dialogo. La figura dello psicologo scolastico*
23. P. Bastianoni, A. Taurino (a cura di), *Famiglie e genitorialità oggi. Nuovi significati e prospettive*

Per i volumi successivi, si rinvia alla lista a fine volume.

IL DISTURBO POST-TRAUMATICO NELLO SVILUPPO

a cura di
Vittoria Ardino

EDIZIONI UNICOPLI

In copertina: E. Munch, *La madre morta e la bambina* (particolare), 1897-99 (Oslo, Munch-Museet)

Traduzioni di Mimma Scardino
Editing a cura di Punto&Zeta (www.puntoezeta.eu)

Prima edizione: ottobre 2009

Copyright © 2009 by Edizioni Unicopli,
via Festa del Perdono 12 - 20122 Milano - tel. 02/42299666

e-mail: info@edizioniunicopli.it
<http://www.edizioniunicopli.it>

Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, comma 4, della legge 22 aprile 1941, n. 633, ovvero dall'accordo stipulato fra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Claai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000.

- p. 9 Introduzione. Trauma psicologico e DPTS nell'infanzia e nell'adolescenza,
di *Vittoria Ardino*

Parte prima
ESPERIENZE TRAUMATICHE

- 19 1. Narrazioni post-traumatiche nei bambini maltrattati e abusati,
di *Rossella Procaccia e Paola Di Blasio*
- 43 2. Il disturbo post-traumatico da stress:
fattori determinanti e trattamento dei bambini in contesti di guerra,
di *Raija-Leena Punamäki*
- 65 3. Trauma e immigrazione nello sviluppo,
di *Gaëlle Broder, Thierry Baubet, Dalila Rezzoug, Lionel Bailly e Marie Rose Moro*

Parte seconda
DIAGNOSI: FATTORI DI RISCHIO, DI PROTEZIONE
E RESILIENZA

- 89 4. Gli strumenti di valutazione del DPTS nell'infanzia e nell'adolescenza,
di *Summer S. Hawkins e Jerilynn Radcliffe*
- 109 5. Fattori di resilienza e vulnerabilità nei bambini con disturbo post-traumatico da stress,
di *Raul Silva, Haruka Minami ed Eraka Bath*

- Parte terza
MECCANISMI BIOLOGICI, COGNITIVI E CONTESTUALI
- p. 123 6. Il DPTS in età evolutiva: prospettive evoluzionistiche ed ecologiche,
di *Chris Cantor*
- 141 7. Memoria e DPTS in adolescenti e adulti: un confronto,
di *Else-Marie Augusti e Gail S. Goodman*
- 153 8. Perché e come si dimentica un abuso sessuale,
di *Anne P. DePrince, Kathryn A. Becker-Blease e Jennifer J. Freyd*
- 173 9. Eventi stressanti nel contesto familiare e conseguenze sui minori,
di *Don Catherall*
- p. 305 16. Il DPTS nello sviluppo e la teoria dell'attaccamento:
aspetti teorici e indicazioni terapeutiche,
di *Patricia McKinsey Crittenden e Daniele Giovanni Poggioli*
- 325 Postfazione. Verso una definizione di "trauma evolutivo": quale futuro?,
di *Sandra Baita*
- 335 Nota su autori e autrici
- Parte quarta
ASPETTI FORENSI
- 189 10. Esposizione alla violenza, DPTS e delinquenza criminale,
di *David W. Foy, James Furrow e Shauna McManus*
- 201 11. Comportamento criminale, DPTS e deficit cognitivi nei giovani autori di reato,
di *Vittoria Ardino*
- Parte quinta
INTERVENTI CLINICI E PSICOSOCIALI
- 219 12. L'EMDR con bambini e adolescenti:
verso una neuropsicoterapia dello stress traumatico,
di *Mark C. Russell*
- 235 13. Terapia cognitivo-comportamentale e DPTS nell'infanzia e nell'adolescenza,
di *Dirk Flower*
- 259 14. Lo stress post-traumatico in bambini e adolescenti:
una prospettiva costruttivista,
di *Kenneth W. Sewell e Keith R. Cruise*
- 281 15. Aiutare i bambini dopo un disastro naturale,
di *Mary Beth Williams*

- Eisen M., Goodman G.S., Qin J., Davis S.L. (2007), "Maltreated Children's Memory: Accuracy, Suggestibility, and Psychopathology", *Developmental Psychology*, 43 (6), pp. 1279-1294.
- Foa E.B., Steketee G., Rothbaum B.O. (1989), "Behavioral/cognitive Conceptualization of Post-traumatic Stress Disorder", *Behavior Therapy*, 20, pp. 155-176.
- Halligan S.L., Michael T., Clark D.M., Ehlers A. (2003), "Post-traumatic Stress Disorder Following Assault: The Role of Cognitive Processing, Trauma Memory, and Appraisals", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, pp. 419-431.
- Johnson D.M., Pike J.L., Chard K.M. (2001), "Factors Predicting PTSD, Depression, and Dissociative Severity in Female Treatment-seeking Childhood Sexual Abuse Survivors", *Child Abuse & Neglect*, 25, pp. 179-198.
- Kendall-Tackett K.A., Williams L.M., Finkelhor D. (1993), "Impact of Sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies", *Psychological Bulletin*, 113, pp. 164-180.
- Kern R.P., Libkuman T.M., Hajime O., Holmes K. (2005), "Emotional Stimuli, Divided Attention, and Memory", *Emotion*, 5, pp. 408-417.
- Lang P.J. (1979), "A Bio-informational Theory of Emotional Imagery", *Psychophysiology*, 16, pp. 495-512.
- Maercker A. (1999), "Lifespan Psychological Aspects of Trauma and PTSD: Symptoms and Psychosocial Impairments", in A. Mercker, M. Schutzwohl, Z. Solomon (eds.), *Post-Traumatic Stress Disorder: A Lifespan Developmental Perspective*, Hogrefe & Huber, Seattle, pp. 7-41.
- Maercker A., Michael T., Fehm L., Becker E.S., Margraf J. (2004), "Age of Traumatisation as a Predictor of Post-traumatic Stress Disorder or Major Depression in Young Women", *British Journal of Psychiatry*, 184, pp. 482-487.
- Moradi A.R., Taghavi R., Neshat-Doost H.T., Yule W., Dalgleish T. (2000), "Memory Bias for Emotional Information in Children and Adolescents with Post-traumatic Stress Disorder: A Preliminary Study", *Journal of Anxiety Disorders*, 14, pp. 521-534.
- Nemeroff C.B., Bremner D.J., Foa E.B., Mayberg H.S., North C.S., Stein M.B. (2006), "Post-traumatic Stress Disorder: A State-of-the-science Review", *Journal of Psychiatric Research*, 40, pp. 1-21.
- Roediger H.L., McDermott K.B. (1995), "Creating False Memories: Remembering Words Not Presented in Lists", *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 21, pp. 803-814.
- Salmon K., Bryant R.A. (2002), "Post-traumatic Stress Disorder in Children: The Influence of Developmental Factors", *Clinical Psychology Review*, 22, pp. 163-188.
- Schumm J.A., Hobfoll S.E., Keogh N.J. (2004), "Revictimization and Interpersonal Resource Loss Predicts PTSD Among Women in Substance-abuse Treatment", *Journal of Traumatic Stress*, 17, pp. 173-181.
- Stein M.B., Koverola C., Hanna C., Torchia M.G., McClarty B. (1997), "Hippocampal Volume in Women Victimized by Childhood Sexual Abuse", *Psychological Medicine*, 27, pp. 951-959.
- Walker J.L., Carey P.D., Mohr N., Stein D.J., Seedat S. (2004), "Gender Differences in the Prevalence of Childhood Sexual Abuse and in the Development of Pediatric PTSD", *Archives of Women's Mental Health*, 7, pp. 111-121.
- Widom C.S. (1999), "Post-traumatic Stress Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up", *American Journal of Psychiatry*, 156, pp. 1223-1229.
- Zoellner L.A., Foa E.B., Brigidi B.D., Przeworski A. (2000), "Are Trauma Victims Susceptible to 'False Memories?", *Journal of Abnormal Psychology*, 109, pp. 517-524.

PERCHÉ E COME SI DIMENTICA UN ABUSO SESSUALE

Anne P. DePrince, Kathryn A. Becker-Blease e Jennifer J. Freyd

1. Premessa

I casi d'abuso sessuale infantile sottoposti all'attenzione di ricercatori e psicologi clinici mostrano un quadro complicato per quanto riguarda le modalità di ricordare tali esperienze. Milton Erikson (1938) colse questo quadro complesso studiando il caso di due bambine, di nove e undici anni, che "lavoravano" in una casa chiusa gestita dai genitori e che furono arrestate per prostituzione. In un primo momento collaborarono con le autorità, descrivendo le percosse e gli atti di prostituzione e il conseguente contagio di malattie sessualmente trasmissibili; la loro testimonianza era da considerarsi molto attendibile, data la presenza di altri testimoni e le lesioni fisiche riportate. Durante il trattamento delle infezioni trasmesse sessualmente, le bambine furono intervistate più volte riguardo l'esperienza vissuta. A ogni intervista erano sempre più riluttanti a parlare degli episodi di sfruttamento e alla fine entrambe arrivarono a negare completamente qualsiasi tipo d'attività a sfondo sessuale.

Questo caso suscita non pochi interrogativi. Come mai alla fine le ragazze hanno ritrattato le loro storie, fondate, d'abuso sessuale e prostituzione? In questo caso, la ritrattazione può dipendere da diversi motivi. Le bambine possono aver negato le loro precedenti dichiarazioni per evitare di raccontare l'attività sessuale, pur restando coscienti di quanto realmente accaduto (Summit, 1983). Oppure, nel corso del tempo, le ragazze possono aver dimenticato la loro esperienza. Al di là del fatto che non si sa perché quelle bambine abbiano alla fine negato l'abuso comprovato, esistono altri casi simili in cui dei minori che hanno subito un abuso, poi provato, non sono riusciti a rivelarlo in seguito oppure lo hanno negato dopo averlo confessato.

Questi esempi ci pongono, come minimo, tre quesiti:

1. Cosa accade? Ovvero: le persone non riescono davvero a ricordare l'abuso sessuale? Ci sono casi in cui hanno accesso a ricordi frammentari o si tratta di eventi completamente rimossi?

2. *Perché* le persone non riescono a ricordare l'abuso? Ovvero: le persone sono motivate a non ricordare l'abuso perché i ricordi sono molto dolorosi, terrificanti o minacciano i rapporti interpersonali?
3. *Come* fanno le persone a *non* ricordare l'abuso? Ovvero: quali sono i meccanismi specifici che impediscono il ricordo dell'abuso?

Il progresso scientifico ha il compito d'andar oltre una semplice identificazione dei quesiti cercando di dare loro una risposta. Ad es., se non si riescono a identificare gli esatti meccanismi per cui le persone non ricordano l'abuso ("come?"), si può arrivare a trascurare il fenomeno stesso ("cosa?") o la motivazione alla base dell'amnesia ("perché?"). Comunque, la mancata identificazione del/i meccanismo/i per cui si manifesta un fenomeno non nega il fenomeno stesso né invalida le ipotesi sul perché il fenomeno possa manifestarsi in prima istanza.

Il presente capitolo, dopo una breve trattazione del primo quesito, ossia sul *cosa* accade, darà ampio spazio all'individuazione delle diverse prospettive sul *perché* l'abuso sessuale potrebbe essere dimenticato, prendendo spunto dal modello bidimensionale del trauma elaborato da Freyd (1998, 2001; v. Figura 1, p. 37), che si basa sul senso di paura e tradimento. Gli eventi traumatici possono variare a seconda del grado di paura e di tradimento percepiti. Ad es., le calamità naturali, nella maggior parte dei casi, provocano un alto livello di paura, ma basso di tradimento sociale. Un abuso sessuale ha un basso livello di paura, ma un alto senso di tradimento. La maggior parte dei traumi implica un qualche grado sia di paura sia di tradimento. Si vedrà come le teorie della memoria basate sulla paura in genere si concentrano sugli effetti derivati da paura e stress nelle regioni cerebrali coinvolte nei processi mnestici. Le teorie basate sul tradimento, invece, mettono l'accento sulle alterazioni di memoria che servono a mantenere le necessarie relazioni d'attaccamento. È importante notare che tali teorie non si escludono a vicenda: entrambe forniscono una spiegazione del *perché* di tanti casi di compromissione della memoria. Dopo aver chiarito le cause della amnesia secondo entrambe le prospettive, sarà affrontato il quesito sul *come* è possibile dimenticare rispettivamente in contesti di paura e tradimento.

2. Quesito 1: "Cosa accade?"

I deficit di memoria autobiografica derivati da traumi e abuso sono stati descritti con centinaia di definizioni. Purtroppo, spesso le definizioni applicate scambiano il fenomeno mnestico stesso con i meccanismi con cui il fenomeno potrebbe manifestarsi. Questa confusione sulla terminologia e lo scambio delle definizioni su "cosa", "perché" e "come" possono ostacolare l'avanzamento della teoria e contribuire alla controversia esistente sulla natura della memoria traumatica. Perciò, l'utilizzo di definizioni terminologiche specifiche riveste un'importanza particolare in qualsiasi dibattito su memoria e trauma.

8. Perché e come si dimentica un abuso sessuale

Come rilevato da Freyd (1996, p. 16), che sia definita repressione, dissociazione, difesa psicologica, negazione, amnesia, inconsapevolezza o cecità davanti al tradimento, la mancata coscienza di alcuni aspetti negativi e significativi della realtà rappresenta un aspetto dell'esperienza umana che rimane vago e al tempo stesso assume un'importanza cruciale. Sulla base delle recenti discussioni terminologiche di Freyd, DePrince e Gleave (2007), con il termine "inconsapevolezza" sarà indicato il fenomeno d'inaccessibilità alle informazioni. Con questo termine si eviterà intenzionalmente qualsiasi inferenza sul *come* (i meccanismi): un'informazione diventa inaccessibile, ad es., per dissociazione, perdita di memoria quotidiana, mancata codifica, concentrandosi invece sul *perché* (ossia le motivazioni) l'informazione possa diventare inaccessibile.

Il dibattito sul perché dell'inconsapevolezza di un abuso sessuale parte dal presupposto che tale inconsapevolezza è un fenomeno realmente esistente. Malgrado il dibattito tuttora in corso su questioni riguardanti il ricordo, in particolar modo sulla veridicità dei deficit di memoria (per una rassegna v. Brewin, 2003), la ricerca empirica si occupa, ormai, da molto tempo del tema dell'inconsapevolezza circa le esperienze traumatiche, soprattutto per quel che riguarda gli abusi sessuali. Da questi studi emerge che circa un terzo degli adulti tende a riferire un periodo in cui non ha avuto pieno accesso al ricordo di un evento traumatico vissuto nell'infanzia, sebbene i criteri per definire l'amnesia, parziale e totale, cambino da studio a studio (cfr. Herman, Shatzow, 1987; Feldman-Summers, Pope, 1994; Loftus, Polonsky, Fullilove, 1994; Williams, 1994; Elliott, Briere, 1995). Questo *corpus* include studi effettuati secondo metodi di ricerca sia prospettici (ad es., Williams, 1994, 1995) sia retrospettivi (Elliot, 1997; Feldman-Summers, Pope, 1994; Sheiman, 1999; Freyd, DePrince, Zurbriggen, 2001; Schultz, Passmore, Yoder, 2003; Stoler, 2000), nonché studi sull'amnesia in casi d'abuso comprovato (Cheit, 2005). Come rilevato da Brown, Scheflin e Whitfield nella loro rassegna della letteratura (1999, p. 126), solo nell'ultimo decennio, sono stati condotti 68 studi e ricerche per casi di amnesia da trauma o dissociativa verificatisi in casi d'abuso sessuale infantile. Gli episodi d'amnesia sono riportati in tutti i 68 studi condotti.

3. La memoria: nozioni fondamentali

Prima d'aprire il dibattito sul *cosa*, *perché* e *come*, sarà illustrata una breve panoramica sui sistemi di memoria. Le teorie tradizionali sulla memoria la descrivono come un processo generico a tre fasi. Prima l'informazione viene codificata, poi immagazzinata e alla fine recuperata. Questo processo è noto anche con il nome di *library model*, data la somiglianza con il processo con cui nelle biblioteche viene assegnato un codice numerico ai libri (codifica), che poi vengono collocati negli scaffali (immagazzinamento) e, in seguito, cercati nel catalogo

quando richiesti dai lettori. La psicologia cognitiva e le neuroscienze hanno sviluppato questo modello di recente, scoprendo diversi tipi di memoria che si attivano contemporaneamente. L'uomo possiede una memoria procedurale (ad es., per azioni come andare in bici), una memoria sensoriale (ad es., per gli odori), una memoria dichiarativa (ossia, relativa ai fatti) e molti altri tipi di memoria simultanei. I diversi tipi di ricordi, pur essendo spesso collegati fra loro, dipendono da sistemi cognitivi e neurali alquanto distinti. Per questo, la compromissione della memoria può colpire in maniera diversa vari tipi di ricordo.

Nel corso del dibattito sul perché e come i ricordi di un abuso sessuale possano essere danneggiati, vale la pena tener presente che la compromissione della memoria può avvenire in almeno tre condizioni: durante la codifica (mancata percezione o mancato consolidamento mnestico), durante il recupero o in entrambe le due fasi (Freyd, 1996). Per studiare la compromissione della memoria in queste tre fasi, si prenda come esempio il ricordo di un picnic al parco. Nel primo caso, l'informazione può non essere percepita a sufficienza; vale a dire che l'informazione su un evento (relativa alla sua interezza o ai suoi aspetti) può non essere entrata nel sistema di memoria. Riferendosi all'esempio del picnic, una persona intenta a preparare il pranzo può non aver percepito l'informazione su dei bambini che giocavano a pallone nelle vicinanze. Tale persona non ricorderà d'aver visto quei bambini giocare a pallone, perché questo aspetto dell'evento non è mai entrato nel sistema di memoria. Oppure, la persona può aver visto uno scoiattolo passare di corsa eppure non riesce a consolidare il ricordo dello scoiattolo, perché la sua attenzione è stata sviata dal ramo di un albero che era caduto all'improvviso lì vicino. L'informazione sullo scoiattolo è entrata nel sistema nervoso, ma siccome l'attenzione di tale persona è stata subito diretta altrove (al ramo dell'albero), il ricordo dello scoiattolo non è stato consolidato e, quindi, non può essere recuperato in futuro.

Un ricordo può essere percepito e consolidato, e quindi codificato, ma stimoli esterni successivi possono interferire con – o inibire – il ricordo originale. Perciò, malgrado l'evento sia entrato nel sistema di memoria, quando si tenta di ricordarlo, il ricordo è inaccessibile. Nell'esempio del picnic, la persona può non riuscire a ricordare l'informazione su un barboncino che scorazzava per il parco. La persona può aver codificato l'informazione sul barboncino, ma è possibile che essa sia stata codificata solo in maniera superficiale perché la sua attenzione era concentrata su un altro evento, come una conversazione. Questa codifica superficiale può causare difficoltà nella fase di recupero. Oppure, il recupero può essere inibito perché altre informazioni interferiscono con il ricordo del barboncino. Per es., in un picnic successivo la stessa persona può aver visto un alano e, quando le viene chiesto del cane visto durante il primo picnic, la persona può avere delle difficoltà nel recuperare il ricordo del barboncino a causa dell'interferenza di quello dell'alano visto più di recente.

La compromissione della memoria può derivare da problemi concorrenti di codifica e recupero, vale a dire che alcuni aspetti dell'evento possono non essere codificati e che possono insorgere dei problemi nel recupero a causa di questa mancata codifica. Ritornando all'esempio del picnic, la persona non ricorda i bambini che giocavano a pallone (informazione non codificata) né quello che ha mangiato al picnic (informazione codificata, ma il recupero risulta inibito).

Il contesto in cui i ricordi sono codificati può costituire un fattore importante per la capacità di recupero dei ricordi. Nell'esempio del picnic, una persona può non essere in grado di ricordare a casa i particolari del picnic, ma può ricordare maggiori dettagli quando riterrà al parco in una bella giornata di sole. Allo stesso modo, la capacità di recupero dei ricordi può dipendere dallo stato d'animo; ad es., per la persona è più facile recuperare i ricordi di un momento felice e di relax legato al picnic quando si trova nella stessa stato d'animo che in un altro stato emotivo. Questi argomenti rivestono un'importanza cruciale nello studio dei ricordi traumatici, in quanto spesso le circostanze del trauma variano enormemente rispetto alla maggior parte delle esperienze non traumatiche. Ad es., un bambino che ha subito un abuso sessuale di notte per mano di un genitore terrorizzante può non ricordare i particolari dell'abuso in parte a causa della grande differenza che esiste tra il clima familiare vissuto durante il giorno e lo stato emotivo provato durante l'abuso notturno.

3.1. Diversi tipi di compromissione della memoria

Come spiegato sopra, l'inconsapevolezza può essere causata da compromissioni della memoria a diversi livelli, come il mancato consolidamento del ricordo o l'incapacità d'accedervi.

Mentre la ricerca ha, talvolta, considerato le diverse forme d'inconsapevolezza uguali tra loro, una descrizione più accurata del ricordo traumatico mette in evidenza che, a volte, il mancato accesso al ricordo dipende da ricordi non consolidati a causa di fattori legati al terrore provato, mentre altri ricordi non sono accessibili in particolari circostanze. I ricordi che non sono mai stati consolidati non sono entrati nel sistema impedendo all'evento di venir integrato per, poi, poter essere ricordato. Dall'altro lato, i ricordi inaccessibili possono essere entrati nel sistema ma, poi, appunto non possono essere rievocati. Con queste importanti precisazioni ci si rende conto che esistono diversi modi per spiegare il perché della possibile presenza d'inconsapevolezza, di cui si discuterà passando in rassegna gli approcci sul perché e sul come questo avvenga.

4. Quesiti 2 e 3: "Perché e come non si riesce a ricordare?"

4.1. Perché la paura potrebbe condurre all'inconsapevolezza?

I ricercatori e gli psicologi clinici hanno a lungo sostenuto il ruolo centrale assunto dal senso di terrore per capire le reazioni al trauma, come emerge dalla definizione stessa di DPTS, che comporta reazioni di paura intensa, senso d'impotenza od orrore (APA, 1994). Infatti, le valutazioni di un evento traumatico tramite reazioni di paura predicono i conseguenti sintomi post-traumatici (v. Brewin, Andrews, Rose, 2000). Ritornando brevemente sul quesito del *cosa*, bisogna mettere in evidenza che, secondo alcuni critici, il DPTS è un disturbo caratterizzato da ricordi intrusivi, non da inconsapevolezza (v. Kihlstrom *et al.*, 2005; McNally, 2006). Altri, invece, sostengono che "la difficoltà nel dimenticare (o superare) un'esperienza terrificante non può essere altro che l'esatto contrario della difficoltà nel ricordare (o accettare o riconoscere) un'esperienza di paura estrema" (Widiger, Sankis, 2000, p. 391). Infatti, il DPTS è stato considerato come "un'oscillazione fra *re-experiencing* ed evitamento" (Leskin, Kaloupek, Keane, 1998, p. 986).

Perché la paura potrebbe essere associata all'inconsapevolezza, soprattutto dal momento che in genere si tende più a pensare che sia associata a ricordi intrusivi o a un'"iperconsapevolezza"? Una spiegazione è che l'arousal può avere effetti sorprendenti e apparentemente contraddittori sulla memoria. Come rilevato da Brewin nella sua recente rassegna (2003), è dimostrato che l'arousal può essere ricollegato sia a una miglior capacità di ricordo sia a una memoria più labile. Quindi, una spiegazione logica della compromissione della memoria consiste nel sostenere che una paura intensa interferisce con i processi di memoria, bloccando, così, l'accesso al ricordo.

4.2. Come la paura potrebbe condurre all'inconsapevolezza?

In merito al quesito sul *come*, prendiamo in esame tre possibili teorie che spiegano come la paura produca inconsapevolezza:

1. difetti di codifica e consolidamento;
2. modelli di rappresentazione duale;
3. evitamento.

4.2.1. Difetti di codifica e consolidamento dei ricordi

Una paura intensa può causare difetti di codifica in almeno due modi:

- a. Gli effetti dell'arousal durante l'evento possono disturbare l'informazione in ingresso nel sistema nervoso causando, ad es., un calo d'attenzione dovuto o a una mancata codifica o a una codifica superficiale di aspetti importanti del trauma. Come nell'esempio del picnic, se aspetti dell'evento non vengono codificati (o sono codificati solo in modo superficiale), questi saranno inaccessibili per un recupero futuro. Allo stesso modo, reazioni dissociative peritraumatiche causate dalla

paura intensa possono disturbare la codifica di aspetti dell'evento (Gershuny, Cloitre, Otto, 2003).

b. La paura e lo stress conseguente possono danneggiare le regioni cerebrali che regolano importanti processi di memoria, portando così all'inconsapevolezza. In altre parole, la paura intensa mette l'individuo in condizioni di stress cronico che richiede una modifica del sistema nervoso per affrontare la paura e queste modifiche possono, *in extremis*, avere delle conseguenze neurobiologiche che, a loro volta, influenzano i sistemi di memoria. Quando la paura è la principale risposta al trauma, i sistemi probabilmente coinvolti nella compromissione del ricordo sono quelli colpiti dall'impatto deleterio dello stress, come l'ippocampo e le strutture correlate. L'ippocampo è la struttura cerebrale localizzata nel sistema limbico, sistema associato al consolidamento della memoria (Zola-Morgan, Squire, 1993) e che è stato dimostrato essere particolarmente vulnerabile agli effetti deleteri dello stress (v. Sapolsky, 1992). Di conseguenza, gli studiosi e i ricercatori si sono interessati all'interazione fra paura, stress e ippocampo in modo da fornire una spiegazione sul come la paura possa causare inconsapevolezza (si veda il capitolo di Augusti e Goodman in questo volume)

Nel caso specifico dell'abuso in età infantile, Bremner *et al.* (1997) hanno studiato il volume ippocampale di 17 adulti con storie di grave abuso fisico e/o sessuale e d'altrettanti adulti nel gruppo di controllo che non avevano vissuto un'esperienza d'abuso. I soggetti con DPTS mostravano un volume ippocampale sinistro ridotto del 12% rispetto al gruppo di controllo, mentre il volume di altre aree, quali l'amigdala o il lobo temporale, risultava nella norma. Stein *et al.* (1997) hanno esaminato il volume ippocampale in un campione di 21 donne con storie d'abuso sessuale in età infantile e 21 donne che non l'avevano sperimentato. Delle donne abusate sessualmente in età infantile, 15 su 21 soddisfacevano i criteri di DPTS, 15 i criteri di disturbo dissociativo e 13 i criteri d'entrambi i disturbi. Il volume ippocampale risultava notevolmente ridotto nel gruppo con storie d'abuso sessuale infantile, specialmente la parte sinistra (circa il 5%). Quando inizialmente sono emerse delle differenze di funzionamento dell'ippocampo, generalmente si è presupposto che la riduzione di volume fosse una conseguenza dello stress cronico causato dal trauma e dai suoi postumi. Tuttavia, sulla base di studi più recenti sui gemelli, i ricercatori hanno cominciato a supporre che un ridotto volume ippocampale possa in realtà rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di DPTS (v. Pitman *et al.*, 2006).

Nonostante i recenti studi sui gemelli portino la ricerca a rivedere le interpretazioni riguardo il significato di un ridotto volume ippocampale (fattore di rischio o conseguenza del DPTS), la corrispondenza fra i traumi che inducono paura e causano il DPTS e un ridotto volume ippocampale continua a fornire una tesi valida per i difetti di memoria. Siccome l'ippocampo regola importanti funzioni integrative, non dovrebbe essere una sorpresa scoprire che le disfunzioni di memoria, sotto forma

di mancata e iper-consapevolezza dei ricordi, siano in parte mediate dall'ippocampo.

4.2.2. Modelli di rappresentazione duale della memoria

La seconda teoria basata sulla paura per la compromissione di memoria si rifà ai modelli di rappresentazione duale della memoria (per un approfondimento si veda il capitolo di Augusti e Goodman in questo volume). La VAM comprende le narrazioni del trauma che un soggetto è capace di rendere consapevolmente e articolare consciamente. La VAM somiglia alla memoria dichiarativa dal momento che entrambe comprendono quelle esperienze su cui si riesce a fare delle dichiarazioni. Brewin *et al.* sostengono che la VAM è integrata ad altre informazioni autobiografiche, che interagiscono con i processi di costruzione del significato, che può essere aggiornata e riconosciuta esistente a partire da un dato momento in relazione a passato, presente e futuro. Dall'altro lato, la SAM include informazioni percettive di livello inferiore sulla scena del trauma e/o sulle esperienze somatiche durante il trauma. La SAM non è accessibile verbalmente e somiglia molto più alla memoria non dichiarativa. In un certo senso, la SAM è legata al tempo del trauma; i ricordi non vengono aggiornati a seconda di altre informazioni nella memoria autobiografica o del tempo o del contesto (ossia in relazione a passato, presente e futuro).

Brewin *et al.* hanno utilizzato la teoria della rappresentazione duale per spiegare i flashback intrusivi, sostenendo che i flashback rappresentano dei ricordi SAM legati sia da altri aspetti della memoria autobiografica sia dall'espressione verbale. Come notato da Brewin *et al.* (1996, p. 676), gli ormoni rilasciati in risposta a traumi acuti "possono intervenire riducendo l'attività neurale delle strutture anatomiche coinvolte nell'elaborazione cosciente e aumentando l'attività delle strutture coinvolte in processi percettivi e mnestici non coscienti". La SAM può favorire non solo l'esperienza di ricordi intrusivi, ma anche un'esperienza per cui un "soggetto non sa" cosa sia accaduto in maniera verbalmente accessibile, il che può, di conseguenza, aumentare la probabilità di un'inconsapevolezza reale o dichiarata. Infatti, Brewin *et al.* (1996) sostengono che l'inibizione precoce nell'elaborazione dei ricordi traumatici può causare una compromissione della memoria del trauma o relativi al trauma. Perciò, la teoria della rappresentazione duale del DPTS fornisce un'altra spiegazione per cui gli individui possono arrivare a provare o riferire uno stato d'inconsapevolezza.

4.2.3. Evitamento

La terza teoria basata sulla paura per l'inconsapevolezza si rifà agli approcci classici sull'ansia, secondo i quali, finché i ricordi legati alla paura restano dolorosi e difficili, l'individuo eviterà sempre più gli stimoli sia esterni sia interni che riattivano il ricordo traumatico. Evitando gli stimoli che ricordano l'evento, il soggetto tenterà d'inibire l'elaborazione del ricordo ed è molto probabile che eviti di parlare

dell'evento, forse anche per mantenerlo segreto. L'evitamento non è solo legato alla paura, ma può essere anche dovuto ad altre emozioni, quali una profonda vergogna; in altre parole, un soggetto può evitare di rivelare o parlare dell'abuso sessuale a causa della vergogna o del senso di colpa. Di conseguenza, i ricordi possono non essere elaborati in modo da essere integrati con gli altri ricordi autobiografici, aumentando le probabilità di mantenere uno stato d'inconsapevolezza intorno al trauma.

4.3. Perché il tradimento potrebbe condurre all'inconsapevolezza?

Freyd (1996) ha elaborato la teoria del trauma da tradimento (*Betrayal Theory*) per spiegare i motivi specifici che potrebbero portare all'inconsapevolezza in seguito a un abuso sessuale. Secondo la teoria del trauma da tradimento, esiste un vantaggio sociale nel rimanere inconsapevoli circa un abuso perpetrato da un caregiver. Nel caso in cui si verifichino dei tradimenti, la vittima può essere spinta dall'attaccamento al caregiver a restare inconsapevole dell'abuso. Questo tipo di compromissione del ricordo non necessita di un'esclusione dell'esperienza dal sistema mnestico; al contrario, questa teoria presuppone che la consapevolezza autobiografica dell'evento sia dissociata o isolata dalla consapevolezza consci. Secondo tale modello, non è necessario che la compromissione della memoria abbia luogo in una fase specifica; piuttosto, può avvenire indifferentemente durante la codifica, il consolidamento o il recupero dei ricordi.

La teoria del trauma da tradimento è stata elaborata sulla base di una visione interdisciplinare della psicologia umana. Partendo da un punto di vista evolutivo, Freyd (1996) cercò di dimostrare che gli uomini si sono evoluti affinando la loro capacità di rilevare inganni, consentendo loro d'allontanarsi da quei rapporti che costituiscono una minaccia. Tuttavia, in determinate circostanze, la scoperta di un tradimento può realmente essere controproducente per la sopravvivenza. Nel caso in cui una vittima dipenda dal caregiver, può essere necessario per la sopravvivenza restare inconsapevoli del tradimento in modo da mantenere la relazione d'attaccamento. Ad es., in caso d'abuso sessuale infantile, se un bambino è consapevole di essere abusato da un genitore, può sentire la necessità d'allontanarsi dalla figura d'attaccamento (in termini di distanza affettiva). Per un bambino la cui sopravvivenza di base dipende da un caregiver, l'allontanamento è, però, al tempo stesso una minaccia per la sopravvivenza. In tali circostanze, la sopravvivenza del bambino è maggiormente garantita se la vittima rimane "cieca" davanti al tradimento, isolando la presa di coscienza dell'evento dalla consapevolezza.

Freyd (1996) ha analizzato nuovamente alcuni dati per verificare la validità predittiva della teoria del trauma da tradimento secondo la quale, in caso d'abuso sessuale infantile, i livelli più alti di compromissione della memoria dipenderebbero dalla relazione fra vittima e perpetratore. Di fatto l'ipotesi di Freyd (1996) secondo cui i ricordi più com-

promessi erano quelli in cui il perpetratore era un membro della famiglia è stata confermata dalle rianalisi sopraccitate. Solo in uno studio non si sono riscontrate differenze nei livelli di compromissione del ricordo d'abusi perpetrati in famiglia o da estranei (Loftus, Polonsky, Fullilove, 1994).

Le rianalisi condotte da Freyd (1996) rappresentano un primo passo importante nella dimostrazione della teoria del trauma da tradimento, anche se queste presuppongono che un abuso perpetrato da un membro della famiglia equivalga a un abuso perpetrato dal caregiver. Spesso è così, ma è probabile che un numero minore di persone sia stato abusato da un membro della famiglia che non coincideva con il caregiver (ad es., da un padre che è separato dalla famiglia e non si occupa della cura del bambino). Allo stesso modo, i perpetratori classificati come membri estranei alla famiglia possono provvedere alla cura ed essere persone fidate, rendendo l'abuso un tradimento (ad es., allenatori e sacerdoti che si occupano dello sviluppo affettivo dei bambini, ma non sono membri della famiglia). In questi casi, la teoria del trauma da tradimento predice la compromissione della memoria, ma tale capacità predittiva è indipendente dalla distinzione fra membro della famiglia ed estraneo.

Altri dati a supporto della teoria del trauma da tradimento sono stati rilevati quando la relazione vittima-perpetratore si basava sul solo caregiver (Freyd, DePrince, Zurbriggen, 2001). È stato chiesto agli studenti di un'università americana di compilare una versione modificata dell'*Abuse and Perpetration Inventory* (Lisak et al., 2000), denominata *Betrayal Trauma Inventory* (BTI; Freyd et al., 2001), la quale introduceva dettagli nuovi circa la relazione vittima-perpetratore. Ad es., si chiedeva ai partecipanti d'indicare che tipo di rapporto c'era con il perpetratore: "Quella persona per te era: ad es., amico, padre, sorella, zio ecc.", come anche di specificare se il perpetratore fosse o meno un caregiver. Lo status del perpetratore, quindi, si basava sulla risposta dei partecipanti alla domanda: "Questa persona si prendeva cura di te, ad es. provvedendo a nutrirti e proteggerti?". Le analisi hanno mostrato una compromissione maggiore del ricordo quando il perpetratore era un caregiver rispetto a quando non lo era. Questo studio è stato il primo a studiare le ricadute traumatiche sul ricordo riferendosi esplicitamente a un caregiver responsabile d'abuso psicologico, fisico o sessuale. Il pattern di danneggiamento della memoria era costante in presenza d'abuso fisico e sessuale: era riportata una maggior compromissione della memoria quando il perpetratore coincideva con un caregiver rispetto al caso contrario.

Altri hanno riscontrato un pattern simile in altre ricerche che hanno replicato quella sopraccitata: ad es., Shultz et al. (2003) hanno scoperto che i partecipanti con disturbi di memoria (rispetto a coloro che non ne mostravano) avevano rapporti più stretti con il/i perpetratore/i. Sheiman (1999) ha osservato, su un campione di 174 studenti, che era più probabile che i partecipanti con forme d'amnesia circa un abuso sessua-

le infantile avessero subito tale abuso da persone molto vicine a loro, a differenza di coloro che non presentavano amnesia. È interessante notare come la perdita di ricordi autobiografici generici misurata in un ampio studio epidemiologico fosse strettamente associata a una storia d'abuso infantile; inoltre, amnesie gravi erano associate a un abuso sessuale da parte di un parente (Edwards et al., 2001).

4.4. Come il tradimento potrebbe condurre all'inconsapevolezza?

Per quanto riguarda il quesito sul *come*, tre sono le spiegazioni di un'interazione tra inconsapevolezza e tradimento:

1. dimenticanza indotta dal recupero;
2. non rivelazione;
3. coping e/o sintomi connessi.

4.4.1. Dimenticanza indotta dal recupero

La dimenticanza indotta dal recupero può risultare particolarmente interessante nel caso in cui un bambino debba competere con un caregiver, tra l'altro, abusante. A questo proposito, Anderson (2001) ha utilizzato il concetto di "dimenticanza attiva" per spiegare la compromissione del ricordo a seguito di traumi da tradimento. Basandosi su solidi dati empirici, Anderson sostiene che la cognizione umana è in grado d'inibire attivamente l'informazione, abilità, peraltro, necessaria per il funzionamento cognitivo, visto che occorre essere in grado di dimenticare informazioni, soprattutto quando si cerca d'impararne delle nuove.

Con una serie d'esperimenti in laboratorio, Anderson (2001) et al. hanno illustrato come, in determinate circostanze, i soggetti inibiscono attivamente il ricordo di alcune informazioni per poter recuperare un'informazione legata allo stesso ricordo. Secondo Anderson, la dimenticanza indotta dal recupero è causata da meccanismi inibitori verificabili a livello empirico. Ad es., quando ad alcuni partecipanti a un esperimento veniva chiesto d'imparare delle parole raggruppate per categorie (ad es., "banana" e "arancia" accoppiate alla categoria "frutta") per verificare come ricordassero parole introdotte in precedenza, ma non memorizzate, i partecipanti mostravano un ricordo più debole per le parole tratte dalla stessa categoria rispetto a quelle tratte da una categoria diversa (ad es., "casa"; Anderson, Bjork, Bjork, 1994).

Estendendo questo discorso al trauma, Anderson (2001) ipotizza che un trauma da tradimento (ad es., l'abuso infantile da parte di un caregiver) possa contribuire a rendere possibile un'amnesia indotta dal recupero. Partendo dalla teoria del trauma da tradimento, Anderson (2001) pensa che i bambini abusati dai caregiver raccolgano molte informazioni – positive e negative – riguardo i caregiver abusanti. Come proposto da Freyd (1996), un bambino abusato da un caregiver può essere più propenso a restare inconsapevole dell'abuso, in modo da conservare la relazione d'attaccamento. Perciò il bambino sarebbe spinto a reiterare e ricordare le informazioni sul caregiver non connesse

all'abuso e a dimenticare quelle connesse all'abuso. Si possono riscontrare delle somiglianze fra i test di laboratorio sulla dimenticanza indotta dal recupero (cfr. Anderson, 2001) e i casi in cui un bambino è spinto a reiterare e ricordare le informazioni sul caregiver non connesse all'abuso. In pratica il bambino, recuperando le informazioni non connesse all'abuso, può sopprimere attivamente le informazioni riguardo il trauma. Il modello della dimenticanza indotta dal recupero offre un primo supporto empirico ai processi che causano una compromissione del ricordo secondo la teoria del trauma da tradimento.

4.4.2. Non rivelazione

La dimenticanza indotta dal recupero offre una valida teoria per spiegare come mai la reiterazione di un set d'associazioni inibisca un altro set d'associazioni. Esistono, tuttavia, anche altri processi più passivi che possono essere alla base dell'inconsapevolezza tra cui, soprattutto la non rivelazione dell'evento. Come sottolineato da Foynes, Freyd e DePrince (2006), la maggior parte delle vittime di un abuso sessuale o non lo rivela o lo rivela solo dopo molto tempo. Infatti, secondo una recente rassegna, la percentuale di rivelazione d'abuso sessuale s'aggira intorno al 46-69% (London, Bruck, Ceci, Shuman, 2005) e meno d'una vittima su quattro rivela immediatamente l'abuso (Paine, Hansen, 2002). Considerata questa notevole percentuale di non rivelazione, la teoria della condivisibilità (Freyd, 1983, 1996) offre un'ulteriore spiegazione dell'inconsapevolezza. Essa fu inizialmente sviluppata per spiegare come mai l'elaborazione mentale di un singolo evento potesse essere continua e dettagliata come anche discreta e categorica; in altre parole, l'elaborazione mentale è influenzata dal fatto che gli uomini dipendono dagli altri a livello sociale. Secondo questa teoria, i soggetti ricodificano informazioni percettive dettagliate degli eventi in forma più discreta e astratta, così che tali informazioni possano essere condivise con gli altri. La propria rappresentazione interna di un evento può essere così continua e ricca di dettagli sensoriali da risultare sostanzialmente diversa dalla rappresentazione dell'evento condivisa con un altro.

Attraverso il processo di condivisione quegli aspetti dell'evento che sono difficili da condividere con gli altri sono esclusi dal ricordo o ricodificati in concetti più discreti quando l'evento viene condiviso. Ad es., una persona può avere il ricordo interno di un picnic in una giornata calda che include l'odore dei fiori, la sensazione del sole sulla pelle, i discorsi fatti con gli altri e così via. Raccontando a qualcun altro il picnic, è probabile che questa persona dica che faceva caldo, o che dia un'idea approssimativa della temperatura invece di cercare di spiegare la sensazione di stare sotto il sole battente. In altre parole, i dettagli minuti diventano più discreti. Raccontare, invece, a un altro che era presente risulta più facile ed è probabile che nel racconto i dettagli restino invariati. La teoria della condivisibilità sostiene che i ricordi, siccome sono raccontati e riraccontati, diventano sempre più concreti e condivisibili.

Perciò la teoria della condivisibilità presuppone che la memoria di eventi che non sono mai stati raccontati sarà qualitativamente diversa rispetto a quegli eventi condivisi con altri. È molto improbabile che un abuso sessuale venga condiviso con altri e che, quindi, venga modificato per diventare più discreto e condivisibile ed è possibile che i dettagli sensoriali e minuti originari restino intatti e che il ricordo non sia immediatamente condivisibile con altri.

Applicando la teoria della condivisibilità alla memoria di un trauma, la rivelazione acquisisce un'importanza ancora più pregnante. Ad es., Goodman *et al.* (2003) sostenevano che la "relazione di tradimento" non fosse un predittore statisticamente rilevante di dimenticanza su un campione di adulti coinvolti da bambini in processi per abuso infantile. Per il procedimento d'accusa i bambini avrebbero dovuto raccontare l'abuso sessuale, cosa che stava alla base di un maggior ricordo del trauma grazie alle modifiche avvenute nella strutturazione dei ricordi; lo stesso vale per la loro reiterazione. Quindi, la rivelazione ha giocato un ruolo importante nello sviluppo e nella conservazione dei ricordi relativi all'abuso sessuale. Tuttavia, è anche possibile che l'inconsapevolezza fosse diminuita perché (presumibilmente) i bambini non avevano più la necessità di restare attaccati al perpetratore responsabile del reato (per un dibattito approfondito, v. commenti in Freyd, 2003 e Zurbriggen, Becker-Blease, 2003).

La ricerca sulla memoria autobiografica mette in luce perché i bambini piccoli possano incontrare numerosi ostacoli nello sviluppo di una narrazione coerente dei ricordi riguardo l'abuso sessuale (come delineato da Procaccia e Di Blasio, *supra*, in questo volume).

In che modo i genitori parlano con i bambini dell'abuso sessuale? Ancora non esiste una risposta a questa domanda, ma è molto probabile che i bambini diano alla narrazione che accompagna i ricordi dell'abuso sessuale lo stesso significato attribuito a eventi di stress quotidiano o di altro genere. I perpetratori e gli adulti inoffensivi tendono o a non parlare affatto dell'abuso oppure a fornire una narrazione confusa dell'evento (ad es., raccontando ai bambini che sono stati loro a iniziare l'abuso). Si può ipotizzare che un pattern incoerente, caratterizzato da narrazioni elaborate per la maggior parte degli eventi ma non per l'abuso, possa incidere sul recupero se non proprio sull'organizzazione della memoria.

I bambini che sono stati confusi e traditi da un adulto (e/o anche da adulti inoffensivi) hanno buoni motivi per diffidare di tutti gli adulti. Se i bambini non sono creduti, rischiano d'alterare l'attaccamento al caregiver e subire ritorsioni dal perpetratore. Infatti, dai dati emerge che quando la rivelazione di un'esperienza negativa risulti in feedback *negativi*, la *non rivelazione* in realtà predice esiti migliori (Lepore, Ragan, Jones, 2000; Major, Cozzarelli, Sciacchitano, Cooper, Testa, 1990). In tal caso, è normale che i bambini vogliano affrontare l'abuso a modo loro o raccontarne soltanto dei dettagli poco alla volta, per vedere come gli adulti reagiscano. Necessarie alla sopravvivenza, queste scelte portano a non discutere degli eventi d'abuso nel contesto di una narrazione

significativa che, come suggerito dal lavoro di Fivush *et al.*, inibirà nell'avvenire la capacità di ricordare gli eventi in maniera chiara e organizzata.

4.4.3. Coping e/o sintomi connessi

I traumi da tradimento possono essere associati alle risposte psicobiologiche, sforzi di coping o sintomi psicologici che, a loro volta, sono anche associati a deficit di memoria. Ad es., i traumi con un alto grado di tradimento sembrano essere associati alla dissociazione. Chu e Dill (1990) affermano che l'abuso fisico e/o sessuale infantile da parte di membri della famiglia (ma non l'abuso da parte di estranei alla famiglia) è significativamente legato a punteggi DES (*Dissociative Event Scale*) elevati in pazienti psichiatrici. Allo stesso modo, sono state osservate correlazioni rilevanti fra sintomi di dissociazione patologica e trauma intrafamiliare (ma non extrafamiliare) in delinquenti minorenni (Plattner *et al.*, 2003). Tra gli studenti universitari, DePrince (2005) ha evidenziato che la presenza di trauma da tradimento prima dei 18 anni è associata a dissociazione patologica dopo i 18 anni. Da un punto di vista fenomenologico, la dissociazione implica alterazioni di attenzione e memoria (v. per una rassegna DePrince, Freyd, 2007). Infatti, studi di laboratorio hanno identificato stati d'attenzione in cui alti livelli di dissociazione sono legati a un ricordo più labile del parente connesso al trauma attraverso stimoli neutrali; invece coloro che non tendono a dissociare mostrano il pattern opposto (v. DePrince, Freyd, 2001, 2004; DePrince, Freyd, Malle, 2007). Quindi, i legami fra dissociazione e processi cognitivi di base coinvolti nell'attenzione e nella memoria possono fornire un'altra spiegazione per cui l'inconsapevolezza può emergere in seguito a eventi traumatici con un alto livello di tradimento.

4.5. Assunti presenti in entrambi gli approcci

Entrambe le teorie basate sulla paura e sul tradimento formulano delle tesi importanti. Ad es., il focus sul terrore e sul DPTS derivato da eventi traumatici può portare la ricerca a concentrarsi sul trauma infantile e sugli effetti relativi (per una rassegna, v. Finkhor, Kendall-Tackett, 1997). Focalizzandosi sul DPTS, Finkelhor e Kendall-Tackett (1997) sostenevano che la ricerca si era concentrata sugli estremi della vittimizzazione nei bambini sottovalutando effetti diversi dal DPTS. Inoltre, il focus sul DPTS portava a prestare scarsa attenzione alle forme di trauma infantile che non sfociavano necessariamente nel DPTS, come l'abbandono e la trascuratezza (Finkelhor, Kendall-Tackett, 1997). Probabilmente i ricercatori si sono focalizzati *in primis* sugli eventi che comportavano livelli elevati di terrore (ad es., grave abuso fisico) e, quindi, meno su eventi con un livello di terrore più basso (ad es., trascuratezza), in quanto i modelli principali di studio delle risposte post-

traumatiche nascevano da una tradizione di ricerca sul DPTS che considerava il terrore e la paura due fattori centrali.

L'approccio basato sul trauma da tradimento presuppone che le vittime non siano consapevoli della sensazione di tradimento; ciononostante, i processi di valutazione rivestono una notevole importanza nelle teorie sullo stress post-traumatico. Va apprezzata l'enfasi posta dalla teoria legata al tradimento sulla necessità d'esaminare il contesto degli eventi traumatici per capire se il trauma implichi una violazione dei rapporti interpersonali e, in tal caso, fino a che punto questa violazione costituisca un tradimento dell'etica umana. Comunque, non si dovrebbe perdere di vista il ruolo importante svolto, a quanto pare, dai processi di valutazione negli sforzi a lungo termine di dare un senso e di aumentare le capacità di coping.

5. Conclusioni

In base a quanto detto sui tentativi di ricordare un trauma, la ricerca deve cominciare a distinguere i meccanismi (*come*) dalle motivazioni (*perché*) che causano una compromissione della memoria. Il presente capitolo ha identificato due modalità attraverso cui i ricordi rimangono inaccessibili: il mancato consolidamento delle informazioni in condizioni di terrore e l'isolamento conoscitivo mostrato dall'inconsapevolezza di un trauma funzionale alla conservazione delle relazioni d'attaccamento.

Lo studio sull'abuso sessuale può trarre particolare beneficio dall'utilizzo di entrambi gli approcci perché, mentre alcuni eventi – come la maggior parte delle calamità naturali – inducono quasi esclusivamente paura, altri invece – quali l'abuso fisico – implicano quasi sempre un senso di paura e tradimento. L'abuso sessuale può assumere varie forme, da quello di terrore quasi puro, come nel caso di una violenza subita da un estraneo, a quello di tradimento vero e proprio, come nel caso di un padre che fotografa i figli in pose pornografiche. Ovviamente, l'abuso sessuale implica molto spesso entrambe le sensazioni di paura e tradimento. Gli studi che misurano non solo la presenza o l'assenza dell'abuso sessuale, ma anche i fattori che contribuiscono alla paura e al tradimento possono trovare differenze rilevanti riguardo il momento e il modo in cui riaffiorano i ricordi relativi all'abuso.

Riferimenti bibliografici

- Ackil J.K., Van Abbema D.L., Bauer P.J. (2003), "After the Storm: Enduring Differences in Mother-child Recollections of Traumatic and Non-traumatic Events", *Journal of Experimental Child Psychology*, 84, pp. 286-309.
American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), American Psychiatric Association, Washington.

- Anderson M.A. (2001), "Active Forgetting: Evidence for Functional Inhibition As a Source of Memory Failure", in Freyd J.J., DePrince A.P. (eds.), *Trauma and Cognitive Science: A Meeting of Minds, Science, and Human Experience*, Haworth Press, New York, pp. 185-210 (pubblicato contemporaneamente come Special Issue del *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma* e in volume, edito da Haworth Press, New York).
- Anderson M.C., Bjork R.A. (1994), "Mechanisms of Inhibition in Long-term Memory: A New Taxonomy", in Dagenbach D., Carr T. (eds.), *Inhibitory Processes in Attention, Memory, and Language*, Academic Press, San Diego, pp. 265-325.
- Becker K.A. (2002), *Attention and Traumatic Stress in Children*, doctoral dissertation, University of Oregon, 2001.
- Bremner J.D. (2001), "A Biological Model for Delayed Recall of Childhood Abuse", in Freyd J.J., DePrince A.P. (eds.), *Trauma and Cognitive Science: A Meeting of Minds, Science, and Human Experience*, Haworth Press, New York, pp. 165-184 (pubblicato contemporaneamente come Special Issue del *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma* e in volume, edito da Haworth Press, New York).
- Bremner J.D., Randall P., Scott T.M., Bronen R.A., Seibyl J.P., Southwick S.M., Delaney R.C., McCarthy G., Charney D.S., Innis R.B. (1995), "MRI-based Measurement of Hippocampal Volume in Patients with Combat-related Posttraumatic Stress Disorder", *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 973-980.
- Bremner J.D., Randall P., Vermetten E., Staib L., Bronen R.A., Mazure C., Capelli S., McCarthy G., Innis R.B., Charney D.S. (1997), "Magnetic Resonance Imaging-based Measurement of Hippocampal Volume in Post-traumatic Stress Disorder Related to Childhood Physical and Sexual Abuse. A Preliminary Report", *Biological Psychiatry*, 41, pp. 23-32.
- Brewin C.R. (2003), *Posttraumatic Stress Disorder: Malady or Myth?*, Yale University Press, New Haven.
- Brewin C.R., Andrews B., Rose S. (2000), "Fear, Helplessness, and Horror in Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress*, 13, pp. 499-510.
- Brewin C.R., Dalgleish T., Joseph S. (1996), "A Dual Representation Theory of Post Traumatic Stress Disorder", *Psychological Review*, 103, pp. 670-686.
- Brown D., Schefflin A.W., Whitfield C.L. (1999), "Recovered Memories: The Current Weight of the Evidence in Science and in the Courts", *Journal of Psychiatry & Law*, 27, pp. 5-156.
- Cameron C. (1993), "Recovering Memories of Childhood Sexual Abuse: A Longitudinal Report", paper, Western Psychological Association Convention, Phoenix, Arizona, aprile.
- Cheit R.E. (2005) *The Recovered Memory Project*, www.brown.edu/Public Policy/Recovery.
- Chu J.A., Dill D.L. (1990), "Dissociative Symptoms in Relation to Childhood Physical and Sexual Abuse", *American Journal of Psychiatry*, 147, pp. 887-892.
- DePrince A.P. (2005), "Social Cognition and Revictimization Risk", *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, pp. 125-141.
- DePrince A.P., Freyd J.J. (1999), "Dissociation, Attention and Memory", *Psychological Science*, 10, pp. 449-452.
- DePrince A.P., Freyd J.J. (2001), "Memory and Dissociative Tendencies: The Roles of Attentional Context and Word Meaning", *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, pp. 67-82.
- DePrince A.P., Freyd J.J. (2004), "Forgetting Trauma Stimuli", *Psychological Science*, 15, pp. 488-492.

- DePrince A.P., Freyd J.J. (2007), "Trauma-induced Dissociation", in Freidman M.J., Keane T.M., Resick P.A. (eds.), *Handbook of PTSD: Science & Practice*, Guilford Press, New York, pp. 135-150.
- DePrince A.P., Freyd J.J., Malle B.F. (2007), "A Replication by Another Name: A Response to Devilly et al. (2007)", *Psychological Science*, 18, pp. 218-219.
- Edwards V.J., Fivush R. et al. (2001), "Autobiographical Memory Disturbances in Childhood Abuse Survivors", *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 4, pp. 247-264.
- Elliott D.M., Briere J. (1995), "Posttraumatic Stress Associated With Delayed Recall of Sexual Abuse: A General Population Study", *Journal of Traumatic Stress*, 8, pp. 629-647.
- Erikson M.H. (1938), "Negation or Reversal of Legal Testimony", *American Medical Association Archives of Neurology and Psychiatry*, 40, pp. 548-553.
- 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, pp. 636-639.
- Finkelhor D., Kendall-Tackett K. (1997b), "A Developmental Perspective in the Childhood Impact of Crime, Abuse, and Violent Victimization", in Cicchetti D., Toth S.L. (eds.), *Developmental Perspectives on Trauma: Theory, Research and Intervention*, University of Rochester Press, Rochester, pp. 1-32.
- Fivush R. (2007), "Maternal Reminiscing Style and Children's Developing Understanding of Self and Emotion", *Journal of Clinical Social Work*, 35, pp. 37-45.
- 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 Conway M.A. (ed.), *Recovered Memories and False Memories: Debates in Psychology*, Oxford University Press, Oxford, pp. 34-63.
- Foyne M., Freyd J.J., DePrince A.P. (2006), "Child Abuse: Betrayal and Disclosure", poster presentato al 22nd Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Hollywood, 4-7 novembre.
- Freyd J.J. (1983), "Shareability: The Social Psychology of Epistemology", *Cognitive Science*, 7, pp. 191-210.
- Freyd J.J. (1996), *Betrayal Trauma Theory: The Logic of Forgetting Childhood Abuse*, Harvard University Press, Cambridge.
- Freyd J.J. (1998), "Science in the Memory Debate", *Ethics & Behavior*, 8, pp. 101-113.
- Freyd J.J. (2001), "Memory and Dimensions of Trauma: Terror May be 'All-too-well Remembered' and Betrayal Buried", in Conte J.R. (ed.), *Critical Issues in Child Sexual Abuse: Historical, Legal and Psychological Perspectives*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 139-173.
- Freyd J.J. (2003), "Memory for Abuse: What Can We Learn From a Prosecution Sample?", *Journal of Child Sexual Abuse*, 12, pp. 97-103.
- Freyd J.J., DePrince A.P., Gleaves D. (2007), "The State of Betrayal Trauma Theory: Reply to McNally" (2007) - Conceptual Issues and Future Directions", *Memory*, 15, pp. 295-311.
- Freyd J.J., DePrince A.P., Zurbriggen E.L. (2001), "Self-reported Memory for Abuse Depends Upon Victim-perpetrator Relationship", *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, pp. 5-16.
- Gershuny B.S., Cloitre M., Otto M.W. (2003), "Peritraumatic Dissociation and PTSD Severity: Do Event-related Fears About Death and Control Mediate Their Relation?", *Behaviour Research and Therapy*, 41, pp. 157-166.

- Goodman G.S., Ghetti S., Quas J.A., Edelstein R.S., Alexander K.W., Redlich A.D., Cordon I.M., Jones D.P.H. (2003), "A Prospective Study of Memory for Child Sexual Abuse: New Findings Relevant to the Repressed-memory Debate", *Psychological Science*, 14, pp. 113-118.
- Gurvits T.V., Shenton M.E., Hokama H., Ohta H., Lasko N.B., Gilbertson M.W., Orr S.P., Kikinis R., Jolesz F.A., McCarley R.W., Pitman R.K. (1996), "Magnetic Resonance Imaging Study of Hippocampal Volume in Chronic, Combat-related Posttraumatic Stress Disorder", *Biological Psychiatry*, 40, pp. 1091-1099.
- Herman J.L., Shatzow E. (1987), "Recovery and Verification of Memories of Childhood Sexual Trauma", *Psychoanalytic Psychology*, 4, pp. 1-14.
- Kihlstrom, J. F., McNally, R. J., Loftus, E. F., & Pope, H. G., Jr. (2005), "The Problem of Child Sex Abuse [Letter to the Editor]", *Science*, 309, pp. 1182-1183.
- Lepore S.J., Ragan J.D., Jones S. (2000), "Talking Facilitates Cognitive-emotional Processes of Adaptation to An Acute Stressor", *Journal of Personality & Social Psychology*, 78 (3), pp. 499-508.
- Leskin G.A., Kaloupek D.G., Keane T.M. (1998), "Treatment for Traumatic Memories: Review and Recommendations", *Clinical Psychology Review*, 18, pp. 983-1002.
- Lisak D., Conklin A., Hopper J., Miller P., Altschuler L., Smith B.M. (2000), "The Abuse-Perpetration Inventory: Development of An Assessment Instrument for Research on the Cycle of Violence", *Family Violence & Sexual Assault Bulletin*, Spring-Summer, pp. 21-30.
- Loftus E.F., Polonsky S., Fullilove M.T. (1994), "Memories of Childhood Sexual Abuse: Remembering and Repressing", *Psychology of Women Quarterly*, 18, pp. 67-84.
- London K., Bruck M., Ceci S.J., Shuman D.W. (2005), "Disclosure of Child Sexual Abuse: What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell?", *Psychology, Public Policy, & Law*, 11 (1), pp. 194-226.
- Major B., Cozzarelli C., Sciacchitano A.M., Cooper M., Testa M. (1990), "Perceived Social Support, Self-efficacy, and Adjustment to Abortion", *Journal of Personality & Social Psychology*, 59 (3), pp. 452-463.
- McNally R.J. (2007), "Betrayal Trauma Theory: A Critical Appraisal", *Memory*, 15, pp. 280-294.
- Paine M.L., Hansen D.J. (2002), "Factors Influencing Children to Self-disclose Sexual Abuse", *Clinical Psychology Review*, 22 (2), pp. 271-295.
- Pitman R.K., Gilbertson M.W., Gurvits T.V., May F.S., Lasko N.B., Metzger L.J. et al. (2006), "Clarifying the Origin of Biological Abnormalities in PTSD Through the Study of Identical Twins Discordant for Combat Exposure", in Yehuda R. (ed.), *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder: A Decade of Progress*, Blackwell, Malden, pp. 242-254.
- Plattner B., Silvermann M.A., Redlich A.D., Carrion V.G., Feucht M., Friedrich M.H., Steiner H. (2003), "Pathways to Dissociation: Intrafamilial Versus Extrafamilial Trauma in Juvenile Delinquents", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, pp. 781-788.
- Sales J.M., Fivush R., Peterson C. (2003), "Parental Reminiscing About Positive and Negative Events2", *Journal of Cognition and Development*, 4, pp. 185-209.
- Sapolsky R.M. (1992), *Stress, the Aging Brain, and the Mechanisms of Neuron Death*, MIT Press, Cambridge.
- Schultz T.M., Passmore J., Yoder C.Y. (2003), "Emotional Closeness with Perpetrators and Amnesia for Child Sexual Abuse", *Journal of Child Sexual Abuse*, 12, pp. 67-88.

- Sheiman J.A (1999), "Sexual Abuse History with and Without Self-report of Memory Loss: Differences in Psychopathology, Personality, and Dissociation", in Williams L.M., Banyard V.L. (eds.), *Trauma & Memory*, Sage, Thousand Oaks, pp. 139-148.
- Stein M.B., Koverola C., Hanna C., Torchia M.G., McClarty B. (1997), "Hippocampal Volume in Women Victimized by Childhood Sexual Abuse", *Psychological Medicine*, 27, pp. 951-959.
- Stoler L.R. (2000), *Recovered and Continuous Memories of Childhood Sexual Abuse: A Quantitative and Qualitative Analysis*, doctoral dissertation, University of Rhode Island.
- Summit R.C. (1983), The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome", *Child Abuse and Neglect*, 7, pp. 177-193.
- 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, pp. 1182-1186.
- Williams L.M. (1995), "Recovered Memories of Abuse in Women with Documented Child Sexual Victimization Histories". *Journal of Traumatic Stress*, 8, pp. 649-674 (per ulteriori analisi, cfr. Freyd, 1996).
- Widiger T., Sankis L. (2000), "Adult Psychopathology: Issues and Controversies", *Annual Review of Psychology*, 51, pp. 377-404.
- Zola-Morgan S., Squire L.R. (1993), "Neuroanatomy of Memory", *Annual Review of Neuroscience*, 16, pp. 547- 563.
- Zurbriggen E.L., Becker-Blease K. (2003), "Predicting Memory for Childhood Sexual Abuse: 'Non-Significant' Findings with the Potential for Significant Harm", *Journal of Child Sexual Abuse*, 12, pp. 113-121.

Note su autori e autrici

Vittoria Ardino, School of Psychology, London Metropolitan University, London, UK.

Else-Marie Augusti, Psychology Department, University of California at Davis, USA.

Lionel Bailly, Hôpital Avicenne, Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris 13, Bobigny, France.

Sandra Baita, Department of Women Affairs of the Government of Buenos Aires, Argentina.

Eraka Bath, ACS-Bellevue Mental Health Program, Department of Child and Adolescent Psychiatry, New York University School of Medicine, New York, USA.

Thierry Baubet, Hôpital Avicenne, Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris 13, Bobigny, France.

Kathryn A. Becker-Blease, Psychology Department, Washington State University, Vancouver, Canada.

Gaëlle Broder, Hôpital Avicenne, Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris 13, Bobigny, France.

Chris Cantor, Psychiatry Department, University of Queensland, Australia.

Don Catherall, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, USA.

Patricia McKinsey Crittenden, Family Relations Institute, Miami, USA.

Keith R. Cruise, Department of Psychology, Fordham University, New York, USA.

Anne P. DePrince, Psychology Department, University of Colorado at Denver, USA.

Paola Di Blasio, CRISEE, Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano, Italia.

Dirk Flower, Flower Associates, London, UK.

David W. Foy, Graduate School of Education and Psychology, Pepperdine University, Los Angeles, USA.

Jennifer J. Freyd, Psychology Department, University of Oregon, Eugene, USA.

James Furrow, Department of Marriage and Family, Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary, California, USA.

Gail S. Goodman, Psychology Department, University of California at Davis, USA.

Summer S. Hawkins, Robert Wood Johnson Foundation Health & Society, Harvard University, Boston, USA.

Shauna McManus, Graduate School of Education and Psychology, Pepperdine University, Los Angeles, USA.

Haruka Minami, Department of Child and Adolescent Psychiatry, New York University School of Medicine, New York, USA.

Marie Rose Moro, Hôpital Avicenne, Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris 13, Bobigny, France.

Daniele Giovanni Poggioli, DH-Psichiatria e psicoterapia, Ospedale Maggiore, Bologna, Italia.

Rossella Procaccia, CRISEE, Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano, Italia.

Raija-Leena Punamäki, Psychology Department, University of Tampere, Finland.

Jerilynn Radcliffe, The Children's Hospital of Philadelphia, Pennsylvania, USA.

Dalila Rezzoug, Hôpital Avicenne, Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris 13, France.

Mark C. Russell, Antioch University; University of Maryland, Navy Silverdale, USA.

Kenneth Sewell, Department of Psychology, University of North Texas, Denton, USA.

Raul Silva, Department of Child and Adolescent Psychiatry, New York University School of Medicine, USA.

Mary Beth Williams, Trauma Recovery Education and Counseling Center, Warrenton, USA.