Prof. Dr. Mauro Mariotti, Direttore Istituto di formazione postuniversitaria Iscra-Psicoterapia riconosciuto dal MIUR al n.19 di protocollo. Medico Chirurgo, Specialista in Neuropsichiatria infantile, Specialista in Psichiatria. Ctu e Perito Tribunali; CTP e Perito di parte. Già Direttore Dipartimento materno Infantile Azienda USL di Reggio Emilia; neuropsichiatria infantile AUSL di Modena e Professore a contratto presso Università studi Modena e Reggio Emilia.

p.iva 03245850361-Albo medici MS n. 409/74

tel. 059 238177; fax 059 210370; email: dottmauromariotti@gmail.comLargo Aldo Moro 28 -41100 Modena

Relazione specialistica. Analisi degli interventi del Dr. Foti relativi aVeronicaSoletti

Indice:

Prefazione pg. 2
Sintesi dei motivi che rendono inverosimile l'ipotesi.. pg. 3
Storia di Veronica pg. 4
Sulla psicoterapia pg. 14
Si scontrano due ipotesi pg. 16
Traumi e dissociazione sono collegati pg. 24
La cura, la psicoterapia del trauma pg. 25
Gli interessi di cura, gli interessi di Giustizia pg. 29
Induttività, suggestione, falsi ricordi, confabulazione pg. 31
Analisi della psicoterapia del 2016 di Veronica pg. 33

- Siglatura pg. 33
- Descrizione categorie di microanalisi delle sedute pg.35
- Microanalisi e grafici pg. 38
- Grafico ed istogramma totale fasi pg.42
- Relazione clinica della terapia Dr. Foti pg. 43
- Una ragazza solare ed estroversa? pg.44
- La validazione delle emozioni pg.49
- La polarità del cambiamento e la polarità depressiva pg. 60
- Il resoconto della mia vita pg. 67
- La natura stressante e post-traumatica dei ricordi pg. 78
- La problematica post-traumatica pg. 89
    - I segni emotivi dell'abuso pg. 89
    - I sintomi e i tratti post-traumatici pg. 93
    - La conduzione del colloquio pg. 97
- L'analisi critica del consulente del PM pg. 99

- **La signora Santi smentisce sé stessa** **pg. 101**
- **Analisi del colloquio del 16 febbraio 2016** **pg. 103**
- **Il quadro postraumatico descritto dalla Santi** **pg. 106**
- **Il ricordo dell'abuso infantile in Veronica** **pg. 111**
- **La seconda violenza subita da Veronica** **pg. 115**
- **La insussistenza delle basi sulle quali la Dr.ssa Rossi nega la problematica sessuale di Veronica preesistente alla terapia** **pg. 120**
- **Veronica nelle sedute videoregistrate conferma le cose dette nella relazione dei servizi sociali** **pg. 124**
- **La ritrattazione di Veronica** **pg. 129**
- **Veronica smentisce sé stessa** **pg. 133**
- **La negazione del trauma e i suoi effetti** **pg. 135**
- **La teoria del falso ricordo** **pg. 138**
- **La psicoterapia di Foti: l'escalation delle accuse** **pg. 142**
- **La psicoterapia che fa star peggio** **pg. 152**
- **L'uso dell'EMDR** **pg. 154**
- **La specificità della psicoterapia-ctp del PM dr.ssa Scali** **pg. 158**
- **Conclusioni analisi Mariotti e introduzione Apollonio** **pg. 165**
- **La analisi della dr.ssa Apollonio** **pg. 170**
  - **PREMESSA. COME NASCE LA PSICOTERAPIA CON VERONICA** **pg. 171**
  - **L'ANALISI DEI PRIMI COLLOQUI- no induzione** **pg. 174**
  - **LA PROBLEMATICA POST-TRAUMATICA DELLA PAZIENTE** **pg. 187-**LE STIGMATE EMOTIVE DEL TRAUMA pg. 189
    - -I SINTOMI DI RIPETIZIONE pg. 192
    - -LA DIALETTICA DEL TRAUMA pg. 195
    - -ULTERIORI TRATTI POST-TRAUMATICI pg. 198
    - -CONCLUSIONI pg. 199
- **IL RAPPORTO CON LA FIGURA PATERNA** **pg. 202**
  - a. CONCLUSIONI pg. 220
- **IL RICORDO del PRESUNTO ABUSO SUBITO ALL'ETA' DI 4 ANNI** **pg. 224**

3.4. CONCLUSIONI pg. 234

- **L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO TERAPEUTICO** **pg. 239**
  - b. Dall'autoaccusa alla comprensione della propria situazione di soggetto traumatizzato.
  - c. Dalla depressione alla vitalità.
  - d. Dal disvalore della propria vita all'impegno
  - e. CONCLUSIONI pg. 265
- **LA SECONDA TRANCHE DELLA PSICOTERAPIA.** **pg. 267**
- **IL METODO TERAPEUTICO** **pg. 273**
- **IL LAVORO CON l'EMDR** **pg. 287**
- **COLLOQUIO ROSSI-MADRE DI VERONICA (10 ottobre 2019)** **pg. 320**
- **COLLOQUIO ROSSI-VERONICA (15 ottobre 2019)** **pg. 322**

- **Considerazioni finali** **pg. 333**

C.V.*Mi sono dedicato al temainfanzia in modo professionale nel campo della psichiatria, psicoterapia e neuropsichiatria infantile dal 1976, anno della mia specializzazione in neuropsichiatria infantile. Ho gestito la formazione e la realizzazione degli interventi di Telefono Azzurro dal 1986 al 1995. Ho lavorato nei servizi di neuropsichiatria infantile di Modena dal 1976 al 1990, poi ho diretto il dipartimento materno infantile della azienda Usl di Reggio Emilia, fino al 2000. Dal 2000 fino al 2007 ho diretto di nuovo i servizi di NPI di Modena provincia ed in seguito, dal 2007 ho preso la direzione dell'Istituto di Psicoterapia Iscra, scuola di specializzazione approvata dal MIUR, attività che proseguo attualmente. Sono stato consulente della regione Emilia Romagna in relazione alla costituzione del progetto interventi precoci. Svolgo attività di perizia e CT. Sono editore ed autore di 13 volumi sui temi attinenti alla professione. Attualmente sono main editor per la Springer del Volumedi 34 capitoli di autori internazionali dal titolo "Handbook of SystemicApproaches to PsychotherapyManuals." Il volume, terminato, uscirà in ottobre 2021. Sono fondatore della Associazione internazionale mediatori sistemici, AIMS riconosciuta dallo Stato; pastpresident della Società italiana di ricerca e terapia sistemica, SIRTS; Pastpresident della commissione ricerca della European Family therapy association, EFTA e della Società Italiana di psicologia e psicoterapia relazionale, SIPPR.*

Sintesi dei motivi che rendono inverosimile l'ipotesi che gli interventi del Dr. Foti abbiano procurato una psicopatologia in Veronica

Prefazione

Non ci sono basi scientifiche che possano in alcun modo sostenere che la sindrome borderline di personalità ipotizzata dalle consulenti del PM come diagnosi principale per VeronicaSoletti possa essere imputata a un effetto iatrogeno della psicoterapia effettuata dal Dr. Foti come le stesse sostengono. Ci sono due ordini di fattori da considerare. Il primo è che la diagnosi a parere dello scrivente è errata. La seconda è che di certo un disturbo di personalità non deriva da una psicoterapia iatrogena ma da una concomitanza di fattori che trovano origine dalla prima infanzia.[1]

1*V. Manna, M.T. Daniele e M. Pinto"Fattori eziopatogenetici del disturbo borderline di personalità" Journal of psychopathology, official journal of the italian society of psychopathology,con una bibliografia di ben 210 voci sul tema che stabilisce chiaramente quali siano i fattori eziopatogenetici. Vi troviamo scritto:*
"ipotizzare semplicisticamente che un evento qualsiasi è causa di un qualsiasi aspetto del comportamento umano è in sé e per se fuorviante…… Le conclusioni sono che il BPD, Disturbo Borderline di Personalità, vede concause: eventuali cause neurobiologiche da danno cerebrale funzionale, genitori con stesso disturbo che hanno provocato traumi soprattutto nei primi anni di vita, ivi compreso traumi sessuali, una predisposizione genetica nel campo del controllo degli impulsi."
*Conclude dicendo: "****una predisposizione genetica, la contemporanea presenza di un disturbo affettivo, o di una vulnerabilità psicotica, ma anche le conseguenze di un'esperienza traumatica, episodica o ripetuta nel tempo, potrebbero condurre allo sviluppo di una personalità borderline****"*

Dopo aver esaminato documenti e video a disposizione, sostengo che l'intervento del Dr. Foti segue regole di appropriatezza; egli effettua un intervento necessario ed efficace.

Le conclusioni della Consulenti del P.M., Dr.ssa Rossi e Dr.ssa Scali sono non condivisibili la dove sostengono che lo stesso intervento è lesivo degli interessi di Veronica ed addirittura patogeno, attribuendo all'intervento la causa principale della sindrome borderline di personalità di VeronicaSoletti.

Non concordo perché dall'analisi risulta che sia stata esaminata in modo precipuo incartamento e seconda fase di psicoterapia, trascurando o malvalutando gli elementi contenuti nella prima. Dagli stessi risulta ampiamente che tutte le problematiche di Veronica attribuite al Foti, erano già presenti nella ragazza, PRIMA dell'intervento psicoterapeutico

Non concordo perché le basi scientifiche della diagnosi posta di disturbo di personalità non sussistono, come dimostrerò nell'elaborato. Infatti:

1. **C'è indiscutibile evidenza che la ragazza ha avuto una storia naturale che ha i primi report dei Servizi Sociali nel 2003, quando aveva 4 anni, quindi a partire dalla prima infanzia, ricca di fattori traumatici scatenanti:**
    - **madre maltrattata da marito e fratello,**
    - **storia di dipendenza dello zio,**
    - **denunce di abuso sessuale fatte dalla madre a carico dell'amico del padre,**
    - **allontanamento traumatico del padre da lei non più visto dall'età di 4 anni fino ad 8,**
    - **violenza psicologica e fisica assistita,**
    - **sorella con problematiche di cui lei si è fatta carico.**
2. **C'è evidenza scientifica che il disturbo bordeline di personalità in letteratura viene correlato a disturbi di attaccamento e problematiche significative di tipo traumatico, nella prima e seconda infanzia e non certo agli esiti di una terapia.**
3. **C'è evidenza che la prima tranche di psicoterapia del trauma è stata prescritta**

dal Tribunale;

4. **C'è evidenza che il Dr. Foti ha eseguito una psicoterapia con tempi e modi adeguati e che ovviamente avrebbe dovuto occuparsi del tema memoria e ricordi del/dei traumi, essendo questo lo scopo della terapia del trauma che centra l'attenzione sul disturbo dissociativo e il riprocessamento delle memorie come base terapeutica, usando strumenti che prevedono domande dirette, reenactment, roleplaying.**
5. **C'è evidenza che ciò che la perita Dr.ssa Rossi definisce induzione non esiste nella psicoterapia in esame, che, analizzata con tecniche specifiche, ha mostrato di essere ricca di domande aperte, ridefinizioni, connotazioni positive, sintonizzazione empatica, basata sul feedback.**
6. **C'è evidenza che sia la madre che la figlia esprimono giudizi fortemente positivi sulla terapia effettuata prima e durante la psicoterapia analizzata.**
7. **C'è altresi evidenza che i metodi seguiti fossero di cura e prescrtti dal giudice.**
8. **Infine, ricordiamo le evidenze scientifiche a favore della impossibilità di impiantare falsi ricordi di episodi significativi in soggetti normosenzienti anche sottoposti a tecniche apposite di induzione volontaria e protratta.**

Cronogramma della vicenda: Veronica**nasce nel 1999**; **la separazione traumatica dei genitori accade nel 2003**. **La madre esce di casa con le due bimbe di 4 e 2 anni**; **Veronica non sa più nulla del padre e non lo vede più dal 2003 al 2007**. A causa dei turni di lavoro materni **la bambina viene affidata nei pomeriggi ad una famiglia.A 13 anni, nel 2012,Veronica ha il rapporto sessuale incriminato.Il 5.11.2015 il Tribunale minori dichiara decaduta la responsabilità genitoriale paterna** e affida ai servizi le minori. Nel 2016 inizia la psicoterapia con il Dr. Foti. Il 16 febbraio 2016 c'è il primo colloquio di Foti con la madre a cui seguono 15 incontri videoregistrati. Termina a novembre 2016. Il tema della prima fase sono argomenti della prima infanzia e come questi incidono sul presente.

La seconda tranche inizia ad aprile 2017 fino a novembre 2018, ma di questa c'è solo una seduta intercettata del 27 ottobre 2018. I temi della seconda fase sono il rapporto difficile con la madre e l'uso di sostanze.

Storia di Veronica

madre: AdrianaSanti

padre: ArmandoSoletti

figlie: VeronicaSoletti nata il 28/8/1999

VandaSoletti nata 11/8/2001----------

Dalla segnalazione (al TM di Bologna e alla Procura di Reggio Emilia) **dei SS Bibbiano 20/01/2015 (AlessandroCamaldoli) su VandaSoletti, emerge che**:

- il primo accesso al S.S. avviene nel 2003 mediante richiesta della sig.ra AdrianaSanti (madre di Veronica e Vanda). Da questo emergono **situazioni di violenza e incapacità di cura (...) avvenuti in presenza delle minori: Violenza assistita: la madre della minore subisce ripetutamente percosse da parte del di lei marito** (...) (pag. 3).
- la sig.ra AdrianaSanti riferisce che, verso la fine di luglio del 2003, la figlia primogenita (Veronica) **avrebbe rivelato un episodio di presunto abuso subito da parte (...) del socio del padre della minore stessa. In quell'occasione la figlia Veronica avrebbe riportato che il presunto abusante le avrebbe "toccato la patatina" in un giorno in cui il padre della minore l'avrebbe lasciata in custodia al socio. Tale racconto sarebbe stato fatto da Veronica ad una prozia, la quale lo riferisce ad una di lei sorella che a sua volta riporta il tutto alla madre della minore.** (pag.4).
- la madre, Adriana, riferisce di avere subito da bambina **due abusi sessuali (palpeggiamenti) da parte di uno zio all'età di 8 anni e da un cugino all'età di 14/15 anni** (pag.4)
- lo zio Alfredo (fratello della madre) ha subito **frequenti ricoveri in comunità di recupero e incarcerazioni, senza mai riuscire a risolvere il problema della**

dipendenza (Pag. 3), ha agito molteplici episodi di violenza fisica nei confronti della madre delle due minori che **sarebbero stati compiuti in presenza di Veronica e della di lei sorella (aventi all'epoca rispettivamente quattro e due anni)** (pag. 4). **Sino al 2009 si ripeteranno continui episodi di violenza fisica da parte dello zio materno nei confronti della madre (...) con coinvolgimento delle forze dell'ordine** (...) (pag.5)

- Durante l'estate del 2014 la madre di Veronica e Vanda viene nuovamente **picchiata dal di lei fratello Alfredo – in questo periodo nuovamente sofferente di alcolismo e dipendenza da droga – in presenza di Vanda e della di lei sorella. L'entità delle percosse è tale da rendere necessario l'accesso al pronto soccorso (...) e a sporgere denuncia presso i Carabinieri** (pag.6)
- in data 16 ottobre 2014 Vanda**rivela di essere stata scoperta a scuola mentre praticava autolesionismo sulle braccia con tagli (...) la stessa porge il proprio cellulare all'affidataria** (Sig,ra Elena Longagnani) **al fine di mostrare alcune foto dei tagli provocatisi sulle braccia** (pag. 6)
- Durante cinque colloqui avvenuti tra Vanda e i S.S., svoltisi il 30/10/2014 – 4/11/2014 – 18/11/2014 - 21/11/2014 e 5/12/2014, Vanda riferisce che "**dietro la porta c'è qualcuno di molto vicino a me che nel passato ha fatto qualcosa che non doveva**" (pag.7), questo evento tanto spiacevole sarebbe capitato in un periodo tra i 9 e i 10 anni. Di seguito riferisce ancora "**io sto bene quando parliamo ma se lo faccio ancora succede un casino perchè rischio di mettere nei guai persone e perchè in alcuni momenti mi è anche piaciuto (...) quando ad altri sono successe le cose che sono capitate a me voi li avete dovuto portare via da casa**" e ancora "**io lo so che dovrei raccontarvi tutto, ma è troppo pesante per me affrontarne le conseguenze**" (pag.8)
- Il Servizio Sociale, a proposito di Vanda, ipotizza una possibile esposizione passata e/o presente a situazioni d'abuso (assistite e/o subite dalla minore), che al momento non sono dichiarate apertamente e di cui non si hanno notizie conclamate (pag. 10)

Ricorso 30 gennaio 2015 del PM presso il TM di Bologna

A seguito della segnalazione dei SS del 20 gennaio 2015 il Pubblico Ministero chiede di

- affidare entrambe le minori ai SS,
- individuare un percorso psicologico per i genitori e le minori e
- **incaricare il Servizio Sociale di effettuare una approfondita istruttoria finalizzata alla sospensione della patria potestà.**

Nel ricorso si legge che: In data 27/01/2015 il SS ha incontrato la madre di VeronicaSoletti per un colloquio programmato in precedenza riguardante la situazione della figlia minore Vanda. A margine del colloquio **la madre della minore riferisce di avere recentemente appreso dalla figlia Veronica di un episodio di presunta violenza sessuale subita circa 2 anni fa ad opera del di lei allora "fidanzatino".**

Il servizio conosce l'identità del minore presunto autore della violenza,Rubio (...) in quanto in carico allo Scrivente Servizio a seguito di reati commessi con procedimentiUSSM avviati (Rif. 592/13 RNR e 939/14 SEL) e la cui situazione di grave disagio è stata segnalata tramite relazione inviata in data 15/12/2014 prot. 12474.

A distanza di 2 anni Veronica avrebbe spontaneamente ripreso quell'episodio con la madre, la quale riferisce quanto segue: "mentre parlavamo del tema - violenza sulle donne - Veronica mi ha dichiarato di conoscere l'argomento **dal momento che il rapporto avuto con l'ex fidanzatino 2 anni prima non era stato consensuale ma aveva ceduto a seguito di forti pressioni da parte di quest'ultimo contro la sua volontà.**

Segnalazione SS 24/03/2015 su VeronicaSoletti emerge che:

- Veronica il 18 marzo incontra i SS e racconta, dopo aver fatto uscire la madre, a Camaldoli e a Greggio, l'episodio in cui il fidanzato Rubio l'avrebbe violentata.
- In particolare, manifesta l'angoscia di non riuscire a reggere il peso dei ricordi e/o sensazioni che potevano emergere nel narrare quella situazione di cui preferiva cancellare ogni traccia (pag3) e manifesta il timore di non essere creduta (...) sentendosi essa stessa in prima persona colpevole (pag.4).
- Veronica, secondo quanto scritto nella relazione, riferisce l'episodio con molta vergogna, sensi di colpa in quanto si rimprovera di non aver saputo reagire e dichiara di sentire un beneficio per avere condiviso l'accaduto.

Decreto Provvisorio del TM di Bologna del 9 aprile 2015 (proc. 296/15)

- Il TM affida le minori Soletti ai SS, le colloca presso la madre e dà ai SS il compito di regolamentare i rapporti con il padre.

Dispone di sentire le minori il 27 luglio e i genitori il 29 luglio 2015.

Relazione SS (Camaldoli – Manzi) 23 /07/2015 su VeronicaSoletti emerge che:

- Rubio risulta essere attualmente oggetto di una misura cautelare con permanenza presso l'istituto penale minorile a seguito di ulteriore reato commesso legato a furti (pag.2)
- viene ascoltata dai carabinieri di Bibbiano, su incarico della Procura di Reggio Emilia, ma al momento dell'audizione la minore non è stata in grado di costruire un discorso, presentandosi mutacica (pag. 3).
- Si legge ancora che il maresciallo dei Carabinieri e psicologa di supporto incaricati di svolgere l'ascolto della minore hanno concordato nel ritenerla troppo sofferente per poter avere lo spazio di aprirsi su livello di narrazione (pag. 4)
- Vanda viene presa in carico dalla dottoressa A F e Veronica viene presa in carico dalla dott.ssa IreneGreggio
- Alla lettura del Decreto del Tribunale per i Minorenni di Bologna,Veronica manifesta una serie di vissuti di altissima sofferenza legati alla propria storia di vita, afferma "**devo tenere a distanza gli altri perché altrimenti rovino tutti quelli a cui voglio bene**" e che soffre "un senso di schifo per il proprio corpo" (pag.4).
- Il padre di Veronicanon ritiene una forma di violenza l'episodio con Rubio non ritiene vera neppure la vicenda con l'ex socio in quanto considera sia una montatura, ritenendo la figlia fantasiosa.
- Nella relazione si legge ancora che **Veronica porta segni di sofferenza traumatica,** che al momento sta trovando lo spazio di rielaborazione in ambito psicologico, seppure la situazione di profonda inquietudine e i **segnali di esperienze di dissociazione** necessitino di un approfondimento diagnostico più approfondito. (pag.8)

Audizioni del nucleo familiare presso il TM di Bologna, luglio 2015

- **VeronicaSoletti** il **27 luglio 2015** non riferisce nulla di particolare, se non che ritiene sua madre non solo poco affidabile nel suo senso critico, ma anche che la percepisce come "vendicativa", con la stessa lamenta continui litigi. Riguardo al padre afferma che lo frequenta per "dovere" e che vorrebbe vederlo con più libertà.
- **VandaSoletti** il **27 luglio 2015** non riferisce nulla di particolare se non che la frequenza con il padre appare dettata soprattutto dal "dovere" e dalla necessità che non si arrabbi (Verbale 27/7/2015) e riferisce che vorrebbe vederlo con più libertà.
- **AdrianaSanti** il **29 luglio 2015** riferisce che entrambe le figlie stanno attraversando un periodo di sofferenza, ma le cose soprattutto per Vandasarebbero migliorate. (..) è anche consapevole che vogliono andare di meno dal padre (...) **conferma che per 3-4 anni dopo la separazione il padre non si è fatto vedere** (...) **conferma che la separazione è stata causata da maltrattamenti che lei non ha mai denunciato** (...) **riferisce che con gli operatori c'è un rapporto di fiducia e collaborazione.**
- **ArmandoSoletti** il **29 luglio 2015** riferisce che non ha visto le sue figlie per due anni per colpa del Servizio Sociale che aveva interrotto gli incontri (...) Rispetto al matrimonio riferisce che si è rotto per gelosia e per la vicenda del compare già riferito in atti (aggiornamento). **Conferma che una volta ha schiaffeggiato la moglie ma non ci sarebbe stato alcun maltrattamento.**

Relazione SS di Paeselombardo 21 /08/2015 sul sig. Soletti emerge che:

- Relativamente al sig. ArmandoSoletti, i servizi rilevano un'impressione di superficialità e semplicità intellettuale (...)rispetto gli episodi pregiudizievoli accaduti nel passato ai danni delle figlie minori e soprattutto non ha fatto trasparire preoccupazioni, rimandando un clima di tranquillità e serenità che è sembrato, alla luce della documentazione inoltrata dal VS. Spett. Servizio, distante dalla realtà.

Relazionedella psicologa di Paeselombardo 5 /10/2015 sul sig. ArmandoSoletti:

- Il signor Soletti nega l'uso di violenza nei confronti della ex moglie se si esclude un unico caso (pag.3)
- Della situazione psicologica delle figlie **ha una visione del tutto edulcorata e distorta**: la madre secondo lui esagera la portata dei problemi manifestati dalle figlie (...) degli episodi traumatici passati attuali che hanno visto coinvolte sia Veronica che Vanda opera una sdrammatizzazione e banalizzazione trattandoli come episodi isolati, passeggeri (...) sembra non essere in grado di contemplare il concetto di vissuto traumatico (...) risulta evasivo, incoerente, sfuggente (pag. 4)
- L'empatia con i bisogni più squisitamente affettivi delle figlie o la comprensione e consapevolezza delle loro difficoltà emotive relazionali non può che risultarne altrettanto compromessa (...) la sua personale analisi delle difficoltà delle figlie fanno pensare che non sia in grado di coinvolgersi in modo più responsabile in un progetto articolato che sia finalizzato al recupero del benessere di Veronica e Vanda. (pag.5)

Relazione SS 4 /11/2015 (Camaldoli/Greggio) su VeronicaSoletti emerge che:

- In una telefonata del 18 settembre 2015 fra un'operatrice del SS e il sig. Soletti questi si rivolgeva con toni minacciosi affermando: "**voglio vedere Alessandro**(Camaldolinds) **così gli spezzo le gambe visto che non mi dice in faccia ciò che pensa"** (pag. 3)
- la madre delle minori dichiara che il padre: rispetto all'episodio di violenza accaduto a Veronica le continua a dire che lei non la prima nè l'ultima ad avere vissuto queste situazioni e **che è colpa sua che c'è voluta stare** (pag. 4)
- in un colloquio con AlessandroCamaldoli il padre delle minori, con un atteggiamento fortemente aggressivo e rivendicativo ad un certo punto afferma: "**la psicologa di Paeselombardo mi ha detto che voi credete che io abbia abusato di mia figlia Veronica e adesso esce pure l'abuso su Vanda.**" La stessa psicologa gli avrebbe consigliato di rivolgersi ad un avvocato per chiedere l'affidamento delle minori (pag. 4)
- Contattata telefonicamente il giorno dopo, **la psicologa del SS di Paeselombardo**

comunicava che le affermazioni attribuitegli dal padre delle minori erano false e prive di alcuna veridicità(pag.4)

- **riguardo al rapporto fra Veronica e il padre,** nella relazione si legge che Veronica ricollega nuovamente tali vissuti al timore di non avere possibilità di ricontattare ciò che nel passato avrebbe potuto accadere al punto da determinare un simile stato di dolore ritenendo che solo **il padre potesse essere il custode di un simile segreto che però non avrebbe mai rivelato**; si scrive di **ricordi scissi** che condizionano in modo fortissimo la serenità presente, si legge ancora che la minore dichiarava di sentirsi **dilaniata tra il volere raccontare e il non farlo** (pag. 5).
- Veronica afferma che rispetto a quello che le è capitato con il fidanzato il papà spesso l'ha insultata dandole della **puttana**, "lui mi dice che sono **cicciona e anche puttana**... ma lui è siciliano e ha una mentalità così" (pag.6)
- Ancora relativamente al padre afferma: "Lui è quello che mi hai gettato nel fango e mi ci ha lasciato affogare (...) **lui è il collegamento tra Aristide il mio malessere e Rubio**" (pag.7)
- Veronica dopo aver riferito che la madre le ha suggerito che quando andava a casa dal padre era meglio che non si mostrasse in mutandine e reggiseno, afferma con forte imbarazzo "Dopo quello che mi hai detto mia madre ho pensato che mio padre potrebbe eccitarsi sessualmente con me...(...) non mi sono mai sentita bene a stare sola in casa con lui" (pag.7)
- **Relativamente all'ipotesi di abuso di quando aveva quattro anni** si legge che Veronica ha recuperato la memoria di alcune immagini che descrive in questo modo: ***"Non so dire quanti anni avevo... più o meno tra i 5 e 7 anni. Mi ricordo ancora il vestito che avevo e ricordo la stanza della casa di Aristide; mi vedo come dall'esterno, sono di fronte alla scena... sono di fronte a me stessa; sono in braccio ad Aristide, seduto sul divano che mi mette le mani nei genitali... Non ho mai sopportato andare a casa di Aristide e neanche sua moglie mi piace... ho sempre avuto delle sensazioni brutte in quella casa... come una cappa... angoscia qui nel petto. Mio padre ci ha sempre obbligati ad andare a trovarlo perché è un suo amico***". Nella relazione si specifica subito dopo che Veronica non sa dire però se ricordi che ha sono veri o se sono frutto di

un errore della sua mente e ha molta paura di mettere nei guai gli altri (pag. 6)

- **Riguardo a Vanda**, Veronica dichiarava di avere scoperto sua sorella praticarsi nuovi gesti autolesionistici (pag. 6)
- Veronica riferisce ai SS che si preoccupa di sua sorella Vanda e dicendo che sta sempre attenta *"quando mio padre chiamava mia sorella da lui (...) la chiamava in camera sua (...) andavo in camera sua a vedere perchè mi preoccupavo (...) vedevo il papà sdraiato sul letto abbracciato a Vanda...erano sdraiati, distesi, uno di fronte all'altro...(...) mi sentivo angosciata (...) e anche molta nausea (...) restavo lì seduta sul letto, con gli occhi così (...) avevo paura che il papà potesse andare avanti (...) che potesse eccitarsi sessualmente con Vanda (...) che potesse avere rappoarti sessuali con lei (...) io non so cos'è normale che faccia un padre ...forse sono io che non capisco"*. (pag. 8)
- Ancora sulla sorella afferma che in quei momenti era normale, sorrideva contenta... cioè era rigida... anche il sorriso... era teso... non è il suo solito sorriso... era diverso...(...) **Vanda non pensa come me... non pensa che non va bene se il papà si eccita con lei**... lei lo vuol vedere ancora. (pag.8).Veronica aggiunge anche "quando tocca me mi fa schifo basta il solo contatto" (pag.8)
- Nelle conclusioni i SS scrivono:"Tutti gli elementi raccolti, in un anno in carico, hanno fatto presagire agli operatori (e continuano tuttora) la presenza di vissuti traumatici e di abuso nella storia delle minori" (pag. 10).

Decreto Provvisorio del TM di Bologna del 5 novembre 2015 (proc. 296/15)

- nella parte motiva del decreto si legge che la minore **Veronica è portatrice di un grave malessere psicologico di origine politraumatica e la sua condizione personale appare molto compromessa** (...) il padre ha mostrato in forma palese un atteggiamento relazionale gravemente irresponsabile e non protettivo nei confronti delle minori, soprattutto in considerazione dello stato emotivo (...) sono emersi altri possibili comportamenti pregiudizievoli del padre nei confronti di entrambe le figlie(...) rilevato che l**e minori hanno la necessità urgente di interventi psicologici intensi e specialistici per affrontare le gravi conseguenze dei traumi subiti**

- nella parte dispositiva il T.M. decide l'immediata sospensione dei rapporti tra le minori e il padre ordinando a quest'ultimo di astenersi dal ricercarla nei luoghi da esse frequentate o di contattarle telefonicamente(...) **che il Servizio Sanitario a ciò ho preposto metta a disposizione dei minori il necessario intervento psicologico psicoterapeutico, prescritto anche dalle norme, per la cura dei traumi psichici dell'età evolutiva.**

Decreto Definitivo del TM di Bologna del 28 settembre 2017 (proc. 296/15)

Dunque la psicoterapia richiesta dai servizi al Dr. Foti appare motivata da tutti gli elementi sopracitati ed improntata al superamento dei traumi. E' infatti il Decreto del Tribunale dei Minori che recita: "Veronica è portatrice di un grave malessere psicologico di origine politraumatica e la sua condizione personale appare molto compromessa".

Sulla psicoterapia

Si tratta di una pratica ormai legata al mondo della *EvidenceBased Medicine and Psychology* che si è diffusa alla *EvidenceBasedPsychotherapy.* Le scuole che se ne occupano appartengono a diversi filoni: quello più antico psicodinamico, quello più evidencebased cognitivo comportamentale, quello più socialmente orientato, sistemico relazionale. Ognuna di queste pratiche ha diversi modelli di riferimento che vanno da quello strategico, esperienziale, epistemologico, strutturale per non citarne che alcuni. La bibliografia di riferimento è enorme. Ci si può comunque riferire al manuale ***"Le psicoterapie, teorie e modelli di intervento"***, Raffaello Cortina Editore, prima edizione 2010, a cura di O. Gabbard per averne un quadro delineato.

Per rispondere correttamente al quesito postomi, vale a dire quale è la qualità dell'intervento psicoterapico tenuto dal Dr. Foti e se è patogeno, occorre avere competenze specifiche sulle psicoterapie, riflettere su cosa è la psicoterapia, come la si somministra, che principi e tecniche segue, quando può essere patogena, quando curativa.

In particolare occorre competenza sulla psicoterapia del trauma, richiesta specificatamente come intervento da eseguire dal Giudice che, tramite il servizio

sociale ha affidato questo mandato al Dr. Foti.

Per operare una terapia del trauma occorre riferirsi a una bibliografia vastissima che parte da Charcot alle fine del 1800, per passare a Pierre Janet con la sua teorizzazione trifasica ben descritta nell'opera *"Trauma, coscienza, personalità",* fino ai giorni nostri con molti autori tra i quali Van derKolk, Mc Farlane L-Weiseath e la loro opera "*The effect of overwhelmingexperience on mind, body and society"* del 2005 tradotto in italiano da MaGi. I concetti di fondo sono rappresentati dall'idea validata dalla ricerca e dalla clinica **che i traumi non vengono integrati nel sistema psichico della persona rimanendo dissociati dalla sua esperienza emotiva causando (Lapassade, 2013) la sintomatologia psicopatologica. Come sottolinea Giannantonio (2009) non è tanto il trauma in sé, quanto il ricordo che il soggetto ne ha a determinare l'entità e la forma della patologia**.

La psicoterapia del trauma si distingue dalle altre psicoterapie in modo particolare perché deve indirizzarsi specificatamente al trauma attraverso fasi manualizzate e ben distinte. Tali fasi sono state seguite nella terapia del Dr. Foti e ciò che viene individuato dalla consulente del P.M.come induttivitànon è l'elemento caratterizzante delle 15 sedute, come dimostreremo dall'analisi delle caratteristiche salienti dei linguaggi analogici e digitali rappresentati.**Ci sono interventi direttivi che fanno parte della tecnica, ci sono elementi che possono essere presi come suggestivi, ma non ci sono certamente ripetuti volontari movimenti tesi a creare nel soggetto artatamente, ripetutamente e volontariamente l'installazione di falsi ricordi**. Foti lavora per recuperare eventuali memorie traumatiche come prevede il protocollo della terapia del trauma di fronte a un paziente che, per ipotesi di lavoro, presenta elementi di dissociazione **e questo non può essere a nessun titolo confuso con una tecnica induttiva**.

Si deve sottolineare che purtroppo sul tema del trattamento dei traumi esistono posizioni molto differenti, ma solo una è basata su prove di evidenza. Nell'articolo a firma di Loewenstein[2] si spiega come trauma e disturbo dissociativo siano legati a specifici meccanismi neurali. **Per capire qualcosa della terapia del trauma bisogna riferirsi alla diagnosi prevista nel DSM-V di D.D.(Disordine dissociativo)**. Il Trauma Model (d'ora in poi TM) stabilisce che la dissociazione è uno stato psicobiologico o

2***Spiegel, Loewenstein, Lewis- fernandez, Veddat Sar sep. 2011 in depression and anxiety 28 (9):824-852- Dissociative disorders in DSM V***

tratto, che funziona come una risposta protettiva alle esperienze travolgenti o traumatiche. E' un continuum che va dalla dissociazione normale a quella patologica. Il TM stabilisce che la dissociazione agisce mitigando l'impatto del trauma. Funziona sequestrando con meccanismi psicobiologici l'informazione del trauma attraverso la attivazione protettiva di stati alterati di coscienza. **Cioè, la dissociazione segrega dalla coscienza ordinaria l'impatto e il pieno significato dell'esperienza traumatica**.

Di fronte a queste posizioni l'articolo citato dice: "*Gli scettici vedono la DD come una tendenza non scientifica degli anni 80"*. Da ciò deriva il Modello Iatrogeno (IM) che è quello seguito, a parere dello scrivente, dall'analisi effettuata nella consulenza di parte PM. Nel Modello Iatrogeno il DID, **Disordine di Identità Dissociativo**, è visto come una condizione prodotta in pazienti altamente suggestibili,ipnotizzabili, proni alla fantasia, molti dei quali con BPD(**Borderline Personality Disorder)**. Secondo i fautori del modello iatrogeno, vale a dire del terapeuta che fa ammalare il paziente, sono proprio i clinici (come appunto il Dr. Foti nelle considerazioni della perita del PM) che, credendo nelle memorie represse e nelle personalità multiple usano trattamenti rischiosi per realizzare "*una terapia di recupero delle memorie per riesumare traumi dimenticati come scopo primario del trattamento, MA INVECE IMPIANTANO FALSE MEMORIE*".

Questo è in estrema sintesi il postulato della Dr.ssa Rossi.

I sostenitori di questa teoria e di altre similari sostengono che il trattamento deve ignorare il DD e i sintomi del trauma, svelare le false memorie, focalizzarsi sui problemi della vita quotidiana, riunificare i membri della famiglia falsamente accusati e trattare il "reale" disordine psichiatrico sottostante, depressione o disturbo borderline che sia.

Come si vede questa è esattamente la teoria accusatoria che grava sul Dr. Foti. C'è evidenza che non si tratta di una novità, dato che questo supercitato articolo risale a 9 anni fa.

Si scontrano due ipotesi.

La prima, quella accusatoria, sostiene che il Dr. Foti abbia provocato volontariamente il trauma in modo iatrogeno,vale a dire la sua psicoterapia ha prodotto malattia nella ragazza, destinata per questo a diventare borderline.

La seconda, quella difensiva, sostiene che il Dr. Foti, incaricato di curare il trauma dai

servizi che ne avevano ricevuto ordine dal Magistrato, altro non ha fatto che occuparsi di eseguire una psicoterapia del trauma secondo le linee guida internazionalmente riconosciute.

La letteratura scientifica ci dice che l'ipotesi del trauma e dissociazione è scientificamente fondata, mentre quella delle false memorie impiantatenon ha uguali riscontri, come mostreremo.

Occorre vedere e conoscere il dibattito storico scientifico sul punto.

Il DD è descritto fino dalla fine del 1800 ed è descritto estensivamente nel 1900. Il dibattito sull'isteria del 1900 è simile a quello odierno sul DD. L'isteria era legata a traumi psicologici incluso il trauma sessuale o era un artefatto di donne suggestionabili o impressionabili? Ne dibatterono Charcot, Babinski, Janet e Freud.

Charcot pensava che ci fosse base neurologica e traumatica, Babinski che dipendesse da suggestione, PierreJanet teorizzò il trauma all'origine del disturbo e Freudrinunciò all'idea che le memorie represse dei traumi sessuali infantili causassero isteria ascrivendo dette memorie alle fantasie edipiche. Molti psicoanalisti ancora oggi esprimono scetticismo circa la concettualizzazione della dissociazione come fenomeno basato sul trauma.

Nel XX° secolo, a parte le guerre ed i traumi evidenti con le loro conseguenze, ci fu un'attenzione professionale bassa al tema della dissociazione, con l'idea che si trattasse di un tema esotico e raro. Dal 1960, tuttavia, iniziò una sistematica attenzione al tema del maltrattamento infantile (Battered Child Syndrome, 1962). Negli anni '70 si mostrò come esistessero bambini abusati sessualmente, e non solo e non tanto sintomi edipici di bambini. Negli anni '80 il DSM-III sostituì la diagnosi di isteria e con il PTSD creò le categorie diagnostiche di DDSomatoforme e Disordine Dissociativo. Il DSM-IV sostituì i termini di amnesia psicogena e fuga dissociativa con fuga dissociativa e amnesia dissociativa. Il Disordine Multiplo di Personalità fu rimpiazzato con il Disordine di Identità Dissociativo.

Nei primi anni '90 il movimento degli scetticidella DD trovò seguito grazie alla creazione della FMS, Sindrome della Falsa Memoria. Tale sindrome era ovviamente assai conveniente per gli accusati di abuso. Un contraccolpo importante avvennecon i "recantingpatients" i pazienti ritrattanti e i genitori accusati di abuso che promossero cause legali contro gli operatori della salute mentale, accusando i clinici di aver

impiantato false memorie di abuso sessuale e aver creato diagnosi iatrogene di disturbo dissociativo.

Come si vede, nulla di nuovo sotto il sole. Questo caso è esattamente della stessa sostanza. Il Dr. Foti è accusato di aver causato malattia anziché cura.

Ha la dimensione, mutatismutandis, del processo a Galileo Galilei. Il sole è la falsa memoria e la terra la dissociazione da trauma. Per l'accusa è il sole che gira attorno alla terra, è la falsa memoria che ha causato la patologia indotta dal terapeuta. Per la difesa è la terra che gira attorno al sole. Sono i traumi ricevuti nei 15 anni di vita, i tradimenti, le percosse assistite, il fratello della madre tossicodipendente, gli abusi sessuali etc. che hanno causato la sofferenza della minore che Foti ha cercato di curare.

Da un punto di vista della dimensione narrativa, questo problema appare indecidibile oppure decidibile con le categorie del potere o quelle del sapere. Chi ha più potere stabilisce la verità o la verità si cerca nella scienza?

Se non lo si stabilisce, allorac'è equiprobabilità che il bambino sia abusato come che l'adulto sia accusato falsamente. Occorre dunque approfondire quali sono le basi su cui le due ipotesi si fondano ed ovviamente esaminare accuratamente ogni singolo caso.

Il contrappasso di questa situazione fu, negli Stati Uniti, legato al pronunciamento che i sopravvissuti ad abuso sessuale nell'infanzia che avessero recuperato memorie di abuso che avevano completamente represso e le avessero recuperate in seguito, avrebbero potuto denunciare i loro presunti abusatori anche se era passato il tempo giuridico. Non c'era prescrizione del reato.

Il tema delle false memorie e dei pazienti ritrattanti le loro denunce, come si vede in questa causa, continua ad avere un considerevole numero di seguaci. Anche in questo caso una madre riferisce di abusi su sé e sulla figlia; la figlia li conferma da parte dell'amico del padre, denuncia paure relative al padre ed ai suoi comportamenti sessualizzati nei confronti della sorella, poi ritratta tutto e va a vivere con il padre una volta superati i 18 anni.

Se le false memorie sono un costrutto criticabile e la sindrome dissociativa da trauma no, c'è evidenza del fatto che attribuire colpevolezza ai comportamenti del Foti comporta affidarsi ad un'ipotesi non convalidata.

L'articolo da noi citato propone che il costrutto "sindrome della falsa memoria", come

costrutto clinico, non siaMAI STATA OPERAZIONALIZZATA, STUDIATA O VALIDATA[3].

C'è uno studio che ha investigato le caratteristiche del ritrattatore delle accuse di abuso[4]. Da questo si rileva che si tratta di pazienti con significativi disordini di personalità che hanno impersonato il ruolo di vittima, guardando all'esterno di sé stessi per spiegare i propri problemi: prima accusando i propri genitori, poi i propri clinici. I ritrattanti hanno storie psichiatriche significative, documentati PTSD, somatoformi, dissociativi, sintomi fittizi. Un quadro che descrive Veronica. Durante il trattamento a loro dedicato molti sintomi sono migliorati, ma le caratteristiche personologiche non sono state adeguatamente sostenute.

Esattamente ciò che è accaduto con la terapia di Veronica: al termine della terapia lei dice che sta meglioe che la terapia è servita, poi a distanza di tempo l'interpretazione che della sua deposizione fa la Dr.ssa Rossi convince il PM che la ragazza accusa il terapeuta, dice che l'ha costretta a dire cose con la sua induttività, tanto che è comunque tornata dal genitore accusato e vive con lui. Una analisi della audizione dimostrerà, come vedremo che in realtà i sintomi confabulatori nella ragazza permangono e vanno letti semmai in ben altre cause , rispetto a quella semplicistica, avventurosa e insostenibile di una patologia di Veronica legata all'azione del terapeuta! Leggendo approfonditamente gli atti e analizzando le trascrizioni emerge che Veronica non è neppure un recanter (figura di abusato che in secondo momento accusa i terapeuti) anzi, vuole studiare psicologia e dice anche che gli incontri con Foti sono stati positivi, arrivando a nominare Foti su evidente induzione della Rossi. Un Foti che è nominato assieme ad altri e non come specifica figura di riferimento negativo della ragazza.

Si noti che l'articolo sopra scritto è datato 2011 e non è a proposito di questa situazione, ma vi si attaglia così bene che è di obbligo chiedersi come sia possibile che un'accusa così grave ed infamante rivolta ad un professionistadi aver prodotto una sindrome borderline tramite psicoterapia possa essere scientificamente sostenibile.

---

3 *Loewenstein RJ., Frewen PA., Lewis-Fernández R. Dissociative Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol 1. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkens. 2017:1866–1952.*

4 *Scheflin AW., Brown DW. The false litigant syndrome: "Nobody would say that unless it was the truth." J Psychiat Law. 1999;27(3):649–705.*

Il clinico sa che la sindrome borderline per realizzarsi ha bisogno di prodromi e informazioni neuropsicobiologiche che partono dal modello di attaccamento e dalla storia dei primi anni di vita, della prima infanzia, infanzia, preadolescenza e adolescenza. Basta dare uno sguardo a questa storia, per rendersi conto di **quanto sia inappropriato e fuorviante attribuire la diagnosi di borderline ad un evento terapeutico,** per giunta condotto con delicatezza e competenza.Veronica è un soggetto che viene da una famiglia problematica con storie di abuso sessuale riferite dalla madre su sé stessa, di separazione, di abuso riferito sulla figlia, seguita per la vita dai servizi sociali. Borderline per la psicoterapia? Non è possibile ignorare la storia naturale delle psicopatologie e quanto scritto su tutti i trattati di psicopatologia esistenti. C'è a questo proposito anche in italiano, un significativo articolo di V. Manna, M.T. Daniele e M. Pinto[5]con una bibliografia di ben 210 voci sul tema che stabilisce chiaramente quali siano i fattori eziopatogenetici. Vi troviamo scritto:

"ipotizzare semplicisticamente che un evento qualsiasi è causa di un qualsiasi aspetto del comportamento umano è in sé e per se fuorviante…… Le conclusioni sono che il BPD, Disturbo Borderline di Personalità, vede concause: eventuali cause neurobiologiche da danno cerebrale funzionale, genitori con stesso disturbo che hanno provocato traumi soprattutto nei primi anni di vita, ivi compreso traumi sessuali, una predisposizione genetica nel campo del controllo degli impulsi."

Conclude dicendo:**"una predisposizione genetica, la contemporanea presenza di un disturbo affettivo, o di una vulnerabilità psicotica, ma anche le conseguenze di un'esperienza traumatica, episodica o ripetuta nel tempo, potrebbero condurre allo sviluppo di una personalità borderline"**

Il Dr. Foti è accusato di aver deliberatamente operato nella direzione di creare falsi ricordi in un soggetto prono alla fantasia, facilmente influenzabile attraverso tecniche induttive. **Ciò a partire dalla credenza scientificamente non provata, come dimostreremo, che sia molto facile impiantare ricordi nei soggetti**.

La letteratura scientifica, tuttavia, ci fa notare con decisione che la sindrome della falsa memoria non ha sufficiente operazionalizzazione[6], mentre al contrario i dati del

5 "*Fattorieziopatogenetici del disturbo borderline di personalità*" *Journal of psychopathology, official journal of the italian society of psychopathology*,

6 la operazionalizzazione in psicologia riguarda gli atti da compiere per rendere leggibile un costrutto sottoelencando le variabili misurabili che lo contraddistinguono in modo tale che diversi osservatori in diverse situazioni spaziotemporali

disordine dissociativo sono scientificamente riconosciuti al di fuori da ogni possibile dubbio.**Prova ne sia che i due codici scientifici diagnostici del mondo, DSM e ICD, non riportano la sindrome della falsa memoria mentre riportano con dovizia di particolare la sindrome dissociativa, quella che è alla base degli esiti della terapia del trauma.**

Ricordiamo che l'articolo originario di Julia Shaw e S. Porter[7], alla base della popolarità delle teorie delle false memorie, difetta di una buona definizione del termine.Altri studi sul tema delle false memorie hanno mostrato una **possibilità d'impianto di false memorie del 22% versus il 70% della Shaw**. L'esperimento di Wade mostrò che con i requisiti della Shaw analizzati da terzi il risultato si fermava fra il 26% ed il 30%. Ciò accade quando definendo meglio il termine false memorie vi si aggiunge il sottoconcettodi"credo inadeguato o falso". C'è differenza fra speculare su un evento e ricordarlo in modo genuinoe pensare di ricordarlo.Deryn Strange del John Jay college of Criminal Justice, sostiene che quello che la Shaw aveva misurato era sbagliato. Fu Strange ad aiutare Wade a stabilire il set di regole per rianalizzare lo studiodella Shaw, anche se non fu coinvolto nell'analisi.L'articolo della Shaw è stato troppo pubblicizzato anche in Italia dove c'è stata abbondanza di uso negli ambienti Giudiziari. **Tale articolo e la sua citazione compulsiva spesso ha fatto decidere che gli abusi non esistevano e che i falsi ricordi erano stati determinati da genitori o tecnici compiacenti, consapevolmente o meno**. Ciò tuttavianon corrisponde alla letteratura scientifica. Premesse incoerenti che hanno portato possibilmente a falsi risultati.

John Wixed della U.C.San Diego, California, avverte che la memoria non può essere trattata in termini binari pensando che la memoriac'è o non c'è; ci sono gradazioni di memoria. Il lavoro della Shaw è basato su concetti binari ed è pertanto responsabile delle conseguenze portate dall'idea delle false memorie: uno studio inoltre mal condotto anche sul piano delle statistiche. Anche usando i suoi criteri si vedeche contiene errori statistici, dato che **il tasso di false memorie risulta del 65% e non del 72%.**

Occorre far riferimentoall'articolo"False memories and free speech: is scientific debate being suppressed?"[8]**per comprendere come le false memorie siano difficili da**

abbiano la possibilità di concordare sulla lettura dei fenomeni indicati dal costrutto

7 "*Constructing rich false memories in psychological sciences", 14, 2015, J. Shaw, S. Porter*

8ottobre 2016 a cura di B. Andrews e C. Brewin in Applied cognitive psychologyvol 31, issue 1 https:doi.org/10.1002/acp.3285

impiantare: massimo 20%, media11%. L'articolo di base della Shaw non aveva senso. Se si definisce bene cosa è una falsa memoria, questa diminuisceal quadrato. Molto interessante notare che questi autorihanno fornito dati ineccepibili da un punto di vista metodologico, smontando l'idea che i ricordi sono falsi e falsificabili. Tuttavia, gli stessi sono stati aggrediti da colleghi con critiche non sui dati ma su elementi collaterali e soprattutto sulle conseguenze di questi dati.

Per quanto riguarda gli studi Italiani sul tema, occorre far riferimento al lavoro della Prof. Paola Di Blasio "Una rassegna degli studi di suggestionabilità e falso ricordo"[9].Ella conclude rilevando che occorre un atteggiamento cauto nell'estendere i dati che emergono dal paradigma del falso ricordo ad esperienze gravemente traumatiche come gli abusi subiti in età infantili.

La Di Blasio avverte che ci vuole cautela per sostenere che questi ricordi sono costruzioni mentali, confabulazioni create a posteriori o instillate attraverso forme di suggestione più o meno intense (familiari, sociali, **oppure legate alle indagini, alle pratiche terapeutiche** o ad effetti indotti da libri di autoaiuto). L'ipotesi forte dell'estrema fallibilità della memoria umana non risulta adeguatamente documentata.

Non si può confondere misinformazione con falso ricordo tanto da avere dati che variano dal 5% al 20% fino al 70%. **Alterare i ricordi di eventi neutri non corrisponde affatto ad instillare falsi ricordi di interi episodi traumatici,** come anche Oakes e Hyman ricordano nell'articolo "*The changing face of memory and self*".[10]

Tutto ciò porta a considerare che l'idea delle false memorie è debole e che i racconti dei presunti abusati diventano più credibili con tutte le conseguenze del caso.

Le ricerche, comunque, ci dicono che i falsi ricordi non s'impiantano come i semi di una pianta; non riguardano il 70 % ma una percentuale molto minore dal 5% all'11% se la definizione operazionalizzatadiventa restrittiva ed include falsi credi e misinformazione.

9Maltrattamento e abuso all'infanzia vol. 6 n. 1, aprile 2004

10In Bjorklund DF ed. False memory creation in children and adults-Mahawa New Jersey (2000) pg 45-67

Per falso credo ci si riferisce alla teoria della mente ed al concetto per cui se ad un bambino di tre anni si mostra una scatola di cioccolatini che contiene monete e gli si chiede cosa un altro bambino penserebbe che contenga vedendo la scatola, il bambino risponderebbe *monete*. Il bambino di sei annirisponderebbe *cioccolatini*.Il falso credo sarebbe il dire "*monete*". Secondo gli studi qua riportati,gli autori degli studi sulle false memorie avrebbero considerato assieme false memorie e falsi credi. Le suggestioni degli autori avrebbero stimolato falsi credi e non solo false memorie.

E' ovvia la portata di questa considerazione, dato che il Dr. Foti è proprio accusato di aver impiantato false memorie, ritenendo evidentemente che esse siano elementari da impiantare e che bastino alcune sedute e alcune domande induttive per creare le false memorie. Non è così. La letteratura sul tema citata da chi sostiene la teoria delle false memorie non è scientifica,ma basata su premesse non validate e su costrutti non operazionalizzati.**Così facendo crea conclusioni, queste sìindotte, portando a conclusioni che sono motivate da premesse infondate.Ribadisco che né ICD né DSM riconoscono le false memorie come sindrome esistente.**

Viceversa, gli studi sul DD a partire dagli anni '80 hanno prodotto un notevole numero di strumenti di validazione e diagnosi in tutto il mondo, con test quali le Dissociative Experiences Scales (DES), la DES T (Taxon scale of DES, che segue un inquadramento tassonomico[11]), la A-DES per adolescenti, la DDIS Dissociative Disorders Interview Scale, la CADSSClinicianAdministered Dissociative States Scale o la famosa SCID-D Structured Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders. In questi studi legati a test validati si è visto che punteggi più alti di dissociazione o diagnosi di DD erano fortemente legati a esperienze traumatiche acute o croniche.

Traumi e dissociazione sono collegati.

Gli studiepidemiologici danno una prevalenza del 9% e del 5% per la dissociazione grave con atti autolesionistici e tendenze suicidarie correlate con traumi.Come si legge nelle sedute riportate,Veronica stessa riferisce idee suicidarie e senso di inutilità della vita.

Sono decine di RCT e "based on test studies" condotti da Enti Statali e Università pubbliche che **contraddicono totalmente i paradigmi che vedono nel danno iatrogeno**

11 Classificazione in gerarchia su base scientifica

la comparsa della patologia.C'è un altro elemento che si correla a queste considerazioni e risulta molto utile nella nostra prospettiva:**il tema delle memorie recuperate**. Il Dr. Foti è accusato di aver costruito false memorie e determinato malattia in Veronica per questo.

Molti clinicinon credono che tali memorie possano esistere mentre ci sono oltre 70 studi che lo documentano. Sono studi prospettici e retrospettivi tra cui uno della **HMO**[12]**, Healt Organization Maintenance, su 9000 soggetti che riporta una stretta correlazione fra la difficoltà del bambino a mantenere la memoria autobiografica (definita come la capacità dopo i 4 anni di richiamare ampie parti della propria vita originaria affettiva) e le avversità cumulative dell'infanzia con particolare riguardo ad abuso fisico e sessuale**.

Un'altra idea associata è che più è lontano il recall del trauma, maggiore è la possibilità che la memoria siaconfabulatoria creando così pseudomemorie, ma anche in questo caso la letteratura ci dice che non c'è differenza fra le memorie a "delayed recall" o a "continuous recall"[13]**.**

I fattori che correlano fra amnesia e trauma sono il trauma precoce nelle prime fasi della vita, il trauma ripetuto, il trauma sessuale, il livello di tradimento da parte di un caregiver in modo particolare.

Relativamente al trauma in età infantile, il DID concettualizza che le più alte percentuali di problematiche sorgono per traumi occorrenti prima dei 6 anni. La percentuale è impressionante, attorno all'80%, con convalida da parte dei servizi sociali competenti del 95% dei report ricevuti.

Il disordine dissociativo d'identità è correlato strettamente e certamente al trauma.

Se si devono curare gli esiti del trauma occorre occuparsi del disturbo dissociativo. Questo ovviamente è spesso in comorbidità con depressione, PTSD, abuso di sostanze. Nel 90% compaiono idee suicidarie; nel 78% self harming. Normalmente non sono riconosciuti come tali, ricevono diagnosi scorrette, hanno punteggi GAF (Global Assessment of Functioning) bassi, trascorrono più tempo in strutture psichiatriche.

12 *Felitti VJ., Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C, eds. The Hidden Epidemic: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2010:77–87.*

13*Dalenberg CJ., Brand BL., Gleaves DH., et al. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. Psychol Bull. 2012;138(3):550–588*

Tutte queste considerazioni sono suffragate dallo studio di Dalenberg et al. già citato in nota 9. Si tratta di una metanalisi su 1500 studi che conclude così: "c'è un forte supporto empirico sull'ipotesi che il trauma causi dissociazione e che la dissociazione rimanga correlata alla storia del trauma quando la propensione alla fantasia è controllata. **Ci sono pochi sostegni all'idea che la relazione trauma-dissociazione sia dovuta alla disposizione a fantasticare o alle memorie confabulatorie sul trauma.** La genetica, la neurobiologia, lo sviluppo,la clinica, la storia e i dati dei trattamenti concordano sul fatto che il tema del DD riguarda almeno l'un per cento della popolazione e **che il DID inizia nell'infanzia correlato al trauma e alla trasmissione intergenerazionale della violenza e dei comportamenti sessuali**.

"La fantasia generale basata su credenze ed interessi di parte è che il paziente con disturbo dissociativo non esista e che la sua terapia deva basarsi sul fargli credere di essere affetto da altro disturbo e che le sue eventuali reminiscenze di traumi sono fantasie.C'è dunque un'altra ipotesi in campo rispetto alla iatrogenicità: il fatto di non diagnosticare propriamente un disturbo dissociativo comporta la creazione di una malattia generata dal sistema di cura."

La cura, la psicoterapia del trauma

Target fondamentali della terapia sono:

per gli adolescenti:

- sicurezza: **stabilizzazione**, anche nel mondo reale, e rafforzamento delle competenze;
- elaborazione: **rivisitazione dei ricordi traumatici** e integrazione nella memoria autobiografica;
- consolidamento: vengono affrontate le nuove sfide della vita, prevenute le ricadute.

L'American Academy of Child and Adolescent Therapy raccomanda l'uso di **psicoterapie centrate sul trauma**[14]che:

14 AACAP OFFICIAL ACTION (2010) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder, *Journal of American Academy of child and adolescent*

- approccino in modo diretto le esperienze traumatiche del bambino
- includano nel trattamento il datore di cura, che è importante agente di cambiamento
- focalizzino non soltanto sul miglioramento sintomatico ma anche sulla facilitazione del funzionamento, della resilienza e /o del percorso evolutivo.
- La prima raccomandazione è che queste terapie includano routinariamente**domande esplicite sulle esperienze traumatiche** ad esempio usando il "Ptsd reaction index" che ha domande esplicite sul trauma;
- Altra raccomandazione è che siano considerati interventi di prima linea le "trauma focusedpsychotherapies" che sono di derivazione dai vari ceppi epistemologici psicoterapeutici: quelli cognitivi, psicodinamici e sistemici. Nella terapia cognitiva gli interventi prevedono la preparazione di strumenti di controllo dello stress, in seguito alla cui acquisizione il terapeuta prepara il soggetto a **tecniche di esposizione al trauma** tese a provvedere capacità di gestione dello stress stesso

La ESTD "Child and Adolescent Committee" della Società Europea per il trauma e la dissociazione ha fornito le linee guida da seguire per intervenire su questi soggetti.

Poiché il Giudice ha chiesto che si facesse una psicoterapia del trauma, pare evidente che ci si debba chiedere in questo caso e specificatamente se il Dr. Foti ha seguito o meno queste linee guida che rispecchiano fra l'altro le linee guida proposte dalla ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation), associazione sul tema di carattere mondiale.

Nella prima fase,la stabilizzazione,il soggetto necessita di sicurezza in modo da poter iniziare ad affrontare le sue memorie traumatiche ed iniziare la processazione del trauma.Il soggetto deve saper fronteggiare lo stress associato alle memorie traumatiche e usare le proprie abilità per pensare e valutare.Nella fase successiva della processazione del trauma vengono analizzate le memorie traumatiche. Nell'ultima fase, l'integrazione degli stati dissociativi, il soggetto è portato a riflettere e pensare quali comportamenti sono adeguati all'età e al suo benessere futuro.

Nel caso in esame c'è stata una specifica contestazione: il Dr. Foti è stato accusato di

Psychiatry, 49,4,414-430.

aver usato impropriamente l'EMDR. C'è agli atti di causauna dichiarazione della Presidente della Società italiana Emdr sul fatto che le modalità con cui il Foti utilizza l'Emdr non siano corrette. Ciò a mio modo di vedere inficia solo l'aderenza al modello Emdr rappresentato dalla Dr.ssa Fernandez, ma non il senso della psicoterapia effettuata dal Foti con la ragazza. Il punto è delicato. Non aderire all'Emdr non è reato. In psicoterapia ormai è pratica diffusa che ogni psicoterapeuta usi i vari strumenti che la tecnica mette a disposizione. Il mescolare spunti sistemici, cognitivi e psicodinamici è frequente. Inoltre ci sono terapie che sono nate come strumenti specifici come la PNL ma anche l'Emdr. Sono tecniche evidencebased al servizio delle psicoterapie. Sono tecniche, non epistemologie. Ne è un esempio l'approccio terapeutico integrato: terapia sistemica e EMDR di Andrea Mosconi della Scuola sistemica di Padova o le stesse applicazioni della scuola Mara Selvini di Milano.[15]

In realtà in queste terapie questo metodo è solo un accessorio finalizzato a proporre una stimolazione bilaterale, che può essere fatta in tanti modi diversi per facilitare l'accesso neuropsicologico del soggetto alle proprie risorse mnestiche. E' solo uno strumento fra i tanti che sono sottoelencati:

•la tecnica Timeline (Wieland, 2015).

• lo scudo protettivo immaginario(Waters, 2016)

• la via delle emozioni, il collage etc.(Adler Tapia, 2012).

• disegni e discussioni su disegni focalizzati sulle esperienze traumatiche (Wieland, 2015)

• Play Therapy sull'evento traumatico (Potgieter-Marks, 2017)

• simboli raffiguranti l'esperienza traumatica

• vassoio di sabbia su esperienza traumatica (Potgieter-Marks, 2017)

15**C'è poi il tema del costo della psicoterapia** che, sebbene secondario andrebbe correttamente inquadrato. Si tratta di un lordo di 135 euro ora che significa un netto di circa 36 euro nel suo caso, a meno che le spese di trasferta non fossero contabilizzate a parte Nota da eliminare ma da esaminare da Avvocato per eventuale utilizzo. Il ricavo Va ridotto del 42% di tasse; del 16% dell'Ordine a scopi previdenziali, di 0.40 centesimi di euro per ogni chilometro percorso/le visite del giorno, vale a dire 272 chilometrix2=544 km oltre a 53,20 euro autostradali. Il tariffario aci 2019 pubblicato dalla agenzia delle entrate prevede euro 0.55 al chilometro per una berlina media come audi 3 il che significa 299,2. Questa somma va divisa per le sedute della giornata, mettiamo 8 massimo significa 37,4 euro da detrarre da ogni seduta oltre a 6.71 di spese autostradali. Quindi i 135 al netto diventano, considerando anche il massimo delle detrazioni eventuali 135-40%=81 euro a cui detrarre 37,4+6,71 euro=44,11 euro. Il netto che rimane al Foti dei 135 euro è 36,89 euro. Sempre un buon compenso se considerato sulla giornata di 8 ore: 295,11 a cui detrarre le spese generali di albergo e pasti di almeno 100 euro. Non mi pare proprio che tale attività possa essere in alcun modo dichiarata speculativa, a meno che non abbia sbagliato i calcoli.

• puppets (Waters, 2012)

• fantasiesalvifiche (Waters, 2012)

• esternalizzazione e Role playing

• Attività Senso-motorie (Waters, 2016, Potgieter-Marks, 2017)

• Creare spazi sicuri - lo scrigno (Waters, 2016)

Nella sua terapia, il Dr. Foti segue le linee guida, utilizza strumenti previsti per gli adolescenti, tra cui l'analisi di contesto, il ricorniciamento, l'esternalizzazione, il roleplaying, il timeline, la focalizzazione sui ricordi, la metafora, lo spazio sicuro, la ridefinizione.

Il Dr. Foti usa tecniche diverse dalla mie, sistemico relazionali, come da quelle dei colleghi di altro orientamento. Occorre ricordare che la trasversalità delle psicoterapie, siano esse cognitive, psicodinamiche, sistemico relazionali, o tecniche di settore specifico come EMDR, PNL e altre, hanno un comun denominatore: la cura del soggetto nel suo contesto, la volontà condivisa di aumentare le possibilità di scelta dello stesso di autodeterminarsi nel rispetto degli altri. Occorre ricordare ancora una volta che la **psicoterapia del trauma** ha un suo specifico riconoscimento internazionale **che il Dr. Foti ha seguito su esecuzione di un decreto del Tribunale.**

Gli interessi di cura e gli interessi di Giustizia.

In questa psicoterapia il Dr. Foti interviene in termini di cura del soggetto, ma viene accusato fra l'altro di essere intervenuto impropriamente in quanto il suo intervento doveva tener conto degli interessi della Giustizia per la presenza di un contemporaneo procedimento penale. Ovviamente la prima fase è esente da tale critica. La seconda fase d'altronde viene informata dalla prima.

Da un punto di vista epistemologico si aprono differenti orizzonti se l'obbiettivo del rapporto fra due persone è di natura finalizzata alla cura o viceversa finalizzato alla Giustizia.

Sono due mondi diversi.

Nel mondo della cura c'è un committente che invia al terapeuta un caso, ad esempio nel caso Foti una ragazzina che ha avuto un'infanzia difficile e mostra autolesionismo:

- c'è un terapeuta che è stato formato con una tecnica;
- si crea un contesto relativo a detta tecnica (esempio onewaymirror- contesto di terapia costituito da stanza con specchio o videoripresa e altra stanza con osservatori o supervisori-il cosidetto sistema bicamerale[16]),
- si svolge un percorso interattivo che ha un inizio ed una fine con la valutazione in itinere sia dei feedback della seduta (feedback immediati), sia dei feedback a distanza, cioè ciò che il cliente porta fra una seduta e l'altra.

Nel mondo della Giustizia l'obiettivo non è la cura ma la determinazione della verità che da una parte permette allo Stato di assicurare il Cittadino che le Leggi sono rispettate e dall'altro, proprio perché il sistema è garantito, crea la presupposizione non solo della punizione del colpevole, ma anche può mettere le basi di principi mediatori che superano l'originale conflitto (nel processo civile) o progettano (Giustizia riparativa) nel penale elementi di collaborazione futura fra imputato e soggetto leso (vedi il mio capitolo nel testo **Mediazione Penale** di Frison, mio capitolo o il mio capitolo "**Mediazione Globale**" nel Manuale Psicoforense dell'Età Evolutiva di Camerini, Di Cori, Sabatello, Sergio, Giuffrè editore, 2018.

E' cosa ben nota a tutti gli operatori del settore che l'epistemologia soprastante il colloquio che si svolge in un contesto psicoterapeutico, o viceversa in un contesto giudiziario, è così ovviamente diversa che richiede teorie di riferimento e tecniche esecutive completamente diverse.

Di comune c'è solo il fatto che si tratta di colloqui fra esseri umani.

Per quanto riguarda la teoria della psicoterapia, i riferimenti sono specifici per modelli che si suddividono in psicodinamici, sistemico relazionali e cognitivi. Teorie che sono anche state traslate ed utilizzate in campo Giudiziario e che, dalla comunanza delle teorie, data la differenza nelle epistemologie hanno dato campo a diverse tecniche.

E' di comune osservazione che spesso accadono errori di contesto in quanto, data la

16 Setting bicamerale introdotto dal MentalResearch Institute di Palo Alto (Ca. USA) nel 1967 . Consiste in una stanza con seggiole in cui siedono terapeuti e famiglia ed in una stanza di supervisione con vetro che permette la supervisione. La videoregistrazione permette poi la tecnica del videofeedback . Tale sistema è in uso in tutta Italia e nel mondo soprattutto nei centri di terapia sistemica della famiglia. L'Azienda Usl di Reggio Emilia ne ha approntate diverse nelle diverse sedi dei servizi

identità delle teorie, operatori usi al mondo delle psicoterapie che si ritrovano nel mondo giudiziario utilizzano le stesse tecniche e viceversa (ma molto meno frequentemente per ovvi motivi).

Nel caso in esame **OCCORRE EVIDENZIARE CHE NON E' POSSIBILE UTILIZZARE MODALITA' DI LETTURA PROPRIE DEL CONTESTO GIUDIZIARIO PER ANALIZZARE UNA PSICOTERAPIA CHE AVVIENE IN UN CONTESTO DI CURA.**

Nell'analisi delle sedute occorre utilizzare i criteri di analisi della buona psicoterapia per verificare se gli elementi centrali di contesto, setting, relazione, strumenti, obbiettivi sono stati rispettati o violati.

C'è una opinione diversa nell'elaborato del tecnico del Magistrato. Esso ritiene che la psicoterapia non avrebbe potuto essere fatta. Mi chiedo:

è rispondente al vero che il Foti non poteva fare queste sedute perché era in corso un procedimento giudiziario ed in tal modo avrebbe inquinato il contesto? Non mi pare. C'era unicamente all'epoca il procedimento contro il ragazzo che avrebbe avuto con lei un rapporto non volontario. C'erano altre situazioni che avrebbero dovuto imporre a Foti di non attuare un intervento psicoterapeutico?

Il Dr. Foti aveva ricevuto precedente formale richiesta di psicoterapia da un servizio sociale che eseguiva gli Ordini della Magistratura, che aveva avuto mandato dal Tribunale di procedere in tal senso. Non essendo un Legale rimando agli esperti del settore la disamina di questo punto.

Induttività-suggestione-falsi ricordi-confabulazione

Questo è un tema centrale per la credibilità della testimonianza del bambino abusato nel campo della giustizia ed ha importanti correlati nel campo della terapia, soprattutto in quella di soggetti giudicati a rischio, vittime di maltrattamenti ed abusi ed inviati in terapia dal Giudice. In questi casi **occorre fare un preciso lavoro di definizione di contesto ad evitare embricamenti fra le due aree.**

Va specificato che suggestione e induzione non sono sinonimi. Entrambe sono modalità relazionali comunicative di influenzamento che vanno distinte per evitare gravi errori di giudizio.

Con la **suggestione** nella domanda **l'interrogante anticipa la risposta**; anticipa le informazioni chieste all'interrogato con enfasi emotiva e gesti. Spesso in modo inconsapevole.

Con l'**induzione** s'intende invece una **operazione intenzionale tesa a manipolare la memoria altrui**. E' un'azione altamente invasiva che **usa tecniche finalizzate ad alterare i ricordi**quali la ipnosi, l'uso consapevole della fantasia, dell'immaginazione, di falsi testimoni autorevoli di un evento. Il limite massimo ovviamente è fornito dalle metodiche di tortura dell'Inquisizione in cui il torturato era indotto a confessare i suoi peccati. Si precisa che in assenza di una precisa e codificata tecnica induttiva nessun ricercatore è riuscito ad indurre un falso ricordo nei soggetti di ricerca.

Il Perito del Giudice invoca l'induttività. E' evidente che **nella terapia del trauma occorre fare domande dirette, che si usano tecniche direttive e strategiche**. I passaggi in cui la Rossi definisce esistere induzione, sono **elementi tecnici necessari per la fase del reenactment e del processo di recupero delle memorie** a cui si giunge dopo aver superato la fase di stabilizzazione.Questi elementi che appaiono suggestivi li si trovano in alcuni passaggi, ma certamente ciò che si ricava dalla visione di insieme dei filmati è una cura della relazione disgiunta dalla ricerca di **indurre volontariamente e con tecniche falsificanti nella ragazza ricordi di traumi sessuali**.

Il Foti a mio parere ha lavorato correttamente e l'uso dell'Emdr appare secondario nel registro complessivo così come gli aspetti direttivi, necessari nelle conversazioni terapeutiche della terapia del trauma e non rilevanti nell'esito del determinare nella ragazza la convinzione di essere stata abusata dal padre.

La psicoterapia in oggetto riguarda una ragazza che ha una lunga storia di relazione con i servizi pubblici. Una ragazza che ha avuto una storia difficile e che qualunque diagnosi le venga attribuita, Borderline o disordine dissociativo, presenta un tipo di personalità che aderisce alla realtà con una fragilità egoica. Appare intelligente e in qualche modo consapevole del fatto che lei è vista, è interessante quando qualcuno le chiede qualcosa di sé stessa e quando, parlando di sé stessa, può rendere gli altri testimoni della importanza della sua vita. Spesso soggetti di questo genere sviluppano caratteristiche specifiche di personalità tale per cui ciò che riferiscono è più significativo per ottenere consenso che non per l'oggettività narrata. Sono sensibili al contesto. Se qualcuno ricorda il film Zelig di Woody Allen può mentalizzare ciò a cui mi riferisco. Esistono perché narrano. Ciò giustifica la evidente e totale, incommensurabile distanza fra il da

lei narrato al GIP e quanto detto e significato nelle sedute psicoterapiche.

Nelle descrizioni e deposizioni di Veronica:

- La psicoterapia è salvifica quando ne parla con Foti
- la psicoterapia l'ha rovinata quando ne parla con la Giustizia
- è un soggetto che soffre per i maltrattamenti e gli abusisubiti negli incontri con Foti
- è un soggetto che soffre per le sedute fatte con Foti quando sentita in ambito Giudiziario
- è un soggetto che ha paura del padre
- è un soggetto che sceglie di vivere con il padre.

Vale in entrambi i casi, sedute e testimonianze, il dubbio che quanto la ragazza riferisca sia contesto-informato, dipenda cioè perlomeno in parte da ciò che la ragazza ritiene soddisfi la persona con cui ha rapporto, o la propria parte di personalità che viene attivata dalle chiavi di contesto. Risponde ai requisiti che si prevedono in un soggetto che ha subito gravi traumi in età infantile e che ha dovuto strutturare la propria personalità con modalità difensive rispetto i traumi subiti, come abbiamo ampiamente descritto nelle precedenti parti.

Inoltre, il fenomeno delle doppie descrizioni è ben conosciuto nella teoria della comunicazione (Watzlavich, Beavin, 1968, La Pragmatica della Comunicazione Umana, Boringhieri, Milano) con il nome di *punteggiatura della sequenza di eventi*: lo stesso episodio viene interpretato con significati completamente diversi dai soggetti che comunicano, tale per cui il soggetto A è convinto di dire la verità così come il soggetto B, ma le versioni saranno completamente diverse. Per questo è fondamentale riferirsi alla sola descrizione dei fatti e dei contesti in cui accadono i fatti. Estrapolare deduzioni da singoli elementi ci fa precipitare nel regno delle interpretazioni della realtà e della attribuzione di significati inappropriati.

Per questo il processo di Giustizia ha la regola aurea del contradditorio, adatto a permettere ad un terzo il Giudizio imparziale delle verità punteggiate elicitate dalle percezioni dei partecipanti alla vicenda.

Analisi della psicoterapia

In questo caso la situazione appare particolarmente delicata in quanto è in gioco la onorabilità di varie persone e la cura dei soggetti che, a partire dalla opportuna dicotomia Angeli e Demoni, possono essere a seconda delle punteggiature questi o quelli.

In questa situazione è in gioco la valutazione di una psicoterapia e gli esiti che la stessa può avere sui soggetti.

Ho visionato le sedute consegnatemi nel rispetto delle norme di Privacy dall'Avvocato Coffari, oggetto della denuncia al Dr. Foti e letto il vasto materiale inviatomi. Ho effettuato una microanalisi di seduta per verificare la presenza della tipologia di domande ed interventi effettuata dal Dr. Foti. Ho utilizzato i metodi derivati dagli studi di Maurizio Viaro e dalla scuola di Psicologia della Cattolica di Milano, Prof. Vittorio Cigoli nonché le mie personali ricerche sul campo, svolte in qualità di delegato alla ricerca della european family therapy association tra il 2010 ed il 2019.

Sono state esaminate le seguenti categorie:

SIGLATURA

E' stata effettuata una microanalisi su tutte le sedute per verificare da un punto di vista quali-quantitativo la tipologia di domande e interventi effettuati dal Dr. Foti.
Sono stati utilizzati i metodi derivati dagli studi di Maurizio Viaro e dalla scuola di Psicologia della Cattolica di Milano, Prof. Vittorio Cigoli, insieme ad una serie di elementi clinici tipici della psicoterapia riconosciuti dalla letteratura internazionale. In alcuni casi è stato scelto di raggruppare più elementi in una singola categoria sulla base di criteri di somiglianza d'intenti e significati clinici (I.: domande ipotetiche, riflessive, circolari, mentalizzanti; L.: interventi, domande con metafore, simulazioni; Q.: interventi di connotazione positiva o di empowerment).
Una volta individuate le categorie di riferimento, è stata compilata una check-list, utilizzata poi per siglare ogni passaggio delle sedute di psicoterapia analizzate.
Dall'analisi sono state escluse tutte le parti in cui il terapeuta svolge una conversazione che non ha specifiche caratteristiche cliniche, fatti salvi alcuni passaggi considerati di aggancio o strategici rispetto a successivi interventi clinici, o quelli ritenuti significativi

in considerazione della specifica cornice terapeutica.

La check-list si compone delle seguenti voci, ognuna identificata da una lettera dell'alfabeto:

A. **Domande di analisi di contesto**
B. **Domande aperte**
C. **Domande suggestive**
D. **Domande chiuse o di precisazione**
E. **Interventi-prescrizioni (riformulazione)**
. **Procedure EMDR**
F. **Ridefinizioni**
G. **Consigli**
H. **Domande, interventi di conferma/validazione**
I. **Domande ipotetiche, riflessive, circolari, mentalizzanti**
. **Interventi, domande con metafore, simulazioni**
. **Interventi di normalizzazione/legittimazione**
. **Interventi di sintonizzazione ed empatia**
. **Self-disclosure del terapeuta**
. **Psicoeducazione**
. **Interventi di connotazione positiva o di empowerment**
. **Domande induttive**
. **Compiti a casa**
. **Non rilevanti**

DESCRIZIONE CATEGORIE UTILIZZATE NELLA MICROANALISI DELLE SEDUTE

A. **Le domande di analisi di contesto** sono quelle relative al setting in cui il terapeuta spiega al cliente il perché come quando e dove ci si trova a condividere quel tempo e quello spazio.

B. **Le domande aperte** sono quelle in cui il terapeuta apre la conversazione chiedendo al cliente di parlare senza precisare cosa si attende di specifico, evitando di influenzare la risposta, semplicemente sollecitando il cliente a proseguire la narrazione seguendo le proprie necessità ed espandendo la conversazione sulla base delle cose già dette e non immettendo particolari che pilotino in una direzione il cliente.

C. **Le domande suggestive** sono quelle in cui il terapeuta introduce elementi specifici legati ad un contesto per cui il cliente nella risposta tende a far riferimento ai suggerimenti del terapeuta inglobandoli nella propria risposta. Nella terapia del trauma vengono utilizzate per aiutare il paziente a mettersi in contatto con esperienze che spesso sono difficili da verbalizzare in modo spontaneo.

D. **Le domande chiuse o di precisazione** richiedono al cliente di specificare se ed in quale quantità corrispondono al contenuto della domanda (quante biciclette hai avuto nella vita?) o di precisare maggiormente quanto detto o sottinteso.

E. **Gli interventi-prescrizioni (riformulazione)**, sono elementi insiti nelle psicoterapie in cui il terapeuta riformula i contenuti espressi dal cliente al fine di permettergli una nuova narrativa relativa agli argomenti fin li trattati. Si usa quando si ritiene che il sistema cognitivo emozionale del soggetto sia pronto a recepire l'intervento- prescrizione-riformulazione-interpretazione.

. **Procedure EMDR:** domande volte a indagare e raccogliere le informazioni necessarie per stabilire gli "episodi target" da elaborare con tale tecnica e interventi con stimolazione bilaterale secondo la tecnica e tutte le azioni intraprese del terapeuta in ottica EMDR (assessment, desensibilizzazione, installazione cognizione positiva, scansione corporea, chiusura).

. **Le ridefinizioni** sono conseguenti a interventi-prescrizioni: sono le riformulazioni congiunte che cliente e terapeuta condividono su, ad esempio, un avvenimento che nel momento A era considerato catastrofico e nel momento B invece come un'opportunità per iniziare un nuovo percorso esperienziale.

. **I consigli** sono interventi tipici delle componenti pedagogiche delle psicoterapie che vengono utilizzati non tanto perché vengano eseguiti quanto per vedere che retroazioni a distanza ci saranno (esempio consigliare una dieta specifica ad un'anoressica-non la farà ma sarà ugualmente interessante vedere cosa succederà attorno a quel consiglio e ciò costituirà fonte di riflessione per gli incontri successivi)

. **Domande, interventi di conferma/validazione**: sostanzialmente consistono nel ripetere l'ultima frase del cliente o riassumere l'ultimo concetto espresso in modo da permettere al cliente di far mente locale su quanto detto fino lì e proseguire approfondendo il proprio ragionamento, un complemento essenziale

per le domande aperte. Possono anche essere utilizzate per trasmettere al paziente una conferma e una validazione ai concetti espressi o sottintesi dal paziente, quando il terapeuta rileva la necessità di trasmettere sicurezza al paziente rispetto a contenuti difficili da verbalizzare.

- **Domande ipotetiche, riflessive, circolari, mentalizzanti**: comprendono il feedback, rendono necessario al soggetto impegnarsi in ragionamenti di collegamento fra ciò che lui fa, le conseguenze che ciò ha sull'altro, le reazioni che l'altro ha in riferimento al cliente, come il cliente si modifica sulla base delle modificazioni accadute nel mondo della persona con cui è in relazione es. se tuo padre dice a tua madre che è bella, come reagisce tua sorella?. Ciò rende necessario al cliente mentalizzare che tipo di relazione c'è fra la sorella ed i suoi genitori. Includono una serie di tipologie, incluse quelle sul futuro, per differenza, di autoriflessività, strategiche ecc., anche rivolte al mondo interno del paziente.
- **Interventi, domande con metafore, simulazioni**: la metafora è la rappresentazione simbolica di qualcosa che sta per qualcosa di altro. E' la sostituzione di un termine proprio con uno figurato in seguito ad una trasposizione simbolica di immagini. Attraverso la metafora si introducono elementi che per trasposizione permettono al cliente di rappresentarsi cognitivamente elementi che non erano precedentemente alla sua attenzione. La simulazione o roleplaying è una attività psicoterapica in uso in tutte le correnti di psicoterapia in cui si richiede al soggetto di drammatizzare una scena interpretando un personaggio.
- **Interventi di normalizzazione/legittimazione:** il terapeuta fornisce al paziente una lettura del proprio vissuto, del proprio sintomo o del proprio comportamento in termini di normalità. Riconduce alla norma, fornendo una diversa lettura dell'esperienza riportata dal paziente, depatologizzando, riducendo l'arousal e permettendo una maggiore integrazione tra i sistemi emotivi e quelli cognitivi.
- **Interventi di sintonizzazione ed empatia:** rappresentano un importante strumento di conoscenza e cambiamento. La possibilità di sintonizzarsi sugli stati affettivi del paziente e la manifestazione di sincera empatia permettono al terapeuta di entrare in contatto profondo con gli stati affettivi dell'altro. La manifestazione di empatia comunica al paziente comprensione e accettazione del suo mondo cognitivo, in termini di pensieri/ragionamenti ed emozioni, e permette al terapeuta di comunicare l'attribuzione di significato alla realtà

vissuta dal paziente, accettandola come reale e degna di attenzione.

- **Self-disclosure del terapeuta:** interventi in cui il terapeuta rivela, in modo cosciente e voluto, qualche aspetto di sé al paziente. Tale azione promuove lo svelamento di sé anche da parte del paziente, contribuisce a ridurre la vergogna nel comunicare le esperienze traumatiche e in generale a normalizzare la relazione con il paziente, migliorando l'alleanza terapeutica.
- **Psicoeducazione**: il terapeuta fornisce al paziente spiegazioni scientifiche riguardo a determinati fenomeni psicologici, comportamentali, emotivi, sintomatologici. Tali interventi permettono al paziente di dare un contesto e una diversa corniceal suo vissuto, normalizzandolo e fornendo nel contempo un aggancio cognitivo, che favorisce l'elaborazione di nuovi punti di vista e di lettura della propria esperienza.
- **Interventi di connotazione positiva o di empowerment:** la connotazione positiva consiste nella ridefinizione di un comportamento che può essere presentato dal paziente in modo negativo o squalificante, introducendo invece un punto di vista alternativo. Gli interventi di empowerment danno risalto agli aspetti positivi dei comportamenti o dei vissuti del paziente, con l'intento di far emergere risorse latenti e stimolando un aumento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione.
- **Le domande induttive**sono quelle poste con l'intenzione di manipolare la memoria altrui. E' un'azione altamente invasiva che usa tecniche finalizzate ad alterare i ricordi con uso di tecniche quali l'ipnosi, l'uso consapevole della fantasia, dell'immaginazione, di falsi testimoni autorevoli di un evento.
- **Compiti a casa:** l'assegnazione di svolgere un compito a casa può assumere diversi significati terapeutici, che possono articolarsi intorno a problematiche interpersonali o individuali. L'utilità si esprime in modo trasversale in molti aspetti del processo terapeutico. Possono essere prescrizioni di automonitoraggio o riflessione su pensieri, emozioni, ricordi, comportamenti. Sono utili al terapeuta per indagare e approfondire il profilo interno del disturbo del paziente, e utili al paziente per prendere consapevolezza di sé stesso e del proprio funzionamento anche al di fuori della seduta, grazie anche ad un contesto più ecologico.
- **Non rilevanti:** tutti quei commenti, espressi tramite parole e non parole, ripetizioni, intercalari ecc., che non appaiono rilevanti all'interno della conversazione terapeutica.

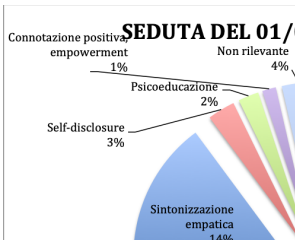
MICROANALISI E GRAFICI

Nel grafico ***probabilistico legato allapercezione della quantità usata dei vari strumenti a seguito della visione integrale delle sedute,*** è possibile individuare quali sono gli interventi fatti nella fase di apertura, di renactment e di consolidamento.

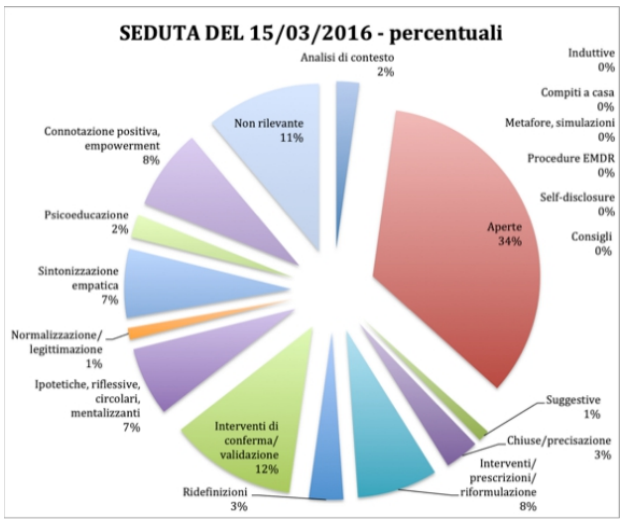
I sottostanti graficisono invece qualitativi, cioè rilevati grazie all'analisi di ogni transazione effettuata. In allegato i file relativi alla siglatura di ogni interazione avvenuta.Si inseriscono nel testo solo alcuni dei grafici che sono allegati. Essi sono il risultato della microanalisi di ogni singola seduta secondo i parametri indicati e vengono forniti sia i numeri relativi ad ogni domanda (quante domande aperte, suggestive etc.) sia le percentuali. Viene poi inserito il dato del foglio excel di calcolo, pure esso allegato come file a partenonchè il relativo grafico. Come si potrà notare da questa puntuale e completa analisi in doppio cieco fra dato qualitativo e quantitativo esiste comparabilitàe troviamo identità di rispostaad esempio sia nelle domande aperte che in quelle suggestive con uno scarto assolutamente significativo fra le due, a totale favore delle domande aperte rispetto a quelle suggestive. Esattamente 460 domande aperte contro 30 suggestive. Da notare che le stesse rappresentano rispettivamente nel totale delle fasi il 35% rispetto il 2%. Non sono rilevate domande induttive calcolate secondo la definizione datane.

L'abbondanza di domande aperte e la concentrazione delle suggestive nella terza fase è un dato confortante sul buon uso della suggestione che permette al terapeuta di sondare il grado di libertà del soggetto nell'aderire alle richieste del terapeuta, o viceversa costruire proprie soluzioni avendo la terapia sortito lo scopo di incrementare i gradi di libertà del soggetto relativamente alle scelte da compiere nei compiti di sviluppo della specifica fase di ciclo vitale che sta attraversando. In questo caso, altro dato interessante è anche il crescere delle domande di specificazione fra le diverse fasi: il 3% nella fase d'ingaggio; il 17% nel renactment in cui, secondo le terapie di trauma occorre portare il soggetto a recuperare sensazioni, stimoli, ricordi del periodo traumatico per poi tornare nella fase di chiusura al 9%. A questo poi si aggiunga come le domande

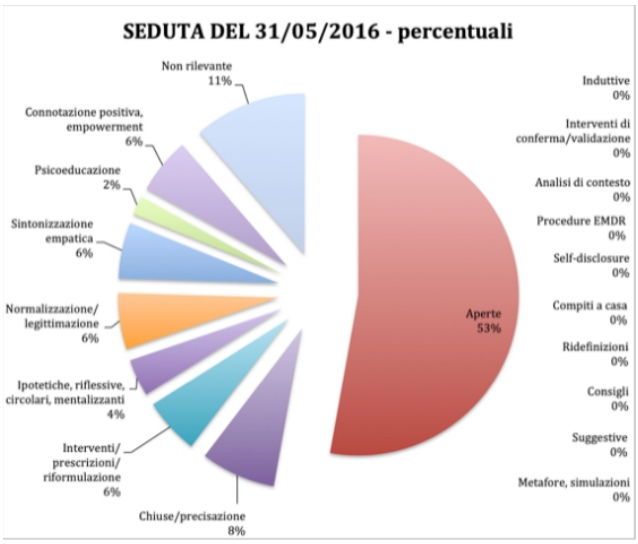
empatiche, quelle per intendersi più seduttive, sono concentrate nel primo periodo come deve essere e passano dall'8% della prima fase al 4 della seconda ed al 3% della terza. Crescono viceversa le considerazioni psicoeducative che hanno il valore di permettere al soggetto di confrontarsi con elementi pedagogicamente validi. Queste dal 3% della prima e seconda fase passano al 5% dell'ultima. Altro dato su cui riflettere è che è solo nella fase del reenactment che vengono usate tecniche assimilabili a quelle EMDR, che in quella fase costituiscono il 4% e sono assenti totalmente in prima e terza fase. Infine, la considerazione che nella terza fase compaiono solo 11 categorie. Mancano domande induttive, di normalizzazione, metafore, selfdisclosure, EMDR, compiti a casa e consigli, mentre nella fase 1 e 2 ne mancano rispettivamente due e tre. Ciò testimonia la focalizzazione dell'intervento e il buon bilanciamento sulle varie fasi con una discreta percentuale in tutte e tre di domande ed interventi di mentalizzazione,

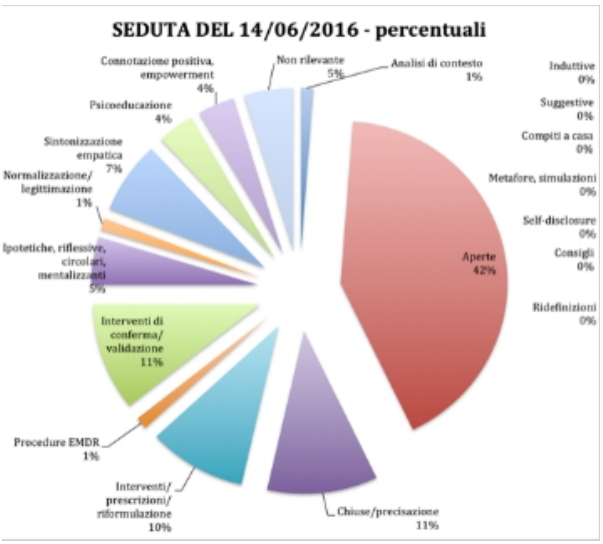


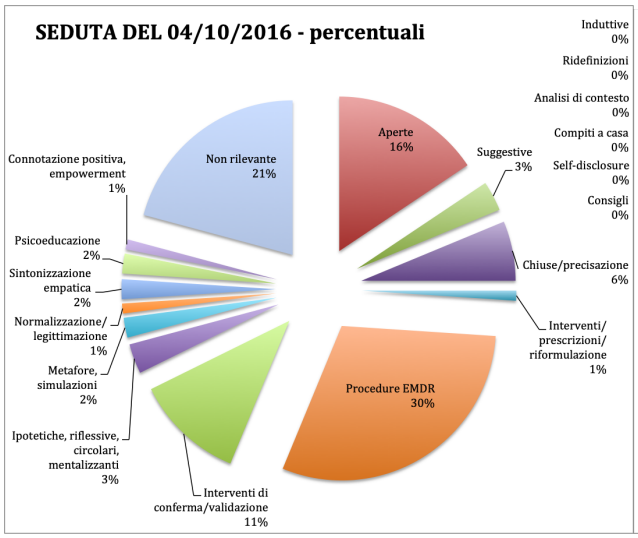
circa il 5%. Tale tipo di intervento è trasversale alle varie radici psicoterapeutiche, in quanto la mentalizzazione o autoriflessività è la qualità che permette al soggetto di pensare il pensiero e dunque di raggiungere la capacità di deutero-apprendere, ovvero apprendere ad apprendere. Raggiungere cioè

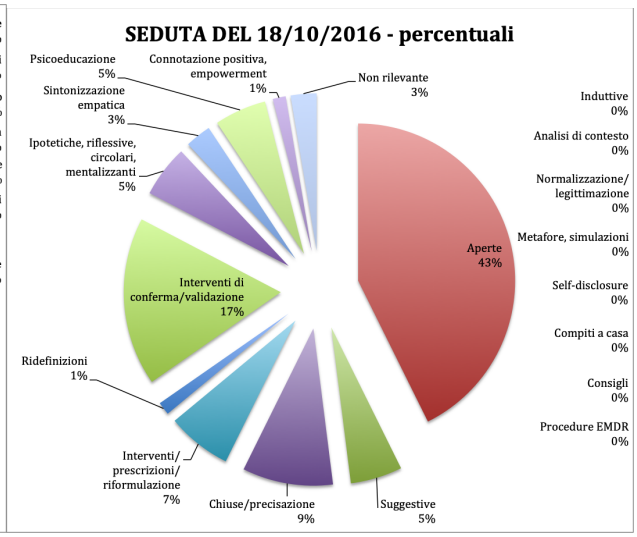


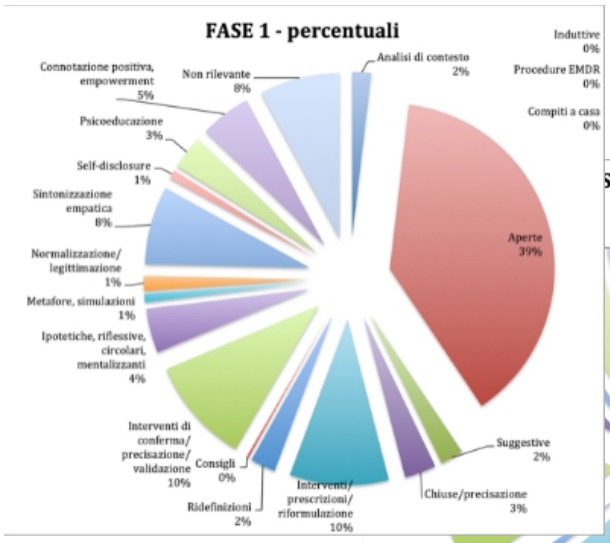
la capacità di reagire a nuove situazioni di pericolo o stress senza mettere in atto meccanismi e difese che precedentemente si sono manifestate improduttive e fonte di disagio, se non patologia.

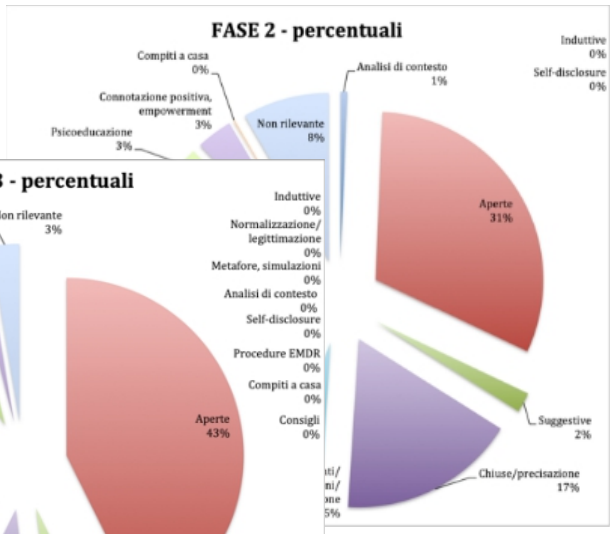

SEDUTA DEL 31/05/2016 - percentuali
Non rilevante 11%
Connotazione positiva, empowerment 6%
Psicoeducazione 2%
Sintonizzazione empatica 6%
Normalizzazione/ legittimazione 6%
Ipotetiche, riflessive, circolari, mentalizzanti 4%
Interventi/ prescrizioni/ riformulazione 6%
Chiuse/precisazione 8%
Aperte 53%
Induttive 0%
Interventi di conferma/validazione 0%
Analisi di contesto 0%
Procedure EMDR 0%
Self-disclosure 0%
Compiti a casa 0%
Ridefinizioni 0%
Consigli 0%
Suggestive 0%
Metafore, simulazioni 0%

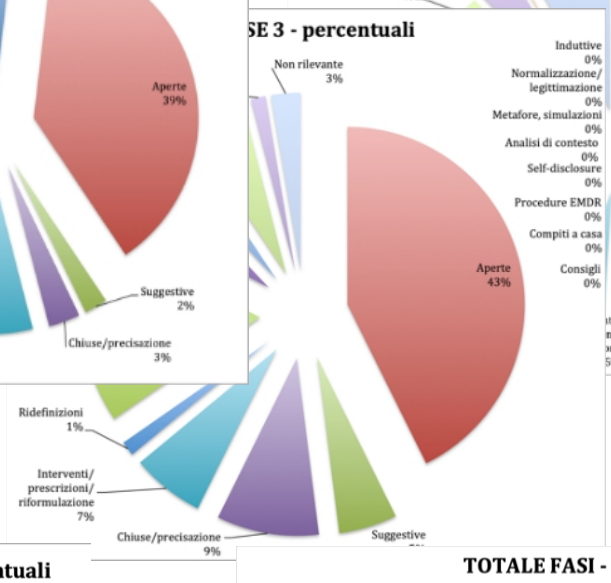

SEDUTA DEL 14/06/2016 - percentuali
Connotazione positiva, empowerment 4%
Non rilevante 5%
Analisi di contesto 1%
Psicoeducazione 4%
Sintonizzazione empatica 7%
Normalizzazione/ legittimazione 1%
Ipotetiche, riflessive, circolari, mentalizzanti 5%
Interventi di conferma/ validazione 11%
Procedure EMDR 1%
Interventi/ prescrizioni/ riformulazione 10%
Chiuse/precisazione 11%
Aperte 42%
Induttive 0%
Suggestive 0%
Compiti a casa 0%
Metafore, simulazioni 0%
Self-disclosure 0%
Consigli 0%
Ridefinizioni 0%


SEDUTA DEL 04/10/2016 - percentuali
Connotazione positiva, empowerment 1%
Psicoeducazione 2%
Sintonizzazione empatica 2%
Normalizzazione/ legittimazione 1%
Metafore, simulazioni 2%
Ipotetiche, riflessive, circolari, mentalizzanti 3%
Interventi di conferma/validazione 11%
Procedure EMDR 30%
Non rilevante 21%
Aperte 16%
Suggestive 3%
Chiuse/precisazione 6%
Interventi/ prescrizioni/ riformulazione 1%
Induttive 0%
Ridefinizioni 0%
Analisi di contesto 0%
Compiti a casa 0%
Self-disclosure 0%
Consigli 0%


SEDUTA DEL 18/10/2016 - percentuali
Psicoeducazione 5%
Connotazione positiva, empowerment 1%
Non rilevante 3%
Sintonizzazione empatica 3%
Ipotetiche, riflessive, circolari, mentalizzanti 5%
Interventi di conferma/validazione 17%
Ridefinizioni 1%
Interventi/ prescrizioni/ riformulazione 7%
Chiuse/precisazione 9%
Suggestive 5%
Aperte 43%
Induttive 0%
Analisi di contesto 0%
Normalizzazione/ legittimazione 0%
Metafore, simulazioni 0%
Self-disclosure 0%
Compiti a casa 0%
Consigli 0%
Procedure EMDR 0%

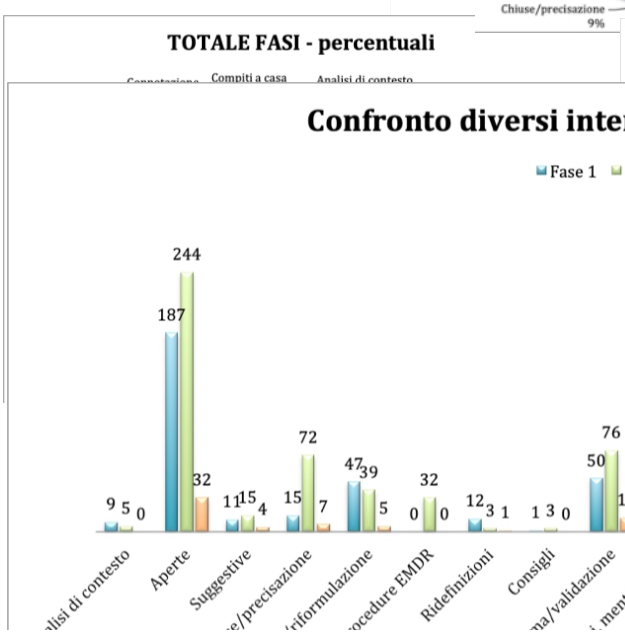


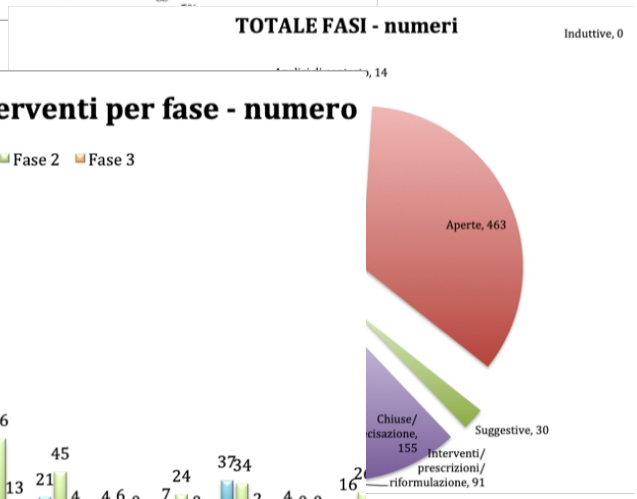


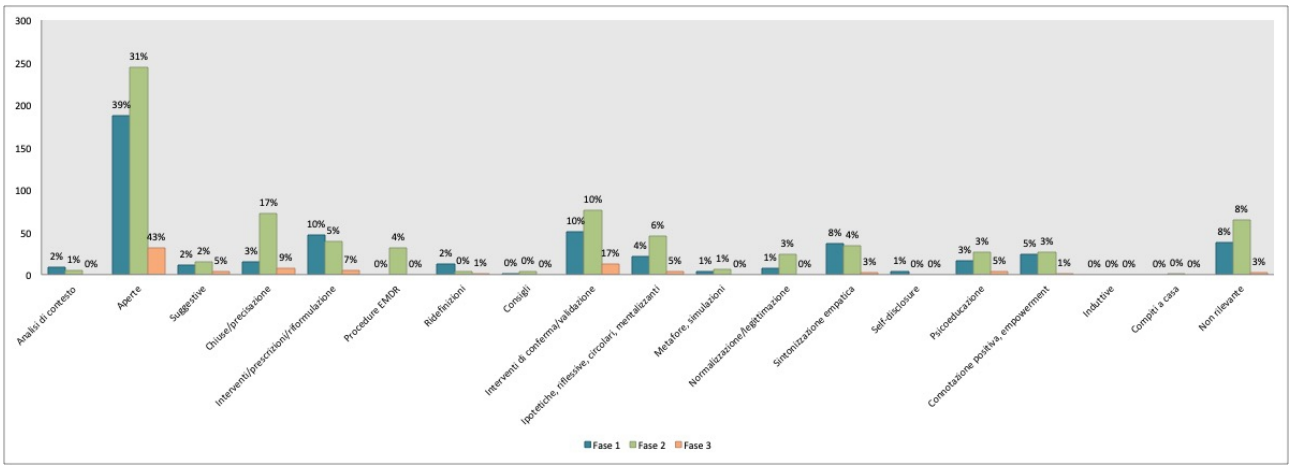


GRAFICI ED ISTOGRAMMA

TOTALE FASI







Al termine di questo lavoro posso affermare che la tecnica usata dal Foti è rispettosa del soggetto. Una minore che al di là degli episodi di sofferenza contestati relativi alla realtà dell'abuso sessuale, appare avere avuti certamente fattori di rischio per la salute mentale assai elevati. Il lungo percorso della stessa a fianco di figure istituzionali (Terapeuti, Assistenti sociali, Giudici, Polizia) la ha resa esperta del contesto terapeutico, assistenziale e Giudiziario.

Ci si può ben rendere conto di questi punti leggendo di seguito una sintesi tratta dagli atti.

RELAZIONE CLINICA SULLA PSICOTERAPIA DEL DOTT. FOTI CON VERONICASOLETTI

La terapiaseguelo schemaprevisto per lapsicoterapia del trauma: la fase di apertura, quella di elaborazione e reenactment, quella di consolidamento. Iniziaconunasedutacon la madre di analisi di contesto e ampiaspiegazione alla madredeiprincipi e metodichesarannoseguiti e degliobbiettiviche si voglionoraggiungeretramitequestopercorso.

1. **"UNA RAGAZZA SOLARE ED ESTROVERSA" come la definisce la madreparlando aconsulenti del PM ounsoggettoconunastoriaproblematica?**

IL COLLOQUIO CON LA MADRE (16 febbraio 2016)

L'accusagiudiziariasembrerebbemettereildott. Foticon le spalle al muro. La pazienteVeronicaSolettioggiadultanega di esserestataabusataed è corroboratanella sua risolutasmentitadallamadre, signoraAdrianaSanti. Valutiamodunque sul piano clinicolosvolgimento della psicoterapia. AscoltatadallaPoliziaGiudiziarianella SIT la madre non ha dubbi e dichiara: "*Prima di svolgere la psicoterapiamiafigliaeraunaragazza solare edestroversa per quanto sempre ribelle a qualsiasiregola le davo. Dopo la psicoterapiatuttavia è diventatacompletamenteun'altra …* ***la***

ragazzapurtroppovedeognifiguramaschilecomeunaminaccia e comeunafonte di molestiesessuali e questo è unatteggiamentoche ha maturatodopo la psicoterapia".

In realtàgiàall'inizio del primocolloquiovideoregistrato in data 16 febbraio 2016 proprio la madre, inriferimento alla figliaconcuiildott. Fotiavrebbedovutoiniziaredalcolloquiosuccessivo la psicoterapia, affermava:

" Madre: In questomomento (Veronica) è molto giù di morale per tuttoquelloche le è accaduto e in lei non vedoquestagrandesperanza non ce la vedo. Non mi sembra molto positivanonostantevuolfarequestopercorsoperò è molto molto …

Dott. Foti: … giù di morale

Madre: molto giùsì

Dott.ssaGreggio: più di prima

Madre: non vuoleneancheandare a scuola.

La madredescriveunquadrodepressivo della figlia:

Madre: … molto molto triste

Dott. Foti: e comemanifestaquestatristezza, da cosacapisceche è giù?

Madre: perché non ha voglia di fare niente

Dott. Foti: tipo per esempio?

Madre: niente anche a casa per sistemarsi la sua cameraglielodevodiretantevoltesìadessolofaccio, dopolofaccio

Dott. Foti: non ha energie

Madre: nono

Dott. Foti: non ha energie

Madre: non ha energie. E' sempre stata molto pigraperòultimamentequandoandava ancora a scuola non si volevaneanchealzarecioè proprio…"

L'atteggiamento della ragazzaverso la figuramaschilecomeportatrice di unaminaccia e di unrischio di molestiesessualisarebbestatomaturatodopo la psicoterapia? Non è così. E'già qua rappresentato!

Il colloquio del 16 febbraio2016, primacheildott. FoticonoscesseVeronica, è introdottodallaseguentepresentazione del casochevieneeffettuatadalladott.ssaGreggio: *“E’ ilmomento in cui ha voglia di uscire a saltarfuoridaisuoiproblemi, vuoleaffrontareunpo’ tutte le robebruttecheglisonocapitate a partiredall'abusoquandoavevaquattroanni, quest'ultimoepisodio e tantiproblemicoiragazzi sempre relativi alla sessualità, spesso si trovamaltrattata, usata, coinvolta in relazionisessualiunpo’ burrascose.”*

L’abusosessuale, avvenuto ai quattroanni, è presentatocomeunfattoassodato (*“vuoleaffrontareunpo’ tutte le robebruttecheglisonocapitate a partiredall'abusoquandoavevaquattroanni”)*. Un’altraconstatazione della dott.ssaGreggiocirca la situazione di Veronicariguarda “i problemicoiragazzi sempre relativi alla sessualità” e ilfattoche la figlia “*si trovamaltrattata, usata, coinvolta in relazionisessualiunpo’ burrascose”*

La madre di Veronica non solo non contestaquestapresentazione del caso, maportanelcorso del colloquioelementiche la confermano. La dott.ssaGreggioavevaparlato di relazioniburrascose e maltrattanti da partedeiragazzi. A talirelazioni la signoraAdrianaSanticonnetteconcertezzailpeggioramento della figlia:

"Dott. Foti: E da quando ha notatoquestopeggioramento?

Madre: manell'ultimomese, dicembre da quando è cominciatapoi...cioègiàdall'iniziodell'annoavevaproblemiconquestoragazzoche mi avevaaccennato. Poi da dicembre ho vistochecioèerapeggiorato la sua voglia di andare a scuola

Dott. Foti: l'avevaridottaulteriormente. E quindi?

Madre: io ho chiesto se c'eraqualcosache non andava di dirlo se a scuola ci fossero delle coseche a lei non andavanobenelei mi dicevanonovatuttobene, ***non mi piace la scuola, non mi piacciono i mieicompagni. Ho vistoanchedeimorsi sul collochiedendolechecosaerano, lei mi ha detto: ‘songiochi’****.Gli ho detto a me non mi sembranogiochi e se c'èqualcosa…dillo, lei mi fa: no, no, no, non c'è niente*

Dott. Foti: e quindisecondoleichecosa ha fattoprecipitarequestomomentodepressivo, checosa … cheidea si è fatta? Checosa ha contribuitomaggiormente a che sua figliadiventasse più triste?

Madre: e chequestoragazzo tutti i giorni le davafastidio. ***<u>Le metteva le maniaddossocomunqueanchenellesuezone intime</u>*** *le ha infilato le manimiafigliacioèl'intimità per miafiglia è unacosa molto moltoriservata."*

Il dott. Fotiapprofondisceilpunto di vista della madre sul disagio della figlia**. <u>La prima attribuzionecheesplicitaconcerneilvissuto di abbandono della figlianeiconfronti della figurapaterna. Il secondotema è la sofferenza e la rabbia di Veronicaassociate al fatto di non esserestatacredutadalpadre circa all'abuso subito ai 4 anni:</u>**

"Dott. Foti: Cosa c'èstato di pesante chetuttorapuòrappresentareunpeso per Veronica?

Madre: forseanchel'abbandono di suopadre

Dott. Foti: l'abbandono di suopadre

Madre: A perchèsuopadreleiaveva 4 anniquando mi sonseparata e non si è né più fattovederené più fattosentire da tutte e due. Lei magari più grande e quandoc'èstatoquelsospettoabusolui non ha creduto a nostrafiglia

Dott. Foti: ci riferiamo al sospettoabusoavvenuto a…

Madre e dott.ssaGreggio(insieme: a 4 anni).

Dott. Foti: a 4 anni (…). agito da parte di questoamicosì"

La rappresentazione della figlia, che la signoraAdrianacomunica, è quella di unaragazzachepartedalpresupposto di aversubìtoqualcosa di molto grave e che è abbattutaperchéilpadre non le crede.

"Madre: e lui non ha credutodicendocheunabambina si inventa si puòinventare queste cose qua e lui non ne volevasapere. Poidopoilfattochelui non si è più fattosentire e vedere per degliannicon tutte e due le miefiglie, lei ne risente molto di questo la Veronica

Dott. Foti: ma da checosaleicapisceche ne risente?

Madre: E perchémel'ha detto, "non c'èmaistato", "non mi ha creduto" e lei è molto arrabbiataconsuopadre. E anchequesta è unacosasecondomeche la butta molto a terra non essercredutadal proprio genitore."

Il dott. Foti a questopuntovuoleesplorarel'atteggiamento della

madreversoilpresuntoabuso e conoscerequalesial'aspettativache la figlia ha verso la madre. Emerge una grandesensibilità della madre e una forte identificazioneconilbisogno della figlia in quanto vittima di sentire la partecipazioneaffettiva al suodramma.

La madreempatizzaprofondamenteconVeronica e sembracrederepienamenteall'ideadell'abusoesplicitatadallaragazza: ***"Mia figliavuoleesserecreduta e sacheiocredo a miafiglia ,glieloanche detto, che le credo in quellochedice e pensochevogliachepartecipi in questacosa qua."***

La signoraAdriana in questopassaggioesprime ancora unavolta la propria convinzionecheall'abusocomunicatodallafiglialeicredepienamente.
Mostragrandesensibilità, intuendoche le vittimehannobisogno di esserecredute e sperimentareunatteggiamento di "partecipazioneaffettiva"[17] (Sandor Ferenczi) e di partecipazioneempatica.**Si notiche,comeprevede la letteratura,questocomportamentoempatico è rinforzato dalfattodescrittodallamadre di essereleistessastataoggettoripetuto di violenzefisciheverbali e sessuali da parte di diverse figuremaschilisignificative della sua vitaaffettiva.**

Alla domanda del dott. Foti se la reazionedepressiva della ragazzapossaricondursi ad altriepisodi passati,**la madreconunagrandeaperturarisponde:** ***"Forseanche a miofratelloperchéluifacevauso di sostanzestupefacentiedera molto violento, leispesso si è trovata a dovervedereneimieiconfronticertescene, dopoche mi sonoseparata, anchecolpadre ha dovutoassistere a episodi di violenza."***

In sintesigià dalprimocolloquiointroduttivocon la madreemergonoelementi molto importanti della vicenda infantile edadolescenziale della figliachesollecitanoildott. Foti a cercare di curare i traumi di VeronicaSolettiaffrontando i temi del passato,seguendo le prassiconsolidate della Terapia del Trauma. La madre non comunicacerto aldott. Fotiunarappresentazione della figlia "solare edestroversa" all'inizio della psicoterapia.

17F. Borgogno (a cura di), S. Ferenczi, *La partecipazione affettiva dell'analista, Il contributo di Sàndor Ferenczi al pensiero psicoanalitico contemporaneo, angeli, 2003.*

Riportainveceunquadrodrammaticamentepreoccupante e riferiscecheVeronicasoffre per:

- **unabusosessuale subito quandoquestaavevaquattroanni**
- **unabusosessuale subito all'età di tredicianni**

- **problemiconuncompagno di classecheprobabilmente la molestavasessualmente**
- **problemi di relazioneanchesessualicon i ragazzi (si trovamaltrattata, usata)**
- **l'abbandono del padreduratoanni**
- **la rabbiaversoilpadreche non ha creduto a nessunodei due abusisessuali, per ilsecondo le ha attribuitoanzi la colpa**
- **averdovutoassistere da bambina alle violenzechesiailpadrechelozio (fratello della signoraAdriana) esercitavanosullamadre**
- **minacce del padrerivolteverso la madre,maancheversoVeronica e la sorella.**

La madre si sentecompresaedaccoltanelcorsodell'interazionedialogicaconildott. Foti e dàunsignificativoriscontro del proprio vissuto al termine del colloquiostesso.

"Dott. Foti: Concheemozioneterminailcolloquio. Come va via?

Madre: Molto fiduciosa

Dott. Foti: Checos'èche le da fiducia?

Madre: Lei mi ha ridatofiducia in quest'orettacheson qua e mi ha dato fiducia eh e sperochemiafigliapossaavere la stessa".

Si notiilcontrastofraquestadichiarazione e quella della SIT.

2. LA VALIDAZIONE DELLE EMOZIONI

IL PRIMO COLLOQUIO CON VERONICA (1 marzo 2016)

Al colloquioconVeronicapartecipaanche la dott.ssaIreneGreggioche ha seguitoVeronicanell'ambitodell'interventodeiServizisociali. Dopo la introduzione della stessa,ildott. Fotiaffrontapreliminarmenteildisagio della ragazza di fronte al

settingparticolarecheprevedel'osservazionedeicolloqui in diretta da parte di alcunicolleghi. Intervieneconunaprecisaedapprofonditaanalisi di contestochespiega alla ragazzailsettingbicamerale, in usonelmondoscientificodal 1969. Sottolineachetaledisagio è del tuttocomprensibile. Assumeunatteggiamento di rispetto e di vicinanzaemotivaedaffettivaverso la ragazza. Si presenta, parlando in modo autenticodi sé e delle proprie emozioni.

"DOTT. FOTI: Ovviamentesarai tu a valutare se ci troviamobenefra di noi e in chemisurapossiamofarequestolavoroinsieme…rispetto alle personechepossonoascoltarequestisonopsicoterapeutie ancheiosonounpo' in ansia, ancheiosonoguardatomadopoun poco mi capita di coinvolgermineiproblemiche si stannoaffrontando, anchenellesofferenzechestannovenendofuori per cui (rivolto a colorochestannoosservandodietrolospecchiounidirezionale) mi dimentico di voi."

Da quiiniziaunlavoro del dott. Foticoerentemente e continuativamenteispiratoall'ascoltoempatico,conunatteggiamento di interesse e di accettazionebenevola delle emozioniconseguentesuccessione di interventi:

- esplorazione delle emozioni della paziente
- validazione e comprensione delle emozioniattraversointerventiempatici
- ulterioreapprofondimento del significato delle emozioniattraversointerventi di interrogazione

La ragazzamanifestaildubbio e l'incertezzasull'adesione alla psicoterapia. Dicechementreaspettava si stavapentendo della sceltacompiuta di venire al primocolloquio.

"VERONICA: Sonounpo' confusa …

DOTT. FOTI: E…se diciche sei confusa mi staifacendocapire molto benequalcosache non mi sembracosìstrano, noifacciamo delle scelteperò ci vieneildubbioma ho fattobene o ho fatto male? Me l'haichiaritoabbastanzabene. Il posto…ilposto è unpo' freddooppureilfattoche di là ci possonoessere…chepoivogliofartivederetutto in modo taleche tu tenga sotto controllo, abbiachiarezzasuquellochesuccede, di là ci sonoalcunepersone e….c'èunavideoregistrazione, sono tutti psicoterapeuti, forseconoscianche Anna, c'èanche Anna…

VERONICA: (voce bassa e manitra le cosce) sonounpo' in ansia, (mette le manisulletempie) cioèquandoero di là ho detto cioè mi sondettache ho fattounacavolata a venire qua (giocacon le mani sopra le cosce) quindi non so stounpo' così

DOTT. FOTI: Unpo' in ansia…qual è la cosachetidàansia, l'ansia in genere parte da qualcosache è incerto, qualcosache non è chiaro, qualcosache non sappiamobenedovevada a finire; la tuaansiaqual è?

VERONICA: mmm che mmm questopercorso non mi serva a niente, cheforseeramegliolasciarlo ad un'altrapersona

DOTT. FOTI: Ti capisco, sappicheticapisco e comedire…quando si sonovissute delle cosebrutte e poiquestopercorsounpo' strano, perchèiovengo da Torino possostare qua un anno poi non so se ci saràunacontinuitàoppureno…capisco se mi mettodaltuopunto di vistache si possaessereunpo' confusi, sipossaessereunpo' incerti. Cos'ècheti ha fattoaumentarementreeri qua, mentre sei arrivatacos'ècheti ha fattoaumentarel'idea di averfattounacavolata a venire?"

Appena a seguitodell'esplorazioneattenta e rispettosa delle emozionicompareunvissuto della paziente (per es. di confusione) immediatamente si attiva la validazione[18] da parte del terapeuta.

Giànelprimocolloquio ci si puòfareun'ideaconcreta del metodoterapeutico del dottFoti[19], definito "brutale", quando in realtà si basasullavicinanzaemotiva, sulla "partecipazioneaffettiva" del terapeuta[20], sull'attenzioneempatica e sul rispettorelazionale delle emozionichecircolanonelcamporelazionale"[21]terapeuta-paziente.Occorrechechianalizza la terapiasiaunsupervisore del campoedabbiaesperienzatale da poterriconoscere se glistrumentiusatirientranonelcampo o sianosegnale di malpractice.

Di fronte al disagio della ragazza ad essereosservatadietrolospecchiounidirezionaleildott. Fotimanifestaunimpegno alla

18R. Leahy, *Emotional schema therapy,*Eclipsi, Firenze, Pag. 115, sgg.

19Il metodo terapeutico seguito dal dott. Foti fa riferimento a diversi autori quali Heinz Kohut, Sandor Ferenczi e Alice Miller, è stato per alcuni aspetti illustrato teoricamente in C. Foti, N. Bolognini, "Quando gli abusi sono impensabili", in *Curare i bambini abusati*, a cura di M. Malacrea, Cortina, 2018.

20F. Borgogno (a cura di) (1999), *La partecipazione affettiva dell'analista. Il contributo di SandorFerenczi al pensiero psicoanalitico contemporaneo*, Franco Angeli; A. Miller. *Il bambino inascoltato*, Bollati Boringhieri

21

trasparenza. Chiarisce le caratteristiche del setting e preannunciaa Veronicachel'accompagnerà a visionarelostanzino, nelqualeglipsicoterapeutiosserveranno le seduteconunatelecamera a circuitochiusa. La qualcosaavverràdopo la seduta. In quell'occasioneildott. Fotipresenterà a Veronica i colleghiosservatori.

"VERONICA: (manitra le cosce e voce bassa) non lo so forseilpostoche mi metteansia (sfrega le manidavanti al volto) non lo so cioè (maniincrociate sotto al mento)

VERONICA: Sonounpo' confusa

DOTT. FOTI: E…se diciche sei confusa mi staifacendocapire molto benequalcosache non mi sembracosìstrano, noifacciamo delle scelteperò ci vieneildubbioma ho fattobene o ho fatto male? Me l'haichiaritoabbastanzabene. Il posto…ilposto è unpo' freddooppureilfattoche di là ci possonoessere…chepoivogliofartivederetutto in modo taleche tu tenga sotto controllo, abbiachiarezzasuquellochesuccede, di là ci sonoalcunepersone e….c'èunavideoregistrazione, sono tutti psicoterapeuti, forseconoscianche Anna, c'èanche Anna.

DOTT. FOTI: E certo…ed è unpo' dura…con delle personeche non vedi e possonoguardarepuòessereanchequesto…sappicheticapiscoperfettamente… perchéioadessosoprattutto se tu haiavuto delle esperienzebruttecon più di unapersonaquestasituazionepotrebbeancheinconsciamentefarti ritornare a quellecosebruttelì? Puòessere o sonofuoristrada?

VERONICA: Sì (sussurrato)"

L'essereguardata senza poterguardarechiguarda è unaposizione di passività e di impotenza e ildott. Fotiempatizzacon la possibilitàche la situazioneche si viene a crearenelsettingpossafarrivivere a Veronicaesperienzespiacevoli. Il terapeutaproponepoiungiro di vissutiemotivicoinvolgendoanche la dott. Greggioper procedere in uncammino di elaborazionechetenga sempre conto delle emozioniche si stannovivendonelcorso del colloquio.

"DOTT. SSA GREGGIO: Ma eh…iosentoilbisogno di farequalcosa per farlasentire più a suoagionelsensoche mi verrebbecome da trovarequalcosa per metterequalcosatraqui e làperchécapiscoilsuobisogno di essere in qualche modo unpo' difesa, sentounpo' pena un po' tenerezza…"

Il dott. FotiprocedeconVeronicariproponendo: a) una prima esplorazione del

vissutoemotivo, b) l'impegno a riprendereletteralmente e a comprendereempaticamenteilvissutoemotivoemersodallapaziente e c) successivamentel'ulteriorerichiesta di approfondimento del vissuto. Quelchevienfuori è la disponibilità della paziente ad entrare in contattocon la propria storia (*"beh, son tutte le cose messe insiemebrutteche mi sonosuccesse …"*).

"(…) DOTT. FOTI: E tu adessoVeronicachecosasenti se stai a contattocon le tue emozioni? Cosa senti ?

VERONICA: (piediincrociati sotto la sedia e unbraccioconserte, cenno di sospiro) mmm (portail dito indicesullelabbra) mmm cioè (incrocia le mani) mi sento triste (si toccail petto con le mani)

DOTT. FOTI: Triste eh…

VERONICA: E pesante

DOTT. FOTI: Appesantita, c'èunpeso, è unpeso, c'èunpesochetidàtristezza. Se te la senti, sennòvabenecosì…pesante, cioèunpeso…cos'èstopeso?

VERONICA: beh, son tutte le cose messe insiemebrutteche mi sonosuccesse …"

Lo psicoterapeutaaffrontailtema del recentecambio di scuolache la ragazza ha dovutoaffrontare per allontanarsi daunragazzochel'haaggredita. L'episodio in precedenza èstatogiàriferito al dott. Fotidaglioperatori e dalracconto della madre due settimane prima.

"VERONICA: devoraccontare la situazione?

DOTT. FOTI: (…) mi interessavacapirequellochecos'erasuccessoma non sei obbligata a farlo…

VERONICA: Beh, loracconto. (…) Erasabatoeravamo a scuola e di solitoglialtrifannocucina e noi due eravamorimasti da soliperchè non avevamo la divisaquindiii

(…) DOTT. FOTI: Ti facevaunpo' ilfilo?

VERONICA: Sì. Mi ha baciato e poi ha provato a toccarmi

DOTT. FOTI: Ti ha messo le maniaddosso via

VERONICA: Va behio, ovviamente, cercavo di spingerlo via, solo che è unpo' complicatolui è più forte di me (…) e cioè non gliavevo detto niente poigli ho detto

no e dopounpo' si è tolto.“

Il dott. Foti si pone subito l’obiettivo di conoscere le emozioni della paziente a partiredall’assunzionepreliminare di unatteggiamento di comprensione e di identificazionecon la sofferenzache la ragazzapuòaversperimentato in quellasituazione in unapprocciosessuale non desiderato. Questoimpegnoempaticoaiuta la paziente ad entrare in contattoconséstessa e conil proprio vissuto di colpa e di autodeprecazione.

"DOTT. FOTI: Come ti ha lasciatoquesta … è unavera e propria aggressioneinsommamascherata da unbacio, da unaseduzionemapensochesiastataqualcosa di intrusivoinsommaqualcosa di certamente non rispettoso. Tu come ci sei rimasta?

VERONICA: Ma abbastanza male, cioèsporcaanche

DOTT. FOTI: Osteria! Quindicome se avessesporcatol'immagine di tecome se ti ha fattosentire…

VERONICA: Sì, cioè mi sentoanche in colpaperchèpensochesiastatacolpamia

DOTT. FOTI: Ah questa proprio proprio mi colpisce. Anche se so chepurtroppo è unvissuto di chirimanevittima di aggressionisessuali. E colpevole di che?

VERONICA: Forse … cioèpenso di esserestataio a istigarlo.“

Il riferimento del terapeuta al vissuto di chirimanevittima di aggressionisessualicostituisceunintervento di comprensione e normalizzazionedell’esperienzaemotiva. Come dire: *questatuareazioneemotivanon riguarda solo untuo modo individuale di reagire, maappartiene a tutti colorochecondividonouncertotipo di esperienza.*

Il dott. Fotiavviaillavoro per contrastareil forte vissuto di stigmatizzazione e di autocolpevolizzazioneemersospontaneamentedallapaziente.

„DOTT. FOTI: E comeloavrestiistigato?

VERONICA: Non lo so forsedandogli corda non lo so

DOTT. FOTI: Come glihai dato corda? gliparlaviinsieme?

VERONICA: Sìanche solo parlareoppure, non dirgli di smetterla di darmifastidio

DOTT. FOTI: ma tu non immaginavi o immaginaviche ci fosse uno sviluppo di

questotipo?

VERONICA: No, non loimmaginavo…

DOTT. FOTI: E quindicomepoteviprevederequelchesarebbesuccesso e quindicercare di porrerimedio e prevenireciòche non sapevisarebbesuccessomandandolo via? Se bencapisco ci parlaviassieme, se tu l'haiattrattosessualmente è micacolpatua. Se tu sei carinacomeragazzacosafai? Ti cospargiil capo di cenerecioètiimbruttisci la faccia? Tu sei questache sei o no?

(…) VERONICA: sì (sussurrato) (…) cioèio non potevoprevederloperòcomunquecioè mi songiàsuccesse queste cose e quindidovreistareattenta a chi mi si avvicinacomunque (…)

DOTT. FOTI: behallora, se vuoievitare, avere la sicurezza di evitare le aggressionisessualidovresti, per prevenire, tenere a distanza tutti i maschi! Come fai a sapere? Come fai a sapere in anticipo i maschichepasseranno da unadiscussione, da unachiacchierata ad unainiziativasessuale e quelliche non lofaranno? Dovrestitenertidistante da tutti. Ognitantoc'hai la fantasia?

VERONICA: Sì (sussurrato)

DOTT. FOTI: Ti capisco, ticapisco. Perchènoimaschisiamounacategoria (…) piuttostoproblematica. Quinditiverrebbe di farechecosa? Ti verrebbe da? Rispetto ai ragazziagliuominicosativerrebbe da fare?

VERONICA: Io giàquandovedounuomo più grande e sono da solagià ho ilterrore, con i ragazziunpo' menoperòcomunquesono sempre preoccupata

DOTT. FOTI: E gliuomini più grandi mi dicevi eh? Probabilmente, fantasticoche...non so beneperò … chedegliuomini più grandiabbianopotutofarti del male in passato"

Questaconsiderazione non puòessereconsideratasuggestiva e tantomenoinduttiva. Faparte delle domandedirettecherichiedono, nellaterapia del trauma, di indicare in modo apertoiltemasucui ènecessariointervenire.

"VERONICA: annuisce"

Costantisonogliinterventi di valorizzazionepsicologica e di rinforzodell'autostimaattraversosinceremanifestazioni di apprezzamento da parte del dott. Foti:

"VERONICA: Mi stovedendoconunapersonaperò ci stoandando molto piano

DOTT. FOTI: Piano pianocerto. Questo è anchesaggioperchédevisapere, conoscereprenderti del tempo perconoscereconchihai a chefare, conoscerebenecerto. Quindiquesto mi fapensareche proprio non haitroncatoquelloche è iltuo vitale e sanointeresse per i ragazzi ...

VERONICA: Cioè non l'hotroncato del tuttoperòadesso ci vado molto più discreta

DOTT. FOTI: certo ci vai molto piano certoticapisco. Credo che tu facciaanche molto bene, perché ci vuole del tempo per conoscereunragazzo, unafiguramaschile."

Immediatamenteildott. Fotiritorna ad esplorare le emozioni della pazientecon molto tatto, consapevoleche si staaffrontandounasituazionedelicata, cercando di mettersidalpunto di vista di unaragazzacheparla, peraltroconunterapeutamaschio, di un'aggressionesessualesubita

"DOTT. FOTI: E sentiVeronicaadessoabbiamoiniziato a chiacchieraresuunaquestionedelicatache è ilrapportoconilmaschile, oltretuttostai parlando a mechesonounmaschio. Behc'èIrene (dott.ssaGREGGIO) che è ilpolofemminile della conversazione. Cosa haisentitomentreabbiamoiniziato a parlare di questo? Cheemozionihaiprovato?

VERONICA: Cioè, non lo so, mi sonosentita più a mioagio.

DOTT. FOTI: E vediamo se mi aiuti, vediamo se mi aiuti, Veronica, checos'ècheti ha fattosentire a tuoagio?

VERONICA: Cioè non lo so, parlaretranquillamente …

DOTT. FOTI: Parlaretranquillamente, parlaretranquillamente senza che? Mi verrebbe da aggiungerequestaespressione per capirtimeglio...parlaretranquillamente e non invece, parlaretranquillamentesenza….?

VERONICA: Domande, domande…

DOTT. FOTI: Ah ahdomandesìchevannoa...ioqualchedomandatel'hofattaperòevidentementehaisentitocheeranodomande non troppo intrusive, non troppo disturbanti?

VERONICA: Sì"

Risulta evidente cheildott. Foti ha ottenutoun'importanteverifica da parte della paziente sul fattoche la sua modalitàdialogica,basata sul rispetto e sullacostantechiarificazione di ciòchestaavvenendonelquiedora del colloquio,staproducendonell'interlocutriceagio e tranquillità. Tale modalità non vienevissuta da Veronicacomemodalitàinterrogatoriaintrusiva e disturbante.

Successivamente si parla del rapportocon la sorellaVanda. A questopropositoVeronicaafferma:

"So chegli è successoqualcosa, ma non me ne vuoleparlare."

A questopuntoildott. Fotispostailfocusdalladifficoltà della sorellaVanda ad aprirsi e parlare, alla difficoltà della stessaVeronica a farlo. *Formula quattroipotesi* di ostacoliemotivi a parlare: la vergogna, la paura di ritorsioni, la paura di non esserecredutaoppure la paura di riattraversareilricordopenoso

"(…) VERONICA: pensosianounpo' tutte queste le suepaure

DOTT. FOTI: Unpo' tutte queste, ci sono tutte. E neltuocasoqual è la paura più grossa? Qual è l'ostacolo più consistente aparlarne?

VERONICA: Il non esserecreduta"

Emerge in altritermini la confermache in Veronicacompaionocontenutimentalilegati ad esperienzetraumaticheche non riesce a comunicare, perché ha paura di non esserecreduta. Il dott. Fotiritorna sul vissuto di colpa e di sporciziaespressodallapaziente poco prima a riguardodell'esperienzapatitaconilcompagno di scuola.

"DOTT. FOTI: … Mi ha colpito, facciounpassoindietro, conquestoragazzotisentisporca. Tral'altroterribileperchè, magari non losappiamo, malui non si sentiràassolutamentecolpevole e tisenticolpevole tu al postosuo, no? Questo è paradossale. Tu provi solo senso di colpaneisuoiconfronti o ancherabbia?

VERONICA:. Solo senso di colpa. Io non ce la faccio a prendermelaconqualcun'altro

DOTT. FOTI: Caspita!

VERONICA: ***Cioèpreferiscodare la colpa a mestessa***

DOTT. FOTI: C'e' unacosagrossaquellachedici. Come mai?

VERONICA: Perchèpensocheglialtri non se lomeritano

DOTT. FOTI: E tu invecesì…

VERONICA: annuiscecommossa (forsepiangecon la manonascondeilviso)"

La "partecipazioneaffettiva del terapeuta, ilsuoimpegnointerattivoedempatico, la barra del timone sempre orientata al rispetto e all'esplorazione delle emozioniconsentono a Veronica di esprimereconautenticitàedintensitàemotivaunvissutodepressivoprofondo, unvissutochenecessita di essereinnanzituttoesplicitato e riconosciuto e successivamenteelaboratodallapaziente. Il dott. Fotipuòavviarecosìunlavoro di avvicinamento, di elaborazione e di ristrutturazionedell'immaginenegativa del sé della paziente, identificandosicon i suoivissuti di vittima.

"DOTT. FOTI: E' unacosa molto dolorosaquellachedici eh? E' unacosa molto dolorosa. (…) ticommuovi tu pensandoche non puoiarrabbiarticonglialtrimadevi sempre prendertelacontestessa eh? Come se glialtri non se la meritassero..

VERONICA: (piange e strofinagliocchicon le mani per cacciare le lacrime)

DOTT. FOTI: e maquesto qua fammicapire. Questoqui ha fattounacosasbagliataperché se vuoiconquistareunaragazzadeviusarealtrimetodi e soprattuttodevirispettare la libertà di questaragazza eh? Quindilui ha presoquestainiziativacomese tu fossiuna sua proprietà, come se luiavessedeidirittisu di te, no?

VERONICA: annuisce"

(…) Conmoltadelicatezzaildott. Fotiesplorailvissutoemotivo di commozione. Grazie al sostegnoempaticoVeronicacontatta la pena per se stessa.

"DOTT. FOTI: Questo è unpunto molto doloroso se possochiederti è unpuntodifficile percui non pretendo. Adesso ti sei commossaqual è ilpensierocheti ha fattocommuovere?

VERONICA: mmh cheiopensoche la miavita non valga niente."

Il dott. Foti a questopuntocerca di farriflettere la pazientesulleorigini di "*un'ideatantodeprimente e tantoingiusta*", comequella in base a cui la propria vita non valga niente.

Questopunto, tipico del DD, ci rappresenta la sintomatologia di base, ilsenso di

mancanza del senso della vita, ildesiderio di autosoppressione, anzinelsuocaso di esseresoppressa da altri.

"VERONICA: Io questopensierocel'ho sempre avuto da che mi ricordi

DOTT. FOTI … ha accompagnato la tuacrescita, la tuavita, caspita

VERONICA: Io penso solo che la miavita non vale e se morissiadesso non importerebbe

DOTT. FOTI: Ti chiedoquesto: masecondotequestoprogramma, iolochiamoprogrammaperché è unpo' come i programmichesonoinstallati al computer (…) Questoprogramma "la miavita non vale niente" secondote è unprogrammacheavevigià sin dallanascita, è unadomanda difficile ma ….sei natacosì o è statoinstallatodopo

VERONICA: noiocredochesiastatoinstallatodopo

DOTT. FOTI: (…) Alloravedi si apre uncammino non semplice non facile per capire: uno come è statoinstallatoquestacosacosìbrutta, l'installazione di questoprogrammacome è avvenuto, quando?

VERONICA: non ne ho idea

DOTT. FOTI: non nehaiidea. Ma se ioparlo di uncammino per liberarsene tu checosasenti? Cheeffettotifa?

VERONICA: cioè mi sentosperanzosaunpochino."

La metafora del programmainstallato è unopera di esternalizzazione. Vale a dire la possibilità per la ragazza di pensarechequell'elementoorribile non è parte della sua personalità, maelementoesternochepuòessereappuntodisinstallato.

"DOTT. FOTI: I bambinicosaricavano, cosaconcludono: mi trattanocome se la miavita non valesse nulla e forse è veroallora mi convinco la miavita in effetti non vale nulla. Faccioundiscorsogeneralespessosituazioni di violenzadanno ai bambini e alle bambineche ne sonocoinvolti la sensazione di essereunpo' unoggetto, oggetto di piacere di potere per qualcun'altro. questopurtropposuccede. Ti dicequalcosaquestodiscorso o sonofuoristrada?

VERONICA: no, mi dicequalcosa …"

Il dott. Fotiparla del proprio vissutoemotivo di empatia:

“Alloral'empatia è unatteggiamento, comedire, di ascolto e di rispetto di Veronicaperché se si creeranno le condizioni per parlarne, ne potremoparlaremaeccosentocheVeronicadevesentirsirispettata: se ne parla e iosonodisposto ad ascoltaremanellamisura in cui tu Veronicasentirail'esigenza di farlo, con la libertà di fermarticome e quandovuoi se vuoi.

VERONICA: Mi sento più a mioagioadesso, non mi sento a disagiocome prima, non mi sentoneanche più tanto pesante.”

Si affrontal’argomentoscuola e ildott. Foti ha modo di spostareilfocus del discorsosuunaprospettivapositiva:

"DOTT. FOTI: E senti pur conquestivissuticheabbiamoaccennatochesonovissuti in qualche modo depressivi, spiacevoliognitantofai la fantasia di utilizzare la scuolachestaifacendo di fareunlavoroundomani

VERONICA: Cioèio non vogliofareilcuoconellavitaanche se stofacendocucinaperò (…)vogliofarequalcos'altro…

DOTT. FOTI: E c'haiunafantasia, tipo per esempio?

VERONICA: Io volevofare la psicologa. "

Il dott. Fotiempatizzaconquestafantasia, valorizzandola: “Mi ha colpito, è bellaquestacosachevuoifare la psicologa.”

"VERONICA (sorride) non lo so perché… mi piacel'umano, comefunziona, le emozioni, ilcervellotutto quanto. (…)

DOTT. FOTI: cioèognitanto ci pensi alla possibilità di iscriverti a psicologia? O credichesiaunobiettivo non realizzabile?

VERONICA: No, è realizzabile

DOTT. FOTI: E’ realizzabile. Ma ancherealizzabile per te ?

VERONICA: Sì

DOTT. FOTI: Ah, ah caspita. Oltretuttosaichequando le vittime di situazioni di violenzariescono a fareunpercorso di rielaborazione della loroesperienza e diventanopsicologi, si puòesseredegliottimipsicologi, proprio ottimiperchè a differenza di altripossonoessere più sensibili, sanno di checosa si parla, c'èunamarcia in più. Certo non è così semplice perchèbisogna non farsicondizionare

da quell'esperienzabrutta, bisognariattraversarlapersonalmentefarci i conti e acquisirlacomeun'esperienzachepuòessereancheutile alla professione …"

Il Dr. Fotiparla in modo indicativo del traumasubìto,poichèquestaindicazione è data per certadall'invio. Non si puòneancheimputare a suggestione la modalitàutilizzata di introduzione del tema a seguito delle aperture di Veronica.

Il dott.Fotichiede a tutti, anche a séstesso, di comunicarechecosa ci si porti via della seduta.

"VERONICA: A me mi ha colpito di sentirmi a mioagio, perché a volteio mi sento molto, comepossodire, molto a disagio e questo mi ha colpito

DOTT. FOTI: Molto a disagioneldialogoconglialtri?

VERONICA: Sì, a parlare di me … e niente… mi sonosentita a mioagio."

3. LA POLARITA' DEL CAMBIAMENTO E LA POLARITA' DEPRESSIVA

SECONDO COLLOQUIO CON VERONICASOLETTI (15 marzo 2016)

La ragazzainiziailcolloquioriportandounrecenteepisodionelqualepensa di essersicomportata in un modo diversodalsolitoconunatteggiamento più sicuro e soddisfacente.

"VERONICA: C'eraunamiacompagnache si è arrabbiataconme per ilsuo ex ragazzochediceche ci provacon me. Peròiogli ho detto fin da subito che non voglioproblemi. Checene ho giàabbastanza di miei… (..) l'ho detto a lei proprio. Gli ho detto guarda è inutilechete la prendicome me. Io non stofacendo niente. Io non c'entro niente e leisembrache ha capito…(…) però, c'è… è stranoperchécomunqueio non sonomaiandata a parlareconunapersonachecel'avevaconme, non ho maiavutotuttoquestocoraggio e allora mi sembra "dai! questavoltace la fai!" e sonoandata a parlare."

La psicoterapiacominciaevidentemente a darealcunirisultati. La pazienteaccettainoltre di iniziareillavoro di psicoterapiaconildott. Fotirinunciando alla presenza della dott.ssaGreggio.

"DOTT. FOTI: Hai unvisounpo' più riposato, più rilassatodell'altravolta?

VERONICA: si sonounpo' più tranquilla

DOTT. FOTI: Cos'ècheti ha aiutato ad essere più tranquilla?

VERONICA: Beh, l'incontrodell'altravolta… e ancheilfattochesonoriuscita a parlareconquestaragazza e risolvereilproblema.

DOTT. FOTI: Certo, haiverificatounacapacità, ti sei messa alla prova e ci sei riuscita

VERONICA: Ho capitoche non è così difficile risolvere i problemi, quindi…"

La paziente si sente più sicuranellarelazioneconilterapeutaedaccetta di proseguireillavoroconlui da sola.

"DOTT. FOTI: Tu te la sentiresti di parlare da solaconme? O sei più tranquillizzatadallafigura di Irenechetral'altroconosci. Come titroviquirispettoquestacomponente?

VERONICA: Io mi trovobene, cioè non so comesarebbe se ci fossimo solo noi due (indica se stessa e ildott. Foti) così mi trovobene. Non lo so…

DOTT. FOTI: non sai... se vuoicheproviamo, quandovuoicheproviamopossiamofarlo. Segnalamelo tu ok?

VERONICA: si.

DOTT. FOTI: si, ti riferisci a che cosa?

VERONICA: Che ci voglioprovare"

Il terapeutafaràpoi al riguardoun'interpretazione di transfert e restituisce alla ragazzauncollegamentotrailfattocheabbiavolutomettersi alla provacon la sua compagna di scuolacosìcomevogliamettersi allaprovanellarelazioneconlui.

Il dott. Fotiaccennapoiun'ipotesi, quella della violenza di gruppo, chepoiverràrisolutamenteabbandonatanelcorso delle sedutesuccessive, non trovandoconferma. Anche in questocasonellaTerapia di traumaoccorreesplorareilcampo delle ipotesi, aprire la domanda, verificareiltipo di risposta. Ma al di là delle ipotesi la barra del timone della terapia è orientatasull'ascolto delle emozioni della pazientecome dato di realtàsoggettiva a cuiancorarecostantemente la riflessione e sull'ascolto delle emozionicosìcomesonopercepitenelcorpo…

"DOTT. FOTI: ancheperchéquellochericordo e che mi sono portato dentro è… qualcosachepuòessereavvenuto, ed è terribile, in gruppo. Perché la violenza di

gruppo è qualcosa di molto molto più penoso e disturbante della violenza individuale. Questa è l'ideache mi sonofatto. Magari è unfilm. O magariderivadalfattocheavendoascoltatonellamiastoriatantetantepersone, ne ho sentite di cotte e di crude. E Veronica, adessocheio ho aperto per esempioquestofile, che è diverso da quelloprecedentecheera più piacevole, tu cos'haisentitodentro di te? Cos'haisentitoneltuocorpo? Cos'haisentito?

VERONICA: mmmh… ho sentitochestiamo per percorrereuncammino, comunque è unpo' difficile per me… cioè… a megiàfa male sentire la parola… Stupro… e tuttoilresto. E vistochegià mi fasentir male la parola… è unpo' complicato….

DOTT. FOTI: certocerto, mi piacesaiche tu abbiausato la parolacammino. C'èuncammino, abbiamoun anno di tempo e poichissà, forse non è detto chepoi non ci si possavedere ancora. Abbiamosenz'altroun anno di tempo e quindipossiamostaretranquilli e vedere di camminare, camminarenelrispetto di ciòchesenti. E… la parolastupro, io non ho usato la parolastuproche in effetti è molto disturbante, in particolare per unadonna, meno per unuomoche è sottoposto molto di meno a situazioni di questo genere… ho usato la parola, forse, violenza, sì … puòessere …, violenza. Se possochiedertima, cosa, ilnostrocorpo è comeunacartina di tornasole, ilnostrocorporegistracerteidee, certeparole. Il temacheabbiamotoccatoti ha fattosentireunqualchedisagioneltuocorpo?

VERONICA: si… sonounpochinoangosciata

DOTT. FOTI: E l'angosciadovel'haisentita? Dove si localizza

Veronica si toccailcentro del petto e dice: "Qua" (e tornacon le bracciaincrociate)."

La pazienteperiferizzailtemaedintroduceiltema della propria ambivalenzaemotivaversoilpadre. Il terapeutasegue la narrativaproposta. Si osservacome non è centralenellaterapia la ricerca del traumasessuale o iltentativo di convincere la ragazza di aver subito abuso, mainvece la riorganizzazione delle sueemozioni, deisuoisentimenti, delle ambivalenzeconflittuali relative alle figure di attaccamento, percepitecomevolatili e fragili, a trattipericolose:

"VERONICA: mmh… beh, da unapartesonotranquilla, peròdall'altra mi mancaunpochino. Perchécomunqueluifarà sempre parte della miavita, cioè è sangue del miosangue (…) peròiosono molto combattuta sul tema di miopadre, perché non so… cè… non so se… comepossodire? Cè da unapartevorreiaverlonellamiavita,

dall'altra non vogliorivederlo più

DOTT. FOTI: è unbelconflitto eh? Unbelconflitto. che tu desideriaverloticapisco, tu dici è sempre statosangue del miosangue, di papà non ce ne è più di uno. Di papàcen'é uno solo. Ti piacerebbeaverlo, esploriamounattimoquesto. Ti piacerebberiaverloperché? Chefantasiabenevolativerrebbe da fare? Magarianche solo unafantasia.

VERONICA: Ma… magarichelui… ci trattassecome delle figlie, che ci portasse da qualcheparte, cosecosì. Io ho in mentequesto

DOTT. FOTI: Sì, comefaunpapàcheporta in giro, cheognitantova a cenacon la figlia. Le porta in vacanzaqualchegiorno. Ancheunpapàche si interessiunpo' a te. E più checomprensibile, certo. D'altraparte la tuafacciadicechecosa? La facciachehaifatto

VERONICA: chelui non cambierà

DOTT. FOTI: chelui non cambierà…

VERONICA: No, mel'ha detto miamadrechelui è sempre statocosì e chelui non vuolecapire le cose. Proprio, non le vuolecapire. Quindi… è inutile

DOTT. FOTI: (…) Se possochiederti, cosìcome? …(…) , a qualeatteggiamento o comportamentotiriferisci?

VERONICA: Beh, prima di tuttoquando… iocomunquequandogliassistentisociali mi hanno detto che non potevovederlo per unpo'… lui mi ha costretto a fareunascelta, tralui e gliassistentisociali …

DOTT. FOTI: Ti ha messoquesto out out. Tralui e gliassistentisociali.

VERONICA: Esatto, poicomunquelui mi ha fattoanchepiangere, perché mi ha detto "voi non mi volete"."

La paziente a questopuntospostailfocus della propria comunicazionedalpadreallozioedemergonosituazioni di violenzaassistita.

"VERONICA: si, lovedo più, nelsensoche… lui ha fattodeglierroriperòsa di averlifatti e si è pentito. Io voglio più bene a luiche a miopadre (…) eratossicodipendente e comunque ha fatto del male a miamadre a miononno, a tutti quanti comunque… a me e miasorella niente, non ha maifatto niente. Soprattutto a loro due. Miononno ha sofferto molto per questacosa (…) unavoltaquandoeropresenteancheio. Anchequandoeropiccolaeropresenteperò non meloricordotantobene. Peròcomunque…

due annifa…? Unpo' di annifacomunque, miamadre, cè… mianonnaeratornatadalla Sicilia e dovevaportarglideisoldidallezieche ha giù. E solo cheunagli ha detto "guarda i soldi non te li dòadesso" lui si è arrabbiato e hannocominciato a litigare (…) litigano per i soldi, cosecosì, e lui… cè… lei è salita in macchinalui non mi ricordo… gli ha presoilbraccio(simulailgesto), ha cominciato a sbattere la portiera. Cosecosì. È statobruttissimo(…). *Mia madre ci ha portate a casa e… iovolevochiamaremiopadre per vederecome… però alla fine non l'hofatto.*

DOTT. FOTI: Anchelìhaiavuto la fantasia di unpapàche in circostanzedifficilicomepotevanoesserequellecircostanze, arriva e dàunamano, arriva e metteordine. Hai fattoquestafantasia. Dopo non l'haichiamato…?

VERONICA: No, perché, non so ci ho ripensato… non lo so… e non l'hochiamato. Cèavevoanchepensato di chiamarloperchémiozio e miopadre(?) si odianoanche…

DOTT. FOTI: Quindisarebbestatouncasino in più se tuopadrefossearrivato

VERONICA: Si"

Veronicaricordaunepisodio in cuiloziodopoessersi molto arrabbiatoconleis'èmesso a piangere.

"VERONICA:"Comunquelui mi ha detto che si erapreoccupato del fattocheio, con i soldipotevofarebruttecose. Si è anchemesso a piangere (…) chiedendomiscusa, si e questo mi ha colpitotanto

DOTT. FOTI: Ti ha chiestoscusa in particolare per cosa? Per essersiarrabbiato?

VERONICA: Si, per averurlatoforse

DOTT. FOTI: E ti ha colpitotanto, possoimmaginareperché, madimmelo, ti ha colpitoilmomento in cuiunuomograndechiedescusa…

VERONICA:Sì, e si preoccupa per me"

Il dott. Fotiesplora se neiconfronti della figuramaschilec'èunbisognoaffettivochecercaunappagamento. Emerge la forte ambivalenza di Veronica e ilsuotimore di incontrarefiguremaschiliche si possanoapprofittare di lei. La ragazzasottolineaspontaneamentechegliuomini le hannofattoanche del male.

"DOTT. FOTI :Questobisognoaffettivoche tu dallafiguramaschile non haitrovato, qualchevoltafai la fantasia di poterlotrovare da unfidanzato, da unmarito? Oppurequestafantasia non c'è?

VERONICA:(guarda in alto) mmh… unpochino… peròcomunqueio ho giàpensato di non volermisposarequindi… (…) Perchécomunquegliuomini mi hanfattoanche del male, quindisonoanchecombattutasuquestacosaperchépensochecercare affetto… non lo so… forsehannounradar queste persone, per capire le personedeboli… non lo so peròcomunque se ne approfittano mi sa… quindisonocombattuta

DOTT. FOTI: Perché tu dicichec'èilrischiopoi di trovareunapersonacheconquestoradarpercepisca la tuabisognosità e gliaspetti di debolezzache ci sono in te, che ci sono in tutte le persone; quindiquestapersonaconilsuoradarpercepisca la tuadebolezza e ne approfitti in qualche modo… questo? (…)

VERONICA: si"

A questopuntoildott. Fotiriproponel'esigenza di contattare e dareunnome alle emozioniche sistannovivendonelquiedora.

"DOTT. FOTI: Abbiamoparlato di cose belle e di coseunpo' più spiacevoli… cheemozionehai a questopunto della nostra chiacchierata? Come stai?

VERONICA: mmmh… sonounpo' triste"

La pazienteall'approfondimentodell'esplorazioneemotivachiarisceil proprio vissuto di tristezza (*"sìperchécomunque ho unafamiglia e unpassatocosì… e mi sentoancheunpo' impotente")*.L'interpretazione del terapeutariprendeiltema della necessità di accettare e comprenderel'emozione della tristezza, sottolineando in positivo le risorsementali e le potenzialità di risposta della paziente.

"DOTT. FOTI: E certo, iopoi ho toccatoquestitemichetihanno portato, chehanno portato la tuaattenzionesuquestiaspetti della tuastoria… e dici, sucui sei impotente… sai tutti noi non possiamomodificare la storia e non siamoresponsabili, se non minimamente della storiache ci è capitata. Non l'hai di certosceltounpapàcosì, non haicertoscelto di imbatterti incertevicendebrutte… ti è capitatotuomalgrado, e capiscocheportareildiscorsosuquestiaspettitipossametteretristezza.
Peròiosonocolpitodalle tue energie, mi colpisce molto la capacitàche mi comunichi. È unapiccolacosamanelcontempo è unagrandecosa, questaroba qua, metterti alla

prova, tu chedevifare i conticonunpensiero… cosìsvalutantechehaiavuto, chepuoi in qualche modo migliorare, metterti alla prova, non mollare."

Questaridefinizioneristrutturanteconsente a Veronica di aprirsiulteriormente e di comunicareconautenticitàil proprio vissutodepressivo, riproponendoiltema del mollaretutto e dire "basta" alla vita.

"(Avviene uno scambioreciproco di sguardi e sorrisi)

VERONICA: Io comunque ho anchepensato di mollaretutto e di dire "basta" peròcomunquealcunevolte ci tengounpo' alla miavita. Peròsono rare quellevolte….

DOTT. FOTI: Sono rare quellevolte… e mollaretuttocosasarebbe per esempio?"

VERONICA: Porrefine alla miavita.

DOTT. FOTI: *Hai fattoqualchevolta la fantasiabrutta del suicidio?*

VERONICA: …si… ma più chealtrochequalcunaltro mi uccidesse…"

Al termine della sedutaildott. Foti si soffermasullaconsapevolezza, presentenellapaziente, delle due polaritàchecostituiscono la sua personalità, sottolineando e rinforzando la polaritàenergica e vitale.Sonogliaspettidissociativitipici delle personechehanno subito importantiripetuticronicitraumi.

"DOTT.FOTI: haivistocon più chiarezzaquestoqualcosachesapevi già… queste due polarità…tral'altrobenopposte: c'èquella del sorriso vitale chehai, della psicologa, della voglia di andare avanti, di metterti alla prova e poic'èquellache in certimomenti di sconfortodiceche non se la sente di togliersi la vitaperòqualcunolofaccia, mollotutto. Sono due polaritàopposte. Non è semplice macredochevadanoaccettateVeronica, sonol'inevitabileconseguenza di unastoriachedeveesserestata pesante a cui tu sei riuscita a sopravvivere. Tu sei riuscita a sopravvivere a unavicenda molto pesante. (…) Però la parte vitale non è stataattaccata. Non è stataattaccata. Si mantiene senza sottovalutare la tristezza e ildisagiodell'altra. Quindiquestoti ha colpito. Quelloche ha colpitometel'hogià detto è iltuoviso, e l'avraiintuito è l'energiache è circolata e infinel'ultimacosachetichiedo è concheemozionevai via…"

E' la pazientestessa ad evidenziare i progressi del lavoro.

VERONICA: mmh… unpo' di tristezza per la miastoria (…) e ancheunpo' più

tranquilla. Cioèioognivoltachevengo qua e quandoescosono sempre unpochino più tranquilla.

4. "IL RESOCONTO DELLA MIA VITA"

TERZO COLLOQUIO CON VERONICASOLETTI (5 aprile 2016)

L'avvio della sedutadimostra la crescita delle capacitàriflessiveedelaborative della paziente, cheiniziaimmediatamente a portareunariflessione, che ha compiuto proprio ilgiorno prima, sulla propria vita.

"VERONICA: Ieri ho fattouna specie di resoconto della miavita di tuttoquelloche…ho fatto (conil dito disegnauncerchionell'area)

DOTT. FOTI: … una specie di resoconto…

*VERONICA: **Sì ho pensato a tuttoquelloche ho passatocosecosìiiehhhbohceeee ho pensatocheio ho avuto alla fine uno schifo di vita proprio ceee….eeeee***

DOTT. FOTI: Questa è la conclusione del resoconto

VERONICA: Siiii

DOTT. FOTI: Deprimentecomeconclusioneeee… vediamo a come sei arrivata

*VERONICA: Behhh per tuttoquelloche ho passatoperòcomunque ho pensatoanchechei**osono ancora quinonostantetuttoquelloche ho passato**…*

DOTT. FOTI: Aahahh si…Questo è l'aspettopositivo del resoconto si…

VERONICA: Si

DOTT. FOTI: E invecel'aspetto negativo ilbilanciodiciamocomel'haidefinito? di fallimentocomel'haidefinitoilbilancio?

VERONICA: Uno schifo di vita

DOTT. FOTI: "uno schifo di vita" da cosa da cosaloricavi?

*VERONICA: beh**dall'infanziache ho avuto, dalpadreche ho avuto, da tuttoquelloche mi è successodallepersoneche ho incontrato** …"*

Veronicaprecisache la riflessione sul bilancio della sua vita è statasollecitatadaldialogoconunamico.

"VERONICA: Lui mi ha confidato delle cosecomunque e iogli ho detto unpo' di me."

Il terapeutaripropone la tecnicadell'alternanzatral'interventoempatico o valorizzantee l'intervento di promozioneattiva delle ipotesi da parte del paziente.

"DOTT. FOTI: Behquindiun'esperienzapositiva di comunicazione. Mi viene da fartiquestadomanda non so perché. C'èqualcunochetivuolebene in questavita? (..)

VERONICA: Behmiamadre mi vuolebene, miasorella,emm... alcunimieiamici, mianonna, miaziapoicredo basta"

Il dott. Fotimantieneilfocus della conversazionesulladimensionepositivaedaffettivadell'esperienza della paziente.

"DOTT. FOTI: Peròquesto è unbelpatrimonio di esperienze, di personeeee e tu pensi di essereunaragazzachepuòfarsivolerbene ?

VERONICA: Penso di si

DOTT. FOTI: Questa è unarisorsa eh… questa è unacosachepuòrappresentareunpunto, unpatrimoniocomedireunaricchezzaunapossibilità di farsiamarequindi di costruire non solo le relazionicon i familiarimaanchecon le personechepotraiconoscerechepotraiincontrare. Poisicuramente ci sono le personechebene non tihanvoluto…"

In questoelencoVeronicametteilpadre.

"VERONICA: (…) Mia madre mi diceche (miopadre) mi vuolebene, maio non ci credo

DOTT. FOTI: Forse è undesiderio di tuamadre di fartistarbene … sei tu chelopuoisapere non è tuamadre, e sono le tue memorie, le tue impressioni, le tue sensazioni, quellochec'èdentro di techetipuòdareunarisposta perchétalvolta le mammedannorisposte per consolaremanoiabbiamobisogno di verità non di consolazione.

VERONICA: A mesembra più chealtrochecomunquechecerca di difenderlo. A mesembracosì

DOTT. FOTI: E perchècercadi difenderlosecondo te?

VERONICA: Non loso ma mi dice sempre cheluista male perché non ci vedecose del genere maio non ci credoperòpoi mi dicechelui non capisceche non è colpa sua

DOTT. FOTI: Delle rispostedi non solo di consolazionema di giustificazionealloraeee non solo consolazionema più di giustificazione. Ma se tu

invecefaiaffidamentosutestessa, se tu chiedi a testessa, chiedi alla tua memoria, chiedi alla veritàcheabitadentro di tetuopadrechecosatiricorda? (…) A cosaloassoci? a qualcosa di piacevole… di spiacevole a cosalocolleghi a cosalomettiinsiemetuopadre se ascoltitestessa? se ascoltitestessa?"

Da rilevarecome le domande di Foti relative al apdresiano aperte, non suggestive, lasciandoampiospazio alla figlia di definireilrappporto e la persona

"VERONICA: Behhhassociocioèall'abbandono

DOTT. FOTI: Innanzituttoall'abbandono. Cioè al fattoche ad uncertopunto è sparito?

(…) VERONICA: Quandoeravamo molto piccole e i miei si sonoseparati."

La pazientesentepoiilbisogno di recuperareunricordopositivo del padre e ilterapeuta la segue in questorecupero, utilizzando sempre l'intervento di riformulazione.

"VERONICA: Mm E poi cioè non è cheloodiocompletamentequando mi viene in mentelui mi ricordo di quando è mortoilmiocaneno e chelui è venuto li ad abbracciarmi. Cioè mi ricordoanche di questo. E' l'unicacosacheunpo' lo salva dall'essereodiato da me

DOTT. FOTI: E' quell'abbraccio, quelmomento di vicinanza. Tu stavi male se bencapiscoperchéilcaneeramorto e lui è entrato in contattoconquestasofferenza … quellolo salva"

Poiildott. Fotiesplora in modo apertoconVeronicailtema delle esperienzebrutteassociate al padrefacendoperaltroriferimento ai limiti della memoria. Taliesperienzeglisonostateriferitedallamadre e daglioperatori. La lineacostante è quella di invitareVeronicaall'ascolto di sé.

"DOTT. FOTI: Sai a volte la memoria poi è quellache è fadeicollegamenti. in questocasoilcollegamentopositivo è la morte del caneiltuodolore e ilsuoabbracciono sul piano positivo. Sul piano negativo comesono i collegamentiche tu ritrovi in testessaqualisono i ricordiche tu trovi in testessa?

VERONICA: I ricordi?"

Nel sollecitareilrecupero della memoria ildott. Foti è sempre attento a riprendere le espressioniesatte della paziente. Le chiedepoi di appofondire senza alcuninterventosuggestivo o suggerente.Segue in modo esemplare le indicazioni della terapia del trauma sul tema delle memorie.

"DOTT. FOTI: … I ricordiche tu haidentro di tequandodiciamochec'èun'associazioneconcosebruttecos'èchetiviene in mente?

VERONICA: Mmmmbehio ho sempre avutounapreoccupazionecheluiavessefatto del male a miasorella

DOTT. FOTI: Del male cosaintendi?

VERONICA: Mmm mmm tipooooooviolentatatravirgolette

DOTT. FOTI: "Violentata" quindi più sul versante della violenzafisica o dell'abusosessuale?

VERONICA: Dell'abusosessuale

DOTT. FOTI: "Dell'abusosessuale". Una sensazionelegata a qualeimmagine? La preoccupazionelegata a qualeimmagine ci sononellatua memoria? Magariconfusemagariquellechesono…

VERONICA: In chesenso?

DOTT. FOTI: Sai a volte i ricordisonovaghisonoimprecisisonoconfusiperò se c'èunapreoccupazionequalcosaavràfatto pur nascerequestapreoccupazione

VERONICA: Behquandotipo ho vistomiopadreconmiasorellacheeranoabbracciati sul letto e mi è salitoilpanicoehh

DOTT. FOTI: Ma c'eraqualcosa in questoabbraccio? Cheunpapàabbracciunafiglia sul letto ci potrebbestare… c'eraqualcosainvece in questoabbracciocheti ha turbatochepuòavertipreoccupato? Nel comeerafattostoabbraccio, comeeranomessiloroc'èqualcosache ha reso più preoccupantequestoabbraccio?

VERONICA: Cioècomeeranomessiforse… non lo so cioè a me non sembrava normale."

Il dott. Foti si limita a contrastarebenevolmentel'autocriticapatologizzante ("forsesonoiochesonoparanoica") della paziente.

"DOTT. FOTI: Non tisembrava normale, ti ha dato unsenso di di di…. sì non tisembrava normale…

VERONICA: Poi non lo so forsesonoiochesonoparanoica

DOTT. FOTI: Ti rimaneildubbio… Perchéparanoica? C'èun'impressione. Tu sei onestadiciquellocheee, parli di unvissuto di preoccupazione non è che sei venuta a dirmichec'haiunaconvinzioneprecisa, certa. Hai detto chec'èunapreoccupazione e la

colleghi ad unascenacomedireambiguacheti ha lasciatoqualcosa di non chiaro di non convincenteil modo concuieranomessi ok."

Il dott. Fotisollecita la paziente a stabilireconnessioni emotive soggettivamentesignificativecon la figurapaterna.

"DOTT. FOTI: E poituopadre a checosa è ancora associato?

VERONICA: Alla prima violenzacheio ho subito

DOTT. FOTI: Dall'amico di tuopadre?

VERONICA: Sì

DOTT. FOTI: Dall'amico di tuopadre. E se te la sentiVeronicacosaricordi di questa prima violenzachehai subito?

VERONICA: Mm io ho solo un'immaginestampata in testacioèiochequest'uomoqui mi avevafatto del male l'hosaputodall'Ireneperòcomunquegiàquandoandavo a casa di questapersonaqui non mi sentivo molto a mioagio e cioè ho l'immagine di mechesono sul divano a fiancoall'amico di miopadreconunvestito se non mi sbaglio mi ricordoquello …

(…) DOTT. FOTI … E la sensazionequalera? La sensazionecollegata a questoricordo?

VERONICA: Erodisorientata"

La pazienteesprimeunmalessereperchéavvertecheilricordo infantile del contattoconl'amico del padre è associato ad un forte disagio, maciònonostante non riesce a recuperarlo.

"DOTT. FOTI: Cos'ècheti è venuto in mente in questomomento?

VERONICA: Perché non riesco a ricordarmi le cose…

DOTT. FOTI: Sappi che è normale quandosembrachesianoesperienze molto brutte si parla di esperienzetraumatiche e sappiche è normale quandoc'èuntraumache la memoria siascombussolatache la memoria facciafatica a trattenere tutte le informazioniperchésonoinformazionitalmentedisturbanti, talmente dolorose che la mente le respinge e quindi ne conservaalcune e ne respinge la maggiorpartetalvolta e quindiquestospiegaperchéc'èunmalesserema non ci sono inf… ilquadro è molto confuso è normale purtroppo è cosiperòquesto da unsensoeccocometilasciailfatto di non poteravereunapiena memoria di tuttoquestocometilascia?

VERONICA: Sonofrustrata

DOTT. FOTI: Eh certo eh certo

VERONICA: Perchévorreiricordare…"

Veronicaesprimeilsentimento di smarrimento e dolore di chi non riesce a farordineneipropripensieri, a padroneggiareilsentimento di integritàidentitaria. Neisuccessiviinterventi di interpretazione e di chiarificazioneildott. Fotiempatizzaconilbisogno di poterconoscere e padroneggiareil proprio passatocheintuiscenellapaziente, comprendendo la frustrazioneprofondache la pazienteesprime per non potersoddisfarequestobisogno, unbisognotanto più intenso quanto maggioresono le feritetraumatiche del passatochevengonoavvertitedentro di sé, ma non possonoessereportatea consapevolezzaedintegrate. E' ilquadro del disturbodissociativo legato al traumacon le problematiche di recupero delle memorie e necessità di integrazione delle stessenelladimensionenarrativaegoica. Siveda la parteteoricacheriferisceampiamentecome le ricerche e i datisuquestasindromesianoscientificamenteaccettati al contrario della tematica della falsa memoria che non trovacollocazionenelledimensionidiagnostichecategorialicondivisedallacomunitàscientifica.

"DOTT. FOTI: Eh certo e così è così. L'essereumano ha bisogno di padroneggiare la memoria anche la memoria di cosebruttemasono le nostrecon le cosebruttechefannoparte della nostra memoria vorremmopossederlevorremmoconoscerle è unsenso di frustrazioneticapiscounsenso di frustrazioneprofonda…giàpossediamo poco almeno la nostrastoriavorremmofossepossedutа e quindicapiscoilsenso di frustrazione."

Il dott. Foticongranderispettoprestaattenzione alle parole e alle espressionichevengonoutilizzatedallapaziente. Le riprendespesso per farlariflettere.

"DOTT. FOTI: Senti Veronica mi ha molto colpitoche prima tu hai detto: "la prima violenzache ho subito"… e le altre?

VERONICA: Mm beh mi è successoquandoavevo 13 anni.Erailmioragazzodiciamo e quella li è stata la secondaehhh basta (la parola basta è sussurrata)

DOTT. FOTI: E questoragazzo se adessostiamofacendoquestoresocontomaperché proprio cerco di farloanche se capiscochetipuòcrearemalessere proprio per vedere se

possoaiutarti a fareunlavoro di recupero della memoria chetipossaaiutare a starbene. Questoragazzocosati ha fatto? Questoloricordi? Oppureanchequesto è confusonellanebbia?

VERONICA: No, mi ricordo

DOTT. FOTI: Se te la senti di comunicarmicosati ha fatto

VERONICA: Beh, mi ha violentatopossiamodire…

DOTT. FOTI …proprio violentato. Era più grande di te?

VERONICA: annuiscecon la testa e sussurraunsì

DOTT. FOTI … era più grande di te. Caspita proprio un'esperienzabruttaehhh. Quanti anniaveva?

VERONICA: due anni in più di me"

Si notinelpassaggioappena citato la sequenzachecompare ancora unavolta: 1. L'interventocheriecheggial'espressioneutilizzatadallapaziente ("era più grande di te"); 2. L'interventoempatico ("Caspita proprio un'esperienzabruttaehhh) 3. La ripresa di unamodalitàinterrogatoriarispettosachepertantoconvieneavvertitacomedisturbante o intrusiva ("Quanti anniaveva?").

Dopoilriferimento ai fatticompare sempre l'esigenza del terapeuta di invitare al contattocon le emozioninelquiedora. Seguel'intervento di partecipazioneempatica alla vicendaascoltata, interventoindispensabilecon le vittime di violenza. Il vissutoemotivo di Veronica, relativo alla secondaviolenza ("*spaesata*"), è molto simile al vissutoemotivoespresso in relazione alla prima violenza ("*disorientata*"), entrambicompatibiliconil*numbing*[22]post-traumaticosuccessivo ad entrambiglieventi.

"DOTT. FOTI: Come ci sei rimastadopoche è successo? Come sei rimasta?

VERONICA: Beh, eraunpo' mm non lo so perchéunpo' spaesata, poiiocioèlui mi aveva detto che mi amavacomunque e quindiio ci ho creduto..

DOTT. FOTI: Caspita, caspitagiàeripiccola quanti annipoteviavere 14 anni , 13/14 anni mi hai detto quindieri molto moltopiccola e quindicredevi a ciòcheluitidiceva

VERONICA: Si

22*Emotional numbing, M. Mendez in verywellmind.com*

DOTT. FOTI: Nel disorientamento se l'amorepoiproduceunaviolenza è chiarocheunaragazzina di trediciannipuòesserescombussolata eh? quindi è stataunastoria pesante questa è la seconda … E poicos'èsuccesso in questoelenco, in questoresoconto, in questocalvario?

VERONICA: Behhpoiti ho giàraccontatoquelloche mi è successoquest'anno…

DOTT. FOTI: Sì, conquestoragazzo…

VERONICA: Si"

Riguardo alla pesante avancesessuale del compagno di scuola, di cui la ragazza ha parlato, ildott. Foticerca, come sempre, di fareemergereilpunto di vista di Veronica e la aiuta a leggere in termini di grave mancanza di rispettol'avancesessualesubita.

"DOTT. FOTI: Questacome la definisciunaviolenza? Un "mi ha messo le maniaddosso"? come la definisci?

VERONICA: Mi ha messo le maniaddosso

DOTT. FOTI: Ti ha messo le maniaddosso. Quindiunamancanza di rispetto, una grave mancanza di rispetto. E capiscocheilresoconto …sì. in realtà non sei tu… non è la tuavitachefaschifo eh ehsonoquestiuominichehaiincontratochefannoschifo. Ti viene da confondere le due cose eh?

VERONICA: Boh, mi sembra di averfattoqualcosa di male siccome mi sonocapitate tutte a me."

Emergedunquel'effetto di autostigmatizzazioneche la seriedegliepisodi di violenza o di aggressionesubiti da Veronicahannoprodotto in lei. La pazienteinsiste sul proprio vissuto di colpaconseguenteall'esperienzescombussolanti di natura sessualesubite.

"VERONICA: Non riesco a trovarmi proprio unacolpaperò non possofare a meno di chiedermi…

DOTT. FOTI: Non puoifare a menochequestopensierocosìcolpevolizzante, così negativo circolinellatuamenteehh? (…) L'idea "la miavitafaschifo" … per fortunaabbiamofattounelenco di personechetivoglionobeneanchehaipresocontatto di unapossibilitàcheiosento… chec'è la possibilità di fartiamare, la capacità di trovarepersonerelazionichetipossanosostenere di personechetipossonovolerbene. Poiabbiamofattoquestoelenco di incontrispiacevoliio ho la sensazionema non voglio per caritàappesantireilquadrochepossanoessercistateaddiritturaanche altre violenze

o mi sbaglio?

(…)

VERONICA: Diciamo di si

DOTT. FOTI: Diciamo di si. E' giàimportanteche tu possadirequesto e questisono in effetti le più difficili da ricordare o mi sbaglio?

VERONICA: muove la testadall'alto al bassoripetutamente.

DOTT. FOTI: Sono le più difficili da ricordare, le più dolorose per cuihaibisognoanche di comedire di tenere le distanze della mente da tuttoquesto eh

VERONICA: Sì"

Segueuninterventopsico-educativo del dott. Foti e la consuetaesplorazionedeivissutiemotivi.

"DOTT. FOTI: Ok E questo è comprensibile la mente si proteggedairicordi più scombussolantipiusconvolgenti la mente si proteggesoltantoilparadosso è questocheproteggendosiperò si indebolisceperchéanchequella è la nostrastoria se abbiamoavutoquellastoriaquindianche la frustrazioneche tu mi dicevic'èanchesuquesto non saperebenecosa ci è statofatto. Cosa sentiadessocheioti ho fattoricordarequestapaginabrutta ancora più brutta delle altre magari. Cosa sentiadesso?

VERONICA: Mmh mi sentounpochino triste

(…) DOTT. FOTI: ti ho reso più triste diciamo … non cheiovolessifarlomaconquestacomunicazione ho contribuito ad aumentare la tuatristezzame la spieghiunpo' meglio è aumentata la tristezza in quanto? Vogliodiretisenti più triste perchè?

(…) VERONICA: Cioéilfattocheio… cioé ho paura di non riprendermi più…"

Il dott. Fotifaalcuniinterventi per impostareillavoro di contrastoall'immaginenegativa di sé della paziente. Emerge la profondità del suosenso di colpa, associato a questaimmaginenegativa e generatodalleviolenzesubite e dalleaggressionisubite.

"DOTT. FOTI: (…) Ciòchealimental'ideaciòchealimental'idea del non uscirne più è l'ideache tu possaesserecomedirecolpevole per tuttoquesto, che tu possaessereinquinata da tuttoquesto, che tu possaesserecomedireimbruttita,

sporcata da tuttoquesto, che tu possaesserecolpevoleeccotalvoltaquindivorreivedere se possoaiutartimagaripossiamofarlo per le violenzechetisembranomenosconvolgentipossiamopartire da quelle a poterrecuperare la memoria e potervedereche non c'entri nulla che in questoschifo più schifoappartieneaglialtri e non a te e tu sei stataimbrattatadalfangoche non preveniva da te. Hai presentenellegiornate di pioggia uno cammina sul marciapiedearrivailcafone di turnoiltruzzo della situazioneva veloce passa per la pozzanghera e tischizza di fango è così. Tu non c'entri niente… è quelloilcafone. E qual è iltuoproblema? Il tuoproblemache sei statosfigata a esserelìnelmomento in cuipassavailcafone. Tu è andatacosì la cosa, tu sei stataschizzata sei stata ..hanno dato del fangosu di te e se tu non ricordiquelloche è successoilrischio è di pensarecheilfango non appartenga a chitel'haspruzzatomaappartenga a te. Cheeffettotifastodiscorso, se tifauneffettocosasenti?

VERONICA: Ummmcioèio so checomunquecioèquellochehai detto è veroperò non possofare a meno di darmiio la colpa di qualcosa, non ce la faccio a non darmi la colpa…"

Il terapeuta a questopuntocerca di chiarire alla ragazza la prospettiva di ritornare in unpercorso di consapevolezzasuglieventi del passatoutilizzandometaforecomposite e mutuatedallaletteratura, comequella del castello. In questo modo, tramite le immaginisuscitatedallametafora, più potentinell'attivareilcervellodestro e quello più antico, permette alla ragazza di promuovereassociazionifrailpaleoedilneocervello. Il metodoper promuovereunpercorsochevuolearrivare aportarechiarezzasuciòche è avvenuto e la fasentiretuttoracolpevole. Proponel'immagine della luce e del buio e unasimilitudine: quella di unafiaccolatache ha eliminato la paura e ha portato la luce in uncastellobuiosucuicircolavano le leggende più spaventose. Chiedepoi allapazienteunriscontroemotivo.

"DOTT. FOTI: D'altrocantose tu vuoiliberartidall'ideache sei colpevoleanche se sei stataunavittimabisogneràtrovareil modo coniltuoconsenso, se te la sentiraiquandote la sentiraitipotervedereche tu non c'entri nulla, che tu non haifatto nulla di cuisentirtiresponsabilesonostatialtrichetihannomessoin bruttesituazioni. Quando tu te la sentiraisappichequella è unastrada per liberartidell'idea di esserecolpevole tu non c'entri niente però sei stataimplicataquesto si sei statamessa di mezzocheallorabisogneràportarequandote la sentirai se te la

sentiraiquinessunopuòsostituirsi a te se te la sentiraiiotipossoaiutare a portare la luce a portarechiarezza e quandote la sentiraiportare la lucedoveadessoc'èbuio e c'èsenso di colpa.

VERONICA: Okay

DOTT. FOTI: Sai mi viene in mentequestastoriachec'eraunpaesedovec'eraunazonaunacollinac'erauncastelloche in realtàeraabbandonato pieno di topi e c'eranodicerie del paesechec'erano i fantasmipoi queste leggende si alimentano e siccomepoi non c'ènessunoche ci vamenopersone ci vanno e più le leggende si sviluppano. Poiunavoltahannofattounafiaccolata lefiaccolehanno portato la luce e hannovistoche non c'era niente e hannoiniziatoneigiornisuccessivi a costruire delle cose. Fin tantochec'èilbuio e non c'è la luce si possonopensare le cose più brutteanchesu di noistessi.

Adesso mi haifattocapireinsommachequestodiscorsoti ha turbato, per cui mi fermo e tichiedocomestai, tra poco ci dovremofermare e tichiedounriscontro di comehaivissutoquestasedutache mi haigià detto esserestata molto faticosa, in particolarequesto ultimo discorso eh?

VERONICA: Cioèl'unicacosabella di venire qua e checomunquedopo mi sentomeglioquindinonostantequestidiscorsiiopensochedopostaròmeglio."

La risposta della paziente è indicativa della correttezza e dell'efficacia del percorsoterapeutico e dell'effettointegrativo del lavoro di consapevolezzachevienecompiuto.

Segueunasequenzadialogicaconclusiva.

"DOTT. FOTI: Ho ancora unacosa da chiederti. Di tutta la chiacchieratacheabbiamofattoc'èqualcosacheti ha colpito in particolar modo?

VERONICA: La storia del castello

DOTT. FOTI: La storia del castello eh? portare la luce e bisognaessere in tanti da soli non ce la si fa, handovutofare la fiaccolata, handovutoessere in tanti, bisognaessere in due, trovarequalcuno è fondamentaleperchè da soli non ce la si fa a portare la luce in zonecosibuiecosischifose … masono le zonechesonoschifose non sei schifosa tu. Non è schifosa la tuavita la tuavitavamodificatavaliberata da questosenso di

schifochepurtroppo per disgraziati ha toccato."

Una conclusionecheconvalida la validità di strumenti di interventochetramite la attivazione delle parti delcervellocheprocessano le immagini, si arriva a permettere al soggettouncontattocon le parti non integrate del sè,promuovendone la cenestesipositivacheinduceserenitànelpaziente.

5. LA NATURA STRESSANTE E POST-TRAUMATICA DEI RICORDI

QUARTO COLLOQUIO CON VERONICASOLETTI (19 aprile 2016)

La ragazzaall'inizio della sedutaportaimmediatamenteunproblemarelativo al rapportoconil proprio fidanzato, segno evidente chestaaumentando la confidenzacomunicativaconlopsicoterapeuta.

"VERONICA: Perché prima mi dicecheviene da unaparte, poi non viene e neanche mi avverte. E io mi arrabbio sempre. Non è la prima voltachelo fa."

Veronicariesce a comunicarel'aspettoconflittuale del rapportoconilfidanzato e nelcontempo a focalizzarel'attenzionesugliaspettipositividell'attualerelazione. Si rendeanchedisponibile a parlare delle precedentirelazioniaffettive. Emergeche in passato ha avutounarelazionepositivaconunragazzo, che è stataleistessa a troncare.

"VERONICA: Sì! Perchédiciamocheioavevoappenaincominciato a venire … ad andaredagliassistentisociali, alloraiogli ho detto checomunque non volevochecioè … stesseaffianco a me in questomomento, perché non volevocheparte del pesoandassesu di lui e alloral'holasciatoio."

Il dott. Fotiprova a farriflettere sul perchédi unascelta di questo genere.

"DOTT. FOTI: Perchésuccedesai … a moltepersonechequandounrapportodiventa ... comincia a diventarecontinuativo … comincia a diventare serio …. Puòscattareunapaura, un'ansia.

VERONICA: Uhm … (Guarda in basso, poiguardaversoFoti e sorride)

DOTT. FOTI: Puòessere?

VERONICA: Si ... (sotto voce)

DOTT. FOTI: Puòessere … E neltuocaso, ammessochesiaquesto, qualepotrebbeessere, qualepotrebbeessere, la paura? Se unrapportocomincia ad andarebene? Se si fa

serio, se …

VERONICA: Cioè… Mi spaventailfuturo …"

Il dott. Fotioperaunaristrutturazione e ridefinizionechepermetterà a Veronica di collocare in un'area di sicurezza la sceltafatta.

DOTT. FOTI: perchéstavopensando, se mi mettoneituoipannicioè, però non so se ci azzecco … dimmi tu Veronica, se unrapportodiventasoddisfacente, beh la cosacheviene è che ci attacchiamo, ci attacchiamo sempre di più a quellapersona eh, ora se ci attacchiamo sempre di più nelfuturo, aumentailrischio di prendersiunafregatura, potrebbeessere?

VERONICA: (Muoveil capo)

VERONICA: Si … Ma cioèadessoiocomunque … Io adesso ho cambiatoideasuquestacosa …Diciamoche mi sonopentita di quelloche ho fatto.

DOTT. FOTI: ah ah, ho capito, ho capito … haicambiatoideasuquestacosa, ti sei pentita di quellochehaifatto … Perché se oggiricapitasse e purtroppo non si puòtornareindietronellestorie, eh, se ticapitasseunasituazioneanalogacosafaresti?

VERONICA: Beh di sicuro … comunque … non lolascerei per unacosa del genere

DOTT. FOTI: (annuisce)

VERONICA: cioècomunque ci stareivicino

DOTT. FOTI: Cioèproveresti a rischiare, proveresti a mantenere la partitaaperta … Invece di ritirarti, invece di chiudere tu, senza almenoprovarci. E nesentiilbisogno di unrapportoaffettivoimmagino…"

La prima parte della seduta si svolgeconunaconcentrazione sui temidell'attualità. La conversazione è fluida e si coglieunbuonclimacomunicativo e relazionaletraterapeuta e paziente. Il dott. Fotipercepiscenell'espressione del viso della paziente la presenza di unmalessere.

"DOTT. FOTI: In generale … comeva la tuavita?.

VERONICA: Abbastanzabene …

DOTT. FOTI: Dalla faccia senza grandeentusiasmo…

VERONICA: (sorride) … Va… Ho litigatounpo' di tempo faconmiamadre, peròcomunque è andatotutto a postoquindisonoabbastanzacontenta di questo,

comunquesiamoriuscite a venirciincontro

DOTT. FOTI: Cos'ècheeracapitato? C'èstatounlitigio forte?

VERONICA:: Per unapersona, per unamiaamicaabbiamolitigato, perché a lei non le piace, alloraabbiamolitigato per questacosa

DOTT. FOTI: e quandolitigatecomesono le scintille? Cosa … Come … le punte di rabbiadovearrivano?

VERONICA: Beh, lei mi ha dato della figlia di merda e io le ho dato del genitore di merda

DOTT. FOTI: quindi molto esplicito, sì

VERONICA: (sorrideinsiemeal terapeuta) Cioè alla fine non è chelopensodavvero, voglio solo farlasentire male e basta.

DOTT. FOTI: E tuamamma? Lo pensadavvero?

VERONICA: No …Però la rabbiafadirebruttecose

DOTT. FOTI: Certamente, sonobruttecose, poi le parolevanno via e avetetrovatoun modo per capirvi…"

Da unamessa a fuoco di unasituazione del presente si ritorna al pesodeiricordi del passatoed al conflittocon la figura di attaccamentoche si manifestacon la mossa più pesante che la figliapossafareneiconfronti della madre: scegliere la vita in unacomunitàabbandonandoanchelei la madre. Si noticome la posizione di Fotisiaquella di farriflettere la ragazzapermettendoleuna critica positiva sui propriagiticomunicativi.

"VERONICA: Sì, ma, miamadre se l'eraanchepresa, perchécomunqueio le avevo detto chevolevoandare in comunità (…) e ha detto cheme ne potevoandare. E poiilgiornodopoquando ho parlato…quandosonoandata da Alessandro a parlargli della comunità, quandosonotornata a casa, lei se l'èpresadicendomiche se me ne vado non sono più sua figlia, cioè … (non si capisce)

DOTT. FOTI: si è proprio offesa, allora, per dirtiquesto, si è proprio offesa. Si è sentitacolpita al cuore. Ma unasceltacosì, cometi è passata per la menteunasceltacosìgrossa di andare in comunità? Come sei arrivata a questafantasia, questaidea?

VERONICA: Mmh, cioè, ci sonomoltiragazziadessochesono in comunità (…) non è che si trovinobenissimo, perché… (…). non lo so, mi è… mi è venuta in testacosì. Però, comunque, non ho intenzione di andarmene da casamia, per adesso.

DOTT. FOTI: Sì, è più unafantasia, cosechevengono in mente. Ma, per avere più autonomia, per prendere le distanze da tuamamma, per checosa? Per avere più…per checosatierapassata in mentequestafantasia?

VERONICA: Mmh, per starelontano … da tantecose. Cioè, tipoallontanarmi da quellache è la miavita

DOTT. FOTI: Allontanarti da quellache è la tuavita. Una fantasia di allontanamento, di fuga. Di averunpo'…girarepagina, girareunpo' pagina. Però, ti è venuto da direche è più unafantasiacheunprogetto reale

VERONICA: (annuiscecon la testa)

DOTT. FOTI: Cambiareunpo' la tuavita. Allontanartiunpo'. Non mi è ancora chiaro, allontanarti da cosa? Capiscochecertevoltesi ha bisogno di cambiareunpo'tutto, voltarepagina. Allontanartisoprattutto da checosa? Checosa è che è pesante nellatuavita?

VERONICA: Beh, tutte le coseche mi sonosuccesse

DOTT. FOTI: Ah, i ricordi. Allontanartidairicordi

VERONICA: Sì, peròcomunquepensoche non ci si puòallontanare da quelloche è successo. Te loporterai sempre dietro"

La pazientecomunica ancora unavoltacheglieventi del suopassatotendono a ritornare in modo ricorrente e spiacevole, evidenziandocosì la tendenzaripetitiva e la natura stressante e post-traumaticadeisuoiricordi.

Il dott. Fotiorientailfocus della conversazione sul passato per favorire la comprensionedeinessifrailpassato e ilpresente.Ricordi non istericamentecentratisulledimensionidell'abuso subito o della costruzione di falsiricordicomeipotizzato, maviceversasulladimensionescientifica di come, quando, quanto, dove e perchèunricordo mal processatodeterminasintomatologia e psicopatologia in soggettiche non hannoavutopossibilità di elaborarli a causa deglielementi di grave difficoltàsubitinelcorso della vita.

Veronicaparla di unricordo molto doloroso chetuttora la fasoffrire: la morte del

nonno.

"VERONICA: Perchécomunqueluiera la persona a cuivolevo più bene in assoluto, anche se comunque ci sonostata poco insieme, pochianni, comunque…cioè, sonostatabene

DOTT. FOTI: Tu quanti anniavevi?

VERONICA: Mmh, sei anni, se non mi sbaglio, quando è successo. Ero in prima elementare.

DOTT. FOTI: E checosatiricordi…della notizia della morte, della tuareazione. Certo, unlutto a sei anni è dura, eh! Cosa…

VERONICA: Non lo so, cioèio mi ricordo solo unachiamata a miamadre e poichimelo ha detto edio ci sonorimasta molto male e poiilbuio totale (…) Se non mi sbaglionoieravamo in Toscanaquando è successo. Non mi ricordo molto bene (...) E' stata, non ricordochi a chiamaremiamadre e poimiamadrelo ha detto a me…

DOTT. FOTI: (…) E quindiiltuovissuto, la tuaemozionequalepuòesserestata? Cosa tirimanedentro? Quale emozionepuòesserestata?

VERONICA: Beh, moltatristezza, ovviamente. Cioè ancora adesso non è facile, comunque. Cioè mi manca molto

DOTT. FOTI: Una figuraaffettiva, perchéunafiguramaschile, unafiguramaschile…con tutti i problemiche ci sonostaticon i maschi. È unafiguramaschileaffettiva.

VERONICA: Sì

(…) DOTT. FOTI: … E quindi un ricordo di abbandono, perché quando muore qualcuno e si è piccoli, ci si sente tristi per la perdita, abbandonati. Questo mi fa capire di più perché ti incazzi tanto quando il tuo fidanzato dice che c'è e poi non si fa vivo. Nel piccolo è un abbandono, eh?"

Il dott. Foticerca di favorireun'oscillazionedell'attenzionetra la dimensione del passato a quellapresenteed in effettidalfocus sul passato la pazientearriva al presente e viceversadalfocus sul presenteVeronicaritorna al passato, ai lutti, alle perdite, agliabusipatiti.

"DOTT. FOTI: (..) Ma se iotiriformulassiquestadomanda "qual è ilproblema più grosso, ildisagiocheticrea più problemioggi?"

VERONICA: Una cosache mi creadisagio, cioè…

DOTT. FOTI: Untuodisagiointerno di fronte…unatuasofferenza, untuoproblema, più rilevante, qualepuòessere? O quellochetiviene in mente in questomomento

VERONICA: Mmh…il non riuscire a superare le cose

DOTT. FOTI: il non riuscire a superare le cose. Mi faicapire?

VERONICA: Mmh, cioè, comepossospiegare?"

Neimomenti di difficoltàespressidallapazienteildott. Foticompieinterventiautentici dicomprensione, normalizzazionedeiproblemi e valorizzazione.

"DOTT. FOTI: eh, non è semplice spiegare le coseche ci riguardanoprofondamente. Ma ho giàvistochepoi sei lucida e riesci a trasmettermitanteinformazioni. Vediamo…

VERONICA: mmh…cioè, non riesco a non soffrire per quelloche mi è successo. Cioè, iovorreiricordare senza stare male. Possiamometterlacosì?

DOTT. FOTI: sì, sì, mi faicapire! Vorrestiricordare senza stare male. E questodesiderio di ricordare senza stare male cosaproduce? Quale inconveniente, qualesofferenza. Poicomeva a finire la cosa? Cioè tu desideri di ricordare senza stare male e poiinvecesuccedeche…

VERONICA: cioè ci soffro molto, quandoripenso a quelloche mi è successo, a, a tutta, tutta la miavita

(…) DOTT. FOTI: (…) E quindi è come se fossi, vediamo se ho capitobene, è come se fossiunpo' delusa di testessa. (…) nelsensochetiaspetteresti di non soffrire e invecetiaccorgichesoffritanto

VERONICA: Sì

DOTT. FOTI: per esempiosoffritantoperchéti è mancataunafiguraaffettiva, per esempio da partemaschile, e chequellacheavevi è morta. O soffritanto a pensareanche ad altre cose, che non sei statarispettata?

VERONICA: Sì, cioè, ad ognicosabruttache mi è successa, tipo i mieiabusi, cioè le perditeche ho avuto, la sofferenza, anche della miafamiglia …"

Emergespontaneamente in Veronicacomel'immagine di sé e della propria vicendasiacostellata di esperienze negative: ***"Ognicosabruttache mi è successa, tipo i mieiabusi, cioè le perditeche ho avuto, la sofferenza, anche della miafamiglia".***

Il dott. Foti compie a questo punto una serie di interventi finalizzati a contrastare l'autodeprecazione e a favorire in Veronica la comprensione e l'accettazione della propria sofferenza. Insiste sulle due parti e sulla possibilità della parte positiva di prendere il sopravvento.

"DOTT. FOTI: (…) Capisco quello che dici, ma mi chiedo: "ma sarebbe possibile non soffrire?". Un'altra persona al tuo posto, con la storia che hai avuto, potrebbe non avvertire il dolore per quello che è capitato, l'angoscia (…) a pensare che non sei stata rispettata, che sei stata usata, comunque fatta oggetto di violenza. Cioè, potrebbe esserci una reazione diversa dalla tua che ci stai male?

VERONICA: mmh, cioè penso di sì, perché alla fine non tutti le prendono allo stesso modo le cose che succedono. Quindi magari qualcuno sarebbe stato più capace di me…

(…) DOTT. FOTI: È unpensiero molto brutto questo, chealimentapoi la disistima di te. Abbiamovistochec'èun'immagine molto negativa. Poi per fortunac'èancheun'immagine di testessacomecarica di energia. Cisono queste due immaginicontrapposte di te. Peròc'èancheun'immagine di te, cheadesso mi staiillustrando, di forte inadeguatezza, dicevicheforse non tutti reagiscono alla stessamaniera…. (…) Io sinceramente, da quel poco cheintuisco, che so della tuastoria, iosonostupitoche, veramentetelodico, sonostupito da come tu, invece, siariuscita a sopravvivere. Perché se tu vedi delle personechetisembrasiano più forti di te e sopportino di più ildolore, è perché non hannoavuto la tuastoria. Pensochepotrebberoesserciinvecetantepersoneche, con la tuastoria, non sarebberosopravvissute, non avrebberoconservatoqueglielementi di fiducia e ottimismo, che per quanto limitatisonogenuinidentro di te.

VERONICA: Mmh

> *DOTT. FOTI: E' unmiracolo. Che tu abbia ancora fiducianell'amore, poiadesso sei delusa da questoragazzo, mache tu investa ancora nell'amore in unragazzo è unacosabellissima e straordinaria, contuttoquellochehaivissuto da parte delle figuremaschili. E' straordinaria. Vedi, mi chiedo se non è, se qui non haiunavisione, comedire, unpo' idealistica di comepotresticon più forza e conmenodolorereagire al tuopassato. Forseilproblemainvecesarebbequello di riuscire ad accettarequestodolore e di lasciarloandare, di esprimerlo senza alcunavergogna, senza alcungiudizio. Il tuodolore è più checomprensibile. La*

tua… ancheglielementi di sfiducianascono da esperienzereali, pesantichehaivissuto. Ma non vorreiparlare troppo. Cosa, cheeffettotifaquestodiscorso?

VERONICA: Mmh…non lo so. Cioè… mi fa riflettere. Cioè, anche io penso che comunque avrei potuto prenderla molto peggio (…) …non so… non so esattamente cosa dire (..) Può darsi, perché io comunque ho sempre, diciamo, queste due personalità

DOTT. FOTI: E certo, e certo Veronica. E' spiacevole, ma è così, anche questo è normale che ci siano due punti di vista opposti per persone che hanno vissuto storie come le tue. C'è una parte di te, che è la parte che è condizionata da questa storia, che vede tutto nero, vede tutto sporco, tutto negativo, l'altra parte che invece ha saputo conservare una visione della tua vita e della tua mente come sane, vitali e creative, nonostante tutto.

VERONICA: Cioè, ognitanto, ancheiocomunquevorreilasciarmiandare, e basta

DOTT. FOTI: Ecco, sì

VERONICA: Però, comunquec'èqualcosache mi farestare in piedi (…) perchécomunquepensocheessereunpo' cattivi, negativi mi sembra la cosa più semplice. Invecevederetuttocon più positività, anchedopoquelloche mi è successo, cioè non è facile, però mi trovomegliocosì. Perchéio, non riuscireimai a, diciamo, a vederecertecoseconnegatività

DOTT. FOTI: Ti riferisci per esempio, vedere certe cose con negatività?

VERONICA:Mmh…tipo, ancheil non fidarmi più di nessuno. Io invecevogliofidarmi.

DOTT. FOTI: Ci vuoi provare, vuoi rischiare. Fidarti ancora dell'amore, della possibilità di amare e di essere amata. Certo, fidarti della tua intelligenza, pensa alla fantasia di diventare psicologa. Fidarti ancora della possibilità di crescere, di credere nel raggiungimento di certi obiettivi. Sì, però questo è conflittuale. Ad ogni speranza corrisponde un pensiero negativo, immagino."

E' costantel'impegno del dott. Foti arinviaresubasirealisticheelementichepossanocontribuire al contrastodell'immaginenegativa di sé della paziente.

"DOTT. FOTI: malosaicheilragionamento delle personechevivonoesperienze di

violenzatalvoltavienedanneggiato, ferito, non ragionano più bene? Tu haiunaluciditàintellettuale. Non sappiamocosa, ma di fattol'haiconservata. Questo è unmiracolo.. E haiconservato… comunquevuoiprovarcicon i sentimenti. Poivaiincontro alle tue delusioni, purtroppo, però ci vuoiprovare. Così come ci staiprovandoqui. E' ammirevoleche ci provi, nonostante la difficoltà del posto, del venire qua. Credo che in questadirezione…ma è così, ci provi, certevolteti sei commossa, altre volteticontrolli. Credo cheilpassatochetiportidentro ha bisogno di esserelasciatoandare, confidato. Non telodevitenere tu da sola, poverina. Cheeffettotifaquestodiscorso sul lasciarsiandare in unaltrosenso?

VERONICA: Mmh, cioèio…non riescocomunque a lasciarmiandare, a scaricare…

DOTT. FOTI: Ok, è comprensibile. Saràunpunto di arrivo, non puòessereunpunto di partenza. In questomomentoc'èunfreno

VERONICA: Mmh (annuisce)

(…) DOTT. FOTI: E cosasoprattuttoprovocaquestofreno? Quindi è inevitabileche ci sia, anche qua conme, è inevitabile, è ovvio

VERONICA: …cioèio ho sempre pensato di riuscire a cavarmela da sola"

Vienemessa a fuoco la componente mentale della pazientecheintende a comprimerel'espressionedeibisogniemotivi e che punta al controllo della volontà e all'autosufficienza.

" (…) *DOTT. FOTI: In qualche modo mi faicapirechec'èunatendenzaanche - io la vedo in questitermini, non so se funziona - a pretendere molto da te*

VERONICA: Sì

DOTT. FOTI:.unpo' ci credinell'aiutodeglialtri, maunpo' sei condizionatadall'idea "megliofarcela da sola"

VERONICA: Sì

DOTT. FOTI: Se torniindietroneltuopassato, questaidea di autosufficienza… chepoi non è totale, perchépoichiedianchel'aiutoaglialtri. Vai da Alessandro, vai da Irene, vieni qua, haiunfidanzato. Quindi, non è un'autosufficienzaassoluta. Però, è anchevero, chec'èquestacomponente di rinuncia a provare a fidarti di più, a chiedere più aiuto, a esprimere di più la tuasofferenza, soprattutto per quellocheti è successo. Quando è nataquestaidea di unaVeronicachepuòchiedereaiutomadeveessere

forte, devefarcela da sola, non dovrebbesentireildolore, dovrebbecancellareilpassatoun poco con la forza di volontà. Questa la domanda, la ricercache se haivoglia…

VERONICA: alloraio non mi ricordoesattamenteperòcomunque mi è venuto in mente, cioè mi è passatounricordosututtoquellochehai detto. Mi ricordochemiasorellapiangeva e ioglidicevo di non piangereperché non serviva a niente…"

La parte conclusiva della seduta è dedicata secondo la tecnica della terapia del trauma a fare il punto sulla seduta che si è svolta e sul vissuto emotivo con cui la paziente termina la seduta. Si tratta di una sollecitazione all'autoconsapevolezza della paziente, che nel contempo consente al terapeuta di avere un importante feedback sul lavoro svolto. Nel caso specifico si verifica come l'avvicinamento e l'embrionale elaborazione delle vicende penose del passato consenta l'attenuazione dell'immagine negativa di sé della paziente e il rafforzamento di elementi cognitivi ed emotivi di positività.

"DOTT. FOTI: Ora ci fermiamo e dimmiun poco, se haivoglia di dirmichecosati ha colpito di questaseduta?

VERONICA: Del fatto di… comepossospiegare? Cioè mi sonosorpresaunpochino di me… cioèilfatto di essererimastacosì, nonostantetuttoquelloche mi siasuccesso..

DOTT. FOTI: di essererimastacosìcome?

VERONICA: in… possiamodire "in positivo" (con le manifasegno delle virgolette)

DOTT. FOTI: è uno stuporerealisticochecogliequalcosache non dovraimaidimenticarti: che sei unasopravvissuta, tu sei unasopravvissuta alla grandeconunaserie di ferite, cicatrici, sfiducie, ma sei sopravvissutaconatteggiamento, conenergiapositiva. Questostupore, la percezione di questostuporecheiosentocomerealistico. Qualcosa di sorprendente, di positivo, di sorprendentecon i problemiche ci sonotutt'altrochescontato. Altre personepotrebberoessere più capaci di eliminareildolore di quanto…insomma… già tu locontrolli, poibisognaelaborarlo. Bene, bene, ancheiosonosorpreso sempre da elementi di positività, di energia, di luciditàchecorrono in te. Dimmi ancora, poi ci lasciamo, l'emozioneconcuivai via

VERONICA: Più leggera. E'un'emozione?

DOTT. FOTI: Sssssiiii, unsenso di leggerezzacomestato mentale, sollievo, possiamodiresollievo? Una certaquota di benessere?

VERONICA: Sì

DOTT. FOTI: chenascesecondotesoprattutto da? Cosa puòavergeneratoquestosollievo? O quota di benessere?

VERONICA: ilfatto di averparlato di me, di avercapitoalcunecose di me."

E' facile per ildott. Fotirestituire in chiusura a Veronicailruolocentrale e benefico della funzionepsichica della consapevolezzanelcambiamento e nell'attivazione del benessere:

" …La consapevolezza, una funzione del tuo cervello che ti ha consentito di parlare di te e di capire, di connettere delle cose. Questa zona del cervello è rimasta integra. Non sempre è così, sai?"

6. LA PROBLEMATICA POST-TRAUMATICA DIVERONICASOLETTI EMERGENTE NEI PRIMI COLLOQUI

6.1. I segniemotividell'abuso

Il dott. Foti ha unprecisomandatoistituzionale, (provenientedal Tribunale per i minorenni di Bologna e daiServizisocialiaffidatari della ragazza), chelosollecita a lavorare sul traumipatitidallapaziente. Tale mandatovieneverificato e rinforzato dallapresentazione da parte della madre delle problematiche della figlia e delle suesoffertevicissitudini. Ma è soprattutto la pazientecon le sintomatologie post-traumatiche e i tratti di personalità post-traumaticicheevidenzia sin daiprimicolloquia sollecitareunadirezione di lavoroterapeuticoversol'elaborazione del trauma.

Come giàriferito in baseaglistudi e alle ricerche della letteraturache si è occupata di *childabuse and neglect*nell'esamediagnostico e nellavoroterapeuticocon le vittime di abusosessuale, si riscontrano in manieramassiccia e pervasivaalcunivissutiemotivi, presenticontemporaneamenteedubiquitariamente,
vissutiemotividerivantidallavittimizzazionesubita. Talivissuti, che "*sonostatidescritti da più autoriconunaconvergenzaimpressionantedeidatirilevatinelle più disparate*

esperienzecliniche"[23],rappresentanounasorta di stigmate emotive dell'abuso.

La sistematizzazione più classica e più citatanelletrattazionicliniche è quella di Finkelhor e Browne, cheindividuanoquattrosentimentifondamentaliche si possonoritrovare in modo consistentenellavitaemotiva del soggettoche ha subito untraumasessuale :

a) vissuto di impotenza;

b) vissuto di tradimento;

c) vissuto di sessualizzazionetraumatica

d) vissuto di stigmatizzazione.[24]

Il vissuto di impotenza è esplicitato da Veronicastessa: l'impotenza si manifestainnanzituttoneiconfrontidegliincontri e delle situazionireali. Significativo per esempio è l'atteggiamentoneiconfronti del ragazzoche le è statoaddosso in tutti sensinelvecchioistituto, fino a costringerla a trasferirsi in unaltroistituto per sfuggire alle sueavance aggressive e disturbanti. Veronica non è riuscita ad affrontare e a contrastaretaliavance in modo efficace.

A giudicare da ciòchediceVeronica e da ciòcheriferisce la madresembrache la ragazzaabbiafattomoltafatica a reagire, sviluppandoun'adeguataaggressivitàdifensiva, neiconfronti del compagno di scuolachel'hamolestata*("Va behio, ovviamente, cercavo di spingerlo via, solo che è unpo' complicatolui è più forte di me (…) e cioè non gliavevo detto niente poigli ho detto no e dopounpo' si è tolto.")*

L'impotenzaemergenelladescrizioneche la ragazzastessafa del proprio comportamentodebole e scarsamenteassertivo, che a posteriori finisceperaltro per alimentareilvissuto di colpa e di autodeprecazione.

"DOTT. FOTI: E come lo avrestiistigato?

VERONICA: Non lo so forsedandogli corda non lo so

DOTT. FOTI: Come glihai dato corda? gliparlaviinsieme?

VERONICA: Sìanche solo parlareoppure, non dirgli di smetterla di darmifastidio"

23M. Malacrea, "L'intervento psicologico nell'abuso sessuale all'infanzia", in *… E poi disse che avevo sognato*, R. Luberti, D. Bianchi (a cura di), Edizioni Cultura Pace, Firenze, p.111

24Cfr. D. Finkelhor, A. Browne, *Initial and Long-term Effects. A conceptual framework*, in D. Finkelhor et al., *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*, SAGE Pubblication, Beverly Hills, California.

L'impotenzavienealtresìvissutaedesplicitata da Veronicaneiconfronti della propria storia, percepita quasi comeundestino, eneiconfrontideiricordichepesano e chetormentano (*"sì, perchécomunque ho unafamiglia e unpassatocosì… e mi sentoancheunpo' impotente")*.

a) Il vissuto post-traumatico di abbandono/tradimento è unvissutochepresentanellateorizzazione di Filkhenor e Browne questaduplicefacciacheimpone alla vittimaunaperdita della relazione e unaperdita della fiducia. L'adultochedovrebbeproteggeretradisceperchéoperaviolenza o comunque non proteggedallaviolenza. Ed in effettiilpadre è vissutocomefiguraabbandonica e nelcontempoassociata ad untradimento della fiducia: in relazione al ricordo, pur confuso e non integrato, della prima violenza ai quattroanniVeronicasentecheilpadre non le ha creduto. La madreaffermachiaramentecheilfatto di non esserestatacredutadalpadre ha ferito e fatto molto arrabbiareVeronica. La ragazzastessaindividuaneltimore di non esserecredutal'ostacolo più grosso che le impedisce di recuperare i ricordi e di raccontareciòche le è capitato.

"VERONICA: Nel tuocasoqual è la paura più grossa? Qual è l'ostacolo più consistente aparlarne?

VERONICA: Il non esserecreduta"

Inoltreilvissuto di tradimentoverso la figurapaterna è associato al fattocheilpadre è risultatonettamentedistante e assolutamente non sostenitivo di fronte alla secondaviolenzapatita da Veronica ai trediciannidalragazzosedicenne e di fronte della violenzaassistitapatitadalloziomaterno.

b) Il vissuto di traumatizzazionesessuale è implicitonellarappresentazione di unmaschilepericolosochefapercepireconintensità o chefaproiettare la percezionesegnali di una possibile violenzasessuale, generandopaura, inibizione e terrore.

"VERONICA: Mmmmbehio ho sempre avutounapreoccupazionechelui (ilpadre) avessefatto del male a miasorella

DOTT. FOTI: Del male cosaintendi?

VERONICA: Mmm mmm tipooooooviolentatatravirgolette

DOTT. FOTI: "Violentata" quindi più sul versante della violenzafisica o dell'abusosessuale?

VERONICA: Dell'abusosessuale

DOTT. FOTI: "Dell'abusosessuale". Una sensazionelegata a qualeimmagine? La preoccupazionelegata a qualeimmagine ci sononellatua memoria? Magariconfusemagariquellechesono…

VERONICA: In chesenso?

DOTT. FOTI: Sai, a volte i ricordisonovaghisonoimprecisisonoconfusiperò se c'èunapreoccupazionequalcosaavràfatto pur nascerequestapreoccupazione

VERONICA: Behquandotipo ho vistomiopadreconmiasorellacheeranoabbracciati sul letto e mi è salitoilpanicoehh

DOTT. FOTI: Ma c'eraqualcosa in questoabbraccio? Cheunpapàabbracciunafiglia sul letto ci potrebbestare… c'eraqualcosainvece in questoabbracciocheti ha turbatochepuòavertipreoccupato? Nel comeerafatto 'stoabbraccio, comeeranomessiloroc'èqualcosache ha reso più preoccupantequestoabbraccio?

VERONICA: Cioècomeeranomessiforse… non lo so cioè a me non sembrava normale"

Il bisognoaffettivoversol'altrosesso è pesantementeconflittualizzatoedostacolatodalrischio di riceveredanno.

"DOTT. FOTI :Questobisognoaffettivoche tu dallafiguramaschile non haitrovato, qualchevoltafai la fantasia di poterlotrovare da unfidanzato, da unmarito? Oppurequestafantasia non c'è?

VERONICA:(guarda in alto) mmh… unpochino… peròcomunqueio ho giàpensato di non volermisposarequindi… (…) Perchécomunquegliuomini mi hanfattoanche del male, quindisonoanchecombattutasuquestacosaperchépensochecercare affetto… non lo so…"

c) Il vissuto di stigmatizzazione è unvissutosfaccettato, costituitodallapercezione da parte della vittima di unadiversità in senso negativo frasé e glialtriche ai suoiocchi non hannosperimentatol'abuso. Si tratta di unvissutoassociato ai sentimenti di colpa, di vergogna, di perdita della stima di sé, di ansia di apparireinadeguatorispettoaglialtri, segnatodalleesperienzepatite.E' unvissutomassicciamentepresente in Veronica, manifestandosi in tutte le sedute sin dalla prima. Simanifestanellaricorrenteautodeprecazione e nelcostantesenso

di colpa, nell'immagine, segnata da unprofondodisvalore di sé, nellasensazione di essereportatrice di unastoria personale e familiare pesante e condizionante. *L'immagine di sé in quanto colpevolerisulta molto radicata.* Le affermazioni di Veronicachevanno in questosensosonoricorrentiedinequivocabili:nelprimocolloquio, in relazioneall'approcciosessualeaggressivo e non rispettoso, subito dalcompagno di scuola, ildott. Fotichiede a Veronicacome ci è rimasta.

"VERONICA: Ma abbastanza male, cioèsporca … mi sentoanche in colpaperchèpensochesiastatacolpamia … cioèpenso di esserestataio a istigarlo."

Sempre nelprimocolloquio la ragazzaafferma:

"io non potevoprevederloperòcomunquecioè mi songiàsuccesse queste cose e quindidovreistareattenta a chi mi si avvicinacomunque", "iopensoche la miavita non valga niente…", "Io penso solo che la miavita non vale e se morissiadesso non importerebbe".

L'immaginefortementenegativa di sé, associataoltretutto alla sporcizia e alla colparelativa alla sessualità, è senza dubbiouncriterio per pensare ad unaproblematica post-traumaticaed in specifico ad untraumasessuale.

E ancora:

"DOTT. FOTI: … Mi ha colpito, facciounpassoindietro, conquestoragazzotisentisporca. (…) Tu provi solo senso di colpaneisuoiconfronti o ancherabbia?

VERONICA:. Solo senso di colpa. Io non ce la faccio a prendermelaconqualcun'altro

DOTT. FOTI: Caspita!

VERONICA: Cioèpreferiscodare la colpa a mestessa. (primocolloquio)

"Mi sembra di averfattoqualcosa di male siccome mi sonocapitate tutte a me…" , "non possofare a meno di darmiio la colpa di qualcosa, non ce la faccio a non darmi la colpa…"(terzocolloquio).

6.2. I sintomi e i tratti post-traumatici

Il quadro di personalità post-traumatico della pazienteemergeconnettezzaneiprimiquattrocolloquiiniziali per la presenza di

ricordiopprimenti e spiacevoli, di vissuti e di pensieripenosiedintrusiviconnessi al passatotraumatico (cfr. criteriodiagnostico B, indicatore 1 della sindrome post-traumatica da stress, descrittadal DSM V).

Giànelprimocolloquio:

"DOTT. FOTI: Appesantita, c'èunpeso, è unpeso, c'èunpesochetidàtristezza. Se te la senti, sennòvabenecosì…pesante, cioèunpeso…cos'èstopeso?

VERONICA: beh, son tutte le cose messe insiemebrutteche mi sonosuccesse …"

Nel quartocolloquio a riguardo della fantasia di Veronica di allontanarsi da casa e di chiederel'inserimento in comunità la ragazzaparla di ricordipenosiche le paionoinelaborabili.

"DOTT. FOTI: Cambiareunpo' la tuavita. (…) Allontanartisoprattutto da checosa? Checosa è che è pesante nellatuavita?

VERONICA: Beh, tutte le coseche mi sonosuccesse

DOTT. FOTI: Ah, i ricordi. Allontanartidairicordi

VERONICA: Sì, peròcomunquepensoche non ci si puòallontanare da quelloche è successo. Te loporterai sempre dietro…"

E ancora, sempre nelquartocolloquiocompareilriferimento, adunpassato non elaborato, fatto di abusi e di perdite:

"DOTT. FOTI: Untuodisagiointerno di fronte…unatuasofferenza, untuoproblema, più rilevante, qualepuòessere? O quellochetiviene in mente in questomomento

VERONICA: Mmh…il non riuscire a superare le cose (…) comepossospiegare?…cioè, non riesco a non soffrire per quelloche mi è successo. Cioè, iovorreiricordare senza stare male. Possiamometterlacosì? (…) cioè ci soffro molto, quandoripenso a quelloche mi è successo, a, a tutta, tutta la miavita (…) ad ognicosabruttache mi è successa, tipo i mieiabusi, cioè le perditeche ho avuto, la sofferenza, anche della miafamiglia …"

Veronica, come tutti i soggettìtraumatizzati, è perseguitatadalpassatoed è in forte ansia per ilfuturo. E pertanto non può vivere positivamenteilpresente. La speranza per ilfuturo è compromessa.

"(…) DOTT. FOTI: … tisenti più triste perchè?

(…) VERONICA: Cioèilfattocheio… cioé ho paura di non riprendermi più…"

(terzocolloquio)

Nel secondocolloquioemergeunacomunicazione della pazientecheveicolaunarappresentazione del Séfortementenegativa e depressiva.

"VERONICA: Io comunque ho anchepensato di mollaretutto e di dire "basta" peròcomunquealcunevolte ci tengounpo' alla miavita. Peròsono rare quellevolte….

DOTT. FOTI: Sono rare quellevolte… e mollaretuttocosasarebbe per esempio?"

VERONICA: Porrefine alla miavita.

DOTT. FOTI: Hai fattoqualchevolta la fantasiabrutta del suicidio?

VERONICA: …si… ma più chealtrochequalcunaltro mi uccidesse…"

La presenza di *"persistentiedesagerateconvinzioni o aspettative negative relative a séstessi"*rinvia al quadro della sindrome post-traumatica da stress (criteriodiagnostico D indicatore 2). Il peso del passatotraumatico ("*dall'infanziache ho avuto, dalpadreche ho avuto, da tuttoquelloche mi è successodallepersoneche ho incontrato" …)*condizionailbilanciodell'esistenza di Veronica (*"uno schifo di vita"*) e la sua percezione di unpresente negativo e deprimente.

"VERONICA: Ieri ho fattouna specie di resoconto della miavita di tuttoquelloche…ho fatto …ho pensato a tuttoquelloche ho passatocosecosìììehhhbohceeee ho pensatocheio ho avuto alla fine uno schifo di vita proprio ceee….eeeee

DOTT. FOTI: Questa è la conclusione del resoconto

VERONICA: Siiii

DOTT. FOTI: Deprimentecomeconclusioneeee… vediamo a come sei arrivata

VERONICA: Behhh per tuttoquelloche ho passatoperòcomunque ho pensatoanchecheiosono ancora quinonostantetuttoquelloche ho passato…

DOTT. FOTI: Aahahh si…Questo è l'aspettopositivo del resoconto si…

VERONICA: Si

DOTT. FOTI: E invecel'aspetto negativo ilbilanciodiciamocomel'haidefinito? di fallimentocomel'haidefinitoilbilancio?

VERONICA: Uno schifo di vita

DOTT. FOTI: "uno schifo di vita" da cosa da cosaloricavi?

VERONICA: behdall'infanziache ho avuto, dalpadreche ho avuto, da tuttoquelloche mi è successodallepersoneche ho incontrato … "(terzocolloquio)

Ancora un'osservazionediagnosticasull'intrusione del passatonellavitaattuale di Veronica.

"DOTT. FOTI: Rispetto ai ragazziagliuominicosativerrebbe da fare?

VERONICA: Io giàquandovedounuomo più grande e sono da solagià ho ilterrore, con i ragazziunpo' menoperòcomunquesono sempre preoccupata…"

Questo dato clinicopuòrinviare ad unindicatore post-traumatico, "l'intensa o prolungatasofferenzapsicologicaall'esposizione a fattoriscatenantiinterni o esternichesimboleggiano o assomigliano a qualcheaspettodell'evento/i traumatico/i" (indicatore 4 criteriodiagnostico B del Disturbo PostTraumatico da Stress, DSM V): in altritermini la figuramaschile "più grande" risultaunfattorecheelicitavissutiemotivi del passato di sofferenza e terrore, che si riattivanonelpresente. L'uomo "più grande" percepito da Veronicaevoca o assomiglia alla figuramaschileterrorizzantepercepitanella propria infanzia.Il peso di esperienzesessuali negative o traumatichesi evidenziaanchein questoaltropassaggio del secondocolloquio:

"VERONICA:A megiàfa male sentire la parola… Stupro… e tuttoilresto. E vistochegià mi fasentir male la parola… è unpo' complicato… (…) … sonounpochinoangosciata

DOTT. FOTI: E l'angosciadovel'haisentita? Dove si localizza

VERONICA: <u>si toccailcentro del petto e dice: "Qua"</u>

Basta la parola "stupro",che è peraltrovenuta in mente a Veronica e non è statautilizzatadaldott. Foti, a riattivaredisagioedangoscia, appartenentievidentemente ad esperienzesessuali in qualche modo vissute e molto temute.

Infinevasottolineataunasignificativaanalogiadeivissutiemotivi post-traumatici, espressidallaragazza, in relazione al ricordo di quellacheleistessadefinisce prima violenza da partedell'amico del padre (ai quattroanni) e quellachedefiniscesecondaviolenza (ai tredicianni) da parte del fidanzato.

Nel primocasodice di ricordare di esserestatadisorientata, nelsecondospaesata.

"VERONICA: Non mi sentivo molto a mioagio e cioè ho l'immagine di mechesono sul

divano a fiancoall'amico di miopadreconunvestito se non mi sbaglio mi ricordoquello …

(…) DOTT. FOTI … E la sensazionequalera? La sensazionecollegata a questoricordo?

VERONICA: Erodisorientata.

DOTT. FOTI: Come ci sei rimastadopoche è successo? Come sei rimasta?

VERONICA: Beh, eraunpo' mm non lo so perchéunpo' spaesata, poiiocioèlui mi aveva detto che mi amavacomunque e quindiio ci ho creduto.."

Il vissutoemotivo di Veronica, relativo alla secondaviolenza ("*spaesata*"), è molto simile al vissutoemotivoespresso in relazione alla prima violenza ("*disorientata*"). Disorientamento e spaesamentopossonoesserevissuticheappartengono al cosiddettonumbing post-traumaticocheavvolge e condiziona le vittime di violenza.[25]

6.3. La conduzione del colloquio

Per quanto riguarda la tecnica della conduzione del colloquio,un dato clinico molto interessante da rilevare è ilfattocheildott. Foti, in ossequio alle tecniche di Terapia del trauma, ha postomoltedomande aperte conunaattitudine di curiositàpartecipe e rispettosa. L'atteggiamento di ascoltobenevolo, di validazione e di accettazione delle emozioniche ha coerentementeseguito e che ha precedutoedaccompagnato la modalitàd'intervistahannofattosìche la paziente non percepisse le domandecomeun dato spiacevolemaviceversacomeunaopportunità di interrogarsi eproporre a séstessaunmondo di nuovisignificatirispetto alle esperienzepregresse.

"DOTT. FOTI: Parlaretranquillamente, parlaretranquillamente senza che? Mi verrebbe da aggiungerequestaespressione per capirtimeglio...parlaretranquillamente e non invece, parlaretranquillamentesenza….?"

Il dott. Foti ha ottenutoun'importanteverifica da parte della paziente sul fattoche la sua modalitàdialogicabasata sul rispetto e sullacostantechiarificazione di ciòchestaavvenendonelquiedora del colloquiostaproducendonell'interlocutriceagio e tranquillità. Tale modalità non vienevissuta da Veronicacomemodalitàinterrogatoriaintrusiva e disturbante.

25 M. Steinberg, M. Schnall, *La dissociazione. I cinque sintomi fondamentali*, Cortina, pag. XIII introduzione e p. 8.

Un ultimo aspetto da sottolineare: la correttezza dell'impostazione diagnostica e terapeutica del lavoro del dott. Foti, orientata sulla rotta dell'ascolto e della validazione delle emozioni e che mira all'elaborazione delle esperienze traumatiche della paziente, ottiene un'embrionale verifica in base ai riscontri emotivi forniti dalla stessa Veronica al termine delle sedute, quando regolarmente il terapeuta tende a monitorare con atteggiamento rispettoso ed aperto qual è il vissuto emotivo della paziente sollecitato dal colloquio. Ecco le risposte per ciascuno dei quattro colloqui fin qui presi in esame.

Primo colloquio

*"VERONICA: A me**mi ha colpito di sentirmi a mioagio**, perché a volteio mi sento molto, comepossodire, molto a disagio e questo mi ha colpito*

DOTT. FOTI: Molto a disagioneldialogoconglialtri?

VERONICA: Sì, a parlare di me … e niente… mi sonosentita a mioagio."

Secondo colloquio

*"VERONICA: mmh… unpo' di tristezza per la miastoria (…) e ancheunpo' più tranquilla. Cioèio**ognivoltachevengo qua e quandoescosono sempre unpochino più tranquilla**."*

Terzo colloquio

"VERONICA: ***Cioèl'unicacosabella di venire qua e checomunquedopo mi sentomeglioquindinonostantequestidiscorsiiopensochedopostaròmeglio."***

Quarto colloquio

"VERONICA: Più leggera è un'emozione?

*DOTT. FOTI: Sssssiiii, **unsenso di leggerezzacomestato mentale**, sollievo, possiamodiresollievo? Una certaquota di benessere?*

VERONICA: Sì

*DOTT. FOTI: chenascesecondotesoprattutto da? **Cosa***

puòavergeneratoquestosollievo? O quota di benessere?

*VERONICA: **Il fatto di averparlato di me, di avercapitoalcunecose di me**."*

7. L'ANALISI CRITICA DEL CONSULENTE TECNICO DEL P.M. :

1. UN COMPITO PERITALE NON RISPETTATO

Il compito di un consulente tecnico, chiamato a pronunciarsi in ambito giudiziario, è innanzitutto quello di esaminare il materiale documentale a sua disposizione. La dott.ssa Rossi dichiara di avere esaminato *"le trascrizioni redatte dal signor Vincenzo Ottaviano su incarico della Procura della repubblica del Tribunale di Reggio del 30/07/19 delle sedute intervenute tra VeronicaSoletti e il dott. Claudio Foti tra il 6 febbraio e il 18/10/16".*[26]

In realtà questa disamina non è stata compiuta con attenzione. Ricordiamo che il lavoro del dott. Foti si svolge in due tranche: la prima, quasi completamente videoregistrata e dunque facilmente analizzabile, avviene nel corso del 2016 fino ad ottobre-novembre presso l'AUSL di Reggio in un contesto che prevede anche l'assistenza e la formazione di alcuni psicoterapeuti dell'AUSL. La seconda tranche[27] inizia presso la Cura di Bibbiano circa sei mesi dopo la fine della prima tranche e si prolunga nel corso del 2018 in un contesto di nuove problematiche relazionali e familiari della paziente.

E' vero che in qualche passaggio la dott.ssa Rossi fa riferimento alle sedute di psicoterapia che avvengono nel contesto formativo dal marzo 16 a ottobre-novembre 16, ma questo riferimento è generico come se queste sedute fossero un blocco compatto ed indistinto. In realtà non vengono mai citate nella loro specificità, non sono mai state riportate con correttezza sequenze dialogiche di queste sedute, fosse anche per criticarle nel merito.

26 In realtà le sedute con Veronica partono dal 1 marzo mentre il 16 febbraio c'è un primo incontro con la madre.

27La seconda tranche riprenderà dopo parecchi mesi nell'aprile 2017 in un contesto relazionale e psicologico assai diverso da quello della prima tranche perché compare tra l'altro il problema della droga completamente assente nella prima tranche.

E' vero che nella relazione di CT da pag. 30 per circa 4 pagine vengono elencate, una dietro l'altra, una sfilza di citazioni di interventi del dott. Foti, tratte da passaggi comunicativi e contestuali diversi, sganciate dal contesto dialogico. Si tratta di un aggregato di citazioni che mira a dimostrare un teorema accusatorio - quello di aver indotto nella paziente ricordi e contenuti a lei estranei - senza che vengano chiarite le affermazioni della paziente a cui ciascun intervento del dott. Foti si riferiva.

Ciò che risulta indiscutibilmente significativo è che non vengono riportate le affermazioni e le emozioni di Veronica e di sua madre nel corso della psicoterapia del 2016 e tali affermazioni ed emozioni nella loro coerenza ed intensità smentiscono pesantemente il tentativo del 2019 di dimostrare che, prima della psicoterapia, Veronica stava benissimo, che non c'erano in lei ricordi di abuso né vissuti ostili verso il padre e che sarebbe stato l'intervento della psicoterapia ad aver provocato i ricordi traumatici, le problematiche sessuali e i vissuti di terrore verso le figure maschili e aver creato così la confusione mentale in Veronica.

In realtà le comunicazioni verbali ed emotive di madre e figlia nel corso del 2016 evidenziano in modo incontrovertibile tante cose: che Veronica, prima della psicoterapia, era tutt'altro che *"solare ed estroversa"* (come invece ha affermato recentemente la madre), che la madre e la figlia esprimevano un convincimento profondo sulle plurime violenze sessuali e non sessuali patite dalla ragazza dall'infanzia all'adolescenza, che l'area della sessualità di Veronica era già associata ad espressioni di inibizione, sofferenza ed allarme ben prima della psicoterapia, che Veronica aveva già un marcato rifiuto e un indubbio terrore nei confronti del padre e delle figure maschili prima di conoscere il dott. Foti, che il percorso della psicoterapia del trauma del 2016 ha prodotto miglioramenti evidenti e cambiamenti psicologici consistenti, esplicitati dalla stessa Veronica.

La mancata analisi delle espressioni verbali ed emotive di madre e figlia evita lo stridente confronto tra ciò che le due donne comunicavano nel 2016 e ciò che dicono nel 2019, quando, nell'interpretazione del consulente del PM proiettano tutte le colpe sugli operatori e sul dott. Foti. Così la consulente elude le contraddizioni e le incoerenze

dell'atteggiamento di madre e figlia e può cercare di dimostrare che sarebbe stato il dott. Foti a tentare di indurre ricordi di abuso prima inesistenti in Veronica e a generare in lei un vissuto di paura e confusione verso le figure maschili, a produrre in maniera iatrogena nella ragazza un Disturbo di personalità borderline.

Una particolare carenza sta nella dimenticanza di ciò che dichiara la madre di Veronica nell'incontro preliminare alla psicoterapia. La consulente non cita neppure nel materiale esaminato la trascrizione del colloquio del 16 febbraio tra il dott. Foti e la signora AdrianaSanti e in effetti non ne fa alcun cenno nel corso della sua relazione.

Eppure, il colloquio del 16 febbraio 2016 (videoregistrato e trascritto) ha un'importanza enorme per valutare la consistenza delle accuse che sono state rivolte recentemente dalla madre e da VeronicaSoletti al dott. Foti, accuse che sono state utilizzate per fondare l'imputazione di lesioni gravissime ai danni di quest'ultimo.

Oggi la signora Santi sostiene che prima di conoscere il dott. Foti Veronica era *"solare ed estroversa"* ma questa affermazione se confrontata con ciò che la stessa signora diceva nel colloquio preliminare alla psicoterapia del 16 febbraio 2016 potrebbe addirittura risultare ridicola, se non fosse che contribuisce a tenere in piedi un'accusa tanto grave quanto ingiusta.

Proviamo dunque ad effettuare questo confronto che la dott.ssa Rossi ha completamente evitato di compiere.

2. LA SIGNORA SANTI SMENTISCE SE' STESSA

Ascoltata dalla polizia giudiziaria il 4 febbraio 2019 nel verbale di SIT la madre non ha dubbi e dichiara:

"*Prima di svolgere la psicoterapia mia figlia era una ragazza solare ed estroversa per quanto sempre ribelle a qualsiasi regola le davo. Dopo la psicoterapia, tuttavia, è*

diventata completamente un'altra … la ragazza purtroppo vede ogni figura maschile come una minaccia e come una fonte di molestie sessuali e questo è un atteggiamento che ha maturato dopo la psicoterapia".

In realtà - prima della psicoterapia – nel primo colloquio videoregistrato in data 16febbraio 2016 la madre descrive una figlia per nulla solare e per nulla estroversa.

MADRE - In questo momento (Veronica) è molto giù di morale per tutto quello che le è accaduto e in lei non vedo questa grande speranza non ce la vedo. Non mi sembra molto positiva, nonostante vuol fare questo percorso però è molto molto …

DOTT. FOTI - … giù di morale.

MADRE - Molto giù sì.

Dott.ssa Greggio- Più di prima?

MADRE - Non vuole neanche andare a scuola … cioè il fatto di dover andare a Paese montano per lei… (Trascrizioni testo da file audio. Stenotipia di Vincenzo Ottaviano, via Martiri di Belfiore, 20 – Carpi (MO), pag. 7[28])

La dott.ssa Greggio, presente al colloquio, chiarisce che il Servizio Sociale in accordo con Veronica ha deciso da poco di trasferire di scuola la ragazza a Paese montano (a circa 50 km da Reggio Emilia) per allontanarla da una situazione insostenibile che si era creata per le continue avance sessuali di un compagno di scuola, dalle quali Veronica non riusciva a difendersi.

La madre descrive con precisione un quadro depressivo della figlia.

DOTT. FOTI - E quindi lei diceva che la vede giù…

MADRE - Molto, molto triste.

DOTT. FOTI - E come manifesta questa tristezza, come … da cosa capisce che è giù?

28Gli stralci delle sedute citate d'ora in avanti si riferiscono a queste trascrizioni.

Madre - Perché non ha voglia di fare niente.

DOTT. FOTI - Tipo per esempio?

Madre: Niente anche a casa per sistemarsi la sua camera, glielo devo dire tante volte: "Sì adesso lo faccio, dopo lo faccio".

DOTT. FOTI - Non ha energie.

Madre: No, no.

DOTT. FOTI - Non ha energie

Madre: Non ha energie. È sempre stata molto pigra però ultimamente quando andava ancora a scuola non si voleva neanche alzare cioè proprio…". (Trascrizioni, pag. 8)

Dunque, la figlia è costantemente molto triste e non vuole alzarsi dal letto. Dove sta la solarità? Dove l'atteggiamento estroverso? Dove sta la credibilità di una testimone come la signora Santi che tre anni dopo questo colloquio fornirà un quadro idilliaco e distorto della situazione psicologica di Veronica, che determina la attribuzione al dott. Foti dell'origine dei problemi della figlia?

Analisi del colloquio del 16 febbraio 2016.

Dopo l'interruzione della frequenza scolastica presso l'istituto alberghiero di Reggio Emilia la situazione in cui versa Veronicaresta pesante perché deve affrontare *"la fatica di ricominciare da zero"* (pag. 7) e i problemi del nuovo inserimento scolastico. Dunque, la situazione psicologica di Veronica continua nell'immediato a restare segnata dalla depressione e dalla sfiducia nella possibilità di un inserimento positivo nel nuovo istituto scolastico. La madre dice che Veronica vorrebbe continuare a stare a casa fino a settembre, evitando di far fronte al nuovo istituto in cui è stata iscritta a Paese montano.

La dott.ssa Greggio chiarisce che il servizio solo ora sta acquisendo dalla ragazza stessa le informazioni sul vissuto di minaccia e di paura che la portava a non voler andare a scuola.

DOTT.SSA GREGGIO - Adesso forse riusciamo anche a capire perché non voleva andare,

aveva paura. Adesso è a casa in questi giorni è a casa per una decina di giorni, due settimane a casa.

MADRE: - Sì, è due settimane che è casa e vorrebbe continuare a stare a casa fino a settembre.

Il colloquio del 16 febbraio 2016, - va ricordato - prima che il dott. Foti conoscesse Veronica, è introdotto dalla seguente presentazione del caso che viene effettuata dalla dott.ssa Greggio:

"E' in un momento in cui vuole riuscire a saltar fuori dai suoi problemi e vuole affrontare un po' tutte le robe brutte che gli sono capitate a partire dall'abuso quando aveva quattro anni, a quest'ultimo episodio e tanti problemi coi ragazzi sempre relativi alla sessualità, spesso si trova maltrattata, usata, coinvolta in relazioni sessuali un po' burrascose."

(Trascrizioni, pp. 3-4)

L'abuso sessuale, avvenuto ai quattro anni, è presentato dalla dott.ssa Greggio come un fatto assodato con cui Veronica vorrebbe fare i conti ("*vuole affrontare un po' tutte le robe brutte che gli sono capitate a partire dall'abuso quando aveva quattro anni")*. Un'altra constatazione della dott.ssa Greggio circa la situazione di Veronica riguarda *"i problemi coi ragazzi sempre relativi alla sessualità"* e il fatto che la figlia "*si trova maltrattata, usata, coinvolta in relazioni sessuali un po' burrascose"*

La madre di Veronica, <u>non solo non contesta questa presentazione del caso, ma porta nel corso del colloquio elementi che la confermano.</u> La dott.ssa Greggio aveva parlato di relazioni burrascose e maltrattanti da parte dei ragazzi. La signora Adriana Sinisi da parte connette con certezza il peggioramento della figlia alle aggressioni bulllistiche e sessualizzate che un compagno di scuola effettua quotidianamente ai danni della figlia. **Oggi la signora Santi nega tutto, ma ieri forniva un quadro dove emergeva chiaramente nella figlia un tratto distintivo della sindrome post-traumatica da trauma sessuale: <u>una marcata tendenza alla rivittimizzazione sessuale</u>**

ed una marcata difficoltà a difendersi dall'iniziativa sessuale invadente dei maschi

DOTT. FOTI - E da quando ha notato questo peggioramento?

MADRE -- Ma nell'ultimo mese… dicembre, da quando è cominciata poi...cioè già dall'inizio dell'anno aveva problemi con questo ragazzo che mi aveva accennato. Poi da dicembre ho visto che … cioè era peggiorata la sua voglia di andare a scuola

DOTT. FOTI - L'aveva ridotta ulteriormente. E quindi?

MADRE - Io ho chiesto se c'era qualcosa che non andava di dirlo se a scuola ci fossero delle cose che a lei non andavano bene lei mi diceva: "No, no va tutto bene, non mi piace la scuola, non mi piacciono i miei compagni". Ho visto anche dei morsi sul collo chiedendole che cosa erano, lei mi ha detto: "Son giochi". Gli ho detto: "A me non mi sembrano giochi e se c'è qualcosa…dillo", lei mi fa: "No, no, no, non c'è niente".

Dott. Foti - E quindi secondo lei che cosa ha fatto precipitare questo momento depressivo, che cosa … che idea si è fatta? Che cosa ha contribuito maggiormente a che sua figlia diventasse più triste?

MADRE - E che questo ragazzo tutti i giorni le dava fastidio. Le metteva le mani addosso, comunque, anche nelle sue zone intime, le ha infilato le mani e mia figlia … cioè l'intimità per mia figlia è una cosa molto molto riservata." (Trascrizioni, pag. 9)

Per la signora Sinisi i segni del malessere di Veronica datano da tempo e le esperienze del passato hanno reso la figlia non solo triste, ma anche arrabbiata.

MADRE - C'erano con il precedente abuso che ha avuto a 13 anni… poi dopo neanche il tempo di fare un percorso psicologico con la dottoressa è avvenuta questa cosa qui, lei è peggiorata poi. Anche nel rispondere a volte è arrogante nei miei confronti perché io non capivo magari che lei avesse un problema.

DOTT.FOTI - Quindi diventava giù ma anche aggressiva in qualche modo, molto arrabbiata.

MADRE – Sì. (Trascrizioni, pag. 10)

Dunque, la rabbia di Veronica verso la madre era precedente l'avvio della psicoterapia e semmai l'analisi delle sedute può dimostrare che la psicoterapia ha contribuito a stemperare tale rabbia.

Tre anni dopo il significativo colloquio del 16 la signora Santi, in linea con il concetto di recanter, elabora un credo in base al quale la figlia prima di conoscere il dott. Foti era *"solare ed estroversa"*, non era affatto condizionata dalla tristezza, non aveva tendenze aggressive nei confronti della mamma, ma solo un lieve conflitto, e non aveva vissuti di terrore, né un atteggiamento conflittuale e diffidente verso le figure maschili. Tre anni dopo la madre di Veronica vuole dimostrare grossolanamente che i problemi della figlia sono derivati dalla psicoterapia, e che l'atteggiamento della ragazza verso la figura maschile come portatrice di una minaccia e di un rischio di molestie sessuali sarebbe derivato solo a seguito dall'intervento del dott. Foti.

3. IL QUADRO POST-TRAUMATICO DESCRITTO DALLA SIGNORA SANTI NEL COLLOQUIO CHE PRECEDE LA PSICOTERAPIA

La signora Santi smentisce sé stessa e la dott.ssa Rossi non si accorge di questa eclatante incoerenza. Eppure, bastava leggere la trascrizione del primo incontro delle videoregistrazioni, di cui disponeva. La dott.ssa Rossi non solo non rileva il fatto che le dichiarazioni della madre di Veronica del 2016 contraddicono le sue più recenti dichiarazioni, ma decide di fondare in gran parte la sua costruzione accusatoria sul conto del dott. Foti proprio su ciò che afferma la madre nel febbraio 2019. Il malessere attuale della ragazza, il Disturbo di Personalità Borderline, che oggi la dott.ssa Rossi diagnostica a VeronicaSoletti sarebbe derivato dalle interpretazioni del dott. Foti e non già dalle plurime esperienze traumatiche da lei vissute, il cui quadro risulta evidente sulla base delle descrizioni della stessa signora Santi e delle comunicazioni di Veronica sin dalle primissime sedute della sua psicoterapia.

Nel febbraio 2016 il convincimento della madre circa la violenza patita da Veronica è profondo e, coerentemente, ne teme le conseguenze. La signora Sinisi esterna i motivi della sua ansia per il futuro della figlia. E' preoccupata *"che possa incontrare sempre*

delle persone sbagliate" (Trascrizioni, pag. 13), teme per Veronica perché vede negli uomini soggetti potenzialmente violenti e perversi ed è ben consapevole delle esperienze negative e violente che hanno segnato la vita della figlia.

DOTT. FOTI - Che cosa in particolare si augura che sua figlia non riviva? Non sia costretta a subire a sperimentare?

MADRE - La violenza degli uomini diciamo.

DOTT. FOTI - La violenza degli uomini.

MADRE - Spero che mia figlia si possa fare una vita e possa venirne fuori convivendo con questa cosa che le è capitato, perché è difficile convivere con certe esperienze di vita. (Trascrizioni, pag. 21)

Il dott. Foti chiede poi alla signora Santi che idea si è fatta degli uomini.

MADRE - Che son molto strani, hanno una mente molto strana, magari non tutti non voglio creare..

DOTT. FOTI - No, no sappia che la capisco, che la seguo, che ha tutta la mia comprensione…

MADRE - … una mente molto molto strana.

DOTT. FOTI - In che cosa?

MADRE - Delle volte molto perversa secondo me. (Trascrizioni, pag.21)

Appare evidente che già dal primo colloquio introduttivo emerge una forte consapevolezza della madre sulle esperienze di vita violente patite dalla figlia. Da quanto afferma la madre nel 2016 emerge dunque l'ipotesi che un'idea molto negativa degli uomini possa derivare a Veronica - ben prima che compaia il dott. Foti - sia dall'impatto esperienziale con un mondo maschile violento, sia dalla stessa rappresentazione che la madre ha degli uomini.

Appare evidente che già dal primo colloquio introduttivo con la madre emergono elementi molto importanti della vicenda infantile ed adolescenziale della figlia che sollecitano il dott. Foti a cercare di curare i traumi di VeronicaSoletti affrontando i temi del passato e del presente. Appare evidente che all'inizio della psicoterapia la signora Santicomunica al dott. Foti una rappresentazione della figlia che non è certamente *"solare ed estroversa"*.

Dalla seduta del 16 febbraio ed in particolare dalle comunicazioni della madre emerge un quadro drammaticamente preoccupante da cui si capisce che Veronica vive una situazione segnata da tratti depressivi e da scoppi di aggressività e soffre per una vicenda nella quale emerge che la ragazza:

- ha subito un probabile abuso sessuale quando aveva quattro anni;
- ha subito un abuso sessuale all'età di tredici anni;
- ha avuto problemi con un compagno di classe che la molestava sessualmente;
- ha avuto problemi di relazione anche sessuali con i ragazzi (si trova maltrattata, usata)
- ha patito l'abbandono del padre durato da quando aveva 4 anni ad 8 anni;
- ha sofferto per non essere stata creduta e presa sul serio dal padre per nessuno dei due abusi sessuali patiti ai 4 ai 13 anni (per il secondo è stata per di più colpevolizzata);
- ha subito la perdita del nonno da lei considerato figura affettiva rilevante;
- ha espresso alla madre un bisogno di condivisione partecipe della propria sofferenza per le violenze che sente di aver subito;
- ha dovuto assistere da bambina alle violenze che sia il padre che lo zio (fratello della signora Adriana) esercitavano sulla madre;
- ha assistito alle minacce del padre rivolte verso la madre ma anche verso Veronica e la sorella;
- è vissuta in un ambiente familiare dove la madre si è fatta una rappresentazione degli uomini come portatori di atteggiamenti violenti e perversi.

È paradossale che per la dott.ssa Rossi non siano questi fattori traumatici o potenzialmente traumatici ad essere all'origine della confusione mentale della problematica psichica attuale di Veronica. La causa per la Consulente del PM va cercata invece negli interventi suggestivi degli operatori e soprattutto nelle induzioni che avrebbero caratterizzato la psicoterapia del dott. Foti.

4. IL CONVINCIMENTO DI VERONICA SULL'ABUSO INFANTILE PATITO E LA CONDIVISIONE PARTECIPE DELLA MADRE

La signora Santi dichiara oggi che, quandoVeronica era piccolina dopo la rivelazione alla zia del supposto abuso infantile, non aveva parlato direttamente con la figlia. E neppure in seguito. *" Solo recentemente la signora Santi si era confrontata con la figlia su questo racconto che aveva rivolto alla zia quando aveva quattro anni, però 'lei non si ricorda… cioè si ricorda vagamente…che poi qualcun altro gliel'ha fatto ricordare nel modo sbagliato' ".* (rel. dott.ssa Rossi, pag. 39)

Quindi madre e figlia non si sarebbero mai confrontate, se non recentemente, sul convincimento e sul ricordo di Veronica relativo all'abuso patito ai 4 anni. Ma questo palesemente non corrisponde al vero. Nel primo incontro che precede l'avvio della psicoterapia la madre di Veronica afferma che un confronto – tutt'altro che irrilevante e passeggero – con la figlia su questo tema c'è stato. … "perché me l'ha detto … gliel'ho anche detto".

MADRE - E lui non ha creduto dicendo che una bambina si inventa… si può inventare queste cose qua e lui non ne voleva sapere. Poi dopo il fatto che lui non si è più fatto sentire e vedere per degli anni con tutte e due le mie figlie, lei ne risente molto di questo la Veronica

DOTT. FOTI - Ma da che cosa lei capisce che ne risente?

MADRE - E perché me l'ha detto, "non c'è mai stato", "non mi ha creduto" e lei è molto arrabbiata con suo padre. E anche questa è una cosa secondo me che la butta molto a terra non esser creduta dal proprio genitore. **(Trascrizioni, pp. 14**

-15)

La madre empatizza profondamente con Veronica e sembra credere pienamente all'idea dell'abuso esplicitata dalla ragazza: *"Mia figlia vuole essere creduta e sa che io credo a mia figlia e glielo anche detto, che le credo in quello che dice e penso che voglia che partecipi in questa…in questa cosa qua."* (Trascrizioni, pag. 16). Nel 2019 la signora Adriana afferma che l'abuso infantile è stato fatto ricordare alla figlia dagli operatori "in modo sbagliato", ma nel 2016 esprimeva con forza la propria convinzione che lei credeva pienamente all'abuso comunicato dalla figlia. Mostrava dunque di intuire che la figlia, in quanto vittima, aveva bisogno di essere creduta e di sperimentare da parte della madre un atteggiamento di "partecipazione affettiva" e di partecipazione empatica.

Nel febbraio 2016 – prima dell'inizio della psicoterapia con Veronica – la madre descriveva una figlia radicata emotivamente nella convinzione di aver subito dal padre a. un abbandono; b. una grave mancanza di comprensione per una violenza patita ("*non c'è mai stato", "non mi ha creduto");* c. si trattava di una figlia fortemente bisognosa di essere creduta dalla madre e di ricevere da lei vicinanza emotiva rispetto alla violenza narrata ("*Mia figlia vuole essere creduta e sa che io credo a mia figlia e glielo anche detto, che le credo in quello che dice e penso che voglia che partecipi in questa…in questa cosa qua.*")

Se Veronica insiste nel chiedere di essere creduta, non lo fa rispetto al fatto evidente ed indiscutibile per tutti di essere stata abbandonata come figlia. Se Veronica insiste nel chiedere di essere creduta e di ricevere la comprensione partecipe della madre, è perché avverte che c'è stata una qualche penosa esperienza di violenza, rispetto alla quale è mancato il riconoscimento da parte del padre e più in generale è mancato un adeguato riconoscimento sociale.

Di fronte alla dott. Rossi nel febbraio 2019 la posizione della signora Santi è del tutto cambiata. Ora la madre dice che è stato tutto un fraintendimento. È la zia che avrebbe interpretato male, sono gli operatori che avrebbero suggestionato la figlia.

Il ricordo penoso di Veronica non sarebbe mai appartenuto alla ragazza stessa, Veronica non avrebbe mai richiesto alla madre un atteggiamento di condivisione partecipe sulla sofferenza traumatica patita, bensì tale ricordo sarebbe stato introdotto *"in modo sbagliato"* dall'esterno dagli operatori.

5. IL RICORDO DELL'ABUSO INFANTILE IN VERONICA

L'analisi di cosa dice Veronica nelle sedute videoregistrate avrebbe potuto consentire di verificare che le sue affermazioni sono attraversate da un riproporsi spontaneo ed insistente dell'idea di un padre abusante.

Veronica è tormentata dall'idea di un possibile abuso sessuale perpetrato dal padre su di lei quand'era bambina. Questa idea non si appoggia soltanto ai racconti che le sono stati fatti dalla madre e dalla zia circa la rivelazione da lei compiuta ai 4 anni, ma si basa su sensazioni e frammenti di ricordo avvertiti soggettivamente.

Insiste nel rimproverare il padre perché non l'ha creduta nella vicenda dell'abuso che ha subito da piccola (Trascrizioni, pag. 300). "Ha preferito credere al suo compare invece che a sua figlia" (pag. 229). Il padre l'ha disprezzata e l'ha considerata una bambina non meritevole di essere ascoltata: "Diceva che ero una bambina e non sapevo quello che dicevo" (pag. 301).

Veronica inoltre spontaneamente parla al dott. Foti di un libro che l'ha molto colpita. La protagonista è una ragazza che *"comunque veniva abusata da suo padre sessualmente"*. Precisa: *"Solo che lei non si ricordava niente perché era successo quando aveva 4 anni"* (Trascrizioni, pag. 282), affermando così una differenza tra la protagonista del racconto e lei, che invece ricorda qualcosa della violenza subita.

In questo libro dal titolo "Le coincidenze dell'amore", la protagonista è stata abusata da suo padre proprio all'età di 4 anni e ha dissociato il ricordo. Nel racconto c'è una zia che ha un ruolo importante e c'è un padre che di fronte al recupero del ricordo dissociato da parte della figlia, finisce per suicidarsi.

Veronica è tormentata dall'idea che la sorella abbia potuto essere abusata sessualmente dal padre. O potrà esserlo in futuro. È convinta che la sorella voglia rivedere il padre

perché è ancora attaccata a lui, nonostante il padre abbia fatto del male, non solo a lei, ma alla sorella stessa (Trascrizioni,pag. 330).

Nel corso del trattamento dell'EMDR di fronte ai frammenti significativi del ricordo del proprio abuso si affaccia alla sua mente l'idea insistente di uno scambio, di una sovrapposizione tra il viso del padre e il viso del suo abusante(pp. 342 sgg.).

Questa idea suscita malessere e conflitto (si mette ripetutamente le mani di fronte agli occhi). Compare qualche spunto nell'elaborazione autonoma di Veronica che quel viso possa essere del padre e non del socio. Non solo il dott. Foti ascolta senza in alcun modo incentivare questi spunti, ma lascia cadere il tema perché manca il tempo e mancano pochissime sedute alla conclusione del ciclo di psicoterapia.

"Veronica– scrive oggi la dott.ssa Rossi - *ha affermato di non ricordare l'episodio che sarebbe occorso con il socio del padre".* (rel. dott.ssa Rossi, pag. 57) Ora è vero che nelle sedute videoregistrate non compare in Veronica un ricordo completo e preciso del trauma infantile, ma è altrettanto vero che compaiono senza dubbio nella mente della ragazza numerose ed importanti percezioni, sensazioni ed emozioni che la portano a credere al fondamento del racconto da lei fatto da bambina alla zia e che le è stato riportato dalla madre.

Prima del trattamento dell'EMDR ci sono in Veronica quattro contenuti riguardanti questo ricordo infantile:

- **la sensazione di disagio che c'è sempre stata connesso alla figura del compare del padre ("*Di quando ero piccola non mi ricordo niente. C'è però comunque la sensazione di disagio quando ero in sua presenza, c'è sempre stata, io infatti ho sempre cercato di dire a mio padre che non ci volevo andare"* (Trascrizioni, pag. 307);**

- **un ricordo di cui parla a diverse riprese: nella terza seduta dice di avere *"un'immagine stampata in testa"* di lei piccolina che è sul divano *a fianco all'amico del padre con un vestitito rosa e con la sensazione di essere***

disorientata (Trascrizioni, pag. 100); nella dodicesima seduta – prima del trattamento EMDR - ricorda una situazione spiacevole di lei seduta sul divano con la mano di un adulto che si avvicinava alla sua zona genitale:

- Veronica vede la mano (ma non il volto) di un adulto proiettata verso la sua zona genitale. *"DOTT.FOTI - Tu cosa ricordi, che immagini hai? - VERONICA - Che io sono in casa sua, di questo qua e lui vicino a me, penso. Cioè che mette la mano qui vicino (indica la zona che va dalla pancia ai genitali) però non … cioè io lo sto … non lo so come lo sto vedendo, cioè non sono io che sto guardando.")* (Trascrizioni, pp.304-305, cfr. inoltre pag.322); anche il ricordo di questo episodio, come già successo per l'episodio dell'abuso ai 13 anni, è caratterizzato da un movimento dissociativo che porta Veronica a vedere la scena dall'esterno;

- l'immagine di sé è quella di una bimba *"molto piccolina (…) con un'aria innocente"* (Trascrizioni, pag. 324), una bambina sprovveduta – come precisa la stessa Veronica - che non capisce che le persone le stanno facendo del male ed è incapace di difendersi (Trascrizioni, pag. 337);

Con l'applicazione dell'EMDR si aggiungono "a grappolo" altri quattro contenuti:

I - la paziente innanzitutto recupera in modo del tutto autonomo il ricordo del "*sorriso che c'era prima* " e della *"spensieratezza"* di lei bambina prima che capitasse quell'evento che evidentemente ha sconvolto ed ovviamente modificato quel sorriso e quella spensieratezza(pag. 342);

II – l'uomo sul divano, di cui non vede il volto, la chiama a sé e le chiede se le vuole bene, lei voleva rispondergli di no, ma non ricorda cosa poi è riuscita a dirgli e cosa è successo: "*Non riesco a vedere la sua faccia però mi ha chiamato sul divano, mi ha fatto così (un cenno con la mano) 'Siediti'…."* . *Mi ha chiesto se gli voglio bene….*

Io nella mia mente gli ho detto di no. Però non lo so". **(pp. 342 -343)**

III - insiste nel comunicare che nella sua mente si registra uno "scambio", una sovrapposizione tra l'immagine paterna e quella del suo "compare" per cui è confusa sul volto dell'adulto che agisce la seduzione: ***"Non riesco a capire con precisione perché loro due sono sempre molto simili… Cioè vorrei riuscire a vedergli la faccia però non ci riesco …*** **(Trascrizioni, pag. 344).** ***"E' più il viso del compare di mio padre però non so perché vedo troppa somiglianza con mio padre"*** **(pag.345).**

IV - Veronica recupera un aspetto drammatico del ricordo, nel quale la zia chiede ripetutamente: "Ma chi è lui, ma chi è lui?" e Veronica bambina risponde: "Lui, è lui, è lui…", non riuscendo a superare il blocco psichico e comunicativo a specificare di chi si trattava.

"E…ehm … mi è venuto in mente solo… non lo so… va beh, non so se riesco a dirlo quello che ho detto mia zia… lui mi ha toccato …la … ehm… Poi però non mi ricordo di avergli… non lo so… non lo so se gli ho detto che è stato… non lo so (si copre il viso con le mani)". (pp. 348)

"Non so se gli ho detto chi è questo lui…. perché forse gli ho detto solo lui però non lo so cioè perché…" (pag. 349)

"Ehm…penso che… non si sia, io non abbia ancora capito chi era questo lui. Però… non lo so perché mi è venuta davanti questa immagine di mia zia che mi dice: "Ma chi è lui, ma chi è lui?" Io dicevo: "Lui, è lui, è lui…", però non sapevo dire chi..." (Trascrizioni, pag. 350)

L'immagine di partenza dopo il trattamento EMDR è cambiata in questo senso: *"E' diventato… non è più una fotografia ma è una specie di filmino. (…) … però c'è qualcosa… cioè vedo più o meno vedo la sua faccia e vedo che è sempre un miscuglio tra mio… mio padre e il suo compare"* (Trascrizioni, pag. 350-351).

L'ipotesi che ci si trovi di fronte ad un falso ricordo, esclusivamente generato da elementi esterni alla memoria della paziente (per es. dall'aver sentito da altri, dalla

madre o dalla zia il racconto dell'abuso, di cui sarebbe stata vittima) può essere pienamente falsificata.

In realtà il racconto della madre e della zia sono un elemento esterno che ha sempre agito da conferma delle tracce interne di memoria che sin da bambina sono state presenti nella mente di Veronica e che l'hanno portata con convinzione a validare come fondato il resoconto della zia e della madre circa quanto da lei raccontato alla zia stessa quando aveva 4 anni.

L'ipotesi che l'EMDR abbia installato dall'esterno un falso ricordo è falsificata, perché prima del trattamento c'erano già sensazioni e tracce nella memoria di Veronica dell'abuso infantile:

VERONICA - E io ci credo a me stessa di quando ero piccola quindi (…) penso sia una cosa vera poi anche il fatto che comunque mio padre mi portava a trovarlo insieme a mia sorella e non mi sentivo a mio agio in sua presenza in casa sua, ha fatto sì che io ci credessi davvero in questa cosa, quindi io ci credo fermamente in questa cosa (Trascrizioni, pag. 303).

L'EMDR non stravolge il contenuto del ricordo precedente, gli dà un più forte spessore emotivo, lo arricchisce in alcuni aspetti, senza eliminare tuttavia le aree di incertezza che permangono.

6. LA "SECONDA VIOLENZA" SUBITA DA VERONICA

Nel corso della psicoterapia con il dott. Foti Veronica qualifica spontaneamente come *"seconda violenza"* quella patita, quando aveva 13 anni, da Rubio, un ragazzo di qualche anno più grande di lei. Siamo nella terza seduta.

DOTT. FOTI - Senti Veronica mi ha molto colpito che prima tu hai detto: "La prima violenza che ho subito", e le altre?

VERONICA - Mm… beh… mi è successo quando avevo 13 anni, era il mio ragazzo diciamo

e quella li è stata la seconda… e …basta (la parola basta è sussurrata)

DOTT. FOTI - E questo ragazzo, se adesso stiamo facendo questo resoconto ma perché proprio cerco di farlo, anche se capisco che ti può creare malessere, proprio per vedere se posso aiutarti a fare un lavoro di recupero della memoria che ti possa aiutare a star bene. Questo ragazzo cosa ti ha fatto? Questo lo ricordi? Oppure anche questo è confuso nella nebbia?

VERONICA - No, mi ricordo.

DOTT. FOTI: Cosa… se te la senti di comunicarmi cosa ti ha fatto.

VERONICA - Beh, mi ha violentato possiamo dire.

DOTT. FOTI – Ti ha proprio violentato. Era più grande di te?

VERONICA - Annuisce con la testa e sussurra un sì

DOTT. FOTI - Era più grande di te. Caspita, proprio un'esperienza brutta eh!. Quanti anni aveva?

VERONICA - Due anni in più di me. (Trascrizioni, pag. 104)

Sarebbe importante ascoltare questo passaggio tramite video per apprezzare l'impatto emotivo sofferto e conflittuale che il ricordo di quell'esperienza produce in Veronica. La dott.ssa Rossi non solo non ha visto il video, ma sembra che non abbia letto o comunque non abbia assolutamente tenuto in considerazione questo ed altri passaggi nel corso della psicoterapia.

Nella sesta seduta dopo aver raccontato due sogni angosciosi la ragazza - in risposta alla domanda aperta del dott. Foti che chiede se ci sono situazioni angoscianti nella sua vita attuale – risponde:

VERONICA- Beh, reincontrareRubio, il primo (..) cioè no, poi era il secondo che mi ha fatto del male perché siccome è molto vicino a me io ho sempre il terrore di incontrarlo. (Trascrizioni, pag. 156)

Nel corso dell'ottava seduta Veronica comunica in maniera inequivocabile e con un processo di pensiero del tutto autonomo la natura traumatica del ricordo del rapporto sessuale subito dal fidanzato ai 13 anni. Cinque sono i passaggi significativi.

1. **È dispiaciuta perché la sorella ha saputo prendere l'iniziativa di lasciare un ragazzo troppo interessato ai rapporti sessuali, mentre lei ricorda con Rubio non c'è riuscita.**
2. **L'esperienza del rapporto sessuale con Rubio fa venire in mente a Veronica il ricordo di una "prima volta" associato ad un'indicibile pena.**
3. **L'aspetto più spiacevole del ricordo è legato alla reazione dissociativa sperimentata nel corso del rapporto sessuale.**

VERONICA - È stato un po' tutto però, la mia assenza proprio. Non è che mi vedo lui davanti io sono tipo uscita, però non lo so che cosa sarebbe stato meglio ricordarmelo da fuori o da dentro.

DOTT. FOTI - Sta di fatto che sei andata fuori perché quello era un momento molto spiacevole, deve essere stato un momento molto brutto e quindi senza poterlo scegliere non è che l'hai scelto, ma ti sei trovata a vedere la scena dall'esterno. È così?

VERONICA - Sì. (Trascrizioni, pag. 206)

4. **Veronica recupera spontaneamente nel dialogo un aspetto del ricordo traumatico.**

VERONICA- Adesso che ci penso cioè era una cosa bruttissima che lui mi chiedeva scusa e mi ha detto: 'Ti amo'. Quello è stato brutto.

DOTT. FOTI - Ti chiedeva scusa e ti diceva ti amo, mentre si svolgeva la violenza?

VERONICA: Sì. (Trascrizioni, pag. 207)

Con grande sofferenza e in tono lamentoso Veronica prosegue:

VERONICA- È che io gli avevo detto di no ovviamente eh ...non riesco a spiegarlo... cioè e mentre mi fa del male mi dice di amarmi e quindi è stato sconvolgente. (pag. 208)

5. **A questo punto il dott. Foti cerca di approfondire il vissuto emotivo della paziente nei confronti di Rubio senza alcuna induzione.**

DOTT. FOTI - Ma se tu avessi la possibilità di dirgli qualcosa o di fargli qualcosa, cosa diresti, cosa gli faresti?

VERONICA - A parte che se lo vedessi io non so se ce la farei ..

DOTT. FOTI: A…?

VERONICA: A reggere

DOTT. FOTI - A reggere il suo sguardo, a reggere l'incontro con lui, a reggere… ?

VERONICA - A reggere l'incontro.

DOTT. FOTI - A reggere l'incontro.

VERONICA - Mi sentirei come un animale in trappola, tipo.

DOTT. FOTI - Anche solo il vederlo ti riporterebbe allo stato in cui lui è dominante e tu sei l'animale in gabbia.

VERONICA - Sì, mi sentirei debole. (Trascrizioni, pag. 209-210)

Nella nona sedutaVeronica collega il proprio bisogno di vivere in sicurezza dalla possibilità di stare lontana dal padre e dalle figure che l'hanno fatta soffrire. Sente spontaneamente il bisogno di ricordare nell'elenco di queste figure Rubio.

VERONICA: Sto bene. (…) Sì, sono un po' contenta.

DOTT. FOTI: Quindi senti che stai andando avanti?

VERONICA: Sì. (…) C'è sempre un pochino di sofferenza per quello che mi è successo

però…

DOTT. FOTI: … però ne puoi parlare, è comprensibile anche che ci sia un po' e che rimanga, cos'è che in particolare ti fa sentire che dentro comunque stai andando avanti? Che processo di – come dire? – di crescita procede… cos'è che ti aiuta ad intravedere questo?

VERONICA: Mh …non lo so cioè mi sento diversa, non lo so spiegare, cioè, mi sento più consapevole di quello che può succedere [alza improvvisamente il tono della voce] cioè non lo so! Cioè mi sento al sicuro diciamo. (Trascrizioni, pag. 224)

Risulta dunque che la psicoterapia sta contribuendo ad un processo di crescita esperienziale e psicologica della paziente. Il dott. Foti chiede allora a Veronica di approfondire il vissuto di maggiore sicurezza che esplicita.

DOTT. FOTI: … allora volevo capire qual è il pericolo che senti meno presente, cos'è che ti fa sentire al sicuro rispetto a cosa?

VERONICA: Mh… beh allora stare a distanza da mio padre. (…) Ehm … anche da… beh dal suo amico… il suo compare, ehm…

DOTT. FOTI: … li senti collegati tuo padre e il suo compare?

VERONICA: Sì.

DOTT. FOTI: Eh, li senti collegati, Eh! Quindi ti senti più distante?

VERONICA: Sì, poi … mh… anche da Rubio che comunque cioè non lo vedo da… non lo vedo più…. (…)

DOTT. FOTI: Non lo vedi più?

VERONICA: No, è questa è una cosa positiva. (Trascrizioni, pp. 225-226)

Spontaneamente la paziente fa derivare il vissuto di sicurezza dalla distanza fisica – e dalla distanza psicologica nei confronti delle figure da lei associate ad esperienze traumatiche: il padre, l'amico del padre e Rubio. Tutt'e tre queste figure in qualche modo sono associate alla violenza. Fra loro indubbiamente Veronica stabilisce un legame che a che fare con il male da lei subito.

7. La insussistenza delle basi sulle quali la Dr.ssa Rossi nega la problematica sessuale di Veronica preesistente alla terapia

La dott.ssa Rossi procede per la sua strada relativa alla idea-ipotesi che il Dr. Foti in maniera iatrogena abbia determinato un danno gravissimo alla sua paziente ed esclude qualsiasi informazione possa far dubitare del suo assunto tralasciando il suo compito di indagine peritale.

Senza alcuna considerazione di cosa emerge chiaramente nelle trascrizioni a sua disposizione, ignorandone radicalmente i contenuti arriva alla conclusione che dimostra l'apriori da cui parte: *"Risulta molto rilevante cogliere come Veronica, attraverso gli operatori, si sia convinta che il suo primo rapporto sessuale, al quale aveva accondisceso per accontentare il fidanzato era stato una violenza. Il danno, tuttavia, provocato dalle induzioni poste in essere in tal senso, non è limitato ad alterare il significato del ricordo di quello specifico evento, ma è esteso a tutta la vita sessuale di Veronica, non più in grado di comprendere quando un interesse sessuale nei suoi confronti da parte di un ragazzo possa costituire un tentativo di coercizione."* (Relazione dott.ssa Rossi pp. 42- 43)

Dunque,Veronica parla in maniera spontanea di Rubio come figura che lei ha ancora terrore di incontrare, che se incontrasse si sentirebbe come "un animale in trappola", parla di un'esperienza sessuale violenta che ha vissuto in maniera dissociata, "dal di fuori", "in assenza", parla di un'esperienza bruttissima e confusiva, perché Rubio mentre la costringeva al rapporto le diceva: "Ti amo". Ma tutto questo non viene osservato, né considerato dalla dott.ssa Rossi.

Per la consulente del PM la vita sessuale di Veronica sarebbe stata alterata, non già dagli eventi traumatici che dalla terza seduta la ragazza inizia a raccontare (eventi fra i quali la "prima" e la "seconda violenza", l'abuso intervenuto ai 4 anni e quello successivo ai 13 anni), bensì dall'ascolto che il dott. Foti compie della vicenda traumatica di Veronica

e dai successivi interventi tesi alla comprensione e all'elaborazione di quella vicenda.

La dott.ssa Rossi avrebbe potuto falsificare attraverso numerosi elementi l'ipotesi che intende dimostrare: quella in base a cui la vita sessuale di Veronica sia stata danneggiata non già dalle esperienze traumatiche patite ma dalle valutazioni degli operatori e soprattutto dalle interpretazioni del dott. Foti.

ÈVeronica stessa che chiarisce in modo indiscutibile le origini traumatiche delle sue difficoltà nella vita sessuale. In passato – quando il dott. Foti non era neppure conosciuto dalla ragazza - <u>la sessualità per Veronica rappresentava un pericolo da cui tenersi distante, essendo associata a negatività, a dolore ed allarme.</u>

DOTT. FOTI - Tu da cosa ricavi la sensazione che può esserci stato qualcosa che ha disturbato la tua innocenza?

VERONICA - Mh, beh sicuramente comunque è stato il fatto che io mi tenevo abbastanza lontano dalla attività sessuale.

DOTT. FOTI - Ah, questa è un'informazione, certo.

VERONICA - E diciamo che, se c'ero molto vicina…ehm … mi sentivo male.

DOTT. FOTI - Come male?

VERONICA - Mi mettevo sempre a piangere.

DOTT. FOTI - Quindi come se ti avvicinassi a qualcosa di penoso e non di gioioso, di pericoloso e non di rassicurante. E caspita, caspita, ti mettevi a piangere mh… ehm… come se ci fosse nell'attività sessuale più un dolore o più un allarme? O tutte e due?

VERONICA - Io penso entrambe le cose.

DOTT. FOTI - Entrambe le cose, sia un dolore che un allarme, come una bimba spaventata

da una prospettiva dolorosa ti veniva giustamente da piangere. (Trascrizioni, pp. 371-372

L'attività sessuale, dunque, in passato suscitava abitualmente in Veronica, reazioni di pianto, espressione sia di dolore che di allarme. Se Veronica riesce a descrivere tutto questo in termini tanto lucidi ed autoriflessivi vuol dire che c'è stata in lei una profonda evoluzione del proprio punto di vista sulla sessualità. Già nell'ottava seduta esprime il proprio profondo dispiacere per il fatto che il primo rapporto sessuale – quello con il fidanzato sedicenne - sia stato rovinato dalla costrizione, per ciò stesso segnalando che la sessualità, nel momento in cui si esprime in questi termini - non è più un disvalore, ma un valore e ci si può dispiacere se questo valore è stato calpestato e l'incontro con la sessualità è stato segnato dalla violenza.

DOTT. FOTI - Un po' di sofferenza. Un po' di sofferenza nel pensare soprattutto a?

VERONICA - Che…come si può dire … la mia prima volta è avvenuta così. In modo non proprio bellissimo, quindi … mi ha portato via quella cosa lì.

DOTT. FOTI - Eh certo…il piacere di ricordare un'esperienza.

VERONICA - Sì, ma infatti in molti me lo chiedono e io non so cosa dirgli cioè.

DOTT. FOTI - Molti ti chiedono che cosa?

VERONICA - Come è stata la prima volta per me, quindi "Come è stata, bella o brutta?" Io non so cosa dirgli.

DOTT. FOTI - Sembra però che sia stata brutta da quello che mi fai capire.

VERONICA - Sì, sì però non mi va di dirlo. (Trascrizioni, pag. 205)

Al termine del percorso terapeutico la sessualità, o almeno la sua rappresentazione, è diventata per Veronica una dimensione positiva da difendere. L'avvio dell'elaborazione dei traumi sessuali ha consentito alla paziente di comprendere meglio quanto la sfera della sessualità sia stata danneggiata dagli eventi traumatici. La paziente non dice di aver realizzato un accesso sereno alla sfera sessuale, ma descrive piuttosto il superamento di reazioni emotive totalmente incongrue con quella dimensione di piacere e di scambio affettivo che può caratterizzare la sessualità.

Veronica non sopravvaluta i risultati raggiunti, si rende perfettamente conto che

permane un condizionamento ancora rilevante che il disagio post-traumatico esercita sulla sua sfera sessuale, ma è consapevole che questo condizionamento è stato fortemente ridotto.

Inoltre, la paziente è diventata in qualche modo consapevole dei nessi esistenti tra il passato traumatico e la vita sessuale e affettiva attuale. Comprende per esempio che la parola "amore", a seguito dell'inganno connesso alla violenza subita ai tredici anni e a seguito di inganni ancora precedenti, generi tuttora una profonda sfiducia nel partner, una percezione di falsità e un'ansia di abbandono. Il dott. Foti chiede a Veronica di quantificare il disagio post-traumatico che è ancora presente in lei.

DOTT. FOTI - Adesso, da uno a cento, quanto rimane di quel disagio legato all'attività sessuale? Non credo sia rimasto tale e quale, escluderei, in questo caso diresti cento, e sicuramente sarà diminuito, ma se 100 era il disagio che mi hai descritto, adesso quanto è sceso il disagio?

VERONICA - Beh, direi di molto.

DOTT. FOTI - Sparando una cifra, sparando un numero?

VERONICA- ehm… boh… Io direi fino a 30/40.

DOTT. FOTI - 30/40, 30/40, che è una bella riduzione, rimane qualcosa. Al di là, diciamo, vediamo cosa ti senti di comunicare, qual è il problema, qual è l'aspetto che più ti crea disagio, la conseguenza che ti ritrovi ancora in questo 30/40? Qual è il momento in cui ti sembra di trovarti di fronte ad un disagio legato a questo passato? Quale innocenza è stata violata? Tra l'altro con l'inganno, perché dicevi che questo Aristide, o chi per lui chiedeva: "Mi vuoi bene?", confondendo il bene, l'affetto col sesso, quindi è un inganno, una confusione[29]*, allora, quando è che ti senti ancora questo 30/40 %, in che situazione?*

VERONICA- Mmm, io penso che sia anche una paura di un abbandono dopo.

DOTT. FOTI - Ah ah, ah ah.

VERONICA - E anche che… quando qualcuno dice che mi ama penso sia una cosa falsa.

DOTT. FOTI - Ecco qua, ecco qua.

29 Cfr. S. Ferenczi (1932) , "Confusione delle lingue fra adulti e bambini", in J.M. Masson, *Assalto alla verità*, Mondadori, 1984.

VERONICA- Io non riesco infatti quasi mai a dirlo. (Trascrizioni,pp. 372-373)

Ma la dott.ssa Rossi ritiene che tali problematiche siano state prodotte dalle induzioni degli operatori e del dott. Foti in particolare! *"Le induzioni rivolte a Veronica*– afferma la consulente - *sono state così pesanti e protratte nel tempo che ancora oggi la ragazza risulta molto confusa rispetto all'area della sessualità"* (rel dott.ssa Rossi, pag. 57)

In conclusione,il lavoro peritale doveva considerare tutte le informazioni, pur disponibili, che evidenziano con chiarezza le origini traumatiche del disagio e della confusione che condizionano la vita sessuale di Veronica. Ciò avrebbe permesso alla Dr.ssa Rossi di evitare di equiparare le responsabilità del dott. Foti, che ha ascoltato il trauma di Veronica, a quelle di un violentatore, a quelle di chi ha agito abusi e di chi non ha protetto.

8. Veronica nelle sedute videoregistrate conferma le cose dette nella relazione dei servizi sociali

Liquidato completamente l'apporto conoscitivo che potrebbero fornire le dichiarazioni della signora AdrianaSanti espresse al dottor Foti poco prima dell'inizio della psicoterapia di Veronica, apporto indispensabile a chiarire la condizione post-traumatica e la sofferenza pregressa della figlia, è possibile certamente insinuare che la descrizione che il Servizio sociale compie della problematica di Veronica sia stata costruita sul niente.

Liquidato completamente il contenuto delle comunicazioni di Veronica nel corso delle sedute videoregistrate, la dott.ssa Rossi può facilmente permettersi di mettere in dubbio l'autenticità del virgolettato attribuito alla ragazza nella relazione del Servizio Sociale del 4 novembre 2015 (cfr. rel. dott.ssa Rossi, pag 13).

Il Perito del PM cerca di dimostrare il carattere suggestivo ed induttivo dei colloqui

degli operatori del Servizio Sociale e dunque l'inautenticità delle dichiarazioni della ragazza riportate nelle relazioni dei Servizio. **Ma in realtà il racconto della violenza subita dal fidanzato è espressa più volte dalla viva voce di Veronica nel corso sedute videoregistrate condotte dal dott. Foti.**

Le videoregistrazioni delle sedute di Veronica con il dott. Foti, fanno comparire una Veronica che dice cose del tutto analoghe a quelle riportate nel virgolettato delle relazioni del Servizio Sociale. Nelle sedute videoregistrateil racconto della ragazza mostra una forte coerenza narrativa ed emotiva e le espressioni del viso e della voce in maniera convergente segnalano la spontaneità e l'autenticità della sua comunicazione.

Basta guardare il video o almeno leggere le trascrizioni della terza seduta del 5 aprile 2016, della sesta seduta del 17 maggio 2016, il video dell'ottava seduta del 14 giugno, il video della nona seduta del 29 giugno per constatare come per es. Veronica descriva in modo analogo la stessa esperienza, già narrata ai Servizio Sociale, del rapporto sessuale traumatico subito ai 13 anni. Evidenti risultano l'autonomia psichica e l'intensità indubbiamente sofferta della comunicazione. Certamente ignorare queste videoregistrazioni e le relative trascrizioni squalifica la massa di dati psicologici e sociali che le relazioni del Servizio apportano in modo autentico alla ricostruzione della vicenda.

Il confronto fra la Veronica che emerge nelle relazioni del Servizio Sociale e quella che emerge nelle videoregistrazioni delle sedute del dott. Foti porta a constatare una forte coincidenza di atteggiamenti mentali e personologici, di conflitti intrapsichici, di contenuti narrativi e di vissuti emotivi che accompagnano il racconto.

In altri termini la Veronica che descrivono gli assistenti sociali e gli psicologi del Servizio è la stessa Veronica che si esprime sin dalle prime sedute con il dott. Foti. Il terapeuta si trova già con una paziente segnata da un quadro dissociativo, da ricordi traumatici non elaborati, da sintomatologie e tensioni intrapsichiche laceranti, da pesanti vissuti di autodeprecazione e di stigmatizzazione: **un quadro, la cui determinazione non può essere imputata al dott. Foti, per il semplice ed evidente fatto che il terapeuta si imbatte in questo quadro all'inizio del suo intervento.**

La suddetta coincidenza può essere verificata in particolare su tre aspetti.

a) i vissuti di rabbia e di rifiuto verso il padre;

b) la personalità di Veronica;

c) il ricordo dell'abuso infantile.

a. I vissuti di rabbia e di rifiuto verso il padre

Nella relazione SS 4 /11/2015 (Camaldoli/Greggio) in riferimento al padre afferma: *"Lui è quello che mi hai gettato nel fango e mi ci ha lasciato affogare (...) lui è il collegamento tra Aristide, il mio malessere e Rubio"* (citato a pag.7 della rel. dott.ssa Rossi) La rabbia e il rifiuto di Veronica verso il padre che vengono descritte dall'intervento del Servizio Sociale si ripropongono in forme ripetute e marcate nel corso della psicoterapia: la ragazza comunica da un lato ambivalenza, dall'altro rabbia ed anche odio verso la figura paterna. Questi vissuti conflittuali sono associati a ragioni profonde ed emergono dalla sua soggettività talvolta in forme tanto intense ed esplicite quanto spontanee.

Nelle relazioni del Servizio Veronica stabilisce un nesso tra le tre figure del socio del padre, di Rubio e del padre stesso come figura fondamentale di collegamento.

Nel corso della psicoterapia ripropone e riesprime sul piano logico ed emotivo il nesso tra queste tre figure vissute dalla ragazza come violente.

La paziente fa derivare il proprio vissuto di crescente benessere dalla distanza fisica – ma certamente anche mentale – che è riuscita a stabilire rispetto a tutte e tre le figure da lei associate alla violenza sessuale subita (il padre, il compare del padre, e il ragazzo da cui sente di essere stata violentata da ragazzina). La comprensione del nesso tra la crescita della sicurezza e la lontananza fisica e mentale da queste tre figure emerge spontaneamente dalla consapevolezza di Veronica (cfr. Trascrizioni, pp. 225-226)

Nell'ultima seduta prima delle vacanze l'emozione con cui Veronica va via è quella di *"felicità"…* la ragazza dice di sentirsi bene perché sta superando i vissuti di dipendenza infantile: *"Diciamo che mi sento bene, non sento che dipendo da qualcuno "* (pag. 268-269). La ragazza esprime la profonda soddisfazione per l'indipendenza raggiunta: implicitamente ripropone il bisogno di garantirsi la distanza fisica dalla figura paterna e di superare quella dipendenza dal padre, che rimprovera invece alla madre.

b. La personalità di Veronica

Nella relazione dei Servizio Sociale viene descritta la personalità della ragazza attraversata da pesanti vissuti di stigmatizzazione. Veronica, nella relazione del Servizio del4 novembre 2015 (Camaldoli/Greggio), afferma che rispetto a quello che le è capitato con il fidanzato il papà spesso l'ha insultata dandole della puttana, *"lui mi dice che sono cicciona e anche puttana... ma lui è siciliano e ha una mentalità così"* (pag.6)

D'altra parte, nelle sedute iniziali della psicoterapia si ritrova in Veronica lo stigma della "puttana" che rappresenta un elemento fondamentale della sua immagine colpevole e degradata di sé. Per es. nella quinta seduta lo stigma della "puttana", evocato dal racconto iniziale della seduta sui giudizi che la madre ha dato nei confronti della propria amica *("La chiama in un altro modo però vuole dire che è tipo una prostituta"* (Trascrizioni, pag. 122) e nei suoi stessi confronti ritorna con grande disagio nel sogno, dove, riferendosi al ragazzo aggressore Veronica, dice *("in qualche modo mi ha dato della … poco di buono"*) (Trascrizioni, pag. 139).

Nella segnalazione del Servizio Sociale del 24 marzo 2015 su VeronicaSoletti emerge che Veronica ha incontrato il 18 marzo 2015 gli operatori del Servizio Sociale e ha raccontato, dopo aver fatto uscire la madre, l'episodio in cui il fidanzato Rubio l'avrebbe violentata. In particolare, manifesta l'angoscia di non riuscire a reggere il peso dei ricordi e/o sensazioni che potevano emergere nel narrare quella situazione di cui preferiva cancellare ogni traccia (rel. Servizio, pag. 3) e manifesta il timore di non essere creduta (...) sentendosi essa stessa in prima persona colpevole (rel. Servizio, pag.4).

D'altra parte, il conflitto tra il desiderio di recuperare i ricordi traumatici e nel contempo la paura e l'angoscia di avvicinarsi a contenuti troppo pesanti e dolorosi sarà un tema ricorrente di tutte le sedute di psicoterapia con Foti. In particolare, nelle sedute iniziali Veronica manifesterà il timore di non essere creduta e il vissuto in base a cui si sente essa stessa in prima persona colpevole degli episodi di violenza narrati.

Inoltre, nella relazione Servizio Sociale (a firma Camaldoli – lfieri) del 23 /07/2015 emerge come alla lettura del Decreto del Tribunale per i Minorenni di Bologna, Veronica manifesti una serie di vissuti di altissima sofferenza legati alla propria storia di vita, affermando "devo tenere a distanza gli altri perché altrimenti rovino tutti quelli a cui voglio bene" e che soffre *"un senso di schifo per il proprio corpo"* (rel. Servizio Soc., 23 /07/2015, pag. 4).

D'altra parte, i vissuti di autodeprecazione e della ragazza emergeranno ripetutamente ed intensamente nel corso della psicoterapia. In Veronica ricompare il medesimo tema: l'esplicitazione dello "schifo" in connessione alla rappresentazione del Sé e della propria vita.

Dunque, l'idea di Veronica di essere associabile ad uno schifo era presente prima della psicoterapia e ricompare nelle sedute iniziali della psicoterapia. Nello sviluppo del percorso della prima tranche della psicoterapia (nel corso del 2016) crescerà l'autostima della ragazza, si modificherà l'immagine di sé, non compariranno più forme di disprezzo e di odio per sé stessa e verrà meno il tema dello schifo associato alla propria persona.

c. Il ricordo dell'abuso infantile

Per es. nella relazione del Servizio sociale del 4 /11/2015 (a firma Camaldoli/Greggio) relativamente all'ipotesi di abuso subito quando aveva quattro anni si legge che Veronica ha recuperato la memoria di alcune immagini che descrive in questo modo: *"Non so dire quanti anni avevo... più o meno tra i 5 e 7 anni. Mi ricordo ancora il vestito che avevo e ricordo la stanza della casa di Aristide; mi vedo come dall'esterno, sono di fronte alla scena... sono di fronte a me stessa; sono in braccio ad Aristide, seduto sul divano che mi mette le mani nei genitali... Non ho mai sopportato andare a casa di Aristide e neanche sua moglie mi piace... ho sempre avuto delle sensazioni brutte in quella casa... come una cappa... angoscia qui nel petto. Mio padre ci ha sempre obbligati ad andare a trovarlo perché è un suo amico"*. Nella relazione si specifica subito dopo che Veronica non sa dire però se ricordi che ha sono veri o se sono frutto di un errore della sua mente e ha molta paura di mettere nei guai gli altri (rel. Servizio sociale 4 / 11/2015, pag. 6)

Nella psicoterapia con il dott. Foti Veronica ha ripristinato in parte la difesa dissociativa e il ricordo del contatto sessuale con Aristide è più sfumato e il dott. Foti accoglie e rispetta ciò che emerge. Comunque, la struttura della narrazione e la qualità delle espressioni emotive (il vissuto di sofferenza, angoscia e conflitto), che vengono fuori incontrovertibilmente dalle videoregistrazioni, sono le stesse di quelle che vengono descritte nelle relazioni del Servizio.

Riguardo al rapporto fra Veronica e il padre, nella suddetta relazione del Servizio emerge fortemente la paura di ricordare il proprio passato traumatico, una paura che nel corso della psicoterapia verrà esplicitata ripetutamente dalla ragazza. Si legge inoltre che Veronica ritiene di non avere possibilità di ricontattare ciò che nel passato avrebbe potuto accadere e che potrebbe spiegare il suo dilagante stato di dolore, pensando che solo il padre potesse essere il custode di un simile segreto che però non avrebbe mai rivelato; la relazione parla di ricordi scissi che condizionano in modo fortissimo la serenità presente di Veronica. Si afferma infine che la minore dichiarava di sentirsi dilaniata tra il volere raccontare e il non farlo (rel. Servizio, pag. 5). D'altra parte, il conflitto tra il parlare e il tacere, tra il voler recuperare iricordi e l'averne paura ritorna insistentemente in diverse comunicazioni della paziente nel corso delle sedute videoregistrate.

In conclusione, risulta palese che i temi che si riferiscono alla descrizione della personalità di Veronica e che compaiono nelle relazioni del Servizio Sociale si ritrovano tali e quali nelle sedute iniziali della psicoterapia con Foti. Le relazioni del Servizio comprovano che il dott. Foti si è già trovato di fronte ad una problematica post-traumatica della paziente quando ha iniziato il suo lavoro e d'altra parte ciò che emerge nella psicoterapia dalla viva voce di Veronica dimostra la credibilità delle relazioni dei Servizio.

9. LA RITRATTAZIONE DI VERONICA

La cancellazione nell'indagine peritale di ogni dato clinico concernente la prima tranche della psicoterapia di Veronica impedisce di valutare la consistenza della ritrattazione che Veronica compie di quel percorso di psicoterapia. Oggi Veronica, avendo interrotto

il cammino di elaborazione del trauma, essendo tornata a casa del padre, avendo avviato una revisione completa di molte affermazioni e di molte espressioni connesse al suo percorso terapeutico, sente l'esigenza di modificare anche la narrazione dell'aggressione bullistica subita dal compagno di scuola presso l'istituto alberghiero di Reggio Emilia, aggressione che l'aveva portata a trasferirsi nell'istituto di Paese montano. Oggi Veronica rifiuta il ricordo di tutte le esperienze sfavorevoli e/o traumatiche, soprattutto a sfondo sessuale, vissute in prima persona, che aveva descritto nel corso della sua psicoterapia. Oggi Veronica deve dimostrare che l'abuso sessuale e la molestia sessuale non l'hanno mai neppure sfiorata: solo così può dimostrare che il tema dell'abuso gli è stato imposto esclusivamente dall'esterno in modo suggestivo! Utilizza una difesaa primitiva, la negazione che le eprmette di essere coerente con le scelte di vita che ha fatto.

Così la ragazza afferma che la sua rivelazione di alcuni anni fa della molestia del compagno di scuola era *"una balla"* dettata dal desiderio di andare via da quella scuola.

Ma in realtà Veronica cambia palesemente le carte in tavola perché:

1. da quello che la madre riferisce nel colloquio del 16 febbraio non sembra proprio che la molestia del compagno di scuola sia stata tutta *"una balla"*: "*Questo ragazzo tutti i giorni le dava fastidio. Le metteva le mani addosso, comunque, anche nelle sue zone intime, le ha infilato le mani e mia figlia … cioè l'intimità per mia figlia è una cosa molto molto riservata."* (Trascrizioni, pag. 9);

2. sempre la madre prima che iniziasse la psicoterapia con il dott. Foti descrive una situazione di prolungata violenza bullistica: "*Io ho chiesto se c'era qualcosa che non andava di dirlo se a scuola ci fossero delle cose che a lei non andavano bene lei mi diceva: "No, no va tutto bene, non mi piace la scuola, non mi piacciono i miei compagni". Ho visto anche dei morsi sul collo chiedendole che cosa erano, lei mi ha detto: "Son giochi". Gli ho detto: "A me non mi sembrano giochi e se c'è qualcosa…dillo", lei mi fa: "No, no, no, non c'è niente"* (Trascrizioni, pag. 9).

3. già allora, dunque, prima di iniziare la psicoterapia Veronica, negava (per paura) di essere vittima di bullismo e molestie e ricorreva - con la madre e per una fase

anche con gli operatori - a difese di negazione *(MADRE - "Gli ho detto: "A me non mi sembrano giochi e se c'è qualcosa…dillo", lei mi fa: "No, no, no, non c'è niente"*. La recente ritrattazione di Veronica rappresenta dunque una regressione a queste difese di negazione;

4. nel corso dell'interventi di sostegno psicologico della dott.ssa Greggio e nel corso delle sedute videoregistrate Veronica contatta la propria paura e la propria rabbia per la molestia e l'umiliazione patita dal compagno di scuola. Nel corso della psicoterapia in particolare nella quinta seduta la ragazza rappresenta in un sogno questo compagno di scuola come un ragazzo molto arrogante ed opprimente, in realtà "un animale", da cui oltretutto Veronica stessa veniva insultata come "poco di buono" o peggio. Anche attraverso altri sogni la ragazza comunica il proprio vissuto di umiliazione, impotenza e rabbia nei confronti di questo compagno di scuola (va ricordato che i sogni portati spontaneamente nella psicoterapia sono una sorta di prova del nove dell'autenticità dei vissuti della paziente).

5. la situazione patita dal compagno di scuola non poteva certo essere una sciocchezza ed "una balla": quando frequentava la scuola di Reggio Emilia ed era sottoposta ad una grave bullizzazione ma anche ad aggressioni a sfondo sessuale da parte di questo ragazzo era entrata in uno stato di grave sofferenza, che non aveva certo carattere strumentale, ma una qualità depressiva schiacciante; è la stessa madre che descriveva lo stato della figlia nei termini: "Non ha più voglia di alzarsi al mattina, sta a letto e non va a scuola". Inoltre, la stessa madre precisava: *DOTT. FOTI - E da quando ha notato questo peggioramento? MADRE - Ma nell'ultimo mese… dicembre, da quando è cominciata poi...cioè già dall'inizio dell'anno*[30] *aveva problemi con questo ragazzo che mi aveva accennato. Poi da dicembre ho visto che … cioè era peggiorata la sua voglia di andare a scuola"* (Trascrizioni, pag. 9)

6. un malessere tanto pesante e grave in Veronica non poteva derivare dall'idea

30 Si riferisce al 2015.

"capricciosa" di cambiare scuola; la scelta gravosa di allontanarsi da un istituto scolastico, per iscriversi in un altro istituto, molto lontano anche dalla sua residenza - scelta che la obbligava ad accettare un pendolarismo molto impegnativo - non poteva essere il movente gratificante per inventarsi la "balla" della molestia;

7. la scelta dell'abbandono dell'istituto scolastico è stata evidentemente una scelta gravosa e difficile per allontanarsi da una situazione di molestia e di bullismo che oggi sente il bisogno di negare; l'idea di cambiare scuola peraltro non è partita da Veronica, bensì dagli operatori del Servizio Sociale; verso questa stessa scelta Veronica ha manifestato forti resistenze, che è riuscita a superare e a consolidare solo grazie l'intervento dei Servizio e l'avvio della psicoterapia. Il cambiamento dell'istituto scolastico da parte di Veronica è avvenuto con fatica, non subito e non facilmente.

Tutte le argomentazioni della dott.ssa Rossi finiscono per squalificare l'atteggiamento clinico del dott. Foti accusato di trasformare tutte le situazioni in "stupro" e in "abuso".

Nella terza seduta Veronica fa l'elenco di quelle che definisce le violenze che lei ha subito. Dopo aver parlato dell'abuso infantile e aver ricordato la violenza sessuale patita ai 13 anni, la ragazza fa riferimento all'esperienza per cui ha dovuto cambiare scuola. Risulta evidente l'<u>atteggiamento rispettoso di ascolto</u> del dott. Foti ben diverso da quello chi vuole leggere gli eventi sempre e comunque in termini di abuso.

VERONICA - Poi ti ho già raccontato quello che mi è successo quest'anno.

DOTT. FOTI – Sì, sì, con questo ragazzo, sì.

VERONICA – Sì.

DOTT. FOTI - Questa come la definisci una violenza? Un "mi ha messo le mani addosso"? come la definisci?

VERONICA - Mi ha messo le mani addosso.

DOTT. FOTI - Ti ha messo le mani addosso. Quindi una mancanza di rispetto, una grave mancanza di rispetto. (pp. 105-106)

Ignorando completamente l'analisi concreta delle sedute videoregistrate, che – ripetiamo - la CT non cita mai in maniera specifica, la dott.ssa Rossi afferma che nella psicoterapia del dott. Foti "*anche i ragazzi, coetanei di Veronica vengono dipinti come aggressori, negli approcci sessuali, a Veronica*" (pag. 56).

Ma in realtà non c'è una frase nelle sedute videoregistrate con la quale il dott. Foti rappresenti i coetanei di Veronica aggressori. Anche nei confronti della situazione di molestia da parte del compagno di scuola (situazione che Veronica descrive come terzo episodio disturbante a sfondo sessuale ai propri danni), il dott. Foti cerca, come sempre, di fare emergere il punto di vista di Veronica. E, come s'è visto, non è assolutamente vero che quell'esperienza sia qualificata dal dott. Foti come "stupro" o come "abuso", come invece lascia intendere la dott.ssa Rossi, bensì come "*grave mancanza di rispetto*".

Oggi Veronica nega che le esperienze del passato abbiano avuto un qualsiasi ruolo nell'attuale malessere e punta il dito sulle responsabilità degli operatori e del dott. Foti che l'avrebbero convinta di ogni genere di violenza patita. L'atteggiamento di Veronica è diventato pesantemente proiettivo. Nega qualsiasi contenuto tra quelli espressi nel corso della psicoterapia e nega la propria responsabilità nelle affermazioni compiute ed attribuisce ogni colpa a "loro", agli operatori e al dott. Foti. Ha una propria teoria sul falso ricordo: *"Magari mi è stato creato perché io mi sono convinta e l'ho detto a loro e loro mi hanno anche convinta di più"* (rel. Rossi pag. 59). A proposito del padre afferma che *"loro mi avevano detto che non era la persona più brava del mondo neanche con mia madre, e io mi sono allarmata per questo"*.

Al dott. Foti ha parlato *"di una cosa che ho detto che loro mi hanno tirato fuori" …"Mi hanno detto ero stata toccata dall'amico del padre"*.

10.VERONICASOLETTI SMENTISCE SE STESSA

Vale la pena approfondire la citata affermazione del 2019 di Veronica, sottolineata dalla dott.ssa Rossi: *"Loro mi avevano detto che non era la persona più brava del mondo*

neanche con mia madre, e io mi sono allarmata per questo".

Ma VeronicaSoletti del 2016 smentisce clamorosamente la Veronica del 2019. Risulta evidente che la sua rabbia e il suo odio verso il padre sono radicate nella sua soggettività e nella sua emotività e non sono un semplice frutto di un falso allarme, di informazioni provenienti dall'esterno.

Se la dott.ssa Rossi avesse considerato le sedute videoregistrate consegnate dal dott. Foti avrebbe potuto confrontare Veronica con il suo passato ed almeno dubitare della ritrattazione della ragazza. L'analisi delle suddette sedute evidenzia che la rabbia e l'odio di Veronica verso il padre si manifestano in forme ripetute e marcate, hanno ragioni profonde ed emergono dalla sua soggettività talvolta in forme tanto intense quanto inattese. Il padre è l'unica persona verso cui prova rabbia.Nel cercare di chiarire perché non prova rabbia verso i ragazzi che l'hanno molestata o abuataVeronica afferma: *"L'unica persona per cui io provi rabbia è mio padre. A lui do la colpa di ogni cosa ecco perché non sono arrabbiata con nessun altro."* (pag. 211) Questa comunicazione spontanea che esce dalla bocca di Veronica viene ripresa dalla ragazza stessa quando il terapeuta le chiede cosa l'ha colpita maggiormente nella seduta: *"Che non riesco a provare rabbia per nessun altro che non sia mio padre".* (pag. 214)

In un litigio con la madre – riferisce Veronica- afferma in riferimento al padre: *"Speriamo che muoia"* (pag.228). In seduta Veronica dichiara: *"A me sinceramente non mi interessa di rivedere mio padre, per me potrebbe anche morire sinceramente non mi importerebbe…"* (pag.256).

Nell'esercizio psicodrammatico, ritornata nel proprio ruolo dopo aver impersonato il padre, si rivolge a quest'ultimo contrapponendosi frontalmente e dicendogli: *"Spero che tu te ne vada presto"* (pag. 241).

Impersonando il ruolo del padre nell'esercizio psicodrammatico la paziente avverte una forte rabbia. D'altra parte, assumendo quel ruolo percepisce un *"rancore"* (pag. 238) come sentimento appartenente al padre stesso.

Riconduce spesso il disagio che vive nell'attualità a pensieri ricorrenti che riguardano il padre.Dice di provare non solo rabbia ma – sente spontaneamente il bisogno di precisare -*"un po' di odio" (pag. 300).* Dimostra di comprendere la differenza tra rabbia e odio. Odia il padre *"perché i padri si comportano in modo diverso"* (pag. 299).

Vorrebbe recuperare il ricordo infantile relativo all'abuso sessuale subito ai 4 anni, ma ha paura che un ricordo più chiaro la porterebbe ad *"odiare troppo"* il padre e il suo compare (pag. 320).

Contro la figura paterna Veronica rovescia quella tendenza psichica che la fa sentire colpevole di tutto: *"A lui do la colpa di ogni cosa ecco perché non sono arrabbiata con nessun altro"* (pag. 211). Il padre è innanzitutto associatoall'abbandono patito quando lei e la sorella erano piccole e i genitori si sono separati(pag. 96). Il padre viene visto da Veronica - in un resoconto sulla propria vita che ella ha compiuto e che sente spontaneamente il bisogno di riportare al terapeuta - come principale responsabile dello "*schifo di vita*" che pensa di aver vissuto (pp. 82-83). Contesta al padre di fare la vittima (pag. 229 e pag. 301), di cercare di farla sentire colpevole e cattiva in vari modi per es. con un pianto insincero (pag. 230) ed anche di averla fatta *"piangere, perché mi ha detto: "Voi non mi volete"* (pag. 79)

Quando Veronica viene e a sapere della tendenza di Vanda all'automutilazione sente rabbia all'idea che dietro il malessere e la sintomatologia della sorella "*ci sia una persona che già odio abbastanza"* (pag. 365), ovvero ci possa essere una qualche responsabilità del padre. Il padre inoltre viene visto come un bambino capriccioso, che tende a vedere le figlie come *"un capriccio"* e non come persone (pag. 301).

Veronica non prova verso la sorella un sentimento di rabbia bensì di tristezza "*perché anche lei ha passato brutte cose*": la paziente non avrebbe voluto che questo capitasse alla sorella. La rabbia è rivolta invece alla persona che potrebbe esserci dietro. Veronica specifica che questa persona potrebbe essere il padre.

("DOTT. FOTI - E questa persona chi è che già hai un sentimento ostile, questa persona che temi possa esserci dietro…?

VERONICA: Ho paura che possa essere ancora mio padre.") (pag.365)

11. LA NEGAZIONE DEL TRAUMA E DEI SUOI EFFETTI

La signora Santi, come s'è visto, nel 2016 forniva un ampio quadro di elementi per

spiegare la sintomatologia della figlia sulla base di esperienze sfavorevoli e traumatiche.

Nel 2019 nega tutto questo. Eppure, la stessa madre di Veronica è disponibile ancor oggi a riconoscere che qualcosa di traumatico nell'esperienza della figlia deve essere avvenuto.

Per quanto oggi ricorra alla spiegazione del falso ricordo per inquadrare il malessere della figlia, la signora Santi riesce ancora, almeno su un punto, a portare l'attenzione su eventi storici e relazionali che sono risultati patogeni per la figlia.

"La sig.ra Santi ha riportato di aver notato che, intorno ai quindici anni la figlia aveva manifestato segnali di malessere, mai emersi nel periodo precedente. La signora ha affermato di non essere in grado di identificare la causa che aveva portato a quel cambiamento e di avere ipotizzato anche che l'origine fosse da ascrivere al rapporto sessuale intrattenuto [sottolineatura nostra] quando Veronica aveva tredici anni." (rel. Rossi, pp. 44-45).

Anche oggi la signora Santi, pur avendo scelto di attribuire al dott. Foti la responsabilità di quel malessere da lei stessa descritto prima che la psicoterapia iniziasse, è tuttavia disponibile ad ammettere che il rapporto a cui la figlia è stata costretta ai 13 anni è risultato scombussolante e può aver generato un forte malessere nella figlia. La tesi invece che la consulente del PM vuole dimostrare, è quella di dimostrare che non c'è stato alcun danno relazionale o ambientale prima che Veronica avesse la sventura di incontrare il dott. Foti.

La consulente del PM, infatti, segnala il punto di vista della madre ma lascia trapelare il suo rifiuto dell'idea che ci possa essere stato qualcosa di traumatico nell'esperienza relazionale e sessuale di Veronica. Si noti con quale termine descrive l'esperienza sessuale subita da Veronica ai 13 anni: *rapporto sessuale intrattenuto*. "Intrattenuto"?!? "Intrattenuto" può voler dire liberamente scelto, sperimentato serenamente, goduto… *Nomina suntessentia rerum*. La dott.ssa Rossi vuole dimostrare a tutti i costi che quel rapporto sessuale non ha avuto alcun carattere traumatico, alcun aspetto sconvolgente e disturbante.

Nel corso delle sedute videoregistrate Veronica ripetutamente parla con intensità emotiva dell'esperienza del rapporto sessuale con il suo fidanzato sedicenne, dicendo che non è stato affatto *"intrattenuto"*, ma pesantemente subito senza che in nessun modo sia stata suggestionata dal dott. Foti a qualificarlo esplicitamente in questi termini. Ricorda inoltre il fatto che mentre veniva "violentata" il ragazzo le diceva "Ti amo" e nel ricordarlo Veronica ha un forte momento di commozione senza che nessuno le abbia detto di manifestare in quel modo ed in quel momento la propria sofferenza.

Perfino il padre, sig. ArmandoSoletti con grande ingenuità fornisce un elemento informativo nel corso dell'indagine che potrebbe attestare il carattere traumatico dei ricordi che hanno afflitto ed ancora tormentano Veronica. Nel colloquio di approfondimento tecnico condotto dalla dott.ssa Rossi *"il sigSoletti ha dichiarato che un giorno aveva sorpreso la figlia a piangere nella camera da letto. Quando aveva chiesto a Veronica quale fosse il motivo di tale scoramento la figlia aveva risposto: 'Ricordo cose brutte' "* (pag. 50, rel. CT dott.ssa Rossi). È noto che i ricordi intrusivi e ricorrenti in qualsiasi situazione possono rappresentare un indicatore significativo della sindrome post-traumatica a meno di ipotizzare che il dott. Foti abbia la possibilità, pur non incontrando più la paziente di determinare a distanza i suoi sintomi di ripetizione da ricordi intrusivi…

La stessa Veronica nel corso di un colloquio di approfondimento con la dott.ssa Rossi, esplicita un ricordo infantile che, in base ad alcune ricerche, appartiene con una frequenza statistica significativa alla popolazione dei bambini abusati e non compare certo con la medesima frequenza statistica in un gruppo di controllo, composto da una popolazione indifferenziata di bambini[31].

Scrive la dott.ssa Rossi: *" A riprova della confusione mentale della ragazza tutt'ora sperimentata, si consideri che Veronica, nel corso del colloquio, ha chiesto di poter rilevare alla scrivente qualcosa che in realtà non aveva mai riportato agli psicologi che si erano interfacciati con lei: 'Cioè io da piccolina per esempio mi strusciavo sulle cose … quindi non so se questa cosa c'entri o no…sinceramente … facevo fare sesso alle bambole, le Barbie, così mi strisciavo sui peluche … però non lo sapevo se era una cosa sbagliata o no' ".*

31Friedrich W.N. (1997), *CSBI, Child Sexual Behavior Inventory. Professional Manual.*, Psychological Assessment Resources, Odessa.

Ovviamente la dott.ssa Rossi deve liquidare questo dato come irrilevante. La consulente del PM attribuisce a Veronica una *"sovra rappresentazione del fenomeno dell'abuso sessuale da cui discende una rappresentazione del mondo e degli altri come pericolosi e dai cui difendersi, rispetto a cui mantenere uno stato di allerta*". (pp. 58-59)

La Consulente del PM esclude arbitrariamente che questa sovra rappresentazione dell'abuso, questa percezione di pericolo e questa ipervigilanza risultino comprensibili conseguenze di un'esperienza traumatica, e costituiscano sintomatologie ampiamente descritte in letteratura e riscontrate nell'esperienza clinica della sindrome post-traumatica. Per la dott.ssa Rossi ovviamente pensa che questa *"sovra rappresentazione dell'abuso"* è il risultato dell'influsso delleinduzioni degli operatori, induzioni capaci di risultare efficaci anche a distanza di tempo.

Ma c'è un'affermazione della dott.ssa Rossi che merita una particolare attenzione perché dimostra una sottovalutazione ed un'incomprensione gravissime di cos'è un trauma e di una vera e propria negazione di quali possono essere i suoi effetti. Parlando del possibile abuso sessuale subito da Veronica ai 4 anni, la consulente del PM afferma:

"Un episodio che, anche qualora fosse accaduto, secondo la modalità descritta dalla signora Santi (un toccamento alla patatina di una bambina di meno 4 anni) non poteva avere una carica lesiva così importante da condizionare la salute psichica di Veronica, che all'epoca non poteva comprenderne neanche la portata" (rel. Rossi, pp. 16-17)

Si condensano in questa affermazione pregiudizi del tutto superati dalla letteratura e dall'esperienza clinica sul trauma: il pregiudizio che una piccola violenza sul piano fisico comporti necessariamente un piccolo danno sul piano psicologico e che la scarsa comprensione cognitiva della portata dell'evento da parte del bambino possa risparmiargli gli effetti eccitanti e scombussolanti di quell'evento sul piano emotivo e fisiologico.

12.LA TEORIA DEL FALSO RICORDO

La dott.ssa Rossi afferma l'"*assenza di qualsivoglia traccia mnestica dell'esperienza traumatica*" (rel. Rossi, pag. 16) in Veronica, ma questa affermazione prescinde completamente dall'analisi specifica della prima tranche della psicoterapia del dott. Foti (febbraio- novembre '16) di cui si dispone di quasi tutte le sedute videoregistrate. La tesi per cui mancherebbe in Veronica"*qualsivoglia traccia mnestica dell'esperienza traumatica*" è aprioristica ed esclusivamente funzionale ad affermare l'accusa ideologica nei confronti del dott. Foti. Qualsiasi disamina minimamente attenta delle suddette sedute constata la presenza di tracce di memoria traumatica nella paziente. Compaiono, come si è visto, tracce psichiche, tracce sintomatiche ed anche precise tracce nelle dichiarazioni e nelle comunicazioni esplicite.

Essendoci queste tracce di memoria traumatica dobbiamo dedurre, come la stessa dott.ssa Rossi ci ricorda, che ci troviamo di fronte ad un caso nel quale risulterebbe difficile sostituire l'informazione iniziale ed alterare la memoria della paziente.

"*Ove è già presente* – sostiene la dott.ssa Rossi - *una traccia mnestica è più difficile che venga 'sostituita' da un'informazione post-evento, in assenza di questa è più facile che si insinui una ricostruzione, o meglio, una costruzione, errata.*" (Rel. dott.ssa Rossi, pag. 16)

La dott. ssa Rossi supporta il ricorso difensivo che la madre di Veronica e Veronica stessa fanno nel 2019 alla teoria del falso ricordo, negando le affermazioni emotivamente convinte e fortemente dettagliate che spontaneamente in prima persona fanno nel 2016 quando esprimono ricordi vivi e precisi, come è accertabile dalla videoregistrazione della telecamera.

Oggi la dott.ssa Rossi parla di una "*estrema confusione mentale in Veronica che pare cercare di recuperare un ricordo di un abuso sessuale patito dal socio del padre, di cui non aveva memoria, ma che via via prende forma.*"

La teoria del falso ricordo, a cui si aggrappa la dott. Rossi per sostenere le sue accuse

agli operatori e al dott. Foti, non è certo fondata su dati scientifici solidi. Di Blasio e Vitali[32], attraverso un'accurata revisione della letteratura internazionale, arrivano alla conclusione che non si è mai riusciti a dimostrare in chiave sperimentale la possibilità di instillare un falso ricordo se non riguardante un episodio in qualche modo plausibile, familiare per il soggetto su cui s'intende effettuare l'esperimento. Non è dunque legittimo affermare che le domande induttive o suggestive abbiano di per sé il potere di costruire un falso ricordo di un episodio implicante un contatto corporeo e violento.

Pedzek, Finger e Hodge[33] nella loro ricerca hanno scelto come falsi eventi da cercare di installare nei bambini un evento "plausibile" (per es. l'essersi persi in un supermercato) e un evento "non plausibile" (aver subito un clistere). Dallo studio è risultato in primo luogo che la maggioranza dei bambini (54%) non ha ricordato nessuno dei due falsi eventi; che alcuni bambini si sono lasciati suggestionare dal racconto, ricordando di essersi persi in un supermercato da piccoli (evento plausibile) ma nessuno ha ricordato di aver subito un clistere (evento non plausibile).

Di Blasio e Vitali concludono che la possibilità di impiantare false memorie nei bambini è legata alla plausibilità dell'evento e ciò sarebbe in relazione alla presenza in memoria di uno *script*, di un copione relativo alla precedente conoscenza di quel tipo di evento (es. per averne sentito parlare anche se capitato ad altri bambini), mentre è risultato che non è possibile impiantare nei bambini la falsa memoria di un evento "non plausibile" riguardante un'intrusione fisica disturbante (nello studio l'aver subito un clistere da piccoli, esperienza simile a quella di un abuso sessuale). Dunque, come affermano Petruccelli et al.[34]*"... i falsi ricordi non hanno probabilità di essere impiantati se coinvolgono eventi che sono realmente non plausibili"*.

Ora, siccome la teoria del falso ricordo non è fondata su premesse scientifiche viene descritta dalla dott.ssa Rossi in termini analogici con un linguaggio immaginifico e artistico-letterario: il falso ricordo, secondo la dott.ssa Rossi, *"via via prende forma"*, dunque, come potrebbe succedere alla scultura di un artista. Il dott. Foti – deduciamo - sarebbe l'artista e il falso ricordo verrebbe da lui plasmato piano piano. Ma se avesse esaminato una seduta iniziale, come la terza seduta, la dott. Rossi si sarebbe accorta che non c'è alcuna azione del terapeuta tesa a plasmare la mente di Veronica. Ben

32 Di Blasio P., R. Vitali R., "Falsi ricordi e suggestionabilità. Una rassegna degli studi su suggestionabilità e falso ricordo, in Maltrattamento e abuso all'infanzia", in *Maltrattamento all'infanzia*, vol. 6 (1), 2004, p. 73-96.

33 https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00457.x

34 Petruccelli F, Verrastro V, Santilli M.: *Memoria e suggestionabilità nell'età evolutiva*. Franco Angeli Editore, 2007.

prima di qualsiasi sollecitazione con le tecniche terapeutiche, all'inizio della psicoterapia, c'è nella paziente un ricordo di partenza, radicato, addirittura stampato: è un ricordo di cui parla a diverse riprese: nella terza seduta dice di avere *"un'immagine stampata in testa"* di lei piccolina, sul divano *a fianco all'amico del padre con un vestitito rosa e con la sensazione di essere disorientata* (Trascrizioni, pag. 100), con un'immagine di sé innocente (Trascrizioni, pag. 324), nel senso che lei stessa specificherà spontaneamente, un'immagine di bimba sprovveduta, incapace di capire che l'adulto si accinge a farle del male, incapace di difendersi (Trascrizioni, pag. 337).

Veronica guarda la scena dal di fuori, come capita quando si è coinvolti pesantemente in una situazione fortemente traumatica. Veronica vede la mano (ma non il volto) di un adulto proiettata verso la sua zona genitale. *"DOTT.FOTI - Tu cosa ricordi, che immagini hai? - VERONICA - Che io sono in casa sua, di questo qua e lui vicino a me, penso. Cioè che mette la mano qui vicino (indica la zona che va dalla pancia ai genitali) però non … cioè io lo sto … non lo so come lo sto vedendo, cioè non sono io che sto guardando.")* (Trascrizioni, pp.304-305, cfr. inoltre pag.322);

In ultimo è interessante rilevare come la teoria del falso ricordo prima di essere una pseudo teoria scientifica, possa assolvere per le persone un'importante funzione difensiva di negazione e di proiezione. Per la madre di Veronica l'idea di un falso ricordo è un balsamo scacciapensieri! Il ricorso alla spiegazione del falso ricordo consente di convincersi che non c'è mai stata alcuna violenza patita dalla figlia, il problema di un possibile abuso non è mai esistito, la ragazza non ha mai espresso con forza l'idea di aver subito una violenza, non ha mai espresso una richiesta di solidarietà, né il bisogno di essere creduta. In questa maniera per la signora Santi il problema viene collocato all'esterno, completamente al di fuori di qualsiasi sua responsabilità: dunque la sofferenza e la rabbia di Veronica non possono essere collegate ad un'esperienza da lei patita, la colpa è tutta della zia che ha capito male e soprattutto degli operatori che hanno inoculato dall'esterno il ricordo di una violenza.

"C'è stata una frase detta a mia zia, la zia probabilmente l'ha interpretata male si era spaventata pensando che avesse subito un abuso, mia figlia… Le hanno fatto rivivere

male la situazione dei suoi quattro cinque anni, dicendo che era stata abusata … perché loro le hanno fatto ricordare c'era questa situazione dei suoi quattro cinque anni che era stato chiuso… da quello che ho capito io le è stato detto che qualcosa… che qualcuno a quell'età lì le aveva fatto del male" (rel. dott.ssa Rossi, pag. 39).

13. LA PSICOTERAPIA DEL DOTT. FOTI: L'ESCALATION DELLE ACCUSE

Una volta liquidate le comunicazioni che Veronica effettua nel corso della prima tranche della psicoterapia, diventa possibile rivolgere tutte le critiche possibili ed immaginabili al lavoro terapeutico del dott. Foti. L'analisi del percorso terapeutico nel corso del 2016 consente di constatare che tale percorso sviluppa nella paziente una crescita della serenità, dell'autonomia, dell'assertività e dei processi di cambiamento. La consulente del Pubblico Ministero non lo rileva. La dott.ssa Rossi è concentrata sulla *"confusione mentale"* di Veronica, una paziente che ha interrotto il proprio percorso di consapevolezza e di elaborazione del trauma.

In tale confusione - sostiene la dott.ssa Rossi - "*un ruolo significativo sembrano averlo rivestito le induzioni trasmesse nel corso della psicoterapia dal dott. Foti che hanno veicolato a Veronica il convincimento di essere stata oggetto di plurimi abusi sessuali e vessazioni psicologiche da parte di figure maschili intese come pericolose in assenza di alcune protezioni da parte della figura materna, intesa come figura femminile assoggettata."* (rel. dott.ssa Rosssi, pag.67)

L'analisi delle sedute in realtà evidenzia chiaramente che il dott. Foti non veicola affatto a Veronica con alcuna forma di convincimento circa l'esistenza di plurimi abusi perché, semmai, tale convincimento esiste già nella paziente. La rappresentazione della propria vicenda come storia di plurime sofferenze traumatiche e di plurimi abusi viene esplicitata da Veronica stessa già nella terza seduta (Trascrizioni, pag. 92 e sgg.), nella quale la ragazza sente il bisogno da elencare le violenze subite, definendole lei stessa "la prima violenza", "la seconda violenza"...

ÈVeronica stessa che stabilisce più volte un collegamento tra le plurime esperienze di violenza da lei patite. In una comunicazione sentita e spontanea Veronica afferma di considerare il padre responsabile dell'"*onda*" che a partire dall'abuso infantile ha influenzato il suo rapporto con la sessualità e ha favorito il succedersi degli abusi che dalla sua infanzia si sono reiterati ai suoi danni (Trascrizioni, pag. 311).

In maniera altrettanto spontanea Veronica sente il bisogno di associare a Rubio il numero ordinale degli autori delle violenze sessuali da lei subite nel corso della propria vicenda.

VERONICA- Beh, reincontrareRubio, il primo (..) cioè no poi era il secondo che mi ha fatto del male perché siccome è molto vicino a me io ho sempre il terrore di incontrarlo. (Trascrizioni, pag. 156) Rubio è stato *"il primo"* – dice Veronica, anzi – precisa immediatamente – *"il secondo"* che gli ha fatto dal male, perché in coerenza con quanto già narrato in precedenza, prima di Rubio, quand'era bambina, c'è stato un autore o ci sono stati più autori che le hanno fatto violenza.

ÈVeronica stessa che introduce a proposito della propria esperienza la parola *"stupro"* (Trascrizioni, pag. 75). ÈVeronica stessa a portare spontaneamente il malessere associato al tema dello stupro: *ad esempio quando guardo un film con mia madre dove una ragazza è stata stuprata io mi sento... sofferente.* (Trascrizioni, pag. 209)

Emerge inoltre dalle sedute videoregistrate che il dott. Foti non veicola affatto a Veronica alcuna forma di convincimento di essere stata oggetto di plurime vessazioni psicologiche da parte di figure maschili intese come pericolose. Semmai questo convincimento sussiste già in Veronica.

DOTT. FOTI - Questo bisogno affettivo che tu dalla figura maschile non hai trovato, qualche volta fai la fantasia di poterlo trovare da un fidanzato, da un marito? Oppure questa fantasia non c'è?

VERONICA - (guarda in alto) mmh… un pochino… però comunque io ho già pensato di non volermi sposare e quindi… però comunque sì. (…) Perché, comunque, gli uomini mi han

fatto anche del male, quindi sono anche combattuta su questa cosa perché penso che cercare affetto… non lo so… forse hanno un radar queste persone, per capire le persone deboli… non lo so però comunque se ne approfittano mi sa… quindi sono combattuta.

(Trascrizioni, pp. 83 -84)

La signora AdrianaSanti ha affermato nelle sue dichiarazioni SIT del 4 febbraio 19:

"Veronica purtroppo vede ogni figura maschile come una minaccia e come fonte di molestie e questo è un atteggiamento che ha maturato dopo la psicoterapia" .Ma non può essere stato il dott. Foti ad aver inciso nella rappresentazione da parte di Veronica di una figura maschile minacciosa e terrorizzante.

Risulta evidente che un'evocazione di pericolo associata alla figura maschile è già presente prima di qualsiasi intervento del dott. Foti. Veronica già in prima seduta dice di provare verso tutte le figure adulte un senso di terrore, *"io già quando vedo un uomo più grande e sono da sola già ho il terrore, con i ragazzi un po' meno"* (Trascrizioni pag. 44).Risulta dunque evidente che il terrore verso Rubio e verso le figure maschili non è trasfuso dall'esterno dal dott. Foti, ma appartiene allo psichismo profondo di Veronica ed è un vissuto esteso, in misura più ridotta, a tutte le figure di uomini adulti.

Verso il padre la ragazza ha sempre provato terrore.

DOTT. FOTI - Che cosa in particolare se posso chiederti, che cosa di tuo padre Vanda non sa?
VERONICA - Che diciamo io ho sempre avuto il terrore. (Trascrizioni, pag. 254).

Veronica non riesce a comprendere le radici di questo terrore, anche se è sempre associato al rischio di una violenza sessuale.

Il desiderio di morte nei confronti del padre è una componente estrema, poco elaborata dello psichismo profondo di Veronica che si collega ad una componente più evoluta: un

bisogno di distanziamento e di indipendenza dalla figura paterna: "*Io gliel'ho detto* [si riferisce alla madre] *che comunque noi non dipendiamo da nostro padre. Perché per me cioè può anche non esistere, a me non interessa.* (Trascrizioni, pag. 262)

C'è un altro passaggio importante, nel quale Veronica sente il bisogno di collegare spontaneamente le figure associate alla violenza subita.

Veronica nella nona seduta comunica di star meglio, di sentirsi diversa, di sentirsi più al sicuro (pag. 224) ed è convinta che questo vissuto di maggiore sicurezza che riconosce dentro di sé sia dovuto alla possibilità di non avere *"più contatti"* con il padre (pag. 227), di *"stare a distanza"* da lui *(DOTT. FOTI - Cos'è che ti fa sentire al sicuro, rispetto a cosa? VERONICA - Mh…beh, allora stare a distanza da mio padre,* pag. Trascrizioni, pag. 225).

La paziente fa derivare il proprio vissuto di crescente benessere dalla distanza fisica – ma certamente anche mentale – che è riuscita a stabilire rispetto a tutt'e tre le figure da lei associate alla violenza sessuale subita (il padre, il compare del padre, e il ragazzo da cui sente di essere stata violentata da ragazzina). Fra queste tre figure indubbiamenteVeronica stabilisce un legame che a che fare con il male da lei subito. La comprensione del nesso tra la crescita della sicurezza e la lontananza fisica e mentale da queste tre figure emerge spontaneamente dalla consapevolezza di Veronica. (Trascrizioni, pp. 225-226)

Per quanto riguarda l'atteggiamento di Veronica verso la madre, la dott.ssa Rossi afferma: *"Nelle sedute di cui dispone della registrazione e della trascrizione, realizzate dal dott. Foti, Veronica viene incitata a non soccombere al potere maschile e dunque alle norme paterne, ma anche a rifiutare il modello femminile della madre che in quel momento era l'unica figura che poteva guidare e sostenere la madre." (pag.61)*

Questa affermazione è assolutamente infondata e distorcente. In primo luogo l'analisi delle sedute videoregistrate consente di verificare che il dott. Foti non incita proprio a niente. <u>Il trattamento si fonda prevalentemente sull'ascolto, sulla validazione delle</u>

emozioni, sulla riformulazione di ciò che Veronica esplicita.

In secondo luogo, in base a quanto afferma la signora Santi al dott. Foti nell'incontro videoregistrato del 16 febbraio 2016, la rabbia di Veronica verso la madre era precedente l'avvio della psicoterapia. Semmai le sedute videoregistrate dimostrano che la psicoterapia ha contribuito a stemperare quella rabbia.

VERONICA - Non voglio essere in guerra con mia madre

DOTT. FOTI - Certo, certo, Stare in guerra non fa mai bene, non fa mai piacere, insomma. E momenti di tensione non si sono più verificati. Si sono verificati di meno con tua madre?

VERONICA - Sì, ma comunque sono litigate leggere per delle cose un così. ma penso che anche lei si…perché non la vedo poi così nervosa, la vedo più rilassata, comunque anche per questo.

DOTT. FOTI – Ah, ah, è più attraente come figura materna, se è meno nervosa, se è più tollerante da quello che capisco.

VERONICA – Sì. (Trascrizioni, pag. 252)

Dunque, è assurdo affermare che il dott. Foti mirava a distruggere la figura materna. Il dott. Foti empatizza più volte con il desiderio di Veronica di migliorare la relazione con la madre. Erano i comportamenti poco empatici e soffocanti della madre a sollecitare spesso la protesta della figlia. Quando nel corso della psicoterapia del 2016 è cresciuta in Veronica l'autostima, la ragazza sviluppa una propria autonomia e contesta sempre più nettamente l'atteggiamento di sottomissione della madre nei confronti del padre.Veronica è profondamente colpita e dispiaciuta nell'apprendere dalla madre stessa che quest'ultima ha subito varie forme di violenza dal padre.

Le sedute videoregistrate mostrano che la rabbia della paziente verso la madre si attenua sensibilmente nella prima tranche della psicoterapia (2016). La contrapposizione alla madre riesploderà invece nel 2017, comparendo intensamente all'inizio della nuova tranche e contribuendo poi al ricorso reattivo da parte di Veronica

alla trasgressione e all'abuso di sostanze. Peraltro, il dott. Foti ha cercato di effettuare nella seconda tranche della psicoterapia diversi incontri madre-figlia nel tentativo di ridurre la rigidità emotiva ed educativa della signora Santi e favorire un'interazione più positiva tra la madre e Veronica.

14. *LA DIMENTICANZA DELLE BASI TRAUMATICHE DEL DISTURBO DI PERSONALITA' BORDERLINE*

La dott. ssa Rossi diagnostica in Veronica un Disturbo Borderline di Personalità (BPD) "correlato alle induzioni poste in essere dagli operatori, che hanno creato dubbi sulla sua identità e sulla sua storia di vita". (rel. dott.ssa Rossi, pag. 67)

Ora la dott.ssa Rossi si dimentica di chiarire che la letteratura scientifica è sostanzialmente concorde nel ritenere che il Disturbo Borderline di Personalità (BPD) sia causato da una combinazione di fattori fra cui compaiono sempre le esperienze traumatiche e sfavorevoli durante l'infanzia.

Un importante articolo di Manna, Daniele e Pinto[35] con una bibliografia di ben 210 voci sul tema stabilisce chiaramente quali siano i fattori eziopatogenetici del Disturbo di Personalità Borderline, non citando gli ipotetici interventi iatrogeni della psicoterapia ed affermando invece:

"Le conclusioni sono che il BPD, Disturbo Borderline di Personalità, vede concause: eventuali cause neurobiologiche da danno cerebrale funzionale, genitori con stesso disturbo che hanno provocato traumi soprattutto nei primi anni di vita, ivi compreso traumi sessuali, una predisposizione genetica nel campo del controllo degli impulsi. (…) una predisposizione genetica, la contemporanea presenza di un disturbo affettivo, o di una vulnerabilità psicotica, ma anche le conseguenze di un'esperienza traumatica, episodica o ripetuta nel tempo, potrebbero condurre allo sviluppo di una personalità borderline".

35Manna V., Daniele M.T., Pinto M., "Fattori eziopatogenetici del disturbo borderline di personalità", *Journal of psychopathology, official journal of the Italian Society of Psychopathology.*

In Italia Luigi Cancrini ha studiato il rapporto tra il mondo, vastissimo e molto sofferente, dei pazienti psichiatrici, definito "borderline" e le storie infantili di questi pazienti.[36]

Una vasta letteratura scientifica concorda nell'indicare come un fattore importante di rischio per l'insorgenza del BPD sia un'infanzia trascorsa in un ambiente invalidante cioè in un contesto in cui il soggetto può aver subito maltrattamenti e abusi sessuali oppure aver subito esperienze traumatiche o sfavorevoli di vario genere. Nelle storie dei pazienti affetti da BPD sono particolarmente comuni le cosiddette ACE (AdverseChildhoodExperiences, o esperienze infantili avverse)[37], nelle quali un soggetto può aver patito separazioni e divorzi conflittuali, può essere vissuto con un familiare con un disturbo mentale o tossicodipendente, può essere stato esposto a svalutazione dei propri stati mentali (pensieri, emozioni e sensazioni fisiche), può essere stato coinvolto in interazioni caotiche ed inappropriate, può essere stato privato delle cure necessarie, può aver assistito a violenza domestica o a imprevedibili esplosioni d'ira. È indiscutibile che la vicenda personale e familiare di VeronicaSoletti ha collezionato tante situazioni del suddetto elenco.

La letteratura più recente ha approfondito lo studio del legame fra Disturbo di Personalità borderline e i traumi concentrandosi in particolare sugli effetti degli abusi fisici e sessuali. Per alcuni autori sarebbe meglio ripensare il BPD inquadrandolo come un disturbo dello spettro post-traumatico, dal momento che BPD e disturbo da stress post-traumatico presentano forti somiglianze.

In ogni caso l'approfondimento del quadro diagnostico di fronte ad un paziente affetto da BPD *"non può prescindere da una raccolta dei principali eventi traumatici di vita (violenze, malattie, lutti, incidenti) e da un'analisi dettagliata della qualità dei primi legami di attaccamento in termini di sintonizzazione emotiva, corrispondenza dei bisogni primari di cura, nutrimento e protezione, presenza di vissuti di pericolo o*

36Cancrini L., *Oceano borderline*, Cortina, 2006. Cancrini L., Infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline, Cortina, 2014.

37 Felitti V. J. et al., 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*** Volume 14, Issue 4, May 1998, Pages 245-258

minaccia nelle relazioni intra-familiari."[38]

Le ricerche più recenti hanno approfondito l'indagine tra il trauma infantile (in particolare l'abuso sessuale), e l'insorgenza del Disturbo Borderline di Personalità con risultati sorprendenti e sostanzialmente convergenti. Molto significativa risulta questa tabella.

RICERCHE SUL TRAUMA INFANTILE NEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA' [39]	
RICERCHE	*DATI EMERSI*
Zanarini (1)	*40-70% di abuso sessuale nell'infanzia nel Disturbo Borderline di Personalità*
Battle et al. (2) Cohen (3) Rogosch e Chiccetti (4) Yen et al. (5)	*Correlazione positiva negli studi prospettici tra abuso sessuale, maltrattamento fisico nell'infanzia e Disturbo Borderline di Personalità*
Silk et al. (6) Zanarini et al. (7) Sansone et	*Correlazione positiva tra gravità dell'abuso sessuale, gravità dei sintomi borderline e comportamento auto- distruttivo*

38 Marzocchi C., Disturbo di Personalità Borderline o dissociazione traumatica, POL.it, *Psychiatry On Line*

39 Tabella citata in D. Mosquera, A. Gonzalez- Vazquez,Disturbo borderline di personalità, trauma e EMDR, *Borderline Personality Disorder, trauma and EMDR,* in *rivistadipsichiatria.it*

al. (8)	
Johnson et al. (9)	*Le persone con abuso sessuale o trascuratezza hanno probabilità 4 volte maggiori di ricevere una diagnosi di disturbo di personalità*
Battle et al. (2)	*73% di abuso sessuale nell'infanzia, 82% di trascuratezza nei pazienti con BPD*
Graybar e Boutilier (10)	*60-80% di maltrattamento fisico e verbale, abuso sessuale e trascuratezza nei pazienti con BPD*
Laporte e Guttman (11)	*Il Disturbo Borderline di Personalità presenta eventi traumatici multipli e più di un tipo di abuso*
Goodman e Yehuda (12)	*40-70% di abuso sessuale nell'infanzia nei pazienti con BPD*
Golier et al. (13)	*52,8% di maltrattamento fisico nell'infanzia o nell'adolescenza nei pazienti con BPD*
Fossati et al. (14)	*Metanalisi che mostra un'evidenza di effetti dell'abuso sessuale nell'infanzia nei pazienti con BPD*

RICERCHE SUL TRAUMA INFANTILE

NEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA'

BIBLIOGRAFIA DELLE RICERCHE CITATE

1. *Zanarini MC., Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. Psychiatr. Clin. North Am. 2000; 23: 89-101.*
2. *Battle CL, Shea MT, Johnson DM, et al. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study, J Pers Disord 2004; 18: 193-211.*
3. *Cohen P.,CrawfordT.N.,Johnson J.G., Kasen S.,The children in the community study of developmental course of personality disorder. J Pers Disord 2005; 19: 466-86.*
4. *Rogosch F.A., Chiccetti D., Child maltreatment, attention net-works and potential precursors to borderline personality disorder. Dev Psychopathol 2005; 17: 1071-89.*
5. *Yen S., Shea M.T., Battle C.L., et al., Traumatic exposure and post-traumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. J NervMent Dis 2002; 190: 510-8.*
6. *6. Silk K.R., Lee S.,Hill E.M., Lohr N.E., Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. Am J Psychiatry 1995; 152: 1059-64.*
7. *Zanarini M.C., Yong L., Frankenburg F.R., et al., Severity or re- ported childhood sexual abuse and its relationship to severi- ty of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. J NervMent Dis 2002; 190: 381-7.*
8. *Sansone R.A., Gaither G.A., Songer D.A., The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. Violence Vict 2002; 17: 49-55.*

9. *Johnson J.G., Cohen P., Brown J., Smailes E.M., Bernstein D.P., Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 600-6.*
10. *Graybar S.R., Boutilier L.R., Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. Psychotherapy 2002; 39: 152-62.*
11. *Laporte L., Guttman H., Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. J Pers Disord 1996; 10: 247-59.*
12. *Goodman M, Yehuda R. The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. Psychiatr Ann 2002; 33: 337-45.*
13. *Golier J.A., Yehuda R., Bierer L.M., et al.. The relationship of bor- derline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. Am J Psychiatry 2003; 160: 2018-24.*
14. *Fossati A., Madeddu F., Maffei C., Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytical study. J Pers Disord 1999; 13: 268-80.*

Come consulente la dott.ssa Rossi avrebbe almeno dovuto dar conto di queste ricerche e di questa convergenza nella letteratura scientifica. Non esistono affatto o comunque non sono rilevanti ricerche su campioni di pazienti affetti da BPD sul rapporto tra presunti interventi iatrogeni della psicoterapia ed insorgenza della patologia.

15.*LA PSICOTERAPIA CHE FA STAR PEGGIO*

La dott.ssa Rossi contesta al dott. Foti di aver messo in discussione l'autorità dei genitori.

"Il dott. Foti – sostiene la dott.ssa Rossi - ha minato l'autorità di entrambe le figure genitoriali, sollecitando la sua ribellione di fronte ad esse." (rel. dott.ssa Rossi, pag. 62)

Si tratta di genitori, come minimo, profondamente inadeguati ma che secondo la dott.ssa Rossi andavano difesi comunque dalla protesta e dalla rabbia della figlia.

"Privata di modelli genitoriali di sostegno in un contesto in cui a Veronica sono stati presentati modelli maschili pericolosi e modelli familiari femminili inermi, la ragazza non ha potuto sviluppare un'identità personalità sana in un momento adolescenziale proprio preposto alla costruzione della sua identità. (rel. dott.ssa Rossi, pag. 67)

Se Veronica non ha potuto sviluppare un'identità sana è evidentemente a causa della sua storia traumatica, è a causa delle carenze nelle risposte familiari ai suoi bisogni. Per la dott.ssa Rossi invece sono state la psicoterapia, l'accoglienza dei vissuti emotivi di sofferenza e rabbia di Veronica nei confronti dei genitori a risultare lesive.

Ora è noto che la maggior parte dei percorsi terapeutici aiutano il soggetto ad elaborare i conflitti profondi nei confronti delle figure genitoriali. Un impegno di questo genere da parte del dott. Foti è stato valutato come nocivo e iatrogeno. Il suo ascolto dei contenuti sofferti e conflittuali di Veronica secondo una modalità basata sui principi della psicoterapia del trauma e dell'intelligenza emotiva diventa un reato.

Si avvera la situazione patita da Galileo quando ha osato dichiarare che la terra gira attorno al sole e non il sole attorno alla terra come si credeva fino ad allora. Non è il trauma, secondo la Rossi a causare la sofferenza di Veronica, ma la cura portata da Foti!

Sia la madre che la ragazza stessa oggi affermano che con la psicoterapia Veronica stava sempre peggio. In realtà tutte le 14 sedute videoregistrate (tranne una nella quale il lavoro di elaborazione del trauma inevitabilmente è stato più sofferto) si concludono con riscontri espliciti di soddisfazione, di crescita ed in qualche caso di gioia e di felicità da parte di Veronica).

Mano a mano procede il percorso di elaborazione dei ricordi traumatici si verifica nella paziente un processo di cambiamento, certamente che non realizza e non può realizzare una modifica stabile della struttura di personalità, ma produce una maggiore coesione del Sé e favorisce l'affiorare di cambiamenti di stato che possono essere così riassunti:

a) dall'autoaccusa per gli abusi subiti alla comprensione benevola della propria situazione di soggetto traumatizzato;

b) dalla depressione (pensieri suicidiari) ad un superamento dei vissuti depressivi e ad una crescita della vitalità;

c) dal senso di disvalore della propria vita alla voglia di impegnarla su obiettivi importanti;

d) da atteggiamenti di sottomissione passiva ad atteggiamenti assertivi e ad uno sviluppo dell'istanza di indipendenza;

e) da una rappresentazione della sessualità, associata a sofferenza e pericolo, ad una diversa rappresentazione della sessualità, associata all'affetto e all'intimità.

Nelle sedute videoregistrate compaiono trasformazioni non solo sul piano dei contenuti espressi, ma anche sul piano dell'atteggiamento emotivo e dell'aspetto fisico. I cambiamenti non riguardano soltanto il piano dei vissuti e delle ideazioni, ma coinvolgono anche il piano comportamentale ed energetico.

All'inizio della psicoterapia la ragazza viene descritta dalla madre come segnata da un quadro depressivo profondo, che viene confermato nelle prime sedute da Veronica stessa. Racconta la madre che la figlia faccia fatica al mattino ad alzarsi e a trovare la forza per andare a scuola. Con il sostegno del Servizio Sociale e della psicoterapia la ragazza trova la motivazione e la forza per recarsi ogni mattina a Paese montanonel nuovo istituto scolastico dove viene iscritta, facendo quotidianamente un lungo percorso di circa un'ora in macchina e autobus. Veronica viene promossa. Trova inoltre anche la motivazione e la forza per non mancare mai alla seduta di psicoterapia con Foti. Veronica si impegna per essere presente agli appuntamenti: talvolta, senza avere il tempo di mangiare, dopo l'uscita di scuola, fa un viaggio di 50 km per arrivare all'AUSL di Reggio, dove si svolgono le sedute.

Analogamente nel corso della psicoterapia Veronica trova la motivazione e la forza per allontanarsi da casa per alcune settimane per recarsi a Roma per svolgere un intervento di volontariato presso la Caritas, in un'esperienza che appare evidentemente come gratificante nella quale la ragazza evidenzia una capacità di adattamento e un atteggiamento di impegno altruistico. Migliora, inoltre, la sua vita di relazione affettiva e la capacità di autodeterminarsi e difendersi nelle relazioni con le figure maschili.

16.*L'USO DELL'EMDR*

Nessuna delle sedute videoregistrate è stata analizzata in specifico. Viene citata dalla dott.ssa Rossi un'unica seduta quella in cui viene applicato dal dott. Foti l'EMDR. Viene citata per riportare pari pari tutte le accuse che sono già state formulate nei confronti di questa seduta senza alcun approfondimento e verifica .

"*Si crede* - afferma la Consulente del PM – *che una seduta fondamentale sia quella del 4/10/ 2016 (pag 328 e seguenti)*". Ma se è fondamentale perché non viene analizzata per valutare – come dovrebbe fare un perito – se le accuse riportate sono fondate oppure no?

Se avesse analizzato la seduta citata, senza accontentarsi di riportare in modo acritico le accuse già formulate, la dott.ssa Rossi avrebbe potuto accorgersi che il dott. Foti, pur non eseguendo l'intero protocollo dell'EMDR, ne applica e ne rispetta la sostanza, inserendo l'utilizzo della tecnica nella sua linea di psicoterapia del trauma, basata sul dialogo analitico e su un approccio psicodinamico. Avrebbe potuto accorgersi in specifico che il terapeuta in piena adesione al modello operativo dell'EMDR:

- parte da un frammento di ricordo più volte esplicitato dalla paziente ed individuato dalla paziente stessa come il più utile da elaborare e da integrare;
- cerca di aiutare la paziente ad individuare il momento peggiore del ricordo che, nel caso in questione, coincide con il frammento del ricordo stesso;
- aiuta la paziente a mettere a fuoco sia l'immagine negativa di sé connessa al frammento del ricordo disturbante, sia l'emozione attualmente associata al ricordo disturbante e la localizzazione nel corpo di tale vissuto;
- utilizza correttamente le sollecitazioni prevista dalla tecnica con il movimento delle dita poi, con il tamburellamento delle mani;
- non interviene in alcun modo nel corso delle sollecitazioni bilaterali previste dalla tecnica;
- invita la paziente ad osservare ad accogliere ciò che nota nella realizzazione

dell'esercizio senza sforzarsi a visualizzare il ricordo e con atteggiamento di accettazione ("adesso osserva semplicemente … accetta che succeda quel che può succedere … Quello che ti viene senza sforzarti, lascia andare, quello che riesci a comunicare");

- sollecita la paziente ad accogliere ciò che emerge senza preoccuparsi di valutare il fondamento di realtà di ciò che nota;
- valorizza tutto ciò che la paziente riesce a notare, incoraggiando un atteggiamento di osservazione non giudicante;
- invita a mettere a fuoco il contenuto che di volta in volta emerge nella stimolazione precedente prima di effettuare un'ulteriore sollecitazione;
- riprende e riformula le parole precise che Veronica utilizza;
- incoraggia la paziente a proseguire l'esercizio, pur ricordandole spesso la libertà di fermarsi se non se la sente;
- al termine della seduta indica a Veronica che in caso di necessità, se emerge qualche disagio, può provare a scrivere oppure a telefonargli (e le dà in quest'ottica il suo numero di cellulare).

La dott.ssa Rossi si limita dunque ad un copia-incolla delle critiche già formulate nei confronti del dott. Foti per il suo utilizzo dell'EMDR.

La psicoterapia del dott. Foti è stata accusata di aver utilizzato l'EMDR in modo scorretto con l'obiettivo di andare alla ricerca di ricordi traumatici imprecisati, non dichiarati dalla paziente, senza prendere avvio da un chiaro ricordo della paziente stessa.

Se la dott.ssa Rossi avesse analizzato la seduta del 4 ottobre 2016 avrebbe potuto constatare che nel trattamento EMDR svolto su VeronicaSoletti il dott. Foti parte senza ombra di dubbio da un ricordo non solo esplicitato dalla paziente, ma anche da lei individuato come il ricordo più disturbante: si tratta di un ricordo su cui, oltretutto, Veronica insistentemente torna e ritorna, in ben tre sedute, nel corso della psicoterapia.

L' episodio specifico a cui la paziente ha fatto più volte riferimento nelle sedute precedenti e che lei stessa riprende e sceglie consapevolmente di approfondire riguarda un frammento di ricordo in cui da bambina nella casa del compare è seduta sul divano con un adulto e vede dall'esterno una scena angosciante in cui la mano dell'adulto si avvicina alla sua zona genitale.

Tale ricordo, su cui viene applicato l'EMDR appare per Veronica: a) quello maggiormente connotato da malessere; b) quello più lontano nel tempo; c) quello maggiormente non elaborato ovvero associato alla percezione di un blocco emotivo; d) quello su cui la paziente ritorna più spesso.

Nel modello di psicoterapia psicodinamica che segue il dott. Foti il soggetto deve essere certo sensibilizzato, motivato ed incoraggiato a riprendere il contatto mentale ed emotivo con i ricordi non elaborati, ma il terapeuta non intende somministrare una tecnica in termini direttivi senza rendere il paziente pienamente consapevole del significato, della finalità e di tutte le scelte connesse a questa tecnica all'interno del lavoro di analisi. In questo senso si succedono gli interventi di chiarificazione e di psicoeducazione.

Per tre volte nel corso delle sedute il dott. Foti presenta la tecnica EMDR all'interno dei suoi discorsi di chiarificazione sull'importanza curativa di comprendere la sofferenza infantile rimossa, di sviluppare la consapevolezza e di integrare dei ricordi non elaborati del passato e tutte e tre le volte la possibilità di usare l'EMDR è strettamente associata dal terapeuta alla necessità di lavorare sul ricordo specifico che è stato appena esplicitato dalla paziente.

Il dott. Foti prova ad aiutare la paziente a poter scegliere l'episodio più utile da precisare, da consapevolizzare e da integrare, facendo emergere allo stesso tempo le difese e le resistenze all'elaborazione del passato. In ogni caso risulta assolutamente chiaro alla paziente che l'EMDR si potrà fare solo a partire dall'individuazione di un

ricordo specifico e che occorre compiere una riflessione per individuare un ricordo significativo.

Nell'undicesima seduta il dott. Foti suggerisce la possibilità di contattare i momenti apicali di disagio meritevoli di essere approfonditi e rielaborati con l'EMDR, la qual cosa ulteriormente chiarisce il fatto scontato che questa tecnica ha senso per approfondire un ricordo traumatico presente e palesato dalla paziente.

Un ultimo sconcertante aspetto delle critiche nei confronti del dott. Foti circa il suo utilizzo dell'EMDR – critiche che vengono riprese tali e quali dalla dott.ssa Rossi - è dato dall'affermazione in base a cui il terapeuta non avrebbe svolto formazione avanzata e supervisione. Ora il dott. Foti è in possesso di documenti a che dimostrano inequivocabilmente la sua formazione avanzata nell'ambito dell'EMDR.

Tali documenti attestano:

- che il dott. Foti ha seguito non solo uno, ma due seminari di formazione di secondo livello all'EMDR nel 2002 e di nuovo nel 2012.

- che ha organizzato e seguito come direttore del Centro Studi Hansel e Gretel nel 2005 un seminario di due giorni condotto dalla dott.ssa Fernandez dal titolo "Il trauma complesso e la complessità delle patologie. Il ruolo dell'EMDR".

- che ha organizzato come direttore dell'équipe clinica del Centro Studi Hansel e Gretel una supervisione di gruppo nel 2013, 2014 e 2015 condotta dal Dott. Luca Ostacoli, supervisore EMDR, partecipando personalmente agli incontri continuativi di supervisione nel corso del 2013 e 2014.

LA SPECIFICITA' DELLA PSICOTERAPIA- analisi della relazione del CTP del PM Dr.ssa Scali

Nell'analisi critica delle sedute del dott. Foti,operatadal CT del PubblicoMinisterodott.ssaScali, emerge a pareredelloscriventeconfusionetral'approcciopsicologicoforense e l'approcciopsicoterapeutico.

Il dott. Fotichiariscebene in tutta unaserie di passaggi la finalitàterapeutica del lavoro

di recupero e di rielaborazionedeiricordiche è totalmente estranea alla finalità – che non compareneppurelontanamente - di orientare la ragazza a questo o quelcomportamentotestimoniale in ambitogiudiziario. **La prospettiva è quella della cura. Il fine è quello di tentare di farstaremeglio la paziente**.

"DOTT. FOTI: Senti Veronica mi ha molto colpitoche prima tu hai detto "la prima violenzache ho subito" e le altre?

VERONICA: Mm beh mi è successoquandoavevo 13 annierailmioragazzodiciamo e quella li è stata la secondaehhh basta (la parola basta è sussurrata)

DOTT. FOTI: E questoragazzo … se adessostiamofacendoquestoresocontomaperché proprio cerco di farlo, anche se capiscochetipuòcrearemalessere, proprio per vedere se possoaiutarti a fareunlavoro di recupero della memoria chetipossaaiutare a starbene."

L'impostazione del lavoro del dott. Foti è nettamentefinalizzata ad un'elaborazioneterapeuticache si strutturacomecamminocondivisotraterapeuta e pazientenelrispettodeisentimentichecircolanonellarelazione, uncamminoche non è subordinato alle tempistiche o alle finalitàistituzionali, uncamminoche ha bisogno di tempo, e non persegue - comeavvieneinvecenell'ambitopsicologicoforense - scadenze e prospettiveestrinseche a quellecheriguardano larelazioneterapeuticastessa. Il dott. Fotinelsecondocolloquioriprende e sottolinea la parolacamminoutilizzatadallapaziente.

"VERONICA: mmmh… ho sentitochestiamo per percorrereuncammino, comunque è unpo' difficile per me… (…)

DOTT. FOTI: certocerto, mi piacesaiche tu abbiausato la parolacammino. C'èuncammino, abbiamoun anno di tempo e poichissà, forse non è detto chepoi non ci si possavedere ancora. Abbiamosenz'altroun anno di tempo e quindipossiamostaretranquilli e vedere di camminare, camminarenelrispetto di ciòchesenti."

Il rispetto delle emozioni è la lineaguida della psicoterapiaenunciata sin dalprimocolloquio, comebenchiarisceildott. Foti:

"DOTT. FOTI: Se si creeranno le condizioni per parlarne, ne potremoparlaremaeccosentocheVeronicadevesentirsirispettata: se ne parla e iosonodisposto ad ascoltaremanellamisura in cui tu Veronicasentirail'esigenza di

farlo, con la libertà di fermarticome e quandovuoi se vuoi."

La consulente del P.M. sembrapretenderechel'interventodellopsicoterapeutarisponda ai canoni e ai metodidell'interventopsicologico-forense, evidenziandocosì di noncogliere la specificità dellavoropsicoterapeutico. La dott.ssasqualifica a priori ilvaloredell'interventoclinico del dott. Foti. La logicaparadossalecheemergedallesueconsiderazioniè quella in base a cui uno psicoterapeutadovrebbeaddiritturabloccare e condizionareil proprio compito di ascolto e cura della sofferenzatraumaticaall'esitodeiprocedimentigiudiziari. In quest'otticaassurda, se unaragazzacomunica di esserestataviolentatadal proprio fidanzato – comefa per es. Veronica in riferimento ad unepisodioavvenuto ai 13 anni – lopsicoterapeutadovrebberestaredistaccatoedimpassibilenellamisura in cui non c'èstatoalcunaccertamentogiudiziario. L'effetto di questalogicaporterebbe a questo: se gliinterventi di cura del traumadovesseroavviarsi solo a seguito di undefinitivoaccertamentogiudiziario la quasi totalità di colorochecercanounaiutodopouneventotraumaticodovrebberorestare senza unapsicoterapia.

Per la dott.ssaScali, se *"non si ha notizia di unprocedimentopenale a carico del compagno di scuola"* (pag. 21, Ordinanza di applicazione di misuracoercitiva art. 292 c.p.p., GIP, 25 novembre 2019) diventerebberoscorrettil'ascolto e iltentativo di elaborazionedell'esperienza di molestiaraccontato in modo vivido e coerentedallaragazza.

Si notiche:

- l'aggressione a sfondosessuale da parte del compagno di scuola è stata al centro di numerosicolloquitra la ragazza e glioperatoried in particolare la dott.ssaGreggio;
- di questofattoparla la madre al dott. Fotinelcorso del colloquio del 16 febbraio2016 condovizia di particolarianchefisici, cheevidentemente le sonostatiriferitidallafiglia ("*questoragazzo tutti i giorni le davafastidio. Le metteva le maniaddossocomunqueanchenellesuezone intime, le ha infilato le mani…")*
- sempre a causa di questofattoVeronica ha preso la decisionesoffertaedimpegnativa di cambiarescuola per iscriversi ad

unaltroistituto, che le comportavaognimattinaunafatica e un tempo di granlungamaggiori per poterloraggiungere (dalsuopaesedevearrivare a Ciano, accompagnata in macchinadallamadre e farsi 40minuti di corriera per arrivare alla sua scuola).

Eppure la dott.ssaScalicontesta alla dott.ssaGreggiodi averfattoriferimento alla molestiasubìta da Veronica, perché "*non risultaesserciunprocedimentopenale*" (pag. 21, Ordinanzacitata)! La consulente critica inoltreildott. Fotiperchéponeunadomanda alla pazientesuquestavicenda, senza che la ragazza ne abbiaparlatospontaneamente (pag. 22), quando si tratta di unarecentevicendache la ragazza ha affrontato a lungo conglioperatoried è stataraccontatadallamadre.

Quiemergeulteriormente la differenzatralavoropsicologico-forense e lavoropsicoterapeutico. Nel primocaso è correttochelopsicologostiaattento a non introdurrealcunelemento non siaprecedentementestatoespressodalminore, nelsecondocasolopsicoterapeutapuò e deveessere più attivoe nonpuòfarfintacheeventirilevantichecaratterizzanoilcontesto di vita del paziente non esistano.

Per ilconsulente del P.M. neppure la trasmissionetraoperatori di informazioniclinichesullastoria del soggettosarebbecorretta, neppure la formulazionechepossaessercistatounabuso o maltrattamentosarebbeopportuna, perchégliaccertamentigiudiziarisono ancora in corso.*"La dott.ssaGreggiospiegailpercorso di formazione, in cuisonoinserite le sedute e che per Veronica per la sua storia e per le sueesperienzec'erabisogno di una 'personaspecializzataneltrattamentodell'abuso e del maltrattamento'. Apparescorrettataleattribuzione alla presenza della ragazzavistigliaccertamentiall'epoca ancora in corso e d'altrocantoildottorFoti, presente, non intervieneaccettando, quindi, taleattribuzione*" (pag. 23, Ordinanzacitata).

Il dr.Fotidunqueavrebbedovutoreagirenegandol'interventorichiestoperaltrodal Giudice. Cosa avrebbedovutodire: "Aspettatequestoaccertamento e poieventualmente ne parleremo!"

La dott.ssaScalirimprovera quanto segue al dottorFoti: *"Nel corsodell'incontroildr.Foti non fadomandesuqualisianogliesitigiudiziarideidiversiprocedimentiné se siano ancora in*

corso e parla di Veronicacomevittima di reatisessuali.” (pag. 21, Ordinanzacitata). Per la consulente del P.M. la preoccupazioneprioritaria e principaledellopsicoterapeutadovrebbeesseredunquequella di vederenegliindividui di cui è chiamato ad occuparsiinnanzituttodeisoggettiimplicati in procedimentigiudiziari, soggetticheposssonoesserevittimeoppure non vittime di reati, e non giàinnanzitutto delle personeportatrici di problemi, relazioni, sofferenze ed esperienze.

La pazientedovrebbeessererappresentataprioritariamente e principalmentenella sua posizione di soggettogiuridico e non già, innanzitutto, comepersonaportatrice di sentimenti, sintomatologie, ricordi, esperienzechepuòaver subito e vissuto in manierasoggettivamenteedemotivamentesignificativa.

Unpassaggiosignificativo delle argomentazioni della dott.ssaScali è ilseguente:

“E la cosachecolpisce è cheVeronica, quandoildr.Foti le chiedechericordi ha associandoli a cosebrutte, la ragazza non parla di sé, non evocaeventualiabusisubiti, mapiuttosto la preoccupazionechepossaesseresuccessoqualcosa alla sorella ‘quando ho vistomiopadreconmiasorellacheeranoabbracciati sul letto’. Veronica, a seguito delle domande del dr.Foti, dicechequell’abbraccio non le sembrava normale, anche se non descrive nulla cheabbiaunaconnotazionesessuale."

E’particolarmentesignificativala minimizzazioneelusiva e la negazione della problematicadell’abusochecompie la dott.ssaScali. Vale la penariportare la citazionedell’interazionedialogicatraVeronica e ildottorFoti sul punto per farrisaltarela distorsioneche la consulenteoperaneiconfronti della comunicazione della ragazza.

"VERONICA: Mmmmbehio ho sempre avutounapreoccupazionechelui (ilpadre) avessefatto del male a miasorella

DOTT. FOTI: Del male cosaintendi?

VERONICA: Mmm mmm tipooooooviolentatatravirgolette

DOTT. FOTI: “Violentata” quindi più sul versante della violenzafisica o dell’abusosessuale?

VERONICA: Dell’abusosessuale

DOTT. FOTI: “Dell’abusosessuale”. Una sensazionelegata a qualeimmagine? La preoccupazionelegata a qualeimmagine ci sononellatua memoria?

Magariconfusemagariquellechesono…

VERONICA: In chesenso?

DOTT. FOTI: Sai, a volte i ricordisonovaghisonoimprecisisonoconfusiperò se c'èunapreoccupazionequalcosaavràfatto pur nascerequestapreoccupazione

VERONICA: Behquandotipo ho vistomiopadreconmiasorellacheeranoabbracciati sul letto e mi è salitoilpanicoehh

DOTT. FOTI: Ma c'eraqualcosa in questoabbraccio? Cheunpapàabbracciunafiglia sul letto ci potrebbestare… c'eraqualcosainvece in questoabbracciocheti ha turbatochepuòavertipreoccupato? Nel comeerafattostoabbraccio, comeeranomessiloroc'èqualcosache ha reso più preoccupantequestoabbraccio?

VERONICA: Cioècomeeranomessiforse… non lo so cioè a me non sembrava normale"

Veronicadunque non temeaffattochepossaesseresuccessogenericamentequalcosa alla sorella. La ragazzatemepalesementeche la sorellapossaesserestata "violentata" (l'espressione è di Veronica) e chetaleviolenzaabbiaqualcosa a chevedere non giàconilmaltrattamentofisicomaconl'abusosessuale. Non si tratta di genericapreoccupazione.Veronica, dice la dott.ssaScali, non evocherebbeeventualiabusisubiti. Ma se la pazienteattribuisce in forme reali o piuttostoproiettivel'esperienza della violenzasessuale alla sorellaVanda, cosastafacendo? Come si fa ad escludere - comefainvece la dott.ssaScali - l'ipotesicheVeronicastia parlando disé e dell'abuso subito?

La valutazioneche la dott.ssaScalicompiedell'operato del dott. Foti non puòesserecondivisaconserenità. Un solo esempioriguardanteilterzocolloquio: *"Il dr.Fotiafferma di aversaputo da Irene (Greggio) e da Alessandro (Camaldoli) che 'in qualche modo tuopadre è associatoanche a esperienzebrutte di maltrattamento e abuso' "* (pag. 23, Ordinanzacitata).

La consulentevuolesottolinearechelopsicoterapeutaintroduceforzatamenteiltema del maltrattamento e dell'abuso senza che la ragazza ne abbiaparlato.

La dott.ssaScali non vedecheildott. Fotiesplicita la fonte delle sueinformazioni (glioperatori del servizio) per consentire alla paziente di confermare o smentire, esprimendoil proprio punto di vistaautonomo, verificandocosìpreconoscenze e valutazionipregresse. Fa riferimento ai limiti della memoria e non dà per scontato

nulla. Vuolfareesprimeredirettamente la ragazza sul tema. E faperaltroriferimento ad un possibile link positivo e ad un possibile link negativo della figurapaterna senza alcunatteggiamentoaprioristico: *"Ma senti...se benricordoperchéalcunecoseappunto mi sonostateriferite ...da Irene e Alessandrotuopadre è associatoanche ad esperienzebrutte di maltrattamento o di abuso?... in chesenso?*

Cioèsai a volte la memoria poi è quellache è … fadeicollegamenti… in questocasoilcollegamentopositivo è la morte del caneiltuodolore e ilsuoabbracciono sul piano positivo. Sul piano negativo comesono i collegamentiche tu ritrovi in testessaqualisono i ricordiche tu trovi in testessa?" (terzocolloquio)

La dott.ssaScali non riconoscecheildott. Fotiformulacondelicatezza e in terminigenerici le ipotesi relative alla violenza econsente a Veronica di confermarle (in qualchecasoampiamente) o lasciarlecadere. Chiarisceconnettezza e senza ambiguitàilcarattereipotetico di certeaffermazioni. Se non vengonoripresedallapaziente (comenelcaso della violenza di gruppo) ildott. Foti a sua volta le lascianettamentecadere e non le riprende più. Al di là delle ipotesiformulateil dato chevieneascoltato e consideratofondamentale è ilvissutoemotivo e soggettivo della paziente.Insommapareche la Dr.ssaScali non tenga in considerazione la missionprescrittaallopsicoterapeuta di unaterapia del traumaordinataperaltrodal Tribunale. E che non consideri la culturaretrostante a questitipi di psicoterapia, le fasimanualizzate e tutto quanto ampiamentedescrittonellaparteteorica di questapresentazione. A qualescuola di Psicoterapiafariferimento la Dottoressa? Ogniscuolanelleoreteorichededicateallostudiostorico della Psicoterapiainforma e forma gliallievi sul tema del trauma e delle terapie del trauma di tipopsicodinamico, cognitivo e sistemicononchè delle patologiedissociativeconnesse al trauma e delle necessità di strumenti di accesso alle parti del se non accessibili e di conseguenza al complessomondo delle memorie e deiricordi.

"DOTT. FOTI: Perché la violenza di gruppo è qualcosa di molto molto più penoso e disturbante della violenza individuale. Questa è l'ideache mi sonofatto. Magari è unfilm. O magariderivadalfattocheavendoascoltatonellamiastoriatantetantepersone, ne ho sentite di cotte e di crude. E Veronica, adessocheio ho aperto per esempioquestofile, che è diverso da quelloprecedentecheera più piacevole, tu cos'haisentitodentro di te? Cos'haisentitoneltuocorpo? Cos'haisentito?"(secondocolloquio)

Nel corso del terzocolloquio la dott.ssaScaliaffermacheildott. Fotiaccoglie in manieraacritica le attribuzioni negative della ragazzaneiconfronti della figurapaterna. Il terapeutadarebbeper assodatecircostanze non accertate sul piano giudiziario (temasucui la consulente del P.M. si ripetecostantemente in assenza di altriargomenti). Ma la dott.ssaScali non vuoledareatto al dott. Foti di tutti quegliinterventineiqualiproblematizza le affermazioni della paziente e non le assumeaffattocomescontate. QuandoVeronicaparla della propria sensazione di allarmenelvedere sul lettoilpapà e la sorella, ilterapeuta non interpreta la sensazione della ragazzacomeunadescrizionechiara e convincente e vuoleapprofondire:*"Cheunpapàabbracci la figlia sul letto ci puòstare…"*. Il dott. Foti nongiungeràmai a dare per assodatoilfondamento della percezionechecompieVeronica a riguardo della sorella, anche se consideraquestapercezionecomeelemento della problematicapost-traumatica della paziente.

La dott.ssaScalivorrebbedimostrareche le affermazioni di Veronicasonofrutto di anticipazioni o suggestioni del terapeuta. In questo è decisamentefuorisintonia e inducemodalità di lettura non pertinenti in relazione alla realtàdeifattifortunatamentevideoregistrati e quindianalizzabilinellalorointerezza e non certo da considerarenelsingolopassaggio in modo acontestuale. In tantipassaggi è Veronica a usareespressioniverbaliinequivocabilifacendospontaneamenteriferimentoconognievidenza alla propria storia, comestoria di abusi e di perdite o descrivendo le proprie esperienzecomeesperienzedi violenzapatita. Due esempi.

"DOTT. FOTI: per esempiosoffritantoperchéti è mancataunafiguraaffettiva, per esempio da partemaschile, e chequellacheavevi è morta. O soffritanto a pensareanche ad altre cose, che non sei statarispettata?

VERONICA: Sì, cioè, ad ognicosabruttache mi è successa, tipo i mieiabusi, cioè le perditeche ho avuto, la sofferenza, anche della miafamiglia …(quartocolloquio)

DOTT. FOTI: Questoragazzocosati ha fatto? Questoloricordi? Oppureanchequesto è confusonellanebbia?

VERONICA: No, mi ricordo

DOTT. FOTI: Se te la senti di comunicarmicosati ha fatto?

Conclusioni

Dagli atti, dallaletteratura, dall'analisi della psicoterapiarisultache:

Glielementifondanti le considerazioni delle perite del P.M. non hanno tenuto in considerazionealcunaglielementiprovenientidallaanalisi della prima tranche della psicoterapia qua analizzatadallaquale si evidenzia al di fuori di ognidubbioche:

C'è indiscutibile evidenza che la ragazza ha avuto una storia naturale (che ha i primi report dei Servizi Sociali nel 2003), a partire dalla prima infanzia, ricca di fattori traumatici:

- **madre maltrattata e percossa da marito e fratello,**
- **storia di dipendenza dello zio,**
- **dichiarazioni materne di aver lei subito abusi sessuali,**
- **denunce di abuso sessuale su Veronica, fatte dalla madre a carico dell'amico del padre,**
- **allontanamento del padre,**
- **violenza psicologica e fisica assistita,**
- **sorella con problematiche.**

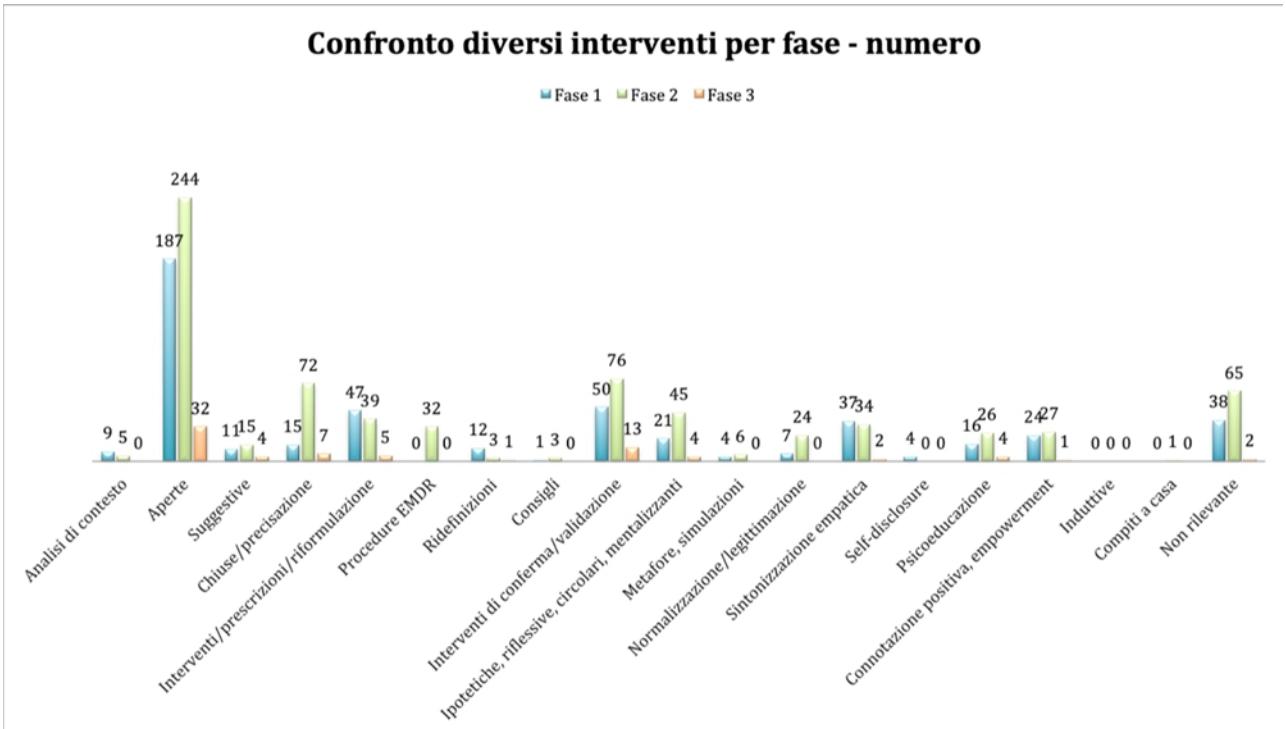
C'è evidenza scientifica che l'eventuale disturbo bordeline di personalità in letteratura viene correlato a disturbi di attaccamento e traumi nella prima e seconda infanzia e non certo, ex abrupto, in modo iatrogeno agli esiti di una terapia. Tale diagnosi, individuata dai periti del PM, non appare corretta a parere dello scrivente, che opta per un disturbo dissociativo post traumatico come la coorte sintomatologica indica. Il tema teorico è ben descritto nel testo al paragrafo "Processo a Galileo" a pg. 17.

C'è evidenza che la psicoterapia del trauma è stata prescritta dal Tribunale;

C'è evidenza che il Dr. Foti ha eseguito una psicoterapia con tempi e modi

adeguati e che ovviamente avrebbe dovuto occuparsi del tema memoria e ricordi del/dei traumi, essendo questo lo scopo della terapia del trauma che centra l'attenzione sul disturbo dissociativo e il riprocessamento delle memorie come base terapeutica usando strumenti che prevedono domande dirette, reenactment, roleplaying.

C'è evidenza che ciò che i periti del PM definiscono induzione non esiste nella psicoterapia in esame, che è invece ricca di domande aperte, ridefinizioni, metafore, connotazioni positive, sintonizzazione empatica, basata sul feedback come ben illustra il presente grafico frutto di microanalisi di TUTTE LE SEDUTE.



Dal grafico è evidente la matrice a domande aperte della psicoterapia, il concentrarsi della componente EMDR nella fase di reenactment, lo specificarsi del modello nella terza fase con una focalizzazione sulla soluzione del problema.

C'è evidenza che sia la madre che la figlia esprimono nella psicoterapia registrata giudizi fortemente positivi sulla terapia effettuata in assenza di domande suggestive ed in libertà.

C'è altresì evidenza che i metodi seguiti fossero di cura e prescritti dal giudice. Potevano essere ostativi di quale contemporaneo procedimento di Giustizia? E nel caso il principio di cura avrebbe dovuto essere subalterno?

Ci sono evidenze scientifiche a favore della impossibilità di impiantare falsi ricordi di episodi significativi in soggetti normosenzienti anche sottoposti a tecniche apposite di induzione volontaria e protratta.

Ci sono evidenze scientifiche che ci indicano come le due posizioni di questa causa corrispondono ad un conflitto centralenegli ultimi 30 anni nel mondo della Giustizia e della Psicoterapia. Tale conflitto, da me definito il Processo a Galileo Galilei, sta nella centralità del tema abuso rispetto al tema falso ricordo. E ancora nella centralità del tema disturbo borderline di personalità rispetto a disturbo dissociativo. Chi sostiene la teoria dei falsi ricordi crede che la patologia "disturbo borderline di personalità" sia creato dal terapeuta che convince artatamente una persona di essere stata abusata da qualcuno. Chi crede nella teoria della dissociazione ritiene di dover far psicoterapia del trauma per permettere al paziente che ha dovuto sequestrare i propri ricordi per sopravvivere al trauma di reintegrarli nella propria identità e recuperare il senso del Sé unico. Non certo per punire un colpevole, compito questo della Giustizia assieme al suo recupero.

Come la parte teorica dimostra, la scienza ha dimostrato la realtà del disturbo dissociativo ma non quella del falso ricordo. In queste dinamiche la bibliografia scientifica ci presenta la figura del recanter, colui che, avendo in precedenza denunciato l'abuso, lo ritira e tramite le note dinamiche di identificazione con l'aggressore, denuncia il proprio terapeuta nello stesso modo in cui precedentemente aveva denunciato l'abusatore**. Non è questione specifica di questo caso. È accaduto, accade e accadrà ancora. Tuttavia, l'evidente distanza incredibile ed inammissibile fra le dichiarazioni della madre e della figlia in terapia e nella SIT, ci confortano nel profetizzare che riferendosi alle categorie del sapere e non a quelle del potere, la verità e la Giustizia avranno il sopravvento. In questa psicoterapia il lavoro di Foti è stato impeccabile e condivisibile. Lo dico come Direttore e fondatore della Scuola di psicoterapia più vecchia dell'Emilia-Romagna, che ha formato in questi 40 anni oltre mille psicoterapeuti e che non ha mai conosciuto se non per una telefonata il Dr.**

Foti e che certamente non è mosso da interessi economici o di parte in questa situazione, ma che come il Prof. Cancrini e tanti altri, vuole difendere la dignità della nostra professione ed eliminare gli aspetti negativi per quanto possibile. Mi permetto un consiglio. Far leggere e visionare questa psicoterapia in doppio cieco e senza nomi ad un gruppo di psicoterapeuti di vario orientamento. Un esperimento di questo genere permetterebbe la facile esperenziale verifica del valore curativo di questa relazione professionale fra due esseri umani, ciascuno nella propria funzione.

NOTA BENE

Questa relazione viene integratacon il commento analitico compiuto dalla dott.ssa Apollonio che siallega e si condivide e che è da ritenersi parte integrante di questoelaborato. Questa seconda analisi e commento si rende necessario onde presentare la prospettiva di una collega esperta nel modello di intervento utilizzato dal Dr. Foti. Il sottoscritto, di formazione medica, psichiatrica e neuropsichiatrica infantile ha infatti eseguito il proprio lavoro a partire dalla metodologia sistemico-relazionale, uno dei tre principali metodi, assieme a quello psicodinamico e cognitivo relazionale, di intervento di aiutoalle relazioni umane.

A cura di Dr.ssa APOLLONI: LA PSICOTERAPIA DEL DOTT. FOTI CON VERONICASOLETTI. RICOSTRUZIONE DI UNA VICENDA

INDICE

2. PREMESSA. COME NASCE LA PSICOTERAPIA DEL DOTT. FOTI CON VERONICA

3. **L'ANALISI DEI PRIMI COLLOQUI, LA COMPLETA ASSENZA DI INTERVENTI SUGGESTIVI E DI DOMANDE INSISTENTI SUGLI ABUSI**

4. **LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DELLA PROBLEMATICA POST-TRAUMATICA DELLA PAZIENTE**
   2.1. LE STIGMATE EMOTIVE DEL TRAUMA
   2.2. I SINTOMI DI RIPETIZIONE
   2.3. LA DIALETTICA DEL TRAUMA
   2.4. ULTERIORI TRATTI POST-TRAUMATICI
   2.5. CONCLUSIONI

5. **IL RAPPORTO CON LA FIGURA PATERNA**
   a. CONCLUSIONI

6. **IL RICORDO RELATIVO AL PRESUNTO ABUSO SUBITO ALL'ETA' DI 4 ANNI**

3.4. CONCLUSIONI

7. **L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO TERAPEUTICO**
   a. Dall'autoaccusa alla comprensione della propria situazione di soggetto traumatizzato. *pag.68*
   b. Dalla depressione alla vitalità.
   c. Dal senso di disvalore della propria vita alla voglia di impegnarla su obiettivi importanti.
   d. CONCLUSIONI

8. **LA SECONDA TRANCHE DELLA PSICOTERAPIA. IL COLLOQUIO DEL 27 OTTOBRE 2018. IL RIMPIANTO PER L'AUTOSTIMA PERDUTA**

9. **IL METODO TERAPEUTICO**

10. **IL LAVORO CON l'EMDR**

11. **LA VALUTAZIONE DEL CONSULENTE TECNICO DEL P.M. DOTT.SSA SCALI**

12. **LA VALUTAZIONE DEL CONSULENTE TECNICO DEL P.M. DOTT.SSA ROSSI**

13. **ANALISI DEL COLLOQUIO SCONCERTANTE DELLA DOTT.SSA ROSSI CON VERONICASOLETTI (15 ottobre 2019)**

1. PREMESSA

COME NASCE LA PSICOTERAPIA DEL DOTT. FOTI CON VERONICA

La terapia che andremo a analizzare parte da precise premesse:

- in data **5.11.2015** il Tribunale per i Minorenni di Bologna, dopo aver effettuato l'audizione delle due minori (27.07.2015) e dei loro genitori (29.07.2015), emette Decreto Provvisorio con cui dichiara decaduta la responsabilità genitoriale del padre, signor ArmandoSoletti; inibisce i contatti padre-figlie; dispone che il Servizio Sociale valuti il collocamento in comunità; ***prescrive intervento psicologico o psicoterapeutico per la cura dei traumi psichici dell'età evolutiva.***

Nel decreto VeronicaSoletti viene descritta come *"portatrice di un grave malessere psicologico di origine politraumatica"*, l'atteggiamento paterno viene descritto come *"gravemente irresponsabile e non protettivo nei confronti delle minori, (...) sono emersi altri possibili comportamenti pregiudizievoli del padre nei confronti di entrambe le figlie (...)"* e si rileva che *"le minori hanno la necessità urgente di interventi psicologici intensi e specialistici per affrontare le gravi conseguenze dei traumi subiti"*.
L'intervento di psicoterapia ha inizio, quindi, su precisa disposizione del TM che specifica debba trattarsi di intervento finalizzato alla cura del trauma.

Il lavoro terapeutico del dott. Foti si svolge in due tranche: la prima ha inizio il 1 marzo 2016 e si conclude in novembre 2016, la seconda inizia in aprile 2017 e si prolunga fino al novembre del 2018 fin tanto, in un contesto di nuove problematiche relazionali e familiari che compaiono nella vita della paziente.
La presente relazione si concentra sull'analisi della prima tranche, sulla base della visione dei video e della lettura delle trascrizioni fornite.

Il decreto del Tribunale per i Minorenni di Bologna viene emesso in seguito a diverse segnalazioni inoltrate dal Servizio Sociale di Bibbiano (Reggio Emilia):
20.01.2015: il Servizio Sociale segnala al TM di Bologna e alla Procura di Reggio Emilia che:

- la mamma di Veronica (signora AdrianaSanti) riferisce ai servizi che a luglio 2003, Veronica, all'epoca 4enne, aveva raccontato a una prozia che il socio del padre le avrebbe "toccato la patatina". La prozia parla con una sorella della mamma che a sua volta riferisce alla mamma.
- La mamma racconta di aver subito violenza fisica e psicologica in presenza delle figlie sia da parte del marito (signor ArmandoSoletti) e del di lei fratello (Alfredo Santi).
- Nel 2014, la sorella di Veronica (Vanda) evidenzia sintomi di autolesionismo (pag.6 della suddetta segnalazione del 20.01.2015) e racconta al Servizio Sociale che *"qualcuno ha fatto cose che non doveva"* (pag. 7) , "*io sto bene quando parliamo ma se lo faccio ancora succede un casino perché rischio di mettere nei guai persone e perché in alcuni momenti mi è anche piaciuto (...) quando ad altri sono successe le cose che sono capitate a me voi li avete dovuto portare via da casa*" e ancora "*io lo so che dovrei raccontarvi tutto, ma è troppo pesante per me affrontarne le conseguenze*" (pag.8).

24.03.2015: il Servizio Sociale segnala che VeronicaSoletti riferisce che circa 2 anni prima l'allora "fidanzato", Rubio, le ha imposto un rapporto sessuale.

23.07.2015: il Servizio Sociale descrive VeronicaSoletti come molto sofferente con vissuti di colpa e di schifo per sé, sofferenza traumatica e segnali di dissociazione.

4.11.2015: il Servizio Sociale in una relazione a firma assistente sociale Camaldoli e psicologa Greggio segnala che VeronicaSoletti:

- riferisce che il padre le dà della puttana e cicciona, colpevolizzandola per la violenza sessuale agita dall'ex fidanzato Rubio;
- parla di un segreto che è in conflitto se dire o non dire di cui il padre è custode, che il padre *"mi ha gettato nel fango e mi ci ha lasciato affogare (...) lui è il collegamento tra Aristide, il mio malessere e Rubio" (pag.7 della suddetta segnalazione del 4.11.2015)*;
- riporta il seguente ricordo: "*Non so dire quanti anni avevo... più o meno tra i 5 e 7 anni. Mi ricordo ancora il vestito che avevo e ricordo la stanza della casa di Aristide; mi vedo come dall'esterno, sono di fronte alla scena... sono di fronte a me stessa; sono in braccio ad Aristide, seduto sul divano che mi mette le mani nei genitali... Non ho mai sopportato andare a casa di Aristide e neanche sua moglie mi piace... ho sempre avuto delle sensazioni brutte in quella casa... come una cappa... angoscia qui nel petto. Mio padre ci ha sempre obbligati ad andare a trovarlo perché è un suo amico*" (pag. 6);
- esprime la seguente preoccupazione: "*quando mio padre chiamava mia sorella da lui (...) la chiamava in camera sua (...) andavo in camera sua a vedere perché mi preoccupavo (...) vedevo il papà sdraiato sul letto abbracciato a Vanda...erano sdraiati, distesi, uno di fronte all'altro...(...) mi sentivo angosciata (...) e anche molta nausea (...) restavo lì seduta sul letto, con gli occhi così (...) avevo paura che il papà potesse andare avanti (...) che potesse eccitarsi sessualmente con Vanda (...) che potesse avere rapporti sessuali con lei (...) io non so cos'è normale che faccia un padre ...forse sono io che non capisco*". *(pag. 8).*

Possiamo chiederci se ciò che relazioni del Servizio sociale riportano sia attendibile e significativo del pensiero di Veronica. La risposta non può che essere affermativa. Le relazioni citate sono rilevanti e sono da prendere in seria considerazione. Tant'è vero che le comunicazioni della ragazza, riferite nelle suddette relazioni dai servizi sociali, compariranno in forme molto simili dalla viva voce ed espressione di Veronica**con contenuti narrativi, forme linguistiche, vissuti emotivi analoghi all'interno delle sedute videoregistrate del percorso di psicoterapia con il dott. Foti.**

Come già scritto, il dott. Foti inizia la terapia con Veronica il **1marzo 2016**, dopo aver effettuato un colloquio in data **6 febbraio 2016** con la madre della minore, signora AdrianaSanti, in presenza della psicologa IreneGreggio. Le informazioni che la madre di Veronica fornisce al terapeuta prospettano un quadro complessivo della figlia inequivocabilmente grave e preoccupante. Durante questo colloquio (come verrà meglio dettagliato in seguito), il dott. Foti viene messo a conoscenza da parte della madre di Veronica dei seguenti dati:

- il **rilevante malessere** depressivo di Veronica, il suo essere *"molto giù di morale per tutto quello che le è accaduto e in lei non vedo questa grande speranza non ce la vedo"*, *"molto triste"*, senza voglia di fare le cose; la ragazza presenta agli occhi della madre reazioni depressive e in certi periodi **fa fatica ad alzarsi dal letto** per andare a scuola *: "Non ha energie. E' sempre stata molto pigra però ultimamente* ***quando andava ancora a scuola non si voleva neanche alzare*** *cioè proprio…"*

- **il comportamento arrogante e aggressivo di Veronica.** I segni del malessere di Veronica datano da tempo e le esperienze del passato hanno reso la figlia non solo triste, ma anche arrabbiata. *"C'erano con il precedente abuso che ha avuto a 13 anni… poi dopo neanche il tempo di fare un percorso psicologico con la dottoressa è avvenuta questa cosa qui, lei è peggiorata poi. Anche nel rispondere a volte è arrogante nei miei confronti perché io non capivo magari che lei avesse un problema."*

- le pesanti **molestie subite a scuola da parte di un compagno di classe** ("*Questo ragazzo tutti i giorni le dava fastidio. Le metteva le mani addosso comunque anche nelle sue zone intime le ha infilato le mani…mia figlia cioè l'intimità per mia figlia è una cosa molto molto riservata"*);

- **la violenza subita da Veronica da parte dell'ex fidanzatino** all'età di 13 anni *("già c'erano con il precedente abuso che ha avuto a 13 anni");*

- l'**abbandono da parte del padre** in seguito alla separazione *("perché suo padre, lei aveva 4 anni quando mi son separata, e non si è né più fatto vedere né più fatto sentire da tutte e due." Lei magari più grande e quando c'è stato quel sospetto abuso lui non ha creduto a nostra figlia"*);

- **il sospetto abuso infantile da parte dell'amico del padre** e la **rabbia di Veronica** perché il padre non le aveva creduto e si è mostrato distante, mentre la figlia voleva essere presa sul serio e ricevere ascolto e vicinanza *("E perché me l'ha detto, "non c'è mai stato", "non mi ha creduto" e* ***lei è molto arrabbiata con suo padre.*** *E anche questa è una cosa secondo me che la butta molto a terra non esser creduta dal proprio genitore")***;**

- la **violenza assistita patita** dalla figlia, quando la madre veniva picchiata vuoi da parte dell'ex marito, vuoi, prima ancora, da parte del fratello nella famiglia di provenienza, violenze assistite dalle figlie *("anche a mio fratello perché lui è …faceva uso di sostanze stupefacenti ed era molto violento nei miei confronti e lei spesso si è trovata a dover vedere certe...certe scene. Dopo che mi son separata anche con il padre ha dovuto assistere a episodi di violenza");*

- le **recenti minacce ricevute dalle figlie e da lei stessa** da parte del padre e ex marito *(lui ha minacciato sia me che le mie figlie, anche il servizio in sé ha minacciato, non so 've la faccio pagare', 'solite minacce').*
-

Ritorneremo su questo primo incontro del 16 febbraio 2016 che precede l'inizio della psicoterapia con Veronica, perché fornisce **preziose informazioni sul quadro di partenza precedente l'avvio dell'intervento del dott. Foti.** Per ora ci interessa sottolineare che risulta evidente, che i dati di conoscenza (tratti dal decreto TM, dalle relazioni del Servizio Sociale, dalle dichiarazioni della madre) sulla base dei quali il dott. Foti inizia il proprio lavoro con la minore, riconducono ad una storia costellata da diversi e numerosi eventi traumatici e ad un malessere post-traumatico, un malessere che risulterà sin da subito palese nei primi colloqui con il dott Foti. Il terapeuta avrà così modo di ricavare attraverso un approccio diretto **ampie conferme circa la problematica post-traumatica della paziente.**

2. L'ANALISI DEI PRIMI COLLOQUI, LA COMPLETA ASSENZA DI INTERVENTI SUGGESTIVI E DI DOMANDE INSISTENTI SUGLI ABUSI

Soffermiamoci sui primi colloqui del dott. Foti con Veronica. L'avvio di una psicoterapia è assolutamente indicativo del clima relazionale che viene instaurato. La considerazione attenta alle prime sedute rivela l'atteggiamento clinico dello psicoterapeuta, le finalità di cura che intende perseguire.
Ora l'analisi dei primi colloqui della psicoterapia che il dott. Foti conduce con Veronica evidenzia un costante atteggiamento di apertura all'ascolto, di rispetto, di vicinanza emotiva, di interessamento partecipe verso la paziente che favorisce nella paziente la possibilità di confidarsi e porta ad escludere qualsiasi presenza di una pressione suggestiva da parte dello psicoterapeuta e porta a respingere come distorcente la rappresentazione di questa psicoterapia come "suggestiva e brutale".

Se si analizzano e si classificano gli interventi del dott. Foti risulta evidente sin dal primo colloquio che la tipologia di tali interventi non ha nulla hanno che vedere con una psicoterapia, caratterizzata un'impostazione suggestiva e suggerente o da insistenti domande sugli abusi.

Nel primo colloquio e nella prima fase della psicoterapia gli interventi sono così classificabili:

1. **accoglienza e comprensione empatica** della diffidenzadella paziente e **delle sue resistenze** all'incontro (*"capisco se mi metto dal tuo punto di vista che si possa essere un po' confusi, si possa essere un po' incerti"* - pag. 35);

2. **interventi di comprensione empatica della condizione di vittima**). Dopo che Veronica ha descritto l'aggressione sessuale del compagno di scuola *DOTT. FOTI - Eh, ma questo qua, fammi capire. Questo qui, ha fatto una cosa…ehm … sbagliata perché se vuoi conquistare una ragazza devi usare altri metodi e soprattutto devi rispettare la libertà di questa ragazza, eh? Quindi lui ehm… ha preso questa iniziativa come se tu fossi una sua proprietà, come se lui avesse dei diritti su di te, o no?* **-** pag. 52);

3. **partecipazione emotiva ed affettiva** alle difficoltà e alle problematiche espresse dalla paziente (*DOTT. FOTI -Tu come ci sei rimasta? VERONICA- Ma abbastanza male, cioè sporca anche. DOTT. FOTI:* ***Osteria! Quindi come se avesse sporcato l'immagine di te come se ti ha fatto sentire…*** *VERONICA- Sì, cioè mi sento anche in colpa perché penso che sia stata colpa mia. DOTT. FOTI:* ***Ah, questa proprio, proprio mi colpisce****. Anche se so che purtroppo è un vissuto di chi rimane vittima di aggressioni sessuali.* - pp. 42-43);

4. **interventi di valorizzazione psicologica** e di rinforzo dell'autostima ("*… io sono colpito dalle tue energie, mi colpisce molto la capacità che mi comunichi."****;*** *VERONICA - Mi sto vedendo con una persona però ci sto andando molto piano. DOTT. FOTI - Piano*

piano certo, certo. Questo è anche saggio perché devi sapere, conoscere, prenderti del tempo per conoscere con chi hai a che fare, conoscere bene certo. Quindi questo mi fa pensare che proprio non hai troncato quello che è il tuo vitale e sano interesse per i ragazzi. - pag. 45);

5. **assunzione di una linea di attenzione e di validazione delle emozioni** (*"Stiamo ai nostri sentimenti, alle nostre emozioni, che sono la cosa più importante che noi abbiamo". -* pag. 38*);*

6. **impegno ad evitare sollecitazioni doveristiche**: *("Ovviamente sarai tu a valutare se ci troviamo bene fra di noi e in che misura possiamo fare questo lavoro insieme… (pag. 34) "Mi interessava capire quello che cos'era successo ma non sei obbligata a farlo…*(pag. 42); *"Io sono disposto ad ascoltare ma nella misura in cui tu Veronica eh…sentirai l'esigenza di farlo, con la libertà di fermarti come e quando vuoi"*. - pag. 58);

7. **interventi di decolpevolizzazione (***DOTT. FOTI - Ah ahahah, ma tu non immaginavi o immaginavi che ci fosse uno sviluppo di questo tipo? VERONICA - No, non lo immaginavo…. DOTT. FOTI - E quindi come potevi prevedere quel che sarebbe successo e quindi cercare di porre rimedio e prevenire ciò che non sapevi sarebbe successo mandandolo via? Se ben capisco ci parlavi assieme, se tu l'hai attratto sessualmente è mica colpa tua. Se tu sei carina come ragazza cosa fai? Ti cospargi il capo di ceneri cioè ti imbruttisci la faccia?* - pag. 43);

8. **comunicazione di "messaggi Io"**[40] che contribuiscono ad un atteggiamento relazionale non giudicante (il terapeuta accenna per es. ai propri vissuti di ansia: *"anche io sono un po' in ansia, perché … anche io sono guardato" - pag. 34 e* di commozione);

9. **impegno alla trasparenza***("voglio farti vedere tutto in modo tale che tu tenga sotto controllo, abbia chiarezza su quello che succedee…ehm …c'è una video registrazione, sono tutti psicoterapeuti, forse conosci anche (…) Anna, c'è anche Anna.* - pag. 36).

Questa tipologia di interventi rimarrà sempre presente nelle sedute successive. Nella seconda fase della psicoterapia compariranno ovviamente, accanto a questi, altri interventi di esplorazione e di elaborazione della sofferenza traumatica.

Esaminiamo più da vicino i primi tre colloqui:

IL PRIMO COLLOQUIO

Il primissimo intervento del dott. Foti nel suo primo incontro con Veronica (in un incontro dove è presente anche la dott.ssa Greggio) è teso a mettere a proprio agio Veronica e a favorire un clima dove Veronica dove possa dire ciò che l'aggrada, la incoraggia sin da subito a dire: "Non ricordo", se in effetti non ricorda.

40- Gordon T., P.E.T. Parent Effectiveness Training: The Tested New Way to Raise Responsible Children. David McKay Company, 1970
- Gordon Training International, 2012, The Do's and Don'ts of I-Messages. Disponibile da http://www.gordontraining.com/leadership/the-dos-and-donts-of-i-messages/

- *DOTT. FOTI (rivolto alla dott.ssa Greggio) – E… cosa sa questa ragazza di questo incontro qua di oggi?*
- *DOTT.SSA GREGGIO- Cosa sai?* (ride)
- *VERONICA - Beh, chedevo…cioè…no, non ho capito*
- *IRENE - Cioècosasaidell'incontro di oggi, cosafacciamo, di chepercorsoinizia?,unpo' ne avevamoparlato…*
- *VERONICA - Sì, ma non mi ricordo.*
- *DOTT. FOTI - E tu dillo: "Non mi ricordo", non ti preoccupare, eh? (pag. 32)*

Sin dall'inizio il tono del terapeuta **è accogliente e caldo**. L'atteggiamento clinico è ispirato ad una
attenzione alla dimensione dell'intersoggettività. Il terapeuta affronta il disagio della ragazza di fronte al setting particolare che prevede l'osservazione dei colloqui in diretta da parte di alcuni colleghi. Sottolinea con convinzione che tale disagio è del tutto comprensibile. Poi parla in modo autentico della propria difficoltà e della propria ansia.

- *DOTT. FOTI - Ovviamente sarai tu a valutare se ci troviamo bene fra di noi e in che misura possiamo fare questo lavoro insieme… (tossisce) rispetto alle persone che possono ascoltare questo, sono psicoterapeuti e poi do un poco …* ***anche io sono un po' in ansia, perché ... anche io sono guardato ma dopo un poco mi capita di coinvolgermi nei problemi che si stanno affrontando, anche nelle sofferenze*** *che stanno venendo fuori per cui mi dimentico di voi.*[41](pag. 34)

Il dott. Foti chiarisce le caratteristiche e le finalità del progetto delle psicoterapie dell'ASL ed inoltre si presenta in modo autentico facendo riferimento al proprio ruolo professionale e personale di padre, aprendosi all'incontro. Egli usa una modalità di **comunicazione autentica** per cercare di creare un ambiente benevolo ed entrare in sintonia con il vissuto di Veronica, intuendo sin da subito il forte disagio della paziente a stare in quella nuova situazione. Il tono e l'apertura del terapeuta consentono a Veronica di comunicare la propria ansia, verso cui il terapeuta manifesta attenzione e comprensione, validando la sua difficoltà emotiva, la sua preoccupazione e la sua incertezza. Sentendosi accettata e capita, Veronica riesce, pur con difficoltà, a comunicare il proprio malessere per la presenza di tante persone come osservatrici. Il dott. Foti cerca di empatizzare con la particolare situazione in cui si trova questa ragazza, già proveniente da esperienze di forte disagio, chiamata ad affrontare tematiche molto delicate. Sia lui che la dott.ssa Greggio cercano di mettersi nei panni di Veronica, immedesimandosi con il suo disagio. Il dott. Foti intuisce il timore della paziente di essere oggettivata dallo sguardo degli operatori dietro lo specchio.

Sin dal primo colloquio, dunque, emerge qual è la linea di condotta che orienta il dott. Foti. Il suo interesse coerente ed evidente si rivolge nei confronti delle emozioni della paziente, così come vengono vissute e come vengono espresse e dunque nei confronti della persona della paziente, così come si pone e come si manifesta. L'impostazione dell'ascolto sembra riferirsi al **modello empatico di Kohut e all'ascolto non giudicante di tipo rogersiano**. Per Kohut l'empatia è la capacità di esplorare con rispetto il punto di vista

41 Con queste ultime parole il dott. Foti si rivolge a coloro che stanno osservando dietro lo specchio unidirezionale.

dell'altro, restando sé stessi.
Per Rogers l'ascolto empatico è un ascolto che **cerca di non giudicare e di non interpretare frettolosamente le comunicazioni** dell'altro e cerca piuttosto comprendere sempre meglio lo stato d'animo dell'interlocutore e il significato delle sue comunicazioni.

Facciamo un esempio. La ragazza manifesta un'incertezza sulla propria partecipazione alla psicoterapia. Dice che mentre aspettava si stava pentendo della scelta compiuta di venire al primo colloquio.

- *VERONICA - (voce bassa e mani tra le cosce) Ah, sono un po' in ansia, (mette le mani sulle tempie) … cioè quando ero di là ho detto cioè* ***mi son detta che ho fatto una cavolata a venire qua*** *(gioca con le mani sopra le cosce).*
- *DOTT. FOTI - Certo, ti capisco, ti capisco.*
- *VERONICA - Quindi non so, sto un po' così*
- *DOTT. FOTI - Ah ahahah, un po' in ansia…qual è la cosa che ti dà ansia, l'ansia in genere parte da qualcosa che è incerto, qualcosa che non è chiaro, qualcosa che non sappiamo bene dove vada a finire; la tua ansia qual è?*
- *VERONICA - Mh… che… mh… questo percorso non mi serva a niente. (…) Che forse era meglio lasciarlo ad un'altra persona*
- *DOTT. FOTI - Ah ahahah, ehm … ti capisco, ehm … sappi che ti capisco e… come dire?… Eh, quando si sono vissute delle cose brutte e poi questo percorso un po' strano, perché io vengo da Torino posso stare qua un anno poi non so se ci sarà una continuità oppure no…* ***capisco se mi metto dal tuo punto di vista che si possa essere un po' confusi, si possa essere un po' incerti****. Cos'è che ti ha fatto aumentare mentre eri qua, mentre sei arrivata, cos'è che ti ha fatto aumentare l'idea di aver fatto una cavolata a venire?* (pag. 35)

Appena compare un vissuto di ansia o di confusione della paziente immediatamente si manifesta l'empatia da parte del terapeuta e il suo intervento di validazione[42].

- *VERONICA - Sono un po'* ***confusa*** *…*
- *DOTT. FOTI – Ah ah, ehm …beh, se dici che sei confusa, mi stai facendo capire molto bene qualcosa che non mi sembra così strano, noi facciamo delle scelte però ci viene il dubbio ma ho fatto bene o ho fatto male? Me l'hai chiarito abbastanza bene* (pag. 36)

Gli interventi che si succedono frequentemente nel corso di primi colloqui sono interventi di:

- curiosità ed esplorazione delle emozioni della paziente
- validazione e comprensione delle emozioni attraverso interventi empatici
- ulteriore approfondimento del significato delle emozioni attraverso interventi di interrogazione

In altri termini il terapeuta non anticipa affatto temi o contenuti propri, ma riprende e da valore alle comunicazioni dell'interlocutrice cercando costantemente di:
- **esplorare**

42 R. Leahy, *Emotional schema therapy,*Eclipsi, Firenze, Pag. 115, sgg.

- **ascoltare**
- **comprendere**
- **validare le emozioni della paziente:**

L'attenzione e il rispetto delle emozioni che circola nei primi colloqui è supportato dalla disponibilità del dott. Foti di rivelare in qualche particolare occasione i propri vissuti emotivi.

Sin dalla prima seduta si crea e si rafforza un clima di vicinanza emotiva e relazionale tra il terapeuta e la paziente, che consente a quest'ultima ad avvicinarsi all'impegno della cura, superando ben presto la propria rilevante difficoltà iniziale ad accettare la presenza di alcuni psicoterapeuti nel ruolo di osservatori. Come vedremo, nel breve tempo di una seduta la paziente passerà dal blocco inziale per la sua ansia verso lo sguardo e il giudizio esterno a lasciarsi andare ad un contatto emotivo con il mondo interno,

C'è un passaggio che esemplifica molto bene come continuamente si sviluppa la dinamica comunicativa nel corso di tutta la prima parte della psicoterapia. Il dott. Foti applicando coerentemente i principi dell'intelligenza emotiva ascolta con profondo rispetto le emozioni della ragazza, condividendolo ed esplorandoli e la paziente per tutta risposta sente il bisogno di aprirsi introducendo lei i contenuti delle esperienze sfavorevoli che ha vissuto o che tuttora vive. Non è il dott. Foti, ma è la paziente, che sentendosi compresa nelle proprie emozioni, introduce le tematiche del proprio passato conflittuale e doloroso.

- *DOTT. FOTI: E tu adesso Veronica che cosa senti se stai a contatto con le tue emozioni? Cosa senti?*
- *VERONICA: (piedi incrociati sotto la sedia e un braccio conserte, cenno di sospiro) Mh … (porta il dito indice sulle labbra) mh … cioè (incrocia le mani)**mi sento triste** (si tocca il petto con le mani).*
- *DOTT. FOTI: Triste, eh?*
- *VERONICA: **E pesante.***
- *DOTT. FOTI: Appesantita, c'è un peso, è un peso, c'è un peso che ti dà tristezza. Se te la senti, sennò va bene così…che qualcosa… pesante, cioè un peso…cos'è sto peso?*
- *VERONICA: Beh, **son tutte le cose messe insieme brutte che mi sono successe**. (pag. 39)*

Questo è il metodo che verrà riproposto coerentemente in numerosissime occasioni. Esplorazione delle emozioni, partecipazione affettiva, ascolto non giudicante, valorizzazione realistica di tutto ciò che la paziente esprime e conseguente graduale apertura della paziente sul passato travagliato o traumatico , di cui è portatrice.

- *VERONICA - Devo raccontare la situazione?*
- *DOTT. FOTI - (…) mi interessava capire quello che cos'era successo ma non sei obbligata a farlo…*
- *VERONICA- Beh, lo racconto. (…) Era sabato eravamo a scuola … ehm … e di solito gli altri fanno cucina io faccio l'alberghiero e noi due eravamo rimasti da soli. Perché non avevamo la divisa quindi.*
- *(…) DOTT. FOTI - Ti faceva un po' il filo?*

- *VERONICA- Sì. Mi ha baciato e poi ha provato a toccarmi.*
- *DOTT. FOTI - Ti ha messo le mani addosso via, ah ah.*
- *VERONICA- Va beh, io ovviamente* ***cercavo di spingerlo via, solo che è un po' complicato lui è più forte di me*** *(…) e cioè non gli avevo detto niente poi gli ho detto "No" e dopo un po' si è tolto.* (pag. 42)

Il dott. Foti continuando a sviluppare un interessamento partecipe per le emozioni della paziente può aiutarla ad elaborare i vissuti emotivi associati alle esperienze penose e scombussolanti che la paziente stessa incomincia a raccontare. **Emerge da Veronica il vissuto di colpa e di autodeprecazione** e il terapeuta l'aiuta ad accettarlo, a comprenderlo e ad elaborarlo.

- *DOTT. FOTI - Come ti ha lasciato questa …questa … è una vera e propria aggressione insomma mascherata da un bacio, da una seduzione ma penso che sia stata qualcosa di intrusivo insomma qualcosa di certamente non rispettoso. Tu come ci sei rimasta?*
- *VERONICA- Ma****abbastanza male, cioè sporca*** *anche.*
- *DOTT. FOTI: Osteria! Quindi come se avesse sporcato l'immagine di te come se ti ha fatto sentire…*
- *VERONICA- Sì, cioè* ***mi sento anche in colpa perché penso che sia stata colpa mia.***
- *DOTT. FOTI: Ah, questa proprio, proprio mi colpisce. Anche se so che purtroppo è un vissuto di chi rimane vittima di aggressioni sessuali. E colpevole di che?*
- *VERONICA - Forse … cioè* ***penso di essere stata io a istigarlo.*** (pp. 42-43)

L'approfondimento che compie il dott. Foti evidenzia il forte vissuto di stigmatizzazione e di autocolpevolizzazione della paziente, conseguente alle esperienze ripetute di vittimizzazione e molestia sessuale (*"mi son già successe queste cose e quindi dovrei stare attenta a chi mi si avvicina comunque").*

- *DOTT. FOTI: E come lo avresti istigato?*
- *VERONICA: Ehm … non lo so forse dandogli corda…non lo so.*
- *DOTT. FOTI - Come gli hai dato corda, gli parlavi insieme?*
- *VERONICA - Sì, anche solo parlare oppure…mh… non dirgli di smetterla di darmi fastidio.*
- *DOTT. FOTI - Ah ahahah, ma tu non immaginavi o immaginavi che ci fosse uno sviluppo di questo tipo?*
- *VERONICA - No, non lo immaginavo…*
- *DOTT. FOTI - E quindi come potevi prevedere quel che sarebbe successo e quindi cercare di porre rimedio e prevenire ciò che non sapevi sarebbe successo mandandolo via? Se ben capisco ci parlavi assieme, se tu l'hai attratto sessualmente è mica colpa tua. Se tu sei carina come ragazza cosa fai? Ti cospargi il capo di ceneri cioè ti imbruttisci la faccia? Tu sei questa che sei, o no?*
- *VERONICA - Sì (sussurrato) (…) mh … cioè … io non potevo prevederlo però comunque…* ***cioè mi son già successe queste cose e quindi dovrei stare attenta a chi mi si avvicina comunque****. (…) E quindi dovevo tenerlo a distanza e basta.*
- *DOTT. FOTI - Beh allora, se vuoi evitare, avere la sicurezza di evitare le aggressioni sessuali dovresti, per prevenire, tenere a distanza tutti i maschi! Come fai a sapere? Come fai a sapere in anticipo i maschi che passeranno da una discussione, da una chiacchierata ad*

una iniziativa sessuale e quelli che non lo faranno? Dovresti tenerti distante da tutti. Ah ah ogni tanto ce l'hai la fantasia?

- *VERONICA - Sì (sussurrato).*

Il terapeuta fa riferimento al vissuto di chi rimane vittima di aggressioni sessuali. **Lo scopo è quello di comprendere e normalizzare l'esperienza emotiva della paziente.**
L'intervento di normalizzazione del dott. Foti trasmette il seguente messaggio a Veronica: questa tua reazione emotiva non riguarda solo un tuo modo individuale di reagire, ma appartiene a tutti coloro che condividono un certo tipo di esperienza.

In numerosi passaggi si osserva la ripetizione della struttura dello scambio comunicativo già descritto, nel quale l'intervento del terapeuta di vicinanza emotiva, di comprensione empatica, di condivisione del disagio della paziente precede e favorisce un movimento di apertura della paziente stessa, che riesce piano piano ad esplicitare le proprie difficoltà psicologiche più profonde.

I contenuti relativi alle esperienze sfavorevoli e traumatiche, dunque,**vengono portati sempre dalla paziente**. Certamente Veronica è già stata precedentemente informata delle finalità del progetto terapeutico centrato sulla cura del trauma, finalità che sono inizialmente ricordate dalla dott.ssa Greggio che parla della terapia dell'abuso e del maltrattamento, ma il dott. Foti non anticiperà mai alcuno specifico contenuto. Nella prima seduta per empatizzare con la paziente il terapeuta usa l'espressione "quando si vivono cose brutte", massimamente generica, ma allo stesso tempo indispensabile per mostrare una condivisione dell'esperienza della paziente, che evidentemente non può non aver vissuto "cose brutte" per il fatto stesso di essere presente in quel contesto di cura.

Si veda questo esempio nel quale la comprensione emotiva del terapeuta sollecita un'apertura della paziente che esplicita il terrore che le viene suscitato dalla vista da una figura maschile adulta:

- *DOTT. FOTI - Ti capisco, ti capisco. Perché noi maschi siamo una categoria (…) piuttosto problematica. Quindi ti verrebbe di fare che cosa? Ti verrebbe da? Rispetto ai ragazzi agli uomini cosa ti verrebbe da fare?*
- *VERONICA - Mh …* ***io già quando vedo un uomo più grande e sono da sola già ho il terrore, con i ragazzi un po' meno però comunque sono sempre preoccupata.***
- *DOTT. FOTI - E gli uomini più grandi mi dicevi, eh? Probabilmente , fantastico che...non so bene però che degli uomini più grandi abbiano potuto farti del male in passato.*
- *VERONICA - (Annuisce)* (pp. 43-44-45)

Non c'è nessuna insistenza o ricerca immediata da parte del dott. Foti delle cause di quel terrore. Il terapeuta sa che sarà la stessa paziente quando se la sentirà ad aprirsi portando la verità che abita dentro di lei. Inoltre, non è interessato ad approfondire il riferimento alle esperienze del passato, senza prima valorizzare e rinforzare **l'autostima** della ragazza. Per questo egli ricorre a sincere e costanti manifestazioni di apprezzamento tutte le volte che c'e la possibilità realistica di farlo.

- *VERONICA- Mi sto vedendo con una persona però ci sto andando molto piano.*

- *DOTT. FOTI - Piano piano certo, certo. Questo è anche saggio perché devi sapere, conoscere, prenderti del tempo per conoscere con chi hai a che fare, conoscere bene certo. Quindi questo mi fa pensare che proprio* ***non hai troncato quello che è il tuo vitale e sano interesse per i ragazzi, non l'hai ...***
- *VERONICA – No questo… non l'ho troncato del tutto però adesso ci vado molto più discreta.*
- *DOTT. FOTI - Certo ci vai molto piano, certo ti capisco.* ***Credo che tu faccia anche molto bene,*** *perché ci vuole del tempo per conoscere un ragazzo, una figura maschile*. (pg. 45)

Quando il dott. Foti ripropone la sua linea di ascolto interessato e partecipe alle emozioni della paziente, quest'ultima segnala di aver superato l'ansia e il malessere inziale legato alla presenza di osservatori esterni alla stanza del colloquio e dichiara di essersi sentita a proprio agio. L'ulteriore approfondimento del vissuto emotivo di Veronica fa emergere che la paziente ha percepito un contesto nel quale non compaiono domande insistenti ed intrusive, dal momento che il clima comunicativo instaurato dal dott. Foti è risultato partecipe e tranquillizzante.

- *DOTT. FOTI - E senti Veronica adesso abbiamo iniziato a chiacchierare su una questione delicata che è il rapporto con il maschile, oltretutto stai parlando a me che sono un maschio. Beh c'è Irene (dott.ssa GREGGIO) che è il polo femminile della conversazione.* ***Cosa hai sentito mentre abbiamo iniziato a parlare di questo?*** *Che emozioni hai provato?*
- *VERONICA - Mh …mh…cioè,* ***non lo so, mi sono sentita più a mio agio.***
- *DOTT. FOTI - Ah ah e vediamo se mi aiuti, vediamo se mi aiuti, Veronica,* ***che cos'è che ti ha fatto sentire a tuo agio?***
- *VERONICA -* ***Cioè non lo so, parlare tranquillamente ...***
- *DOTT. FOTI: Parlare tranquillamente, parlare tranquillamente senza che? Mi verrebbe da aggiungere questa espressione per capirti meglio...parlare tranquillamente e non invece,* ***parlare tranquillamente senza****….?*
- *VERONICA -* ***Domande, domande...***
- *DOTT. FOTI - Ah ah domande sì che vanno a...io qualche domanda te l'ho fatta però evidentemente* ***hai sentito che erano domande non troppo intrusive, non troppo disturbanti?***
- *VERONICA:* ***Sì.*** (pp. 45-46)

Risulta evidente che il dott. Foti ha ottenuto un'importante verifica da parte della paziente sul fatto che il suo approccio clinico basato sul dialogo emotivo e sulla costante chiarificazione di ciò che sta avvenendo nel qui ed ora del colloquio è risultata efficace. L'agio e la tranquillità hanno sostituito la sensazione iniziale di ansia e alla diffidenza iniziale, legata al contesto osservativo. Anche se da parte del terapeuta ci sono domande, queste vengono vissute come espressione di una curiosità partecipe e non come manifestazione di una modalità interrogatoria intrusiva e disturbante. **E' la stessa paziente a fornire la migliore smentita nei confronti delle accuse rivolte al dott. Foti circa un'impostazione terapeutica basata su domande insistenti e pressanti.**

La dott.ssa Scali accusa il dott. Foti in questo primo colloquio di aver definito l'episodio di molestia sessuale "un'aggressione sessuale mascherata da un bacio" nel tentativo di

dimostrare la tesi di un terapeuta che anticipa in modo induttivo contenuti portati dalla paziente. Rivediamo il passaggio e e verifichiamo che la riformulazione del dott. Foti compare dopo che Veronica ha descritto l'aggressione subita:

- *VERONICA - Devo raccontare la situazione?*
- *DOTT. FOTI - (…) mi interessava capire quello che cos'era successo ma non sei obbligata a farlo…*
- *VERONICA- Beh, lo racconto. (…) Era sabato eravamo a scuola … ehm … e di solito gli altri fanno cucina io faccio l'alberghiero e noi due eravamo rimasti da soli. Perché non avevamo la divisa quindi.(…)*
- *DOTT. FOTI - Ti faceva un po' il filo?*
- *VERONICA- Sì. Mi ha baciato e poi ha provato a toccarmi.*
- *DOTT. FOTI - Ti ha messo le mani addosso via, ah ah.*
- *VERONICA- Va beh, io ovviamente* ***cercavo di spingerlo via, solo che è un po' complicato lui è più forte di me*** *(…) e cioè non gli avevo detto niente poi gli ho detto "No" e dopo un po' si è tolto.* (pag. 42)

La dott.ssa Scali non nota che il dott. Foti parte dell'idea di un ragazzo che fa il filo ad una ragazza, passa poi nel corso dell'interazione dialogica alla riformulazione "ti ha messo le mani addosso" soltanto dopo che Veronica specifica: "*Mi ha baciato e poi ha provato a toccarmi*".
Il terapeuta termina infine con la riformulazione "aggressione mascherata da un bacio" a seguito della precisazione attarverso cui Veronica precisa. "***cercavo di spingerlo via, solo che è un po' complicato lui è più forte di me*** *(…) e cioè non gli avevo detto niente poi gli ho detto "No" e dopo un po' si è tolto"*. Dunque il dott. Foti mano a mano che ascolta la sua interlocutrice e ne condivide l'esperienza, modifica la propria ipotesi iniziale esclusivamente sulla base di ciò che racconta la ragazza stessa.

SECONDO COLLOQUIO

Veronica comunica un episodio a scuola, nel quale ha saputo affrontare il conflitto con una compagna. Raggiunge il massimo di evidenza una linea guida del lavoro del terapeuta in base a cui viene costantemente valorizzata la soggettività della paziente a partire da tutte le situazioni che lo permettono con una partecipazione emotiva del dott. Foti che restituisce alla ragazza tutti gli aspetti positivi di ciò che ascolta da lei e di ciò che percepisce. Viene ripetutamente espressa e sottolineata dal terapeuta la differenza tra **un'immagine di sé negativa** di Veronica, priva di valore e di diritti, ed **un'immagine di sé positiva e nuova** che consente a Veronica stessa di mettersi alla

prova nelle situazioni scolastiche ma anche nella stessa esperienza della terapia, dove Veronica ha accettato di avviare l'incontro da sola con il dott. Foti.

- *DOTT. FOTI - Hai dato … hai dato valore al tuo punto di vista. Quest'amica si era fatta tutta una costruzione e tu avevi un tuo punto di vista e hai creduto nella possibilità di farglielo presente, eh? Quindi mi pare che sia* ***l'esatto contrario di quel vissuto che mi comunicavi l'altra volta, che certe volte invece condiziona la tua mente, un vissuto di non avere alcun valore, di non avere alcun diritto, mh? E invece ... hai considerato te stessa come portatrice del diritto di spiegarti, per lo meno che non decidesse tutto lei,****mh? Una cosa di questo genere.*
- *VERONICA – (Annuisce).(…). Sì, mi sono sentita un po' meglio, perché ho capito che…cioè io posso farcela ad affrontare le cose.*
- *DOTT. FOTI - Ah ah.*
- *VERONICA - E diciamo che sono molto più tranquilla con tutti quanti… cose così.*
- *DOTT. FOTI - Adesso capisco che puoi farcela benissimo a stare anche con me, eh?*
- *VERONICA: Si, si.*
- *DOTT. FOTI -* ***In fondo anche qui è una piccola, piccolissima prova. Capito, adesso ho capito. Puoi farcela ad affrontare le situazioni nuove, eh****?* (pp. 73-74)

Riguardo a questa seconda seduta, la dott.ssa Scali, consulente del PM, nel suo tentativo disqualificare l'approccio del dott. Foti - critica il dott. Foti che nel momento in cui inizia il lavoro individuale con Veronica, dopo l'uscita della dott.ssa Greggio dalla stanza del colloquio, ha voluto accertarsi che l'essere guardata dagli osservatori non sollecitasse un'ansia traumatica eventualmente legata a violenze di gruppo. Si tratta di un'ipotesi che viene immediatamente falsificata e che non verrà più da quel momento riproposta e non comparirà più in alcun modo.

La dott.ssa Scali poi rimprovera addirittura al dott. Foti di aver fatto una domanda aperta sul tema del padre nel dialogo con Veronica. Non si capisce perché non avrebbe dovuto esplorare questo tema, avendo la paziente già parlato della madre e della sorella.

Da parte di Veronica emerge subito un atteggiamento ambivalente nei confronti della figura del padre. Vale la pena sottolineare che non può essere imputato al dott. Foti alcun atteggiamento suggestivo o suggestionante in senso negativo nei confronti della figura paterna. Il dott. Foti esplora innanzitutto con empatia il versante positivo dell'ambivalenza

- DOTT. FOTI - . *Ti piacerebbe riaverlo perché? Che fantasia benevola ti verrebbe da fare? Magari anche solo una fantasia.*
- *VERONICA - Ma… magari che lui… cioè ehm… ci trattasse come delle figlie, che ci portasse da qualche parte, cose così. Io ho in mente questo.*

E' chiaramente dalla paziente e non dal terapeuta che emerge ben presto il versante negativo dell'ambivalenza nei confronti della figura paterna non appena il dott. Foti riformula la componente del desiderio affettivo di Veronica verso il padre, apprezzando

con empatia questa componente positiva.

- *DOTT. FOTI - Sì, come fa un papà che porta in giro, che ogni tanto va a cena con la figlia. Le porta in vacanza qualche giorno. Anche un papà che si interessi un po' a te. E più che comprensibile, certo. D'altra parte la tua faccia dice che cosa? La faccia che hai fatto*
- *VERONICA - **Che lui non cambierà.***
- *DOTT. FOTI - Che lui non cambierà?*
- *VERONICA - No, me l'ha detto mia madre che lui è sempre stato così e che lui non vuole capire le cose. Proprio, non le vuole capire. Quindi… è inutile*

Veronica cita la madre a mo' di conferma di un vissuto soggettivo che appartiene a lei. Infatti emerge che c'è una convinzione profonda radicata nella soggettività di Veronica nei confronti del padre. Nella mente di Veronica il padre è associato:

a) ad un'idea del maschile pericolosa che la portano ad essere molto timorosa e diffidente nei confronti delle figure maschili;
b) ad un comportamento costrittivo e privo di rispetto;
c) ad un confronto in negativo con la figura maschile dello zio materno, nonostante quest'ultimo sia responsabile di violenza assistita;
d) a situazioni ed eventi che le generano grande tristezza e sofferenza

Il dott. Foti aiuta a far emergere lo stato mentale depressivo della paziente e le consente di prenderne coscienza in modo costruttivo. L'accoglienza e la validazione dei vissuti di tristezza e di impotenza e la valorizzazione e la fiducia che il terapeuta esprimono nei confronti della paziente, consentono a quest'ultima di esprimere autenticamente il proprio vissuto depressivo e le fantasie suicidiarie ad esso collegate.

- *DOTT. FOTI - …**io sono colpito dalle tue energie, mi colpisce molto la capacità che mi comunichi.** È una piccola cosa ma nel contempo è una grande cosa, questa roba qua, metterti alla prova, tu che devi fare i conti con un pensiero… così svalutante che hai avuto, che puoi in qualche modo migliorare, **metterti alla prova. Non mollare, eh.***
- *(Avviene uno scambio reciproco di sguardi e sorrisi).* (…)
- *VERONICA - Cioè io comunque ho anche pensato di **mollare tutto** e di dire "basta" però comunque alcune volte ci tengo un po' alla mia vita. Però sono rare quelle volte….*
- *DOTT. FOTI - Sono rare quelle volte… e mollare tutto cosa sarebbe per esempio?"*
- *VERONICA - Mh… **porre fine alla mia vita.*** (pag. 86)

Il dott. Foti riesce ad esplorare apertamente i pensieri suicidiari della paziente, rinviandole nel contempo la preziosità e la vitalità di una parte del Sé.

- *DOTT. FOTI - Hai fatto qualche volta la fantasia brutta del suicidio?*
- *VERONICA - Mh…sì… ma **più che altro che qualcun altro mi uccidesse….***
- *DOTT. FOTI - E questo come lo vedi? È curioso, cioè "non voglio essere io in questa fantasia a mettere fine alla mia vita, che lo faccia qualcun altro" come lo vedi? Cioè il fatto non …però non … non riesci a pensare a te che ti togli la vita.*

- *VERONICA: No*
- *DOTT. FOTI - No, e forse perché c'è* ***una parte di te preziosa, preziosa che vuole vivere****. E quindi non accetterebbe mai di prendere quella decisione, no? Se lo fa qualcun altro…*
- *VERONICA - … sì…* (pag. 87)

Sul finire della seduta la paziente mette a fuoco ciò che maggiormente l'ha colpita nel corso dell'incontro terapeutico:

- *VERONICA - Mh… emh…* ***il fatto che io abbia due parti****, cioè…. Mh… lo sapevo già comunque solo che non lo so… mi ha colpito… cioè perché non avevo mai pensato che ci fosse* ***una parte di me che vuole andare avanti, l'altra no****, cioè … più il litigio tra altre cose.* (pag. 89)

Il dott. Foti invita ad accettare e comprendere entrambe le parti, rinforzando **la componente energica e vitale.**

- *DOTT.FOTI - Quindi hai visto con più chiarezza questo qualcosa che sapevi già… queste due polarità, eh…tra l'altro ben opposte: c'è quella del sorriso vitale che hai, della psicologa, della voglia di andare avanti, del metterti alla prova e poi c'è quella che in certi momenti di sconforto dice … non se la sente però di togliersi la vita (abbozza una risata) però qualcuno lo faccia, mollo tutto. Sono due polarità opposte, ehm… Non è semplice ma credo che vadano accettate, Veronica, sono l'inevitabile conseguenza di una storia che deve essere stata pesante a cui tu sei riuscita a sopravvivere. Tu sei riuscita a sopravvivere a una vicenda molto pesante. (…) Però la parte vitale non è stata attaccata. Non è stata attaccata. Si mantiene senza sottovalutare la tristezza e il disagio dell'altra, eh... Quindi questo ti ha colpito. Quello che ha colpito me te l'ho già detto è il tuo viso, e l'avrai intuito è l'energia che è circolata, mh e infine… infine l'ultima cosa che ti chiedo è con che emozione vai via?* (pp. 89 – 90)

Alla fine della seduta Veronica sottolinea in modo autentico gli effetti del lavoro terapeutico:

- *VERONICA - Mh… un po' di tristezza per la mia storia (…) e anche un po' più tranquilla. Cioè* ***io ogni volta che vengo qua e quando esco sono sempre un pochino più tranquilla.*** (pag. 90)

TERZA SEDUTA

L'inizio della terza seduta del dott. Foti con Veronica ben dimostra che **è la paziente a definire e condurre il filo del discorso terapeutico.**E' lei che porta riflessioni, tematiche e contenuti su cui il terapeuta lavora, in modo accogliente e non intrusivo, dunque senza direzionare in alcun modo suggestivo l'andamento della terapia. In questo passaggio la paziente porta *"una specie di resoconto"* della propria vita, da cui emerge un forte vissuto depressivo che viene ascoltate ed esplorato dal terapeuta.

- *VERONICA - Mh, ieri ho fatto una* ***specie di resoconto della mia vita*** *di tutto quello*

che…ho fatto (con il dito disegna un cerchio nell'area)

- *DOTT. FOTI - … sì, una specie di resoconto…*
- *VERONICA - Sì, ho pensato a tutto quello che ho passato cose così ehm… boh cioè ho pensato che io ho avuto alla fine* ***uno schifo di vita*** *proprio, cioè e…*
- *DOTT. FOTI - Questa è la conclusione del resoconto.*
- *VERONICA - Sì.*
- *DOTT. FOTI - Deprimente come conclusione eh?… vediamo come sei arrivata a…*
- *VERONICA - Beh per tutto quello che ho passato, però comunque ho pensato anche che io …* ***sono ancora qui ...***
- *DOTT. FOTI - … (sorride) …*
- *VERONICA - …****nonostante tutto quello che ho passato…***
- *DOTT. FOTI - Ah ah sì, questo è l'aspetto positivo del resoconto, sì.*
- *VERONICA – Si*
- *DOTT. FOTI - E invece l'aspetto negativo il bilancio di…di… come l'hai definito? Di fallimento, come l'hai definito il bilancio, eh?*
- *VERONICA - Uno* ***schifo di vita?***
- *DOTT. FOTI - "Uno schifo di vita", da cosa da cosa lo ricavi?*
- *VERONICA –* ***Beh, dall'infanzia che ho avuto, dal padre che ho avuto, da tutto quello che mi è successo dalle persone che ho incontrato****.* (pp. 92-93)

E' dunque la paziente a ritornare sul nesso associativo tra il passato traumatico infantile e il presente di sofferenza e di incertezza. **La ragazza anticipa inoltre un tema su cui lei stessa ritornerà: quello del rapporto tra la figura paterna e gli incontri disturbanti con il maschile che si sono via via susseguiti nella sua vita.**

Tutto lo sviluppo della seduta può dimostrare che l'atteggiamento clinico del dott. Foti è orientato ad **incoraggiare costantemente nella paziente l'ascolto di sé,** diametralmente opposto ad un atteggiamento comunicativo suggestivo o suggerente**.** Uno dei numerosi scambi comunicativi che lo dimostra è il seguente: Veronica sta parlando di come la madre interpreta il comportamento del padre. A questo punto il dott. Foti si rivolge alla paziente sollecitandola a centrarsi su se stessa:

- *DOTT. FOTI -* ***Ma se tu invece fai affidamento su te stessa, se tu chiedi a te stessa, chiedi alla tua memoria, chiedi alla verità che abita dentro di te tuo padre che cosa ti ricorda?*** *(…) A cosa lo associ? a qualcosa di piacevole… di spiacevole a cosa lo colleghi a cosa lo metti insieme tuo padre se ascolti te stessa? se ascolti te stessa. (pag. 95-96)*

Non potrebbe esserci una domanda più aperta, maggiormente orientata al rispetto della vita emotiva della paziente, maggiormente tesa ad aiutare la ragazza a cercare dentro e non fuori di sé il vissuto emotivo soggettivo relativo al rapporto con il proprio padre:

La paziente recupera un ricordo positivo della figura paterna con cui il terapeuta accoglie la comunicazione relativa ad un momento di vicinanza del padre e un abbraccio da parte sua perché il cane di Veronica era morto:

- *VERONICA - E poi cioè non è che lo odio completamente quando mi viene in mente lui mi ricordo di quando è morto il mio cane, no? E che lui è venuto li ad abbracciarmi. Cioè mi*

ricordo anche di questo. E' l'unica cosa che un po' lo salva dall'essere odiato da me.

- *DOTT. FOTI - E' quell'abbraccio, quel momento di vicinanza. Tu stavi male - se ben capisco - perché il cane era morto e lui è entrato in contatto con questa sofferenza …quello lo salva, mh?* (pag. 97)

Poi il terapeuta esplora poi con Veronica il tema delle esperienze brutte, associate alla figura del padre. E' vero che il dott. Foti egli cita ciò che gli è stato riferito dagli assistenti sociali e dalla madre stessa su un ipotetico collegamento al maltrattamento e all'abuso del padre, ma il dato viene esplicitato come un fatto riguardante una comunicazione avvenuta, senza dare per scontato nulla. La domanda è massimamente aperta. Il terapeuta fa anche riferimento ai limiti della memoria ed ancora una volta invita Veronica a centrarsi sul contatto mentale con se stessa.

- *DOTT. FOTI - Sai a volte la memoria poi è quella che è … fa dei collegamenti. in questo caso il collegamento positivo è la morte del cane il tuo dolore e il suo abbraccio, no? Sul piano positivo e questo è… Sul piano negativo come sono i collegamenti che tu ritrovi in te stessa quali sono i ricordi che tu trovi in te stessa?* (pp. 97-98)

Nel sollecitare il recupero della memoria il dott. Foti è **sempre attento a riprendere le espressioni esatte della paziente. Siamo agli antipodi della suggestione.** Non compaiono in alcun modo interventi anticipatori. Il terapeuta non manifesta alcuna tendenza e alcuna pressione a cavalcare il tema dell'abuso: "*Che un papà abbracci una figlia sul letto ci potrebbe stare, eh*", anzi lo problematizza in modo evidente.

- *VERONICA - Mh… beh io ho sempre avuto una preoccupazione che lui avesse fatto del male a mia sorella.*
- *DOTT. FOTI - Del male cosa intendi?*
- *VERONICA - **Mh…ehm… tipo… violentata tra virgolette.***
- *DOTT. FOTI - Violentata?*
- *VERONICA – Sì*
- *DOTT. FOTI - Quindi più sul versante della violenza fisica o dell'abuso sessuale?*
- *VERONICA - Dell'abuso sessuale.*
- *DOTT. FOTI - "Dell'abuso sessuale". Una sensazione legata a quale immagine? La preoccupazione legata a quale immagine ci sono nella tua memoria? Magari confuse magari quelle che sono…*
- *VERONICA - In che senso?*
- *DOTT. FOTI - Sai a volte i ricordi sono vaghi, sono imprecisi, sono confusi però, se c'è una preoccupazione, qualcosa avrà fatto pur nascere questa preoccupazione.*

- *VERONICA - Beh quando tipo **ho visto mio padre con mia sorella che erano abbracciati sul letto e mi è salito il panico**…*
- *DOTT. FOTI - Ma c'era qualcosa in questo abbraccio? **Che un papà abbracci una figlia sul letto ci potrebbe stare,** ehm… **c'era qualcosa invece in questo abbraccio che ti ha turbato che può averti preoccupato?** Nel come era fatto sto abbraccio, come erano messi loro c'è qualcosa che ha reso più preoccupante questo abbraccio?*
- *VERONICA - Cioè **come erano messi forse**… non lo so cioè **a me non sembrava normale.*** (pp. 98-99)

2. LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DELLA PROBLEMATICA POST-TRAUMATICA DELLA PAZIENTE

2. 1. LE STIGMATE EMOTIVE DEL TRAUMA

Il dott. Foti ha un preciso mandato istituzionale (proveniente dal Tribunale per i Minorenni di Bologna e dai Servizi sociali affidatari della ragazza), che lo sollecita a lavorare sul traumi patiti dalla paziente. La finalità di cura contenuta in tale mandato viene verificata e rinforzata dalla presentazione da parte della madre delle problematiche della figlia e dal racconto, che compie la madre stessa, delle sue sofferte vicissitudini.
Ma è soprattutto la paziente con le verbalizzazioni relative a eventi traumatici e relative alla propria sofferenza esplicitate sin dai primi colloqui, nonché con i sintomi espressi fin dall'inizio della psicoterapia, a **consentire una valutazione diagnostica e a sollecitare una direzione di lavoro terapeuticoverso l'elaborazione del trauma.** Consideriamo soprattutto le prime sedute.

In base agli studi e alle ricerche della letteratura che si è occupata di *childabuse and neglect,* nell'esame diagnostico e nel lavoro terapeutico con le vittime di trauma si riscontrano in maniera massiccia e pervasiva alcuni vissuti emotivi, presenti contemporaneamente ed ubiquitariamente, vissuti emotivi derivanti dalla vittimizzazione subita[43],[44]. Tali vissuti, che "*sono stati descritti da più autori con una convergenza impressionante dei dati rilevati nelle più disparate esperienze cliniche*"[45], rappresentano una sorta di stigmate emotive dell'abuso.

La sistematizzazione più classica e più citata nelle trattazioni cliniche è quella di Finkelhor e Browne[46], che individuano quattro sentimenti fondamentali che si possono ritrovare in modo consistente nella vita emotiva del soggetto che ha subito un trauma sessuale:

a) vissuto di impotenza;
b) vissuto di tradimento;
c) vissuto di sessualizzazione traumatica;
d) vissuto di stigmatizzazione

43Malacrea M., Lorenzini S., "Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale", Raffaello Cortina Milano, 2002, pp. 131-168

44 Panza C., Berardi C., Apollonio MG., Paglino A. "Maltrattamento all'infanzia. Manuale per gli operatori di area pediatrica", Il Pensiero Scientifico Editore Roma, 2020, pp. 184-200

45Malacrea M., "L'intervento psicologico nell'abuso sessuale all'infanzia", in *... E poi disse che avevo sognato*, R. Luberti, D. Bianchi (a cura di), Edizioni Cultura Pace, Firenze, p.111

46Cfr. FinkelhorD., BrowneA., *Initial and Long-term Effects. A conceptual framework*, in D. Finkelhor et al., *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*, SAGE Pubblication, Beverly Hills, California.

a) **<u>Il vissuto post-traumatico di impotenza</u>** è esplicitato senza dubbio da Veronica stessa: più volte emerge un senso di incapacità nel gestire, ad esempio, gli aspetti relazionali della propria esistenza. Significativo per es. è l'atteggiamento nei confronti del ragazzo che l'ha molestata nel vecchio istituto, fino a costringerla a trasferirsi in un altro istituto per sfuggire alle sue avance aggressive e disturbanti. Veronica non è riuscita ad affrontare e a contrastare tali avance in modo efficace. Non ha saputo chiedere direttamente aiuto nel contesto scolastico e solo grazie all'interessamento della madre i servizi sociali sono intervenuti, convincendo Veronica alla scelta di cambiare scuola ad anno scolastico già avviato. A giudicare da ciò che dice Veronica e da ciò che riferisce la madre, la ragazza ha fatto per parecchio tempo molta fatica a reagire fino ad essere costretta lasciare la scuola. Non è riuscita a sviluppare un'adeguata aggressività difensiva, nei confronti del compagno che l'ha molestata *(VERONICA - Va beh, io ovviamente* ***cercavo di spingerlo via, solo che è un po' complicato lui è più forte di me*** *(…) e cioè non gli avevo detto niente poi gli ho detto "No" e dopo un po' si è tolto.* pag. 42)[47].
L'impotenza emerge nella descrizione che la ragazza stessa fa del proprio comportamento. Non riusciva neppure a dire al ragazzo di smettere di darle fastidio. L'atteggiamento debole e scarsamente assertivo finisce peraltro a posteriori per alimentare il senso di colpa per essere stata subalterna nei suoi confronti.

"DOTT. FOTI: E come lo avresti istigato?
VERONICA: Ehm … non lo so forse dandogli corda…non lo so.
DOTT. FOTI - Come gli hai dato corda, gli parlavi insieme?
VERONICA - Sì, anche solo parlare oppure…mh… non dirgli di smetterla di darmi fastidio." (pag. 43).

L'impotenza viene altresì vissuta ed esplicitata con chiarezza da Veronica nei confronti della propria storia, percepita quasi come un destino schiacciante, e nei confronti dei ricordi che pesano e che tormentano (***"sì perché comunque ho una famiglia e un passato così… e mi sento anche un po' impotente",*** pag. 85).

Infine il vissuto di impotenza si riproporrà ampiamente nelle sedute successive. L'immagine di sé come **animale in trappola** non potrebbe essere più espressiva. Veronica afferma che se incontrasse casualmente il ragazzo che nell'adolescenza ha avuto con lei un rapporto sessuale non consensuale e violento non riuscirebbe innanzitutto a *"reggere l'incontro":*

- *VERONICA -* ***Mi sentirei come un animale in trappola,*** *tipo.*
- *DOTT. FOTI - Anche solo il vederlo ti riporterebbe allo stato in cui lui è dominante e tu sei l'animale in gabbia.*
- *VERONICA - Sì, mi sentirei debole. (pag. 209-210)*

b) **<u>Il vissuto post-traumatico di abbandono/tradimento.</u>**

47 D'ora in avanti le pagine citate si riferiscono alle trascrizioni testo da file audio, stenotipia di Vincenzo Ottaviano, via Martiri di Belfiore, 20 – Carpi, Modena, per conto della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Reggio Emilia)

Il vissuto post-traumatico di abbandono/tradimento è conseguente alla situazione in cui la piccola vittima è costretta contemporaneamente a perdere una relazione per potenzialmente protettiva (per es. da parte di un genitore che dovrebbe sostenerla) e nel contempo a perdere fiducia nel mondo adulto. L'adulto che dovrebbe proteggere tradisce, perché opera violenza o comunque non protegge dalla violenza. Ed in effetti il padre è vissuto da Veronica come figura abbandonica e nel contempo associata ad un tradimento della fiducia: in relazione al ricordo, pur confuso e non pienamente integrato, della prima violenza avvenuta a quattro anni di età, la ragazza sente che il padre **non le ha creduto e in alcune sedute successive ha addirittura l'impressione che il suo ruolo si confonda con quello dell'abusante.** In ogni caso, sente da subito che il padre non ha tenuto conto del suo disagio nel recarsi a casa del "compare", del suo amico. La madre afferma chiaramente che il fatto di non essere stata creduta dal padre ha ferito e fatto molto arrabbiare Veronica.

- *DOTT. FOTI - Ma da che cosa lei capisce che ne risente?*
- *MADRE - E perché* ***me l'ha detto, "non c'è mai stato", "non mi ha creduto" e lei è molto arrabbiata con suo padre.*** *E anche questa è una cosa secondo me che la butta molto a terra non esser creduta dal proprio genitore.* (pp. 14 -15)

  La ragazza stessa individua nel timore di non essere creduta l'ostacolo più grosso che le impedisce di recuperare i ricordi e di raccontare ciò che le è capitato.

- *DOTT. FOTI - E nel tuo caso qual è la paura più grossa? Qual è l'ostacolo più consistente a parlarne?*
- *VERONICA-* ***Il non essere creduta.*** (pag. 49)

Inoltre, il vissuto di tradimento verso la figura paterna è associato al fatto che il padre è risultato nettamente distante e assolutamente non sostenitivo di fronte alla seconda violenza patita da Veronica ai tredici anni da un ragazzo sedicenne, Rubio.
Il **vissuto post-traumatico di tradimento** viene rivissuto massicciamente da Veronica nel corso della vittimizzazione sessuale subita da questo ragazzo: in un contesto relazionale e comunicativo, caratterizzato dalla dimensione affettiva e da un investimento di fiducia l'azione sessuale di Rubio risulta sconvolgente.

- *VERONICA- Adesso che ci penso cioè era* ***una cosa bruttissima che lui mi chiedeva scusa e mi ha detto: 'Ti amo'.*** *Quello è stato brutto.*
- *DOTT. FOTI - Ti chiedeva scusa e ti diceva ti amo, mentre si svolgeva la violenza?*
- *VERONICA: Sì.* (pag. 207)

Con grande sofferenza e in tono lamentoso Veronica prosegue:
*E' che io gli avevo detto di no ovviamente…eh ...non riesco a spiegarlo…****cioè e mentre mi fa del male mi dice di amarmi e quindi è stato sconvolgente.*** (pag. 208)

La ragazza sperimenta una situazione fortemente disorientante, confusiva, scombussolante. Veronica fa fatica ad individuare il momento peggiore del ricordo, ma riesce a mettere a fuoco la **reazione dissociativa che produce un distanziamento** dall'esperienza sessuale traumatica patita.

VERONICA - E' stato un po' tutto però, ***la mia assenza proprio****. Non è che mi vedo lui davanti…****io sono tipo uscita, però non lo so che cosa sarebbe stato meglio ricordarmelo da fuori o da dentro.***(pag. 206)

c) Il vissuto di **traumatizzazione sessuale** è ampiamente verificabile nella rappresentazione ansiogena di un maschile che può risultare violento e pericoloso. Da qui un forte timore a costruire un'intimità affettiva e sessuale con i ragazzi. Da qui il dubbio sulla possibilità e sulla volonta un domani di sposarsi.

- *DOTT. FOTI - Questo bisogno affettivo che tu dalla figura maschile non hai trovato, qualche volta fai la fantasia di poterlo trovare da un fidanzato, da un marito? Oppure questa fantasia non c'è?*
- VERONICA:(guarda in alto) *mmh…un pochino… però comunque io ho già pensato di non volermi sposare e quindi… però comunque sì. (…) Perché* ***comunque gli uomini mi han fatto anche del male****, quindi sono anche combattuta su questa cosa perché penso che cercare affetto…non lo so…forse hanno un radar queste persone, per capire le persone deboli…non lo so però comunque se ne approfittano mi sa…quindi sono combattuta.* (pp. 83-84)

Veronica stessa chiarirà in termini inequivocabili che la sessualità per un lungo periodo sia stata per lei una dimensione pesantemente attraversata dal dolore e da un senso di allarme.

- *DOTT. FOTI - Tu da cosa ricavi la sensazione che può esserci stato qualcosa che ha disturbato la tua innocenza?*
- *VERONICA - Mh,* ***beh sicuramente comunque è stato il fatto che io mi tenevo abbastanza lontano dalla attività sessuale.***
- *DOTT. FOTI - Ah, questa è un'informazione, certo.*
- *VERONICA - E diciamo che,* ***se c'ero molto vicina…ehm …mi sentivo male.***
- *DOTT. FOTI - Come male?*
- *VERONICA -* ***Mi mettevo sempre a piangere.***
- *DOTT. FOTI - Quindi come se ti avvicinassi a qualcosa di penoso e non di gioioso, di pericoloso e non di rassicurante.* ***E caspita, caspita, ti mettevi a piangere mh…ehm…come se ci fosse nell'attività sessuale più un dolore o più un allarme? O tutte e due?***
- *VERONICA -* ***Io penso entrambe le cose.***
- *DOTT. FOTI - Entrambe le cose, sia un dolore che un allarme, come una bimba spaventata da una prospettiva dolorosa ti veniva giustamente da piangere.* (pp. 371-372)

L'idea del pericolo, del dolore e dell'allarme associata alla sessualità, spinge Veronica a cogliere in modo realistico o, più probabilmente, in modo proiettivo, i segnali di una possibile violenza sessuale nella sorella. La reazione è di forte paura e di

inquietudine.

- *VERONICA - Mh… beh io ho sempre avuto una preoccupazione che lui avesse fatto del male a mia sorella*
- *DOTT. FOTI - Del male cosa intendi?*
- *VERONICA -* ***Mh…ehm… tipo… violentata tra virgolette.***
- *DOTT. FOTI - Violentata?*
- *VERONICA – Sì*
- *DOTT. FOTI - Quindi più sul versante della violenza fisica o dell'abuso sessuale?*
- *VERONICA - Dell'abuso sessuale.*
- *DOTT. FOTI - "Dell'abuso sessuale". Una sensazione legata a quale immagine? La preoccupazione legata a quale immagine ci sono nella tua memoria? Magari confuse magari quelle che sono…*
- *VERONICA - In che senso?*
- *DOTT. FOTI - Sai a volte i ricordi sono vaghi, sono imprecisi, sono confusi però, se c'è una preoccupazione, qualcosa avrà fatto pur nascere questa preoccupazione.*
- *VERONICA - Beh quando tipo* ***ho visto mio padre con mia sorella che erano abbracciati sul letto e mi è salito il panico****…*
- *DOTT. FOTI - Ma c'era qualcosa in questo abbraccio?* ***Che un papà abbracci una figlia sul letto ci potrebbe stare,*** *ehm…* ***c'era qualcosa invece in questo abbraccio che ti ha turbato che può averti preoccupato?*** *Nel come era fatto sto abbraccio, come erano messi loro c'è qualcosa che ha reso più preoccupante questo abbraccio?*
- *VERONICA - Cioè* ***come erano messi forse****…non lo so, cioè* ***a me non sembrava normale.*** (pp. 98-99)

d) Il **vissuto post-traumatico di stigmatizzazione** è un vissuto emotivo complesso e sfaccettato, costituito da vergogna, senso di colpa, disistima di sé, ansia di inadeguatezza, percezione di una diversità in termini negativi fra sé e i coetanei, fra il sé e gli altri. E' un vissuto specifico della piccola vittima di abuso sessuale.

E' un vissuto massicciamente presente in Veronica. Non riguarda aspetti superficiali e transitori, bensì appartiene strutturalmente al suo psichismo profondo, manifestandosi in tutte le sedute sin dalla prima. Si manifesta nella ricorrente **autodeprecazione e nella percezione di sé in quanto soggetto colpevole,** nell'immagine di sé, segnata da un profondo disvalore, nella sensazione di essere portatrice di una storia personale e familiare pesante e condizionante. In particolare ***l'immagine di sé in quanto colpevole risulta molto radicata.*** Le affermazioni di Veronica che vanno in questo senso sono ricorrenti ed inequivocabili.

Nel primo colloquio, in relazione all'approccio sessuale aggressivo, subito dal compagno di scuola, il dott. Foti chiede a Veronica come ci è rimasta.

- *DOTT. FOTI - Come ti ha lasciato questa …questa …è una vera e propria aggressione insomma mascherata da un bacio, da una seduzione ma penso che sia stata qualcosa di intrusivo insomma qualcosa di certamente non rispettoso. Tu come ci sei rimasta?*
- *VERONICA- Ma****abbastanza male, cioè sporca*** *anche (…)* ***mi sento anche in colpa perché penso che sia stata colpa mia (…)*** *… cioè* ***penso di essere stata io a istigarlo.*** (pp. 42-43)

Sempre nel primo colloquio la ragazza afferma:

- *VERONICA - "Io non potevo prevederlo però comunque…**cioè mi son già successe queste cose e quindi dovrei stare attenta a chi mi si avvicina comunque**. (…) E quindi dovevo tenerlo a distanza e basta"* (pag.44)**. *"Io penso che la mia vita non valga niente…"*** (pag. 52)**. *"Io penso solo che la mia vita non vale e se morissi adesso non importerebbe".*** (pag.54)

L'immagine fortemente negativa di sé,associata oltretutto alla sporcizia e alla colpa relativa alla sessualità, è senza dubbio un dato che obbliga a pensare ad una problematica post-traumatica ed in specifico ad un trauma sessuale.

E ancora:

- *DOTT. FOTI: …Mi ha colpito, faccio un passo indietro, con questo ragazzo ti senti sporca. Tu provi solo senso di colpa nei suoi confronti o anche rabbia?*
- *VERONICA - Ehm …no, solo senso di colpa. (…) Io non ce la faccio a prendermela con qualcun altro. (…) Cioè arrabbiarmi,* ***preferisco dare la colpa a me stessa.***(pag. 51)

Ed ancora nel terzo colloquio:

- *VERONICA - Mh… boh,* ***mi sembra di aver fatto qualcosa di male*** *siccome mi sono capitate tutte a me.* (pag. 106). *"**Non posso fare a meno di darmi io la colpa di qualcosa, non ce la faccio a non darmi la colpa**. Forse perché mi sento meglio a dare la colpa a me stessa."* (pag. 111)

Compare costantemente in Veronica un'immagine di sé di ragazza "poco di buono". All'inizio della quinta seduta, Veronica parla dei giudizi che la madre ha dato nei confronti della sua amica: *"La chiama in un altro modo però vuole dire che è tipo una prostituta"* (pag. 122), alludendo poi a giudizi dello stesso tenore da parte della madre nei suoi stessi confronti. Il tema ritorna con grande disagio nel sogno, dove, riferendosi al compagno di scuola che l'ha molestata, la paziente, dice: *"in qualche modo mi ha dato della …poco di buono"* (pag. 139). Lo stigma della "puttana" rappresenta un elemento fondamentale dell'**immagine colpevole e degradata di sé**, **penetrata stabilmente nel mondo interno di Veronica** ed è riconducibile ad un effetto del coinvolgimento sessuale impostole nel corso delle esperienze pregresse.

2. 2. I SINTOMI DI RIPETIZIONE

La sofferenza post-traumatica della paziente emerge con nettezza già nei primi quattro colloqui per la **presenza di ricordi opprimenti e spiacevoli, di vissuti e di pensieri penosi ed intrusivi connessi al passato traumatico** (cfr. criterio diagnostico B, indicatore 1 del disturbo da stress post-traumatico, descritto dal DSM V[48]).

48American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013, pag.314.

Già nel primo colloquio, Veronica riferisce di un peso legato a "***tutte le cose messe insieme brutte che mi sono successe***". *(pag. 39)*

Nella quarta seduta, a riguardo della fantasia di allontanarsi da casa e di chiedere l'inserimento in comunità, la ragazza parla di ricordi penosi che le risultano opprimenti ed inelaborabili, e che costituiscono un peso da cui non ci si può liberare.

- *DOTT. FOTI: (…) Allontanarti soprattutto da che cosa?* ***Che cosa è che è pesante nella tua vita?***
- *VERONICA:* ***Beh, tutte le cose che mi sono successe.***
- *DOTT. FOTI:* ***Ah, i ricordi. Allontanarti dai ricordi.***
- *VERONICA:* ***Sì, però comunque penso che non ci si può allontanare da quello che è successo. Te lo porterai sempre dietro…***

E ancora, sempre nella quarta seduta compare il riferimento, ad un passato che ritorna insistente e ripetitivo nella sua mente e che risulta non elaborato, un passato **fatto di abusi e di perdite:**

- *DOTT. FOTI: Un tuo disagio interno di fronte…una tua sofferenza, un tuo problema, più rilevante, quale può essere? O quello che ti viene in mente in questo momento*
- *VERONICA: Mh…****il non riuscire a superare le cose (…)*** *come posso spiegare?…cioè, non riesco a non soffrire per quello che mi è successo. Cioè, io vorrei ricordare senza stare male. Possiamo metterla così? (…)* ***cioè ci soffro molto, quando ripenso a quello che mi è successo, a…, a tutta, tutta la mia vita*** *(…)* ***ad ogni cosa brutta che mi è successa, tipo i miei abusi, cioè le perdite che ho avuto, la sofferenza, anche della mia famiglia ….*** (quarta seduta, parte non trascritta)[49]

Il peso del passato traumatico ("*dall'infanzia che ho avuto, dal padre che ho avuto, da tutto quello che mi è successo dalle persone che ho incontrato"…)* condiziona il bilancio dell'esistenza di Veronica ("*uno schifo di vita*") e la sua percezione di un presente negativo e deprimente.

- *VERONICA - Mh, ieri ho fatto una* ***specie di resoconto della mia vita,*** *di tutto quello che…ho fatto (con il dito disegna un cerchio nell'aria)*
- *DOTT. FOTI - … sì, una specie di resoconto…*
- *VERONICA - Sì, ho pensato a tutto quello che ho passato cose così ehm… boh cioè ho pensato che io ho avuto alla fine* ***uno schifo di vita*** *proprio, cioè e…*
  (…)
- *DOTT. FOTI - "Uno schifo di vita", da cosa da cosa lo ricavi?*
- *VERONICA –* ***Beh, dall'infanzia che ho avuto, dal padre che ho avuto, da tutto quello che mi è successo dalle persone che ho incontrato****.* (terza seduta, pp. 92-93)

Ancora un'osservazione diagnostica sull'intrusione del passato nella vita attuale di

49 Ho lavorato su una parte del quinto incontro (quarta seduta) che non compare nelle trascrizioni da file audio della Stenotipia di Roberto Ottaviano per conto della Procura della Repubblica del Tribunale di Reggio. Nelle suddette trascrizioni si legge a proposito di questa seduta: "*La videoregistrazione parte a colloquio già iniziato e dura solo 00:06:05."* Ho constatato personalmente che esiste un DVD con la videoregistrazione dell'intera seduta e mi sono basata su una mia trascrizione. L'avvocato Coffari mi ha dichiarato che si impegna a riconsegnare o a consegnare questo DVD completo.

Veronica:

DOTT. FOTI - Rispetto ai ragazzi agli uomini cosa ti verrebbe da fare?
VERONICA - Mh … ***io già quando vedo un uomo più grande e sono da sola già ho il terrore, con i ragazzi un po' meno, però comunque sono sempre preoccupata.*** (pag. 45)

Questo dato clinico può rinviare ad un indicatore post-traumatico, ***"l'intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i"*** (indicatore 4, criterio diagnostico B del disturbo da stress post-traumatico - DSM V[50]): in altri termini la figura maschile "più grande" risulta un fattore che elicita vissuti emotivi del passato di sofferenza e terrore, che si riattivano nel presente. L'uomo *"più grande"* percepito da Veronica evoca o assomiglia alla figura maschile terrorizzante percepita nella propria infanzia.

Il peso di esperienze sessuali traumatiche pesa indubbiamente su Veronica, come dimostra anche questo altro passaggio della seconda seduta:

- *VERONICA - …a me già fa male sentire la parola…* ***stupro e ehm*** *… e tutto il resto. E visto che già mi fa sentir male la parola… è un po' complicato (abbozza una risata).*
- *(…) DOTT. FOTI - Il tema che abbiamo toccato ti ha fatto sentire un qualche disagio nel tuo corpo?*
- *VERONICA - Si… sono un pochino angosciata*
- *DOTT. FOTI - E l'angoscia dove l'hai sentita? Dove si localizza*
- *VERONICA – Qua (si tocca il centro del petto e torna con le braccia incrociate*). (pp. 75-76)

Va premesso che in questo passaggio la parola "stupro" viene in mente a Veronica e non era stata utilizzata dal dott. Foti nelle sequenze dialogiche precedenti. La paziente afferma che per lei è sufficiente ascoltare la parola "stupro" per sperimentare una riattivazione emotiva del disagio e dell'angoscia, derivanti evidentemente da esperienze sessuali in qualche modo vissute e/o temute.

La paziente chiarirà bene in seguito che non solo la parola stupro, ma **qualsiasi altra simbolizzazione dello stupro (per es. attraverso un film) costituiscono per lei un "trigger", un evocatore di sofferenza post-traumatica**. Si consideri questo passaggio: si sta parlando dell'esperienza della vittimizzazione sessuale subita da Veronica quando aveva 13 anni da parte di un ragazzo adolescente. Il pensiero intrusivo si ripropone.

- *DOTT. FOTI - Sono passati tre anni e c'è una zona che rimane ferita, rimane disturbata.*
- *VERONICA – Sì.*
- *DOTT. FOTI - Adesso cosa ti ha lasciato come dire questo ricordo, ti rimane dentro disturbante, lo allontani, cosa ti succede adesso?*
- *VERONICA - Ogni tanto ci ripenso.*
- *DOTT. FOTI - Ogni tanto ci ripensi.*

50 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013, pag.314.

- *VERONICA - Sì, è una cosa abbastanza dolorosa, soprattutto quando si parla …ad esempio* ***quando guardo un film con mia madre dove una ragazza è stata stuprata io mi sento... sofferente.*** (pag. 209)

Altro elemento indicativo della sofferenza post-traumatica di Veronica sono i sogni riferiti in quinta e in sesta seduta, tutti riconducibili ad angosce profonde. Di nuovo, il DSM V include tra gli indicatori diagnostici di disturbo da stress post-traumatico (criterio B-2) la presenza di "***ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati agli eventi traumatici***"[51]. Il primo sogno è l'espressione di una forte ansia di abbandono e sembra riproporre un tema già esplicitato da Veronica: la penosa consapevolezza che non potrà voltare pagina, trovando un'altra famiglia e liberarsi dai condizionamenti patiti dalla propria storia familiare:

- *VERONICA - "Uno …era in una stanza tutta chiusa, c'erano delle persone che non conoscevo, avevano il volto buio, come tipo nei film più o meno fanno vedere la faccia (fa il gesto per indicare la porzione di faccia che vedeva), erano seduti a un tavolo e dicevano eh (porta la mano alla fronte) …emh…(sembra cerchi di ricordare):* ***"Non possiamo trovare una famiglia per te!"*** (pag. 152)

Il secondo sogno è un vero e proprio incubo attraversato da un'angoscia di morte:

- *VERONICA - "Eravamo all'aperto, in una specie di balcone, però molto grande, nei campi (indica con il dito di fronte a sé) e c'era questa persona da lontano che cercava di, di* ***spararmi*** *(gesticola con la mano). C'erano tante persone, solo che loro non si accorgevano di niente, loro continuano la loro via, continuano a parlare di cose così mentre* ***lui mi sparava*** *(ripete il gesto con la mano) e io cercavo di evitarlo. Poi, quando si è avvicinato a me e io cercavo di nascondermi (gesticola molto con la mano) cose così e gli altri* ***continuavano a fare quello che facevano****." (pp. 152-53)*

L'angoscia arriva a livelli intollerabili tanto che Veronica cerca di svegliarsi per uscire dall'incubo. Il vissuto penoso prodotto dal sogno raggiunge una grande intensità per la combinazione di due elementi: c'è qualcuno che **continua a sparare** contro la sognatrice, mentre tante persone continuano a fare le loro cose nella più totale indifferenza.

Anche nella fase inoltrata della psicoterapia, quando si rafforza un evidente miglioramento psichico e comportamentale, appare evidente in Veronica il funzionamento psicologico post-traumatico.

Il dott. Foti sottolinea il **trend positivo del vissuto della paziente** ed esplora in secondo luogo se sia presente e come si manifesti la componente psichica di disagio che le appartiene.

- *VERONICA- Mh portandomi l'angoscia e* ***facendomi sentire il nulla.***
- *DOTT. FOTI - Il nulla…vediamo se riesci a descrivermi concretamente cosa succede…e quando bussa alla porta?*

51American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013, pag.314.

- *VERONICA - Quando…faccio degli esempi?*
- *DOTT. FOTI - Esempi, sì grazie.*
- *VERONICA - Ad esempio quando litigo con mia madre pesantemente oppure con il mio ragazzo oppure…cioè cose così…oppure* ***quando vedo qualcuno che mi ricorda qualcosa che mi è successo e mi fa arrabbiare.*** (pag. 188)

Anche in presenza di un trend positivo, Veronica continua ad essere in qualche misura esposta alle riattivazioni post-traumatiche. Per l'ennesima volta la ragazza chiarisce che **i ricordi intrusivi del passato le inducono sofferenza e rabbia e le generano un vissuto di annientamento** (criterio B-4 della diagnosi da disturbo da stress post-traumatico – DSMV[52]).

2. 3. LA DIALETTICA DEL TRAUMA

Si riscontra massicciamente in Veronica quella caratteristica della personalità traumatica ben descritta da autori contemporanei fra cui il più autorevole è van der Hart[53]. Una parte socialmente funzionante è definita "personalità apparentemente normale" . C'è poi la personalità emozionale (o post-traumatica propriamente detta) che è condizionata da molte paure: fra cui spicca **la paura del ritorno del ricordo traumatico ("tenere chiuso quel cassetto").**

La paziente chiarisce che la memoria degli eventi del passato si ripropone in lei **in modo ricorrente e spiacevole**, evidenziando, così, la tendenza ripetitiva e la natura stressante e post-traumatica dei suoi ricordi. Nel contempo, descrive anche la tendenza psichica opposta a cercare di allontanarsi in ogni modo dai ricordi. Veronica sta cercando di spiegare perché le è venuto in mente di chiedere ai servizi sociali di essere allontanata dalla famiglia e di essere inserita in comunità.

- *DOTT. FOTI - Sì, è più una fantasia, cose che vengono in mente. Ma, per avere più autonomia, per prendere le distanze da tua mamma, per che cosa? Per avere più…per che cosa ti era passata in mente questa fantasia?*
- *VERONICA - Mh,* ***per stare lontano*** *…da tante cose. Cioè, tipo* ***allontanarmi da quella che è la mia vita.***
- *DOTT. FOTI - Allontanarti da quella che è la tua vita. Una fantasia di allontanamento, di fuga. Di aver un po'…girare pagina, girare un po' pagina. Però, ti è venuto da dire che è più una fantasia che un progetto reale.*
- *VERONICA - (Annuisce con la testa)*
- *DOTT. FOTI - Cambiare un po' la tua vita. Allontanarti un po'. Non mi è ancora chiaro, allontanarti da cosa? Capisco che certe volte si ha bisogno di cambiare un po' tutto, voltare pagina. Allontanarti soprattutto da che cosa?* ***Che cosa è che è pesante nella tua vita?***
- *VERONICA -* ***Beh, tutte le cose che mi sono successe***
- *DOTT. FOTI -* ***Ah, i ricordi. Allontanarti dai ricordi***
- *VERONICA -* ***Sì, però comunque penso che non ci si può allontanare da quello che è***

52American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013, pag.314.

53 Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K, (2006) **Fantasmi del sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale**, Cortina, 2011.

successo. Te lo porterai sempre dietro. (quarta seduta, parte non trascritta)[54].

In altri termini, la paziente vive in maniera strutturale il conflitto intra-psichico tra il bisogno di integrare la propria memoria traumatica per poterla padroneggiare e la tendenza al distanziamento difensivo e alla dissociazione: Veronica ha bisogno di ricordare, ma nel contempo paura di incontrare la sofferenza traumatica connessa ai ricordi:

- *DOTT. FOTI - Cos'è che ti è venuto in mente in questo momento?*
- *VERONICA: **Perché non riesco a ricordarmi le cose**.*
- *DOTT. FOTI – (…) come ti lascia il fatto di non poter avere una piena memoria di tutto questo, come ti lascia?*
- *VERONICA - Sono **frustrata.***
- *DOTT. FOTI - Eh certo, eh certo.*
- *VERONICA - **Perché vorrei ricordare**…* (pp. 102 -103)

La memoria traumatica è penosa, intrusiva, non intenzionale. Veronica aspirerebbe ad una memoria consapevole, integrata e priva di sofferenza.

- *VERONICA - Mh…cioè, non riesco a non soffrire per quello che mi è successo. Cioè, **io vorrei ricordare senza stare male.** Possiamo metterla così?*

Più oltre ribadirà il medesimo tema:

- *DOTT. FOTI - **Qual è la cosa più brutta che potrebbe capitare?***
- *VERONICA - **Ricordare.*** (pag. 166)

Nel momento in cui recupera i ricordi traumatici, Veronica sperimenta nel "qui ed ora" la pena connessa agli eventi del passato e, dunque, in qualche modo se ne ritrae. Si registra una costante oscillazione nel corso delle sedute tra il bisogno di contattare il passato e il bisogno di allontanarsene, di spostare il focus, di coprirsi gli occhi, (anche in senso letterale, nelle ultime sedute). Un tale conflitto non riguarda solo l'atteggiamento di Veronica nel "qui ed ora" di quel che avviene in terapia. Un conflitto analogo si registrava nelle situazioni traumatiche del "là ed allora" che vengono ricordate dalla paziente sotto forma di conflitto tra la consapevolezza di quanto stava vivendo e il bisogno di restringere la consapevolezza dell'evento traumatico al fine di ridurre la sofferenza.

Nelle prime sedute emerge una significativa analogia dei vissuti emotivi post-traumatici, espressi dalla ragazza, in relazione al ricordo di quella che lei stessa definisce prima violenza da parte dell'amico del padre (ai quattro anni) e quella che definisce seconda violenza (ai tredici anni) da parte del fidanzato.

Nel primo caso ("prima violenza") dice di ricordare di essere stata **disorientata:**

- *DOTT. FOTI – Ed eri seduta sul divano di questo … e la sensazione qual era? La sensazione collegata a questo ricordo.*

54Cfr. nota precedenten. 7

- *VERONICA - Ero **disorientata.*** (pag. 100)

Nel secondo caso ("seconda violenza") dice di essere rimasta **spaesata.**

- *DOTT. FOTI - Come ci sei rimasta dopo che è successo? Come sei rimasta?*
- *VERONICA - Beh, era un po' mh… non lo so perché … (sospira) **un po' spaesata**, poi io … cioè **lui mi aveva detto che mi amava comunque e quindi io ci ho creduto**.* (pag. 105)

Il vissuto emotivo di Veronica, relativo alla seconda violenza ("***spaesata***"), è molto simile al vissuto emotivo espresso in relazione alla prima violenza ("***disorientata"***).Disorientamento e spaesamento possono essere vissuti che appartengono al cosiddetto *numbing*post-traumatico che avvolge e condiziona le vittime di violenza.[55]

Nelle sedute successive in relazione alla vittimizzazione subita da Rubio e in relazione ad una situazione scolastica di disagio, alla quale Veronica si riferisce, la paziente descrive reazioni di restrizione della consapevolezza e di distanziamento dallo svolgersi degli eventi.

La ragazza torna indietro al periodo in cui frequentava le elementari e in cui non riusciva a recepire i messaggi concernenti un'immagine positiva di sé:

- *VERONICA - **"**Mi ricordo quando ero alle elementari e che ero una persona che non parlava per niente.(…) E infatti prendevo sempre brutti voti anche alle elementari. Cioè **mi han sempre detto che ero intelligente, però non ci ho mai creduto.**"*
- *DOTT. FOTI - E va beh, ma certo, avevi un peso. Quando una bambina ha un peso, non possiamo pretendere che sia brillante a scuola, o no?*
- *VERONICA - (resta in silenzio e guarda il terapeuta)*
- *DOTT. FOTI - Non potevi credere che eri una bambina intelligente perché le cose positive **quando c'è un pensiero negativo non entrano, entrano solo le cose negative**, eh?* (pag. 163)

Il ricordo scolastico che viene recuperato è un episodio in cui Veronica sembra vivere **un'esperienza in qualche misura dissociativa di estraneità alla situazione:**

- *VERONICA - "Ho un'immagine di me seduta su una sedia che sto in silenzio mentre la mia insegnante mi sta interrogando tipo cioè non lo so, sono in un'altra …"*
- *DOTT. FOTI - Sei da un'altra parte.*
- *VERONICA - Sì.* (pp. 163-64)

Per la ragazza il momento peggiore del ricordo dell'esperienza traumatica patita ai 13 anni dal fidanzato è proprio lo "stato di assenza" con il quale ha vissuto quell'esperienza.

- *VERONICA - E' stato un po' tutto però, **la mia assenza proprio**. Non è che mi vedo lui davanti, **io sono tipo uscita, però non lo so che cosa sarebbe stato meglio***

55 Steinberg M., Schnall M, *La dissociazione. I cinque sintomi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore Milano, 2006, pag. XIII introduzione epag. 8.

ricordarmelo da fuori o da dentro.

- *DOTT. FOTI - Sta di fatto che sei andata fuori perché quello era un momento molto spiacevole, deve essere stato un momento molto brutto e quindi senza poterlo scegliere non è che l'hai scelto, ma* ***ti sei trovata a vedere la scena dall'esterno. E' così?***
- *VERONICA - Sì.* (pag. 206)

In relazione alla "prima violenza", risalente ai 4 anni, che viene più volte ricordata ed esplicitata dalla paziente, sulla quale il dott. Foti effettuerà un lavoro di approfondimento con l'EMDR, emergerà un ricordo dove il conflitto tra il bisogno di consapevolezza e la restrizione difensiva della consapevolezza risulterà drammatico: la bambina cerca di raccontare l'accaduto alla zia, continuando a ripetere: "E' lui, è lui, è lui", per indicare la persona che l'ha toccata nelle parti intime, **senza riuscire a specificare ieri e senza riuscire a ricordare oggi il nome di questa persona.** Pertanto, mentre racconta in terapia, Veronica risperimenta il conflitto tra il "ritorno del rimosso" e il bisogno di continuare a tenersi lontano dalla consapevolezza.

Tutto quanto fin qui descritto riconduce al criterio diagnostico C-1 e al criterio D-1 del disturbo da stress post-traumatico (DSMV[56]), oltre all'ampia letteratura che descrive i movimenti dissociativi e di estraneazione da sé vissuti dalle vittime di trauma[57].

2. 4. ULTERIORI TRATTI POST-TRAUMATICI

Veronica, come tutti i soggetti traumatizzati, **è perseguitata dal passato ed è in forte ansia per il futuro.** E pertanto non può vivere positivamente il presente.

La speranza per il futuro è compromessa.

- *DOTT. FOTI - … ti senti più triste perché?(…)*
- *VERONICA - Cioè il fatto che io…cioè* ***ho paura di non riprendermi più...*** (terza seduta, pag. 108)

Anche per quanto riguarda i rapporti con i ragazzi si manifesta la difficoltà di reggere l'incertezza del futuro:

- *DOTT. FOTI - Può essere … E nel tuo caso, ammesso che sia questo, quale potrebbe essere, quale potrebbe essere la paura? Se un rapporto comincia ad andare bene? Se si fa serio, se …*
- *VERONICA - Cioè…* ***Mi spaventa il futuro****….(quarta seduta, parte non trascritta)*[58]

L'indubbia presenza di ***"persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative***

56American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013, pag.314.

57- Putnam F. Dissociation in children and adolescents. New York: Guilford Press, 2001.
- Van derKolk B, d'Andrea W. Verso una diagnosi di disturbo traumatico dello sviluppo per il trauma interpersonale infantile. In: Lanius R, Vermetten E, Pain C. L'impatto del trauma sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta. Roma: Giovanni Fiorini Editore, 2012; pp. 98-117.
- Malacrea M, Lorenzini S. Bambini abusati. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002.

58 Cfr. nota precedente n. 7

relative a se stessi" rinvia al quadro del disturbo da stress post-traumatico (criterio diagnostico D indicatore 2 - DSMV).

Nella seconda seduta emerge per es. una comunicazione della paziente che veicola una rappresentazione del Sé fortemente negativa e depressiva.

- *VERONICA - Cioè io comunque ho anche pensato di* ***mollare tutto*** *e di dire "basta" però comunque alcune volte ci tengo un po' alla mia vita. Però sono rare quelle volte….*
- *DOTT. FOTI - Sono rare quelle volte… e mollare tutto cosa sarebbe per esempio?"*
- *VERONICA - Mh…* ***porre fine alla mia vita.***
- *DOTT. FOTI - Hai fatto qualche volta la fantasia brutta del suicidio?*
- *VERONICA - Mh…sì… ma* ***più che altro che qualcun altro mi uccidesse….*** (pp. 86-87)

2.5. CONCLUSIONI

In sintesi, come si evince da quanto sopra riportato, in Veronica**si riscontrano fin dai primi colloqui diversi sintomi di sofferenza psicologica e comportamentali riconducibili al disturbo post-traumatico da stress.**

Sono ampiamente soddisfatti i 5 criteri diagnostici, indicati dal DSMV come necessari alla diagnosi di tale disturbo. Prendiamo dunque in considerazione analiticamente tali criteri.

Il **criterio A** consiste nell'essere esposti ad un **evento traumatico** che ha messo in pericolo la propria vita, oppure un grave infortunio o un abuso sessuale.
La ragazza comunica con coerenza narrativa ed emotiva due modalità con cui tale situazione traumatica è stata vissuta:
1. Veronica riferisce diversi episodi di violenza, soffermandosi ed elencandone tre in particolare: le molestie subite a scuola, il rapporto sessuale imposto dall'ex fidanzato, e, seppur in modo poco chiaro e circostanziato, riferisce un ricordo di abuso sessuale subito nell'infanzia; questi due ultimi eventi sono narrati in forme compatibili con un ricorso alla dissociazione traumatica).
2. la paziente racconta delle violenze a cui ha assistito ad opera dello zio materno ai danni della madre. Quest'ultima peraltro riporta nel colloquio introduttivo anche il fatto che Veronica avrebbe assistito alle percosse del padre contro di lei, madre.

Il **criterio B** della sindrome post-traumatica da stress prevede la **presenza di uno o più sintomi intrusivi.** Questa condizione è indubbiamente soddisfattaperché la ragazza:

1. riferisce ricordi intrusivi, spiacevoli, disturbanti dei diversi eventi traumatici;
2. riporta in forme dettagliate incubi e sogni penosi attraversati da angosce di morte interpretabili come associati al trauma;
3. evidenzia una sofferenza psicologica e un terrore che si riattiva all'esposizione a

stimoli (per es. la l'impatto di un certi tipo con una figura maschile) che in qualche modo ricordano l'evento traumatico.

Il **criterio C** consiste nell'evitamento costante di stimoli associati agli eventi traumatici. Tale evitamento può essere di due tipi, entrambi insistentemente presenti nelle comunicazioni della paziente:

1. tentativi di non pensare, di non soffermarsi sui ricordi spiacevoli e dolorosi, di sfuggire a sensazioni collegate agli eventi traumatici;
2. tentativi di evitamento di persone e attività che potrebbero ricordare le situazioni penose e scombussolanti del passato.

Il **criterio D** riguarda le alterazioni nel pensiero o nell'umore che potrebbero essere la conseguenza dell'evento traumatico o degli eventi traumatici. Per soddisfare il criterio sono necessari almeno due sintomi tra quelli indicati dal Manuale. Veronica evidenzia almeno quattro indicatori fra quelli previsti dal DSM V:

1. incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento traumatico;
2. convinzioni esageratamente negative e persistenti che condizionano l'immagine di sé, vissuti persistenti di incapacità, di indegnità, di schifo rispetto a se stessa;
3. stati negativi persistenti tra cui una significativa auto-attribuzione della colpa e, nell'impatto con il maschile, vissuti di terrore;
4. persistente incapacità a sentire emozioni positive (tali vissuti non presenti nei primi colloqui compariranno soltanto a seguito dello sviluppo della psicoterapia).

Il **criterio E** prevede l'individuazione di alterazioni nella reattività emotiva. Indubbiamente la paziente manifesta varie forme di sofferenza a livello comportamentale e problemi di concentrazione. Inoltre dal quadro che ne fanno la madre e la psicologa che l'ha seguita, Veronica presenta una significativa oscillazione fra vissuti depressivi e scatti di rabbia espressi con aggressioni verbali o fisiche.

In nessun punto il DSMV riporta che tale sintomatologia possa essere reattiva a un intervento psicologico, oltre al fatto che la presenza palese ed indiscutibile di tale sintomatologia fin dai primi colloqui ne evidenzia l'origine esperienziale e **ne esclude di per sé la possibile insorgenza per effetto iatrogeno della psicoterapia.**

Già nei primi colloqui, inoltre, si evidenziano i disturbi legati alla sfera emotiva, comportamentale e relazionale ampiamente descritti dalla letteratura sul trauma[59].

59 Si veda, ad esempio, in lingua italiana:
- Liotti G, Farina B. Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
- Ardino V. Il disturbo post-traumatico nello sviluppo. Milano: Unicopli Editore, 2009.
- Van derKolk B, Mc Farlane A, Weisaeth L. Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili. Roma: Magi Editore, 2004.

3. IL RAPPORTO DI VERONICA CON LA FIGURA PATERNA

Proveremo a considerare, analizzando le singole sedute, l'evoluzione delle comunicazioni di VeronicaSoletti relative alla figura paterna all'interno della psicoterapia e gli interventi con cui il dott. Foti si rapporta a queste comunicazioni.

La signora AdrianaSanti, madre di Veronica, nel colloquio preliminare alla psicoterapia fornisce una rappresentazione della figlia come vittima di diverse violenze e maltrattamenti, una figlia che è abbattuta ed arrabbiata perché il padre non le ha creduto.

- *MADRE - E lui non ha creduto dicendo che una bambina si inventa… si può inventare queste cose qua e lui non ne voleva sapere. Poi dopo il fatto che lui non si è più fatto sentire e vedere per degli anni con tutte e due le mie figlie, lei ne risente molto di questo, la Veronica*
- *DOTT. FOTI - Ma da che cosa lei capisce che ne risente?*
- *MADRE - E perché* ***me l'ha detto, "non c'è mai stato", "non mi ha creduto" e lei è molto arrabbiata con suo padre.*** *E anche questa è una cosa secondo me che la butta molto a terra non esser creduta dal proprio genitore.* (pp. 14 -15)

Questa rappresentazione che la madre compie della figlia verrà ampiamente confermata da Veronica stessa nel corso delle sedute che seguiranno, nelle quali la ragazza mostrerà apertamente il proprio risentimento verso il padre per le ragioni descritte dalla signora Santi.

Prima seduta

Nella prima seduta Veronica parla dell'aggressione sessuale subita dal compagno di scuola, a seguito della quale ha dovuto scegliere di cambiare istituto scolastico. La ragazza esplicita i propri vissuti di colpa e di auto-deprecazione, connessi all'esperienza dell'essere stata oggetto di diverse molestie ed abusi. Il dott. Foti esplora il suo atteggiamento verso i ragazzi e verso gli uomini ed emerge una paura profonda, "*un terrore*" della ragazza quando vede un uomo "più grande".

- *(…) VERONICA - Sì (sussurrato) (…) mh … cioè … io non potevo prevederlo però comunque…* ***cioè mi son già successe queste cose e quindi dovrei stare attenta a chi mi si avvicina comunque****. (…) E quindi dovevo tenerlo a distanza e basta.*
- *DOTT. FOTI - Beh allora, se vuoi evitare, avere la sicurezza di evitare le aggressioni sessuali dovresti, per prevenire, tenere a distanza tutti i maschi! Come fai a sapere? Come fai a sapere in anticipo i maschi che passeranno da una discussione, da una chiacchierata ad una iniziativa sessuale e quelli che non lo faranno? Dovresti tenerti distante da tutti. Ah ah ogni tanto ce l'hai la fantasia?*
- *VERONICA - Sì (sussurrato).*
- *DOTT. FOTI - Ti capisco, ti capisco. Perché noi maschi siamo una categoria (…) piuttosto problematica. Quindi ti verrebbe di fare che cosa? Ti verrebbe da? Rispetto ai ragazzi, agli uomini cosa ti verrebbe da fare?*

- *VERONICA - Mh … **io già quando vedo un uomo più grande e sono da sola, già ho il terrore, con i ragazzi un po' meno, però comunque sono sempre preoccupata.*** (pag. 44)

<u>Seconda seduta</u>

Il terapeuta chiede a Veronica se vede ancora il padre.

- *VERONICA – No.*
- *DOTT. FOTI – Da quanto tempo non lo vedi?*
- *VERONICA – Ehm… beh, da prima dell'inizio di quest'anno, dei mesi comunque non lo vedo.*
- *DOTT. FOTI – E questo come ti fa stare?*

La ragazza introduce **il tema della propria ambivalenza emotiva verso il padre**:
*"**da una parte vorrei averlo nella mia vita, dall'altra non voglio rivederlo più"*** (pag. 77)
Come s'è visto il terapeuta **innanzitutto accoglie, esplora e valida la componente positiva, affettiva dell'ambivalenza**.

- *DOTT. FOTI - E' un bel conflitto eh? Un bel conflitto, eh? Che tu desideri averlo ti capisco, tu dici è sempre stato sangue del mio sangue, di papà non ce ne sono… non ce n'è più di uno. Di papà ce n'è uno solo, quindi... Ti piacerebbe averlo, esploriamo un attimo questo. Ti piacerebbe riaverlo perché? Che fantasia benevola ti verrebbe da fare? Magari anche solo una fantasia.*
- *VERONICA - Ma… magari che lui… cioè ehm… ci trattasse come delle figlie, che ci portasse da qualche parte, cose così. Io ho in mente questo.*
- *DOTT. FOTI - Sì, come fa un papà che porta in giro, che ogni tanto va a cena con la figlia. Le porta in vacanza qualche giorno. Anche un papà che si interessi un po' a te. E più che comprensibile, certo. (pp. 77-78)*

Il versante negativo dell'ambivalenza emerge dalla paziente prima da un'espressione del viso, poi da un discorso esplicito. La figura paterna viene associata a costrizione e a pianto.

- *DOTT. FOTI - D'altra parte la tua faccia dice che cosa? La faccia che hai fatto.*
- *VERONICA - **Che lui non cambierà.***
- *DOTT. FOTI - Che lui non cambierà?*
- *VERONICA - No, me l'ha detto mia madre che lui è sempre stato così e che lui non vuole capire le cose. Proprio, non le vuole capire. Quindi… è inutile*
- *DOTT. FOTI - E sarà sempre così, se posso chiederti, così come? Tuo padre sarà sempre così, a quale atteggiamento o comportamento ti riferisci?*
- *VERONICA - Beh, prima di tutto quando… io comunque…cioè gli assistenti sociali mi hanno detto che non potevo vederlo per un po'… **lui mi ha costretto a fare una scelta, tra lui e gli assistenti sociali ...***
- *DOTT. FOTI - Ti ha messo questo aut aut.*
- *VERONICA – Sì.*
- *DOTT. FOTI: "O con me o con gli assistenti sociali".*

- *VERONICA - Esatto, poi comunque* ***lui mi ha fatto anche piangere****, perché mi ha detto: "Voi non mi volete".* (pp.78-79)

Risulta evidente che il contatto mentale con la figura paterna porta la paziente a catene associative che legano la figura paterna ad aspetti molto penosi. E' chiarissimo che queste catene associative dolorose e disturbanti appartengono alla mente della paziente

1. il padre è collegato ad un'idea del maschile pericolosa che la portano ad essere molto timorosa e diffidente nei confronti delle figure maschili e della possibilità presente e futura di sviluppare con loro un'intimità affettiva

   - *DOTT. FOTI - Questo bisogno affettivo che tu dalla figura maschile non hai trovato, qualche volta fai la fantasia di poterlo trovare da un fidanzato, da un marito? Oppure questa fantasia non c'è?*
   - VERONICA -(guarda in alto) *mmh… un pochino… però comunque io ho già pensato di non volermi sposare e quindi… però comunque sì. (…) Perché* ***comunque gli uomini mi han fatto anche del male****, quindi sono anche combattuta su questa cosa perché penso che cercare affetto… non lo so… forse hanno un radar queste persone, per capire le persone deboli… non lo so però comunque se ne approfittano mi sa… quindi sono combattuta.*
   (pp. 83 -84)

2. Il padre è associato ad un comportamento costrittivo e privo di rispetto che non si fonda affatto sul riferimento al pensiero della madre, bensì su un'esperienza da lei stessa sperimentata.

   - VERONICA - Beh, prima di tutto quando… io comunque…cioè gli assistenti sociali mi hanno detto che non potevo vederlo per un po'… ***lui mi ha costretto a fare una scelta, tra lui e gli assistenti sociali ...***
   -DOTT. FOTI - Ti ha messo questo aut aut.
   - VERONICA – Sì. (pag. 79)

3. Il padre viene confrontato con la figura maschile dello **zio materno**, associata a gravi errori ed anche ad episodi - a cui lei stessa ha assistito – in cui questo zio materno ha esercitato violenza fisica sulla madre. Ciò nonostante confrontandolo con il padre Veronica mette in evidenza il fatto che lo zio, a differenza del padre, si è preoccupato per lei e le ha chiesto scusa.

4. Il padre è collegato nello psichismo di Veronica ad una catena associativa che genera un pesante vissuto di **tristezza**e di**impotenza**:

   - *DOTT. FOTI - Abbiamo parlato di cose belle e di cose un po' più spiacevoli, ehm… che emozione hai a questo punto della nostra chiacchierata? Come stai?*
   - *VERONICA - Mh… sono un po' triste.* (…) *sì perché comunque ho una famiglia e un passato così… e mi sento anche un po' impotente"*, pag. 85).

Il dott. Foti aiuta a far emergere lo stato mentale depressivo della paziente e le consente

di prenderne coscienza in modo costruttivo. L'accoglienza e la validazione dei vissuti di tristezza e di impotenza e la valorizzazione e la fiducia che il terapeuta esprimono nei confronti della paziente, consentono a quest'ultima di esprimere autenticamente il proprio vissuto depressivo e le fantasie suicidiarie ad esso collegate.

Terza seduta

Proprio all'inizio della terza seduta, Veronica fa una specie di bilancio, di resoconto della propria vita. Questo "resoconto" risulta importante perché è il risultato di una autonoma riflessione, che la paziente sente il bisogno di condividere con il terapeuta. **I comportamenti e gli atteggiamenti del padre** (il *"padre che ho avuto"*) **sono tra le principali cause di un bilancio tanto pesante.**

- *VERONICA - Mh, ieri ho fatto una* ***specie di resoconto della mia vita*** *di tutto quello che…ho fatto (con il dito disegna un cerchio nell'area)*
- *DOTT. FOTI - … sì, una specie di resoconto…*
- *VERONICA - Sì, ho pensato a tutto quello che ho passato cose così ehm… boh cioè ho pensato che io ho avuto alla fine* ***uno schifo di vita*** *proprio, cioè e…(…)*
- *DOTT. FOTI - "Uno schifo di vita", da cosa da cosa lo ricavi?*
- *VERONICA –* ***Beh, dall'infanzia che ho avuto, dal padre che ho avuto, da tutto quello che mi è successo dalle persone che ho incontrato****.* (pp. 92-93)

Successivamente Veronica parla dell'atteggiamento della madre verso il padre. La madre sostiene che il padre le vuole bene. La ragazza commenta: *"Anche se a me sembra più che altro che comunque cerca di difenderlo."* A questo punto il dott. Foti chiede, **in modo del tutto aperto,** alla paziente quale sia, al di là dell'opinione della mamma, il suo sentimento verso il padre.

- *DOTT. FOTI -* ***Ma se tu invece fai affidamento su te stessa, se tu chiedi a te stessa, chiedi alla tua memoria, chiedi alla verità che abita dentro di te, tuo padre che cosa ti ricorda?*** *(…) A cosa lo associ? A qualcosa di piacevole…di spiacevole a cosa lo colleghi a cosa lo metti insieme tuo padre, se ascolti te stessa? Se ascolti te stessa.*
- *VERONICA: Beh…* ***associo cioè all'abbandono.***
- *DOTT. FOTI - Innanzi tutto all'abbandono. Cioè al fatto che ad un certo punto è sparito?*
- *(…) VERONICA - Quando eravamo molto piccole e i miei si sono separati.* (pp. 95-96)

La paziente sente poi il bisogno di recuperare un ricordo positivo del padre e il terapeuta la segue in questo recupero, utilizzando sempre l'intervento di riformulazione.

- VERONICA - E poi cioè non è che lo odio completamente, quando mi viene in mente lui mi ricordo di quando è morto il mio cane, no? E che lui è venuto li ad abbracciarmi. Cioè mi ricordo anche di questo. E' l'unica cosa che un po' lo salva dall'essere odiato da me.
- DOTT. FOTI - E' quell'abbraccio, quel momento di vicinanza. Tu stavi male - se ben capisco - perché il cane era morto e lui è entrato in contatto con questa sofferenza…

quello lo salva, mh? (pag. 97)

Poi il dott. Foti esplora in modo aperto con Veronica il tema delle esperienze brutte, associate al padre, facendo peraltro riferimento ai **limiti della memoria**. Tali esperienze gli sono state riferite dalla madre e dagli operatori**. La linea costante è quella di invitare Veronica all'ascolto di sé, a ricercare entro di sé le connessioni:**

- *DOTT. FOTI - Sai a volte la memoria poi è quella che è … fa dei collegamenti. In questo caso il collegamento positivo è la morte del cane, il tuo dolore e il suo abbraccio, no? Sul piano positivo e questo è… Sul piano negativo come sono i collegamenti che tu ritrovi in te stessa, quali sono i ricordi che tu trovi in te stessa?* (pp. 97-98)

Nel sollecitare il recupero della memoria il dott. Foti è **sempre attento a riprendere le espressioni esatte della paziente. Le chiede, poi, di approfondire senza alcun intervento suggestivo o suggerente.**

- *VERONICA - Mh… beh io ho sempre avuto una preoccupazione che lui avesse fatto del male a mia sorella.*
- *DOTT. FOTI - Del male, cosa intendi?*
- *VERONICA - **Mh…ehm… tipo… violentata tra virgolette.***
- *DOTT. FOTI - Violentata?*
- *VERONICA – Sì*
- *DOTT. FOTI - Quindi più sul versante della violenza fisica o dell'abuso sessuale?*
- *VERONICA - Dell'abuso sessuale.*
- *DOTT. FOTI - "Dell'abuso sessuale". Una sensazione legata a quale immagine? La preoccupazione legata a quale immagine ci sono nella tua memoria? Magari confuse magari quelle che sono…*
- *VERONICA - In che senso?*
- *DOTT. FOTI - Sai a volte i ricordi sono vaghi, sono imprecisi, sono confusi però, se c'è una preoccupazione, qualcosa avrà fatto pur nascere questa preoccupazione.*
- *VERONICA - Beh quando tipo **ho visto mio padre con mia sorella che erano abbracciati sul letto e mi è salito il panico…***
- *DOTT. FOTI - Ma c'era qualcosa in questo abbraccio? **Che un papà abbracci una figlia sul letto ci potrebbe stare,** ehm… **c'era qualcosa invece in questo abbraccio che ti ha turbato, che può averti preoccupato?** Nel come era fatto sto abbraccio, come erano messi loro, c'è qualcosa che ha reso più preoccupante questo abbraccio?*
- *VERONICA - Cioè **come erano messi forse**… non lo so, cioè **a me non sembrava normale.*** (pp. 98-99)

Il dott. Foti cerca dunque di far precisare alla ragazza cos'è che l'ha preoccupata, cercando di farla riflettere ed evitando accuratamente qualsiasi suggestione positiva (*"Che un papà abbracci una figlia sul letto ci potrebbe stare, ehm… c'era qualcosa invece in questo abbraccio che ti ha turbato, che può averti preoccupato?").* Successivamente il trapeuta sollecita la paziente a stabilire ulteriori connessioni emotive soggettivamente significative con la figura paterna.

- *DOTT. FOTI - E poi tuo padre a che cosa è ancora associato?*
- *VERONICA - **Alla prima violenza che io ho subito.***
- *DOTT. FOTI - Dall'amico di tuo padre?*

- *VERONICA – Sì*
- *DOTT. FOTI - Dall'amico di tuo padre. Eh… se te la senti, ehm… Veronica cosa ricordi di questa prima violenza che hai subito?*
- *VERONICA - Mm io ho solo un'immagine stampata in testa, cioè io che quest'uomo qui mi aveva fatto del male l'ho saputo dall'Irene… Però comunque già quando andavo a casa di questa persona qui* ***non mi sentivo molto a mio agio*** *e cioè ho solo l'immagine di me che sono sul divano a fianco all'amico di mio padre con un vestito se non mi sbaglio; mi ricordo quello.*
- *(…) DOTT. FOTI – Ed eri seduta sul divano di questo … e la sensazione qual era? La sensazione collegata a questo ricordo.*
- *VERONICA - Ero* ***disorientata.*** (pag. 100)

Settima seduta

Il tema del padre compare ancora in settima seduta. Veronica comunica il proprio vissuto di comprensione e d'identificazione con il proprio ex fidanzato: *"Anche lui ha passato cose molto difficili nella sua vita … e comunque soffre ancora adesso per queste cose e quindi pensa di non meritarsele certe cose"*, cioè di non meritare la propria vita (pag. 179). Anche lui *"****non ha avuto una bella infanzia… un buon padre****, infatti quello che ha adesso è il padre adottivo possiamo dire e va beh, lui ha avuto anche un trapianto di reni e per questo, ne ho parlato con il suo padre adottivo, e mi ha detto che* ***lui si sente molto diverso*** *per questo, che non prende neanche le medicine…" (pag. 180)* Ciò che dunque la fa sentire simile al ragazzo è il **non aver avuto un buon padre. L'ex fidanzato infatti è stato adottato.** Entrambi dunque, secondo Veronica, hanno passato cose molto difficili nella vita, per cui tuttora soffrono e si sentono molto diversi dagli altri.

Ottava seduta

Veronica sta parlando della violenza subita ai 13 anni da un ragazzo più grande di lei. In modo del tutto inatteso e spontaneo la paziente collega in via associativa la figura dell'adolescente al padre. Mentre si sta parlando della rabbia verso Rubio, Veronica opera uno spostamento del focus verso il padre. Compare il dato rilevante che per lei **l'unica persona verso cui prova rabbia è il padre**.

- *VERONICA - … riuscirei a reagire solo se lui cercasse di farmi del male, però se lo incontrassi proprio così e lui tutto tranquillo…*
- *DOTT. FOTI - (…) quello che mi dici è che fai fatica a prendere contatto con la rabbia. Questo ti ha violentato, ti ha fatto una cosa terribile, ha violato la persona, ha mancato di rispetto a te come persona, al tuo corpo, ma soprattutto alla tua anima. Mi colpisce che manca la rabbia. Cosa ti fa pensare questo?*
- *VERONICA -* ***L'unica persona per cui io provi rabbia è mio padre. A lui do la colpa di ogni cosa ecco perché non sono arrabbiata con nessun altro.***
- *DOTT. FOTI - Come a dire, una volta che lui è colpevole tutto quello che è successo è la conseguenza delle responsabilità di tuo padre in qualche modo?*

- *VERONICA - Si.* (pp. 210-211)

Al termine della seduta Veronica risponde alla domanda su **ciò che l'ha colpita** maggiormente:

- *VERONICA - **Che non riesco a provare rabbia per nessun altro che non sia mio padre.*** (pag. 214)

Evidentemente è un dato che risulta significativo e sorprendente per la stessa paziente.

Nona seduta

La paziente comunica la sensazione di sentirsi meglio, di sentirsi diversa e più consapevole.

- *VERONICA: Sto bene. (…) Sì, sono un po' contenta.*
- *DOTT. FOTI: Quindi senti che stai andando avanti?*
- *VERONICA: Sì. (…) C'è sempre un pochino di sofferenza per quello che mi è successo però…*
- *DOTT. FOTI: … però ne puoi parlare, è comprensibile anche che ci sia un po' e che rimanga, cos'è che in particolare ti fa sentire che dentro comunque stai andando avanti? Che processo di – come dire? – di crescita procede… cos'è che ti aiuta ad intravedere questo?*
- *VERONICA: Mh …non lo so cioè **mi sento diversa, non lo so spiegare, cioè, mi sento più consapevole di quello che può succedere** (alza improvvisamente il tono della voce) cioè non lo so! **Cioè mi sento al sicuro diciamo.*** (pag. 224)

Il dott. Foti chiede allora a Veronica di spiegare da cosa nasce il vissuto di **maggior benessere e consapevolezza** che ha appena esplicitato. Da una domanda aperta del terapeuta emerge un dato psicologicamente molto importante: **la consapevolezza della paziente di sentirsi più forte e sicura nello stare a distanza innanzitutto dal padre, ma anche dalle altre figure disturbanti che sente fra loro collegate.**

- *DOTT. FOTI: … allora volevo capire qual è il pericolo che senti meno presente, cos'è che ti fa sentire al sicuro rispetto a cosa?*
- *VERONICA: Mh… beh allora **stare a distanza da mio padre.** (…) Ehm … anche da… beh dal suo amico… il suo compare, ehm…*
- *DOTT. FOTI: … **li senti collegati tuo padre e il suo compare?***
- *VERONICA: **Sì.***
- *DOTT. FOTI: Eh, li senti collegati, Eh! Quindi ti senti più distante?*
- *VERONICA: Sì, poi … mh… **anche da Rubio** che comunque cioè non lo vedo da… non lo vedo più….* (…)
- *DOTT. FOTI: Non lo vedi più?*
- *VERONICA: No, è questa è una cosa positiva.* (pp. 225-226)

Spontaneamente la paziente fa derivare **il vissuto di sicurezza dalla distanza fisica –** ma certamente anche mentale per il lavoro terapeutico svolto **– dalle figure da lei associate alle esperienze traumatiche subite**: il padre, l'amico del padre e Rubio. Tutt'e tre in

qualche modo sono associati tra loro e associati alla violenza. Fra loro indubbiamente Veronica stabilisce un legame che ha a che fare con il male da lei subito.
La comprensione del nesso tra la crescita della sicurezza e la lontananza fisica e mentale da queste tre figure emerge spontaneamente dalla consapevolezza di Veronica.
Siccome Veronica ha affermato che si sente più sicura in quanto si sente più distante, il dott. Foti cerca di approfondire. Così la ragazza precisa:

- *DOTT: FOTI - … uno potrebbe dire: ma tuo padre, che so, un anno fa era a Mantova, quest'anno è ancora a Mantova e quindi Veronica si sente più lontana dal padre, ma la distanza in senso fisico è rimasta quella, però nel contempo se Veronica dice che si sente più lontana fa riferimento a qualcosa, a cosa? A cosa fai riferimento nel momento che la distanza in chilometri fra te e Mantova è rimasta la stessa?*
- *VERONICA - **Perché non ho più contatti con mio padre.*** (pp. 226-227)

La paziente afferma dunque che il proprio benessere e la propria sicurezza hanno iniziato ad aumentare da quando, da qualche mese, ha iniziato a non vedere più il padre.
Il dottor Foti cerca allora di esplorare come vede attualmente Veronica il rapporto con il padre.

- *DOTT. FOTI - Se oggi lo incontrassi, come reagiresti?*
- *VERONICA - Ah… (sospira) non lo so sinceramente, cioè non so se andrei in panico… beh di sicuro non avrei paura di lui.*
- *DOTT. FOTI - Anche questo è un cambiamento grosso comunque, perché questo che ti aiuta a sentirti più distante, che oggi ti fa meno paura… è così?*
- *VERONICA - Sì. (…) Forse, non so se lo tratterei con cattiveria, può darsi, sì, è probabile.*
- *DOTT. FOTI - C'è rabbia nei suoi confronti?*
- *VERONICA - Sì, infatti non capisco come mia sorella gli voglia ancora bene. (…) Tipo l'altro giorno stavo parlando con mia madre sempre la stessa cosa che mia sorella vuole vedere mio padre… io gli ho detto che non voglio e lei mi dice sempre: "Eh è suo padre", cioè "E' vostro padre".*
- *DOTT. FOTI - E in particolare riferendosi a Vanda dice: "E' suo padre", mi pare, sì?*
- *VERONICA - Sì eh … aspetta, ah, poi io gli ho detto: "**Speriamo che muoia**", sono stata un po' cattiva... però ...(227-228)*

Emerge un vissuto di colpa in Veronica e un'immagine di sé "cattiva". Viene fuori anche come la madre contribuisca a farla **sentire in colpa**:

- *VERONICA: Però mia madre lo dice sempre: "E' tuo padre, non devi dire queste cose, è sbagliato". (…)*
- *DOTT. FOTI: Invece di capire perché si è sviluppata la rabbia e anche dell'odio.*
- *VERONICA: Ma cioè lei lo sa il perché, lei dice sempre di provare a spiegarglielo a mio padre però se già da piccolina non mi credeva, quando penso che a un bambino… **non penso che menta su queste cose.** (…) Eh, ha preferito credere al suo compare, invece che a sua figlia, non penso che adesso se io dovessi … (…) Però lei insiste che devo spiegarglielo, … no, **non voglio spiegare più niente.*** (pag. 228-229)

Il dott. Foti chiede a Veronica come, secondo lei, si comporterebbe il padre se la incontrasse: Veronica teme che il padre possa fare l'arrabbiato, ma soprattutto la vittima,

mettendosi a piangere e colpevolizzando le figlie. Per Veronica la madre conosce l'atteggiamento del padre e lo valuta come insincero.

- *VERONICA: Mm non so se faccia l'arrabbiato o faccia un po' la vittima, non lo so.(…) dico vittima perché una volta aveva chiamato a casa e gli ho risposto e gli ho detto che comunque non possiamo vederlo, era la decima volta che glielo dicevamo! Ehm, perché dovevamo aspettare che gli assistenti sociali ci dicessero qualcosa e lui si è messo a piangere. (…) e ha detto: "Voi non mi volete vedere, a posto così", allora io ci sono rimasta un po' male, allora mia madre quando m'ha visto, ha fatto una faccia un po' scocciata, cioè quando gliel'ho detto lei non mi credeva, non credevo alle sue lacrime, cioè io gli ho spiegato quello che ha detto.* (pag. 229-230)

<u>Nona seduta. L'intervista.</u>

Il dott. Foti propone a Veronica la tecnica dell'intervista tratta dallo psicodramma moreniano[60] (pag. 233 e sgg.). La ragazza è chiamata ad immedesimarsi con suo padre, a mettersi nei panni del padre e a rispondere, impersonandolo, alle domande che le verranno rivolte come se lei stessa assumesse il ruolo del padre. Le risposte che dà Veronicapresentificano un padre che sostiene di non aver voluto più figli perché i figli *"passano il malumore"* (pag. 234), un padre che nega qualsiasi propria mancanza educativa e che colpevolizza la figlia stessa perché questa non ha più voluto vederlo; un padre che afferma che Veronica è bugiarda, che l'abuso sessuale se l'è inventato; un padre che dice di credere al suo compare, che le figlie hanno messo di mezzo gli assistenti sociali, i quali *"combinano sempre casini e non servono a niente"* (pag. 238); un padre che prova sentimenti di rancore verso le figlie perché lui avrebbe sofferto per la loro assenza. Veronica, assumendo il **ruolo del padre** afferma: ***"Ho una rabbia dentro, una rabbia che non si scioglie, anche la rabbia, anche la voglia di vendicarmi".***

Veronica è invitata a ritornare nel ruolo di se stessa e a replicare al padre che lei stessa ha rappresentato. Inizialmente la ragazza ha un vissuto di ansia e di difficoltà: *"Oddio... cioè non mi sentirei bene in sua presenza"*. Poi con un certo disagio riesce ad entrare in ruolo e a rispondere al padre:

- *VERONICA - "Tu non capisci niente … non è normale che tu tenga di più a… cioè io so quello che mi è successo, me l'han detto… (…) e* ***non mi hai creduto (...) e non mi hai mai chiesto scusa (...) e penso che non lo farai mai"***. (p. 240)

In conclusione ciò che Veronica esprime al padre è la protesta per non essere stata creduta, la sensazione di una lontananza emotiva e inoltre un desiderio impellente che lui si allontani e scompaia.

- *Veronica:* ***Spero che tu te ne vada presto.*** (pag. 241)

Nell'elaborazione emotiva della drammatizzazione, Veronica dice che è stato più difficile impersonare se stessa, vivendo la difficoltà e l'incertezza nel rispondere al padre. Invece le

60Boria G., Tele. Manuale di psicodramma classico, Franco Angeli Editore, 1983

è risultato più facile entrare nel ruolo del padre.

L'emozione più intensa è stata avvertita da Veronica quando si trovava a rappresentare la figura del padre. La ragazza ha sperimentato un vissuto di disidentificazione nei confronti del padre: dice di aver provato **rabbia** ma anche un vissuto di **indifferenza** nei suoi confronti.

- *VERONICA - Lì (indicando la sedia del padre) mi sono sentita* ***arrabbiata*** *(…) mi sono sentita, non lo so, un po' arrabbiata.*
- *DOTT. FOTI - Un po' arrabbiata dici… solo un po'?*
- *VERONICA - Sì, perché … non lo so, sentivo anche dell'i****ndifferenza verso mio padre.***
- *DOTT. FOTI - Ah ah beh, hai saputo difenderti, l'indifferenza è anche l'atteggiamento più sano nei confronti di qualcuno che ci ha fatto soffrire e che noi siamo convinti non potrà cambiare e quindi – chissà - a quel punto diventare indifferenti è anche saggio.* (pag. 243)

Sull'intera esperienza Veronica comunica un vissuto di **stupore**:

- *VERONICA: Eh, sono un pochino* ***stupita di essere riuscita a fare abbastanza bene mio padre.*** (…) *Perché all'inizio, quando me l'avevi chiesto, ti avevo detto che non riuscivo a farlo perché non lo conoscevo abbastanza e invece no, e questo mi ha stupito molto.*
- *DOTT. FOTI: (…) Una sorpresa più sul versante piacevole o più sul versante spiacevole?*
- *VERONICA: Piacevole perché so com'è adesso.* (pp. 243-244)

Nella conclusione Veronica conferma che la cosa che l'ha colpita di più nella seduta è stato proprio *"****l'essere riuscita a fare mio padre****"* (pag. 245) cioè ad esteriorizzare ed esplorare psicologicamente la figura paterna. Ancora una volta il riscontro emotivo conclusivo della paziente è di soddisfazione, pur nella consapevolezza di vissuti emotivi spiacevoli.

- *VERONICA: Mh ehm mi sento* ***un po' contenta perché sento che sto andando avanti*** *e ancora un po' … come posso dire? E ancora un po' sofferente e un po' arrabbiata.* (pag. 245)

<u>Decima seduta</u>

Con la sorella ci sono tanti non detti: Vanda conosce solo qualcosa della storia di Veronica. Alla sorella, ad es. Veronica**non ha mai esplicitato il proprio "terrore"** verso il padre.

- *VERONICA - Sa alcune cose, sa di Rubio, di quello della scuola qua.*
- *DOTT. FOTI - Queste cose più recenti sì.*
- *VERONICA - Sa anche di Aristide, del compare di mio padre, però non sa di mio padre.*
- *DOTT. FOTI - Che cosa in particolare se posso chiederti, che cosa di tuo padre Vanda non sa?*
- *VERONICA - Che diciamo* ***io ho sempre avuto il terrore.***
- *DOTT. FOTI - Ah questo aspetto qua che mi dicevi.*
- *VERONICA -* ***Che succedesse qualcosa a mia sorella per colpa di mio padre e che diciamo non stavo bene quando loro due erano insieme da soli, quindi…***
- *(…)*

- *DOTT. FOTI - Tu hai anche la sensazione che anche da parte sua…per esempio su che cosa potrebbero esserci da parte di Vanda dei non detti?*
- *VERONICA - **Il fatto che le possa essere successo qualcosa e comunque non ne vuole parlare, perché io penso ci sia qualcosa, solo che non lo dice.*** (pp. 252-253).

Dopo aver ascoltato **con atteggiamento di accettazione, rispetto e con costanti interventi di riformulazione,** lo psicoterapeuta cerca con delicatezza di approfondire il tema. Veronica parte comunque dal presupposto che la sorella Vanda possa aver subito qualcosa di brutto dal padre.

- *DOTT. FOTI - Se posso chiederti da che cosa ricavi questa sensazione che possa essere successo qualcosa di brutto a Vanda che non ti comunica?*
- *VERONICA - Diciamo che anche quello che mi ha detto Alessandro che comunque dobbiamo parlare tutte e due perché noi non parliamo mai, mia sorella non sa di quello che penso io e che lei non vuole parlare di quello che può essere successo.*
- *DOTT. FOTI - Capisco.*
- *VERONICA - Diciamo l'ho un po' intuito.*
- *DOTT. FOTI - Questa è la conferma, **la proposta stessa di Alessandro, l'hai sentita come una conferma di una sensazione che tu già avevi.***
- ***VERONICA: Sì.*** (pp. 254 – 255)

Il desiderio di Veronica è quello che l'incontro programmato con Vanda e gli operatori sociali **possa *"anche far cambiare idea a mia sorella di rivedere mio padre".*** Nel dialogo con il dottor Foti si ripropone il desiderio di allontanamento e di morte del padre.

- *DOTT. FOTI - Perché tua sorella ha fatto questa scelta e quindi tuttora lo vede? VERONICA - No, non lo vede.*
- *DOTT. FOTI - **Però avrebbe il desiderio di vederlo.***
- *VERONICA - **Mia madre dice che quando io le dico che non voglio, mia madre mi dice: "E' vostro padre e se lei lo vuole vedere lo vede"**.*
- *DOTT. FOTI - Lei fa questo discorso, ripropone questo discorso.*
- *VERONICA - Cioè a me sinceramente non mi interessa di rivedere mio padre, **per me potrebbe anche morire** sinceramente non mi importerebbe…* (pag. 256).

Veronica precisa poi qual è la posizione della madre verso il rapporto delle figlie con il padre.
Il dott. Foti chiede a Veronica cosa l'ha colpita nei racconti della madre sul proprio rapporto con il padre:

- *VERONICA - **Che lei sia riuscita a stare con lui così tanto tempo.*** (pp.257- 258)

Per quanto lo zio materno sia stato violento fisicamente con il nonno e con la mamma, Veronica sente il bisogno di affermare che per lei lo zio è come se fosse suo padre perché non ha fatto mai del male né a lei né alla sorella.E' implicita dunque, ancora una volta, **la convinzione che il padre abbia fatto del male a lei e alla sorella.**

- *VERONICA - … comunque l'importante - racconta Veronica - è che lo zio stia bene. Perché adesso sta bene, si è fatto perdonare … Ha preso altri vizi tipo bere, penso che*

uscendo dalla dipendenza si entri in un'altra dipendenza, forse un po' più leggera però sempre dipendenza (…) io voglio bene a mio zio cioè ***per me è come se fosse mio padre. (...) mio zio non ha fatto niente né a me, né a mia sorella mai.*** (pp. 259-260)

Il confronto tra il padre e lo zio è stabilito dunque in termini di male direttamente subito e non subito.

La ragazza è infastidita dal comportamento della madre perché pensa che lei sia ancora un po' dipendente dal padre. Veronica invece esprime una **forte esigenza di indipendenza** dal padre:

- VERONICA: "*Lei mi ha fatto leggere dei messaggi dove lui le diceva che era una pessima madre perché mi ha fatto fare il piercing, che senza di lui non si può avere il consenso perché lui è nostro padre, cose così e lei ha detto: "E' vostro padre, ha ragione" e io ho detto: "No, non lo vediamo più, non lo sentiamo più,* ***lui non ha più nessun diritto su di noi*** *(…) E lei è così,* ***pensa ancora che mio padre possa prendere delle decisioni per noi".*** (pp. 260-261)

Veronica ribadisce: *Sì, lei dice: "E' vostro padre, è vostro padre", continua sempre a dire che è nostro padre (…) Io gliel'ho detto che comunque noi non dipendiamo da nostro padre. Perché* ***per me cioè può anche non esistere, a me non interessa****.* (pag. 262)

Veronica continua a manifestare la preoccupazione che se Vanda vedesse il padre potrebbe andare incontro ad un pericolo. Se proprio la sorella vuole vedere il padre, ci deve essere anche lei come una sorta di sentinella. Il dott. Foti usa la riformulazione per comprendere il punto di vista della ragazza, ma non prende posizione su questo punto, formulando tra le varie ipotesi quella di una tendenza proiettiva[61] di Veronica.

- *VERONICA - Io l'ho già detto se mia sorella vuole rivedere mio padre, ci devo essere anche io presente.*
- *DOTT. FOTI - Ti senti responsabile.*
- *VERONICA - Sì, siccome mia madre dice "va bene", io lo devo fare.*
- *DOTT. FOTI: Dentro di te senti come un dovere, un dovere morale, un dovere di protezione verso tua sorella.*
- *VERONICA - Sì.* (pag. 263)

E' l'ultima seduta prima delle vacanze. L'emozione con cui Veronica va via è quella di ***"felicità"*** (pag. 268). La ragazza espr rime la soddisfazione per l'indipendenza raggiunta: implicitamente ripropone il bisogno di garantirsi la distanza fisica dalla figura paterna e di **superare quella dipendenza dal padre, che rimprovera invece alla madre.**

- *VERONICA: "Diciamo che* ***mi sento bene, non sento che dipendo da qualcuno. Cioè il***

61 La proiezione è un meccanismo di difesa primitivo mediante il quale vissuti propri percepiti come inaccettabili o troppo dolorosi sono attribuiti al mondo esterno. Come risultato di questo processo difensivo, i propri sentimenti e desideri sono percepiti come appartenenti ad un'altra persona oppure la propria esperienza mentale può essere scambiata per realtà consensuale e condivisibile da tutti. Le idee o i sentimenti che l'individuo non è in grado di tollerare possono subire una trasformazione prima di essere proiettati [Lis A., Stella S., Zavattini G.C., 1999]. Nella proiezione l'individuo affronta conflitti emotivi e fonte di stress interni o esterni attribuendo ad altri i propri sentimenti, le proprie intenzioni, la propria esperienza, i propri impulsi o i propri pensieri [Lingiardi V. & Madeddu F., 1994].

fatto di essere libera, si può dire che riesco comunque a comportarmi bene in certe situazioni" (pag. 269)

Undicesima seduta

Si parla del rapporto con la sorella e il dott. Foti ritorna sulla **possibilità di un confronto e di un dialogo con Vanda**

Emerge che la sorella vorrebbe rivedere il padre, mentre Veronica è preoccupata di questa possibilità.

- *VERONICA - Mh,* ***lei dice… mi dice solo perché ha fatto del male a te non vuol dire che io non posso vederlo.***
- *DOTT. FOTI - Ma questo male a te viene precisato, viene concretizzato? Lei ha un'idea del male che tuo padre può averti fatto?*
- *VERONICA- Beh, sa del fatto che comunque mio padre quando mi è successo da piccola dava torto a me, sa solo questo, sa solo che la mia preoccupazione verso quello che potrebbe essere successo o che potrebbe succedere.*

Veronica torna ad esplicitare che il padre possa violentare la sorella. A domanda relativa al significato del termine "violentare", la ragazza precisa nuovamente che **il suo timore riguarda una violenza sessuale.**

- *DOTT. FOTI - Quindi hai detto fargli male fisicamente come, per esempio?*
- *VERONICA - Tipo,* ***violentarla****?*
- *DOTT. FOTI - Violentarla anche sessualmente, quindi?*
- *VERONICA -Mio padre?*
- *DOTT. FOTI - No, violentarla, stavo cercando… cioè* ***violentare in genere è un termine che si riferisce anche alla violenza sessuale, ma non necessariamente.***
- *VERONICA- Mm cioè a me non ha mai fatto niente, almeno a me, perché comunque io ero sempre in ansia quando loro rimanevano da soli, però…* ***è questo che mi fa scatenare la paura, che si rivedano.***
- *DOTT. FOTI - E' questo che ti fa scatenare la paura e la paura che tuo padre possa farle male in tutti i modi, ma io ti chiedevo, tu hai detto fisicamente e psicologicamente.*
- *VERONICA - Sì.*
- *DOTT. FOTI:Quando dici fisicamente, poi mi hai detto possa violentarla,* ***e io ti ho chiesto, violentarla dandole schiaffi o facendo una violenza sessuale?***
- *VERONICA -No, violenza sessuale.* (pp. 273- 274)

Veronica è oscillante. In questo passaggio nega risolutamente che il padre possa averle fatto direttamente del male, ma insiste nell'attribuire (o nel proiettare) la possibilità di una violenza sessuale del padre sulla sorella.

- *DOTT. FOTI - E, se te la senti, di fronte a Vanda che chiedesse: "Ma…cos'è che fa pensare a una violenza sessuale, da dove tiri fuori una preoccupazione di questo genere,* ***cosa c'entra la violenza sessuale", tu cosa le risponderesti?***
- *VERONICA -Che comunque… cioè, non mi piaceva come lui si abbracciava…*

- *DOTT. FOTI - Si rapportava?*
- *VERONICA- Sì.*
- *DOTT. FOTI - Ma fai dei gesti, come in qualche modo interagiva anche con le parole, con le mani, con il corpo, come?*
- *VERONICA- Con le mani.* (pag. 274)

Veronica dunque ha riproposto l'immagine risultata per lei molto ansiogena del padre e della sorella stesi sul letto. Il dott. Foti non vuole certo sollecitare la narrazione della paziente nella direzione di un racconto di abuso. Qui addirittura Veronica dice: "*Non mi piaceva come lui si abbracciava*" e il dott. Foti riformula più genericamente: "*si rapportava*". **Il terapeuta vuole evitare qualsiasi intervento anticipatorio o suggestivo e sollecita nella paziente l'espressione autonoma del ricordo.**

- *DOTT. FOTI - … uno dice, va boh, un papà e una figlia stanno sul letto, perché ti aveva inquietato, perché ti aveva preoccupato quella scena?*
- *VERONICA - Non lo so, ma c'era qualcosa che non andava, cioè,* ***forse erano troppo vicini,*** *forse… non lo so*
- *DOTT. FOTI - Quindi una vicinanza fisica eccessiva.*
- *VERONICA - Sì*
- *DOTT. FOTI - Se posso chiederti, com'erano sul letto? Erano con gli abiti, col pigiama, com'erano sul letto?*
- *VERONICA - Beh mio padre era senza maglia e con dei pantaloncini, mia sorella con la maglia e pantaloncini ed* ***erano sdraiati faccia a faccia e lui le teneva la mano qua, penso, forse è quello che mi ha fatto…*** (pag. 275)

Veronica indica con il gesto la mano appoggiata al fianco. Il gesto che l'ha fatta preoccupare.

- *DOTT. FOTI - Le mani, eh, le mani. Teneva la mano appoggiata al fianco? Come l'hai vissuta quella scena tu? Che effetto ti ha…, cosa hai provato?*
- *VERONICA- Un po' di ansia e preoccupazione.*
- *DOTT. FOTI: C'era qualcosa che non ti piaceva in questa scena. Tu di questo poi non ne hai più parlato con Vanda, mi pare.*
- *VERONICA -No.*
- *DOTT. FOTI - No. E come sei rimasta nel guardare questa scena?*
- *VERONICA-* ***Inquietata, comunque. Però pensavo che tenendo lontano nostro padre i problemi si sarebbero risolti.*** (pag. 275)

Come si può evincere dallo stralcio di colloquio riportato, il dott. Foti cerca di sollecitare il ricordo personale della paziente, senza interventi suggerenti, focalizzandosi soprattutto sui vissuti e le emozioni della ragazza.

Sempre nell'undicesima seduta Veronica riferisce di un romanzo **"Le coincidenze dell'amore"**[62] che ha letto. La trama presenta alcuni punti che hanno favorito evidentemente il suo interesse e la sua identificazione con i personaggi.

62 Hoover C., *Le coincidenze dell'amore*, LeggerEditore

- *VERONICA - Io ho letto* ***un libro su una ragazza che comunque veniva abusata da suo padre*** *sessualmente. Solo che lei non si ricordava niente perché era successo quando aveva 4 anni. (pag. 282)*

La ragazza era stata portata in salvo e poi adottata dalla zia, la sorella del padre. Anche questa zia era stata abusata dal padre della ragazza (il fratello di questa zia) all'età di 16 anni, ma non ne aveva mai parlato alla nipote.

- *VERONICA - Comunque la ragazza stava male, in qualche modo* ***stava male, anche se non ricordava*** *e… va beh entrava una persona del suo passato e diciamo che comincia a ricordare.*
- *DOTT. FOTI - Comincia a ricordare, eh?*
- *VERONICA - E diciamo che i ricordi cioè* ***i ricordi sono come dei fulmini***
- *DOTT. FOTI - … Così, così …*
- *VERONICA - Che lei aveva in testa, vedendo una foto della sua vecchia casa, sa quello che c'è dentro la casa, e quindi si chiede come faccia a saperlo ehm… va beh, alla fine incontra suo padre, lui si uccide. (…) e il padre si ammazza quando la rivede, cioè parlano e poi si ammazza e comunque lei alla fine parla con sua zia e si risolve tutto.* (pp. 282-283)

Il dott. Foti riprende un'affermazione significativa della paziente per sottolineare ancora una volta quanto, in presenza di esperienze traumatiche, l'assenza dei ricordi consapevoli non genera certo benessere. Si tratta di un intervento di psico-educazione, indicato nella psicoterapia sul trauma, per spiegare che i ricordi traumatici, se rimangono scissi, non elaborati non possono generare benessere. Coerentemente e nel rispetto di quanto espresso dalla paziente, il dott. Foti mantiene la distanza metaforica (ovvero fa riferimento alla protagonista del romanzo), sarà poi Veronica a operare una diretta connessione con i propri vissuti, facendo riferimento a come nella propria esperienza una nuova consapevolezza del passato traumatico possa essere portatrice di benessere.

- *DOTT. FOTI - Un'altra cosa molto lucida che hai detto è quando dicevi: "****Non ricordava però stava male lo stesso"****, perché se bastasse non ricordare per star bene, come dire, sarebbe assurdo impegnarsi a ricordare, anzi bisognerebbe aiutare le persone a non ricordare perché cacciato il ricordo cacciato il dolore, sarebbero contenti tutti, no? Mentre invece dicevi che anche in assenza del ricordo… certe volte proprio in assenza del ricordo c'è più dolore.*
- *VERONICA - Mh****lo penso anche io perché io comunque sto meglio rispetto a prima quando diciamo non avevamo ancora iniziato il percorso qua.*** *Cioè con Alessandro, Irene, mi ricordo ancora il primo incontro con loro comunque. (…) Ero molto diffidente comunque, cioè ero arrabbiata con mia madre più che altro*
- *DOTT. FOTI - (…) Ti sembra che questo percorso ti abbia aiutato in che cosa?*
- *VERONICA - Ehm,* ***ad essere consapevole e comunque a starci bene lo stesso.*** **(**pp. 284-285)

<u>Dodicesima seduta</u>

All'inizio della dodicesima sedutaVeronica parla della situazione attuale di vita e delle relazioni con la sorella, con il fidanzato, con gli amici. Emergono note positive.

Il dott. Foti chiede allora:

- *DOTT. FOTI - Cosa c'è invece di problematico, ammesso che ci sia, perché se non c'è (abbozza una risata)siamo ancora più contenti. Cosa c'è che invece puoi vivere in maniera più faticosa, meno serena?* (pag. 298)

La domanda è molto aperta: la paziente dice che ci pensa ogni tanto al padre e riemerge subito nella paziente, a partire da domande aperte e da ripetizioni di quanto già affermato, un **vissuto specifico di rabbia e di odio verso il padre**.

- *VERONICA - Beh, cioè, va beh, comunque mio padre è sempre… **ci penso comunque ogni tanto**... però …*
- *DOTT. FOTI - E quando ci pensi cosa pensi o cosa senti? Cosa succede quando ci pensi?*
- *VERONICA - Ehm…**sono arrabbiata**.*
- *DOTT. FOTI - Senti rabbia?*
- *VERONICA - Sì, e **un po' di odio**.* (pag. 298)

Il terapeuta verifica che il termine odio sia usato a proposito dalla paziente

- *DOTT. FOTI - Ah ah, quindi l'odio è un vissuto ancora più profondo, più spesso. Eh? (…) VERONICA – Sì.*
- *DOTT. FOTI – Ancora più stabile. L'odio è più stabile della rabbia. Perché la rabbia può venire però può anche passare, l'odio rimane di più non so cosa ne pensi, eh?*
- *VERONICA - Sì, concordo*
- *DOTT. FOTI - Concordi. **L'odio è un peso che rimane, è più stabile della rabbia**, non parliamo della collera, l'incazzatura che va o viene insomma, mentre l'odio è più profondo. Ma perché odi tuo padre, secondo te?*
- *VERONICA - mh… **lo odio perché comunque non è mai stato un vero padre alla fine. Cioè i padri si comportano, credo, in modo diverso**... **ehm,** beh è sparito quando eravamo piccole quando mia madre aveva più bisogno (…) Poi è ricomparso, ha preteso comunque di vederci e… poi va beh… lo vedevamo ogni due fine settimana però comunque non andavo …cioè andavamo abbastanza d'accordo più o meno, solo che cioè non uscivamo praticamente mai con lui. Ehm … poi va beh, **anche per il fatto del compare di mio padre che comunque... va beh anche quello lì è stato una brutta batosta** saperlo…*
- *DOTT. FOTI - Sapere che cosa?*
- *VERONICA - Che mio padre non credeva a me di quando ero piccola, credeva di più al suo compare (…) diceva che ero una bambina e non sapevo quello che dicevo.* (pp. 299-300).

Sulla figura del padre, la ragazza si esprime molto criticamente. Il padre viene visto come un bambino capriccioso, che tende a vedere **le figlie come "un capriccio" e non come persone**:

- *VERONICA - Poi va beh ha sempre dato la colpa a noi, ad esempio con gli assistenti sociali che ci avevano detto che non lo vedevamo, perché okay… no, va beh, loro ci hanno detto che non potevamo vederlo… non mi ricordo... però comunque lui dava la colpa a noi dicendo "Eh, ma siete state voi a dirgli che non volete vedermi, che non mi volete bene", cioè **faceva la vittima** … alla fine, facendo star male me. Poi va beh ho capito che alla fine lui faceva la*

vittima, così, perché è un bambino e… niente, alla fine non mi interessa più (…) ***è ovvio che se un bambino non ottiene quello che vuole, fa i capricci.*** *Cioè lui, secondo me,* ***noi siamo un capriccio, poi non lo so, cioè vuole vincere lui.*** (pp. 300-301).

Veronica ritorna sul tema del conflitto con la sorella e racconta un episodio che ha riacceso il conflitto con Vanda. Il tema riguarda la disponibilità della sorella a reincontrare il padre.

- *VERONICA: Mia sorella un giorno è andata via no? E' tornata a casa, mia mamma era arrabbiata, perché non l'aveva chiamata che era via. E hanno cominciato a litigare, poi è venuta fuori la storia di mio padre (…) mia sorella ha detto che gli manca molto e che vorrebbe parlagli e che (…) Alessandro non fa niente per fare questa cosa e allora mia madre le ha detto: "Guarda ti ci faccio parlare io con il mio telefono e… e mi prendo la responsabilità io."* ***Io mi sono arrabbiata, cioè perché non voglio e...però gli ho detto: "Non mi interessa, fate quello che volete****…".* (pp. 328-29)

Veronica si sofferma sullo scontro che c'è stato con la sorella e ribadisce che in ogni caso il padre non è stato molto rispettoso con entrambe le figlie:

- *VERONICA - Sì, le ho detto perché non si è comportato bene con… con noi e lei ha detto: "Eh, non si è comportato bene con te, con me sì". E basta. Però non è vero, perché penso che lei non… non vede le cose come le vedo io.*
- *DOTT. FOTI - E non vede le cose come le vedi tu, secondo te, come mai? (…)*
- *VERONICA - Perché penso che l'unica figura paterna che abbia mai avuto è stato lui e quindi* ***penso che ci sia ancora attaccata, nonostante abbia fatto del male*** *comunque non solo a me… cioè* ***non è stato molto rispettoso nei nostri confronti****, e basta.* (pag. 330)

Rispetto al comportamento del padre sia verso Veronica sia verso Vanda, il dott. Foti tiene aperta nel proprio campo mentale e nel campo mentale di Veronica una **pluralità di ipotesi** ("*Metterei sul tavolo tutte le ipotesi*") **per favorire nella paziente un percorso autonomo di consapevolezza e di recupero della memoria.**
Ad esempio, in relazione al disagio provato da Veronica per aver visto il padre e la sorella stesi sul letto, il dott. Foti procede con cautela, esplicitando l'ipotesi di una proiezione effettuata da Veronica.

- *DOTT. FOTI:* ***Metterei sul tavolo tutte le ipotesi****. Sembra invece che Vanda sia stata estranea a questo episodio, anche se tu una volta, se ben ricordo, l'hai vista sul letto, abbiamo visto, con un atteggiamento che hai percepito come ambiguo da parte di tuo padre nei suoi confronti. Anche qui abbiamo diverse ipotesi che possiamo formulare, da… un'ipotesi potrebbe essere che a tua sorella non è… non sia capitato quello che è capitato a te. A un'altra ipotesi che invece sia capitato qualcosa ma per qualche ragione abbia dissociato il ricordo. (…) Ammesso che tu possa fare un'ipotesi, come … come la vedi tu? (pag. 331)*

Veronica, riferendosi alla sorella, dice che forse quest'ultima non si rende conto del comportamento del padre. Comunque ora la paziente si concentra sul proprio vissuto soggettivo: ciò che rimane certo per Veronica, pur nell'incertezza, è il **vissuto di terrore** che si è impossessato di lei nei confronti della figura paterna.

- ***VERONICA:*** *Ehm…ehm …io penso che…forse non se ne renda conto. Poi non…cioè non lo so,* ***io alla fine quello che ho detto è stata una mia sensazione****, poi potrei anche sbagliare io. Però… Non lo so, ormai io c'ho questo terrore,* ***mi si è impossessato di me*** *quindi… non lo so, non lo so. (pag. 332)*

Il terapeuta insiste nel prospettare alla paziente diverse strade interpretative affinché piano piano possa maturare in lei la prospettiva di una spiegazione convinta e convincente. Fra l'altro il dott. Foti ha modo di precisare che una delle ipotesi è quella che Veronica trasferisca sulla sorella, proietti su di lei un proprio vissuto e una propria problematica:

- *DOTT. FOTI: Dopo di che sarebbe interessante fare questo confronto con Vanda. Potrebbe aiutare lei, ma potrebbe anche aiutare te. Tu hai vissuto quest'esperienza di terrore e* ***nel momento in cui hai percepito quella scena ambigua sul letto dove tuo padre abbracciava in una certa maniera che non ti è piaciuta… hai… o hai ricordato il tuo trauma terrorizzante e l'hai messo sopra… Vanda****…talvolta può succedere,* ***quando nei nostri occhi c'è il terrore noi possiamo vedere delle scene che sono terrorizzanti ma perché ci ricordano qualcosa di nostro non perché effettivamente si stanno ripetendo****. Oppure, avendo tu avuto un'esperienza evidentemente di un contatto ambiguo da parte di quest'uomo, di questo compare di tuo padre, hai potuto riconoscere qualcosa di ambiguo, di non pulito diciamo nell'abbraccio di tuo padre. (pag. 332-33)*

Quattordicesima seduta

Riemerge il vissuto di odio verso il padre all'inizio della quattordicesima seduta.
Ancora una volta tale vissuto viene comunicato dalla paziente **senza l'ombra di un intervento suggestivo o suggerente del terapeuta.**

Infatti il dott. Foti semplicemente chiede alla paziente gli effetti del lavoro con l'EMDR nell'incontro di due settimane prima. Veronica riporta spontaneamente il riferimento ai propri vissuti nei confronti del padre.

- *VERONICA - In realtà non ci ho pensato molto. (…) Però comunque cioè non è che mi ha … ehm … mi ha fatto, cioè non mi sono sentita peggio sinceramente (…) Perché comunque,* ***già odio mio padre,*** *quindi* ***non penso che si possa provare qualcosa di peggio, quindi non è che ho avuto …delle ripercussioni gravi.*** (pp. 357-358)

Il dott. Foti, informato dell'incontro svoltosi con Veronica e Vanda alla presenza dell'assistente sociale AlessandroCamaldoli e della psicologa IreneGreggio, chiede a

Veronica com'è andato l'incontro. La paziente dice che la reazione della sorella Vanda è stata **più positiva di quel che si aspettava**. Ha potuto esternare la proprie paure sul comportamento paterno. La sorella non ha reagito ostilmente come lei temeva. Lei non ce l'avrebbe fatta a comunicare direttamente alla sorella le sue preoccupazioni relative al padre. Così ha autorizzato gli operatori a riferire a Vanda della sua paura: *"**della mia paura che nostro padre potrebbe avere atteggiamenti non da padre - figlia con lei ma atteggiamenti di seduzione."*** (pag. 360)

In questa seduta Veronica fa riferimento al proprio percorso di cambiamento, al suo uscire dalla passività, al suo sentirsi più libera di riconoscere e di poter esprimere le proprie emozioni, soprattutto verso la figura paterna. Passività che riconosce, invece, ancora nella sorella Vanda.

- *VERONICA - Sì, diciamo che l'atteggiamento di mia sorella ricorda un po' me. Prima, … ehm … comunque, cioè, prima di sentirmi meglio.*
- *DOTT. FOTI - Ahah, ah ah, ecco, prima di sentirti meglio. E quando hai cominciato a sentirti meglio?*
- *VERONICA - **Quando ho capito e mi sono arrabbiata per certe cose invece di essere passiva.***
- *DOTT. FOTI - Ah, e questo è stato un momento importante, caspita! Quando c'è stato questo momento, se devi collocarlo nel tempo, questo passaggio, mi sembra un passaggio importante. "Ho cominciato ad arrabbiarmi", quand'è che lo possiamo collocare nel tempo questo cambiamento?*
- *VERONICA – Mh … si può dire quando … **prima di venire qua un pochino prima**.*
- *DOTT. FOTI: Un pochino prima c'è stato questo cambiamento rilevante, e Vanda ti ricorda la Veronica di prima.* (pp. 363 – 364)

Emerge dal resoconto di Veronica dell'incontro avuto con la sorella (assieme all'assistente sociale Camaldoli e alla psicologa dott. IreneGreggio), che in un recente periodo Vanda ha manifestato **tendenze all'automutilazione** (*"lei faceva del male a se stessa, si tagliava"*). (pag. 364)
Il pensiero che si affaccia nella paziente è che **dietro il malessere e la sintomatologia della sorella ci possa essere una qualche responsabilità del padre.**

- *VERONICA - Alessandro le ha chiesto se voleva farmelo sapere, cosa… perché, cosa c'era, e lei ha detto che non voleva farmelo sapere, e questo mi ha fatto un po' arrabbiare perché comunque ho paura che **dietro ci sia una persona che già odio abbastanza**, oppure non lo so, non lo so, sono arrabbiata per questo, però comunque capisco che lei forse ha paura che io mi arrabbi ancora di più."* (pag. 365)

Il dott. Foti, con domande aperte e non suggestive, chiede alla paziente chiarimenti su "questa persona" e Veronica specifica

essere il padre.

- *DOTT. FOTI - E questa persona chi è che già hai un sentimento ostile, questa persona che temi possa esserci dietro…?*
- *VERONICA:* ***Ho paura che possa essere ancora mio padre.***
  (pag. 365)

Dunque Veronica pensa che **dietro i sintomi di automutilazione della sorella ci possa essere il padre. Esclude in un primo tempo che possa esserci stata una violenza sessuale, anche se le rimane l'ipotesi. La violenza a cui pensa è soprattutto la violenza psicologica** esercitata dal padre su entrambe le figlie.

- *VERONICA - Penso che lei abbia più risentito del come ci trattava lui, cioè io la penso così,* ***forse ha risentito di più della violenza psicologica che c'ha dato nostro padre.*** (pag. 366)
- *DOTT. FOTI: - Violenza psicologica attraverso quali parole, quali gesti, quali comportamenti?*
- *VERONICA: Il fatto che comunque non ci trattava come si trattano le figlie.*
- *DOTT. FOTI - Certo, non vi trattava con rispetto, bensì…?*
- *VERONICA:* ***Come delle serve****.*
- *DOTT. FOTI - Come delle serve. Quindi il comando, il potere. Ricordi qualcosa di questa immagine di tuo padre che vi trattava come serve? Ricordi un esempio di questo atteggiamento di potere?*
- *VERONICA - Mh, diciamo che anche dai suoi discorsi si capiva che non aveva un'idea della donna indipendente, ancora sotto all'uomo, oppure… va beh, ci obbligava sempre a pulire.*
- *DOTT. FOTI - Proprio il ruolo della donna come serva, precisa la tua definizione.*
- *VERONICA - Non ci portava mai da nessuna parte penso… no, solo un paio di volte, però…*(pag. 367)

CONCLUSIONI

Sintetizziamo le questioni fondamentali emerse dall'analisi dei colloqui e relative al rapporto e al vissuto di Veronica nei confronti del padre.

1. **La rabbia e l'odio**
   Più volte nel corso delle diverse sedute, Veronica esprime questi vissuti nei confronti del padre, vissuti che emergono spontaneamente, dalla sua soggettività, talvolta in forme tanto intense quanto inattese.
   Il padre è l'unica persona verso cui prova rabbia*("L'unica persona per cui io provi rabbia è mio padre. A lui do la colpa di ogni cosa ecco perché non sono arrabbiata con nessun altro.",* pag. 211. *"Che non riesco a provare rabbia per nessun altro che non sia mio padre.",* pag. 214), tanto da esprimere un desiderio di morte e di uscita dalla propria

vita (*"Speriamo che muoia"*, pag.228. *"A me sinceramente non mi interessa di rivedere mio padre,* ***per me potrebbe anche morire*** *sinceramente non mi importerebbe…"*, pag.256). Nell'esercizio psicodrammatico, si rivolge al padre dicendogli: *"Spero che tu te ne vada presto"*, pag. 241).
Riconduce spesso il disagio che vive nell'attualità a pensieri ricorrenti che riguardano il padre, nei confronti del quale afferma di non provare solo rabbia ma – mostrando di comprendere la differenza tra rabbia e odio – anche *"un po' di odio" (pag. 300), "perché i padri si comportano in modo diverso"* (pag. 299).

Veronica esprime i propri sentimenti negativi verso il padre anche nel confronto con lo zio materno (pag.80): sebbene quest'ultimo abbia un passato di tossicodipendente e di persona violenta, è come se fosse suo padre (pag. 260 e pag. 80) e non ha fatto mai del male né a lei né alla sorella (pp. 260), esprimendo la convinzione implicita che il padre abbia fatto del male sia a lei che alla sorella. Inoltre, a differenza dello zio che in un'occasione le ha chiesto scusa (pp. 82-83), il padre non le ha creduto e non le ha mai chiesto scusa: *"non mi hai creduto (…) e non mi hai mai chiesto scusa (…) e penso che non lo farai mai"* (p. 240).

2. **La colpevolizzazione nei confronti del padre**
Contro la figura paterna Veronica rovescia quella tendenza psichica che la fa sentire colpevole di tutto: *"****A lui do la colpa di ogni cosa*** *ecco perché non sono arrabbiata con nessun altro"* (pag. 211). Il padre è innanzitutto associatoall'**abbandono** patito quando lei e la sorella erano piccole e i genitori si sono separati(pag. 96); viene visto da Veronica - in un resoconto sulla propria vita che ella ha compiuto e che sente spontaneamente il bisogno di riportare al terapeuta - come principale responsabile dello "***schifo di vita***" che pensa di aver vissuto (pp. 82-83).
Rimprovera al padre di **non averla creduta** (*"Ha preferito credere al suo compare invece che a sua figlia"*, pag. 229), di averla considerata una bambina non meritevole di essere ascoltata (*"Diceva che ero una bambina e non sapevo quello che dicevo"*, pag. 301).
Contesta al padre di **fare la vittima** (pag. 229 e pag. 301), di cercare di farla sentire colpevole e cattiva in vari modi per es. con un pianto insincero (pag. 230) e di vedere **le figlie come *"un capriccio"* e non come persone** (pag. 301).

3. **La preoccupazione e l'ansia per la violenza sulla sorella**
Un ricordo su cui Veronica ritorna spesso con preoccupazione, è quello in cui ha visto **il padre e la sorella *"abbracciati sul letto"* e *"sdraiati faccia a faccia"*** (pag. 99 e pag. 275). Il modo in cui il padre abbracciava Vanda e come metteva la mano nell'abbracciarla (pag. 275) le hanno creato *"panico"* (pag. 99) e l'hanno *"inquietata"* (pag. 275). Veronica è preoccupata che la sorella possa essere ***"violentata"*** dal padre. In due occasioni il dott. Foti chiede a Veronica se la sua preoccupazione riguardi una violenza fisica oppure sessuale. In entrambi i casi Veronica risponde violenza sessuale (pag. 99 e 274).
La paziente teme che a Vanda "possa essere successo qualcosa" a causa del padre e che la sorella non riesca a dirlo *("Il fatto che le possa essere successo qualcosa e comunque non ne vuole parlare, perché io penso ci sia qualcosa, solo che non lo dice,* pag.

254). E' molto apprensiva all'idea che il padre e la sorella possano restare da soli (*"Non stavo bene quando loro due erano insieme da soli"*, pag. 254). Se la sorella Vanda decidesse di reincontrare il padre, è decisa ad essere presente anche lei, in funzione di sentinella. In un incontro condiviso con la sorella, autorizza gli operatori a riferire a Vanda qual è la propria paura: "*Della mia paura che nostro padre potrebbe avere atteggiamenti non da padre - figlia con lei ma atteggiamenti di seduzione"*(pag. 360).
In una delle ultime sedute, però, Veronicamette in dubbio la convinzione che ci sia stata una violenza sessuale ai danni della sorella, senza peraltro escluderla del tutto, e afferma che la violenza esercitata dal padre su entrambe le figlie è stata soprattutto psicologica (*"Penso che lei abbia più risentito del come ci trattava lui, cioè io la penso così,* ***forse ha risentito di più della violenza psicologica che c'ha dato nostro padre",*** pag. 366. *"Non citrattava come si trattano le figlie"*, ma come *"delle serve… ci obbligava sempre a pulire"*, pag. 367)

4. **Il bisogno di distanziamento e di indipendenza dal padre**

Il desiderio di morte nei confronti del padre è una componente estrema, poco elaborata dello psichismo profondo di Veronica che si collega ad una componente più evoluta: un bisogno di distanziamento e di indipendenza dalla figura paterna: "*Io gliel'ho detto* [si riferisce alla madre] *che comunque noi non dipendiamo da nostro padre. Perché* ***per me cioè può anche non esistere, a me non interessa"*** (pag. 262)
Distanziamento e indipendenza che la fanno sentire più al sicuro (*DOTT. FOTI - Cos'è che ti fa sentire al sicuro, rispetto a cosa? VERONICA - Mh…beh, allora stare a distanza da mio padre,* pag. 225) e diversa dalla mamma.
La paziente esprime la consapevolezza che per lei è fonte di benessere di sicurezza riuscire **stare a distanza innanzitutto dal padre, ma anche dalle altre figure disturbanti che sente fra loro collegate (la fidura del compare del padre o di Rubio). Precisa poi che ciò che la fa stare bene è il non avere più contati con il padre.**
Spontaneamente Veronica rappresenta il proprio percorso di cambiamento e di crescita psicologica come un percorso di superamento di una sensazione di passività e di dipendenza (pag. 243).
Con il procedere della terapia matura un'istanza di maggiore considerazione e rispetto nei confronti dei propri bisogni di assertività e di autonomia dalla figura paterna. In un processo evolutivo, i vividi sentimenti di rabbia e di odio vengono sostituiti da un distacco emotivo liberatorio, rappresentato dall'indifferenza.

5. **L'ambivalenza affettiva.**

Nei confronti del padre Veronica non esprime solo rabbia, ma anche un profondo bisogno di affetto e di attenzione.
Purtroppo l'abbandono (pag. 96), concreto (il suo non essersi fatto più sentire per lungo tempo dopo la separazione genitoriale) e psicologico (la distanza affettiva dalla figlia, il non crederle, il colpevolizzarla…) ha profondamente frustrato questo desiderio.
Verso la figura paterna compare, quindi, un atteggiamento fortemente ambivalente: un desiderio frustrato di affetto e di protezione, ma – in forme più evidenti e marcate - un atteggiamento di profonda diffidenza e di forte rifiuto. Quest'ambivalenza si ritrova in qualche misura nell'atteggiamento verso il maschile: ci sono un'attesa e un desiderio, ma anche una paura e un bisogno di

distanziamento (pp.83-84).
In due occasioni emerge il versante positivo dell'ambivalenza della paziente verso il padre con vissuti di mancanza e di desiderio. In entrambi i casi il terapeuta compie interventi di validazione (pag. 78 e pag. 97), così come quando emergono vissuti di ostilità o di rifiuto verso il padre, accogliendo ed esplorando empaticamente il versante positivo, così come quello negativo dell'ambivalenza della paziente.

In sintesi, Veronica nel corso dei colloqui e già nei primi colloqui porta spontaneamente vissuti ambivalenti verso la figura paterna: di desiderio di vicinanza e protezione e al contempo di un profondo vissuto di abbandono, di delusione e rabbia. Gli interventi effettuati dal dott. Foti si caratterizzano per l'accoglienza empatica di entrambe queste polarità; vengono, inoltre, rivolte alla paziente domande aperte di approfondimento non tanto dei fatti accaduti quanto dei suoi vissuti emotivi; inoltre, vengono effettuati interventi di riformulazione[63], senza immettere nulla di soggettivamente interpretativo.
Tali interventi sembrano portare la paziente a una lettura meno drammatica e forse meno proiettiva di alcuni eventi, ad esempio passa dalla convinzione che la sorella possa aver subito violenza sessuale al focalizzare sulla violenza psicologica subita da entrambe le ragazze. D'altra parte Veronica può approfondire il contatto emotivo con se stessa e può sentire ed esprimere che l'episodio della sua infanzia per lei più disturbante è quello relativo ad una memoria emotiva, concernente un abuso sessuale subito ai 4 anni, agito probabilmente da un amico del padre, un episodio che viene associato in qualche modo ad una qualche responsabilità del padre: 1. non avere tenuto conto del malessere per lei associato alla figura del compare e alla sua abitazione e di averla portata in quel luogo; 2. di non aver creduto alla sua rivelazione concernente l'abuso. Di aver avuto un ruolo diretto nell'abuso nella misura in cui nella rielaborazione emotiva del suo ricordo l'immagine del volto del compare del padre e l'immagine del padre stesso tendono spesso a sovrapporsi.

63La riformulazione, definisce un intervento dello psicologo che consiste nel ridire, con proprie parole e nel modo il più chiaro e conciso possibile, quello che il cliente ha appena detto riguardante la propria condizione, situazione e vissuti.

5. IL RICORDO RELATIVO AL PRESUNTO ABUSO SUBITO ALL'ETA' DI 4 ANNI

Focalizziamo ora l'attenzione sul ricordo portato da Veronica circa il presunto abuso subito all'età di circa 4 anni che sembra agito da parte del compare del padre, signor Aristide e in altri casi sembra agito da parte di una figura in cui si sovrappongono l'immagine del compare con quella paterna.

Nel colloquio preliminare della psicoterapia il 16 febbraio 2016 l'abuso infantile di Veronica è al centro di una rilevante comunicazione della madre di Veronica, signora AdrianaSanti:

- *DOTT. FOTI - Cosa c'è stato di pesante che tuttora può rappresentare un peso per Veronica?*
- *MADRE - Forse anche l'abbandono di suo padre.*
- *DOTT. FOTI – L'abbandono di suo padre.*
- *MADRE - Perché suo padre lei aveva 4 anni quando mi son separata e non si è né più fatto vedere né più fatto sentire da tutte e due.* ***Però lei magari è più grande e quando c'è stato quel sospetto abuso lui non ha creduto a nostra figlia.***
- *DOTT. FOTI - Ci riferiamo al sospetto abuso avvenuto a…*
- *MADRE - a 4 anni.* (pag. 14)

Secondo la signora Adriana l'abuso sarebbe stato agito da un amico del padre e si è sostanziato in un toccamento delle zone intime.

- *MADRE - Da quello che ho capito io magari c'è stato un toccamento da questa persona nelle zone intime perché poi comunque aveva 4 anni, è andata dalla psicologa già quando aveva 4 anni e l'ho fatta visitare dalla pediatra. Però la pediatra ha detto che nella zona intima non c'era niente, la vagina era a posto. Ci sarà stato un toccamento con le mani. Posso credere a questa cosa qui perché* ***una bambina di 4 anni non penso che dica certe cose a 4 anni.*** *(…) No, non penso che si possa inventare una bambina di 4 anni queste cose qua.*
-

La madre trasmette una rappresentazione della figlia ben precisa: quella di **una ragazza che, da un lato, si è sentita abbandonata dal padre e che, dall'altro lato, è convinta di aver subito qualcosa di molto grave da bambina e che è abbattuta ed arrabbiata perché il padre non le crede.**

-
- *MADRE - E lui non ha creduto dicendo che una bambina si inventa… si può inventare queste cose qua e lui non ne voleva sapere. Poi dopo il fatto che lui non si è più fatto sentire e vedere per degli anni con tutte e due le mie figlie, lei ne risente molto di questo la Veronica*
- *DOTT. FOTI - Ma da che cosa lei capisce che ne risente?*
- *MADRE - E perché* ***me l'ha detto, "non c'è mai stato", "non mi ha creduto" e lei è molto arrabbiata con suo padre.*** *E anche questa è una cosa secondo me che la butta molto a terra non esser creduta dal proprio genitore.* (pp. 14 -15)

La signora Adriana da un lato definisce "presunto" l'abuso subito ai 4 anni da Veronica per l'incertezza che rimane, dall'altro è convinta che la figlia voglia essere presa sul serio su questo ricordo, ancorché impreciso e voglia che la madre gli sia vicina, partecipi e prenda sul serio la sua esigenza di essere creduta: ***"Mia figlia vuole essere creduta e sa che io credo a mia figlia e glielo anche detto, che le credo in quello che dice e penso che voglia che partecipi in questa…in questa cosa qua."*** (pag. 16)

Come si può evincere dallo stralcio di colloquio riportato, il dott. Foti si limita ad accogliere e ad approfondire quanto gli viene descritto, riferendosi soprattutto nelle sedute iniziali a un *presunto* abuso e focalizzando l'attenzione sui vissuti e sui bisogni emotivi di Veronica.

La letteratura contemporanea relativa ai ricordi traumatici[64] sottolinea che spesso che **i frammenti di ricordi relativi ad abusi sessuali non hanno la qualità lucida di una memoria episodica precisa e completa**, ma presentano le caratteristiche tipiche della memoria emotiva e della memoria traumatica, che richiede pertanto un lavoro di elaborazione e di integrazione mentale. E' poi **la stessa Veronica nelle sedute successive a portare numerosi riferimenti al presunto abuso subito dal compare del padre (peraltro con una sovrapposizione insistente tra la figura del padre e quella del compare) e la rabbia per non essere stata creduta e sostenuta dal papà**. I riferimenti di Veronica non consistono in un ricordo diretto, ma in una sensazione di forte malessere, associato a immagini frammentate e sensazioni, un malessere che verrà esplorato dal dott. Foti, senza operare forzature e legittimando le imprecisioni della memoria.

In dodicesima seduta, Veronica recupera un frammento di ricordo infantile soggettivamente significativo, non indotto da domande suggestive, ma anzi dalla richiesta, massimamente aperta, di non respingere, di accettare ciò che dentro lei si può cogliere sul piano delle associazioni e delle sensazioni, di ascoltare dentro di sé ciò che **lei riesce a percepire e ricordare.**
La vaghezza stessa della memoria, pur in presenza di un frammento di ricordo, ripetutamente esplicitato, il carattere quasi sensoriale (Veronica indica mimando la zona del corpo dove si è sentita toccare), l'estraneazione da se stessa come difesa dissociativa [65], sono tutti elementi che portano ad escludere l'ipotesi di un falso ricordo.

- *DOTT. FOTI - Veronica, se te la senti, che ricordi di questo compare di tuo padre, cosa ti ha fatto?*
- *(…) VERONICA - Da come ho detto io, mi ha una specie … molestato sessualmente eh? (…) E io ci credo a me stessa di quando ero piccola quindi (…)* ***penso sia una cosa vera poi anche il fatto che comunque mio padre mi portava a trovarlo insieme a mia sorella e non mi sentivo a mio agio in sua presenza in casa sua****, ha fatto sì che io ci credessi davvero in questa cosa, quindi* ***io ci credo fermamente in questa cosa****.* (pag. 303)

64Malacrea M., *Ricordi traumatici. Vecchi dubbi, nuove certezze.* Angeli 2021.

65Si ritrova qui la già descritta difesa dissociativa, ovvero la tendenza a staccarsi, scollegarsi dall'esperienza traumatica e dai vissuti dolorosi che ne conseguono, "assentandosi" da sé, dalle proprie sensazioni ed emozioni. Attivando una difesa di tipo dissociativo, il bambino cerca di estraniarsi dall'abuso subito: nel momento in cui subisce la violenza la vittima è come assente, taglia i collegamenti del pensiero e delle emozioni, immaginando di essere altrove o fuori dal proprio corpo, come se la violenza "non stesse accadendo a lei".

Il dott. Foti si limita a fare domande aperte, focalizzando l'attenzione sui vissuti e sulle sensazioni della paziente e sollecitando il ricordo della stessa, **senza operare forzature e legittimando, e non forzando, le imprecisioni della memoria.**

- *VERONICA - … mia madre mi ha raccontato più o meno quando può essere successo che una volta mi aveva portata da lui,* ***io ero rimasta a dormire a casa sua perché mio padre non aveva voglia di venirmi a prendere****, una cosa del genere eh quindi... però ho un'immagine comunque...non so se sono vaga in questo momento, ehm.*
- *DOTT. FOTI -* ***Talvolta succede che ci sono immagini vaghe, ricordi imprecisi.*** (pag. 304)(…)
- *DOTT.FOTI - Tuttavia queste immagini vaghe, questi ricordi imprecisi possono meritare attenzione, possono meritare di essere presi sul serio e che immagini vaghe, che ricordi hai di questa situazione che ti ricordava soprattutto tua madre.* ***Tu cosa ricordi, che immagini hai?***
-

Veronica a questo punto mostra di recuperare aspetti del ricordo infantile soggettivamente significativi che dimostrano senza dubbio che la ragazza trae direttamente dalla propria memoria questo ricordo.

VERONICA - Che io sono in casa sua, di questo qua e lui vicino a me, penso. Cioè che mette la mano qui vicino (indica la zona che va dalla pancia ai genitali) *però non … cioè io lo sto … non lo so come lo sto vedendo, cioè* ***non sono io che sto guardando.***

- *DOTT. FOTI - Come se vedessi la scena dall'esterno.*
- *VERONICA - Sì.*
- *DOTT. FOTI - E' così?*
- *VERONICA - Sì.*
- *DOTT. FOTI -* ***Come se vedessi la scena dall'esterno.***
- *VERONICA -* ***Esatto.*** (pag. 304-305)

In questa stralcio di colloquio compare un elemento caratterizzante le esperienze e i ricordi traumatici: il fatto evidentissimo che il soggetto rivive il ricordo, come se avesse assistito dall'esterno alla scena, nel tipico meccanismo difensivo di "uscita dal proprio corpo"[66], di estraneazione dal Sé per allontanarsi da un situazione mentalmente insostenibile.

Il dott. Foti, dopo aver effettuato un intervento di psico-educazione spiegando la natura di tale meccanismo (che a volte può essere molto ansiogeno e angosciante per il paziente - *"Talvolta quando ci sono sogni brutti, si può vedere la scena dall'esterno per allontanarsi da quella situazione, che è stata molto brutta, che è stata molto pesante",* pag. 305) – rifocalizza l'attenzione sui vissuti della paziente:

- *DOTT. FOTI - Adesso nel ricordare la scena cosa provi?*
- *VERONICA: Ehm …sono un po' triste, un po' arrabbiata.*
- *DOTT. FOTI - Più triste o più arrabbiata?*
- *VERONICA - Difficile dirlo.*

66Malacrea M, Lorenzini S., Bambini Abusati, Raffaello Corina Editore Milano, 2002, pag. 28.

- *DOTT. FOTI - Quindi forse si equivalgono?*
- *VERONICA - Sì, più o meno sì. Però* ***alla fine io ho capito che non ci potevo fare niente****.*
- *DOTT. FOTI - (…) "Alla fine ho capito che non ci potevo fare niente". Cioè?*
- *VERONICA -* ***Io mi son sempre data la colpa di non essere riuscita a fare qualcosa.***
- *DOTT. FOTI - A reagire, a difenderti.*
- *VERONICA - Esatto.*
- *DOTT. FOTI - E invece adesso in maniera molto saggia ti dici che eri una bambina molto piccola. Quanti anni potevi avere Veronica?*
- *VERONICA - Ehm …non me lo ricordo tantissimo però è stato prima della separazione dei miei genitori… Boh, tre o quattro anni.* (pag. 306).

Un altro aspetto psicologicamente realistico e compatibile con la natura traumatica del ricordo recuperato da Veronica è **l'auto-attribuzione della colpa**, ricorrente nelle vittime di traumi, espressione della tendenza della vittima a darsi la responsabilità del trauma patito. Il dott. Foti rinforza la tendenza della paziente a riconoscere la propria impotenza nel corso dell'esperienza traumatica e a liberarsi dalla tendenza ad auto-attribuirsi la responsabilità per l'accaduto.

- *DOTT. FOTI - In effetti non possiamo aspettarci che una bambina di tre o quattro anni possa difendersi da un adulto che vuole toccarla nelle parti intime o vuole toccare il suo corpo in modo disturbante, come fa sta bimba di quattro anni? Quindi mi pare molto saggio questo, quando dici: "Alla fine ho capito che non ci potevo fare nulla." Nel ricordo c'è tristezza e c'è rabbia capisco. (pag. 306-307)*

Quindi, non c'è in Veronica un ricordo preciso del trauma infantile, ma ci sono numerose ed importanti sensazioni, emozioni, frammenti di memoria che fanno **credere con forza a Veronica che il racconto che le viene riportato dalla madre sia fondato**.

- *VERONICA - Di quando ero piccola non mi ricordo niente.* ***C'è però comunque la sensazione di disagio quando ero in sua presenza, c'è sempre stata, io infatti ho sempre cercato di dire a mio padre che non ci volevo andare.*** (pag. 307)

Quando il dott. Foti introduce la tecnica dell'EMDR, già presentata e spiegata a Veronica precedentemente, le chiede correttamente su quale **specificoricordo disturbante** desidera lavorare e la ragazza risponde:

- *DOTT. FOTI - Qual è il ricordo, che magari ti crea un po' di preoccupazione ma che ti piacerebbe riuscire a rendere più chiaro?*
- *VERONICA - Beh* ***quello del compare di mio padre***
- *DOTT. FOTI - Cioè - come dire? - un ricordo che ti disturba, senti che ti disturba ancora quel ricordo?*
- *VERONICA - Sì, un pochino. Cioè* ***vorrei che fosse più chiaro però ho paura quando sarà più chiaro.***

Più oltre il dott. Foti chiede alla paziente come l'esperienza di abuso infantile potrebbe aver inciso e come incide? Veronica anche qui cita il pensiero di altre persone per fondare meglio una sensazione soggettiva che le appartiene: **la sensazione che dal padre sia**

derivata un'onda che abbia influenzato le esperienze le relazioni affettive e sessuali che si sono susseguite.

VERONICA- Allora a me mi han sempre detto che se una persona…ehm … una ragazza chiunque è stata abusata, però non ha mai fatto un percorso per cercare di evitare queste cose, le succederà sempre nella sua vita… cioè a me non mi ricordo se mi hanno detto una cosa del genere però comunque ***mi hanno detto che come un'onda, una cosa del genere. E' per questo che do la colpa a mio padre se è successo anche il fatto con Rubio e...***
DOTT. FOTI - Ah, che può aver influenzato il tuo rapporto con la sessualità, con il maschile?
VERONICA - Esatto. (pag. 311)

Veronica esplicita l'origine della sua paura alla rielaborazione del passato: **il timore di incontrare l'odio per le due figure del padre e del suo compare, figure che Veronica associa strettamente.**

- *DOTT. FOTI - Temi che ti porti a galla sofferenza? Che cosa potrebbe succedere se tu ricordi in modo più chiaro? Cosa temi?*
- *VERONICA - Sì, che beh… di soffrire penso di aver sofferto abbastanza,* ***però non vorrei odiare troppo mio padre, il suo compare.***
- *DOTT. FOTI - Quindi hai paura della rabbia o dell'odio.*
- *VERONICA - Sì.*
- *DOTT. FOTI - Hai paura che eventualmente un ricordo più preciso, come dire, soffi sul fuoco, già la percezione di odio c'è, lo temi.*
- *VERONICA - Perché io…****a me non piace odiare le persone***
- *DOTT. FOTI - Capisco, capisco. Ma sai io penso che l'odio peggiore è quello che rimane congelato, che non può essere espresso, non può essere scaricato. Spesso quando una rabbia viene scaricata non si congela nel tempo, non diventa rancore. Se ti ricordi qualcosa di spiacevole e c'è anche un modo per scaricare la rabbia, non direttamente su tuo padre, perché tuo padre non c'è, ma possiamo aiutarti a scioglierla questa rabbia, invece della situazione attuale dove quest'odio, pur controllato si trascina, potresti arrivare in una situazione in cui come l'acqua di un torrente che scende dalla montagna questo odio fluisce e fluendo si evolve, si modifica, si ripulisce quindi io credo che* ***l'odio peggiore è quello che non si può ricordare*** *e allora rimane lì fermo come l'acqua di uno stagno piuttosto che l'acqua del...mentre se si ricorda è l'acqua di un torrente. Che effetto ti fa questa mia immagine?*
- *VERONICA -* ***La trovo molto adatta*** *e penso sia una cosa giusta comunque…(sorride) ehm … però …*
- *DOTT. FOTI - Ti rimane la paura*
- *VERONICA -* ***Sì. Però vorrei farlo.*** (pp. 320-321)

Il dott. Foti spiega alla paziente ciò che è ormai ampiamente noto in tutti gli studi di psico-traumatologia e riportato nella letteratura sul tema e ciò che è alla base della tecnica dell'EMDR: se il ricordo traumatico rimane "congelato" in memoria, intrappolato all'interno delle reti neurali, agisce non come un ricordo del passato, bensì come una riviviscenza attivando emozioni, percezioni, cognizioni e sensazioni fisiche disturbanti che hanno caratterizzato quel momento e continuando a provocare disagio nel soggetto, fino a portare all'insorgenza di patologie come il disturbo da stress post traumatico (PTSD) e altri disturbi psicologici. E' necessario, allora, ripristinare il naturale processo di

elaborazione delle informazioni presenti in memoria per giungere ad una risoluzione adattiva attraverso la creazione di nuove connessioni più funzionali. Una volta avvenuto ciò, il paziente può vedere l'evento disturbante e se stesso da una nuova prospettiva, alleviare la sofferenza emotiva, riformulare le credenze negative e ridurre l'arousal fisiologico[67]. Si tratta, quindi, di ripercorrere il passato al fine di "lasciarlo nel passato".

Quindi, coerentemente con il protocollo EMDR, il dott. Foti chiede qual è il momento peggiore, l'immagine più disturbante del ricordo e il momento peggiore del ricordo coincide con il frammento del ricordo stesso. Veronica ha in mente un'immagine in cui il compare del padre è seduto accanto a lei, ma non si vede il viso, solo parte del corpo dal collo alle ginocchia. In evidenza nell'immagine del ricordo è la mano destra del compare.**Veronica rappresenta con i gesti l'azione della mano dell'uomo che tende verso la sua zona genitale.**

- *DOTT. FOTI - Una mano si sta muovendo?*
- *VERONICA – Sì.*
- *DOTT. FOTI - Come potrebbe essere la sua mano?*
- *VERONICA - **Io la vedo qua** (Indica con la mano la zona vaginale) **così.***
- *DOTT. FOTI - E' già una mano proiettata, diretta verso il tuo corpo?*
- *VERONICA - Si.*
- *DOTT. FOTI - Nella fotografia vedi anche il tuo corpo?*
- *VERONICA - Sì!*
- *DOTT. FOTI - E com'è il tuo corpicino di bimba?*
- *VERONICA - Ehm sono molto piccolina (…) **con un'aria innocente.***(…)
- *DOTT. FOTI - E la mano di quest'uomo tocca il tuo vestitino o si sta avvicinando?*
- *VERONICA – Ehm …è molto vicino.* (pp.323-324)

Nella seduta successiva (tredicesima) Veronica riporta il ricordo di un'interazione che ha caratterizzato la scena traumatica: **l'uomo la chiama a sé sul divano, le dice di sedersi e le chiede se gli vuole bene. Veronica ricorda che nella mente gli rispondeva di no, ma, al di là di questo, non ricorda cosa gli ha risposto.**

- *DOTT. FOTI - Okay Veronica, andiamo avanti (riprende l'esercizio), va benissimo.*

Terminata la sollecitazione:

- *VERONICA - Ehm … **non riesco a vedere la sua faccia,** però **mi ha chiamato sul divano, mi ha fatto così** (un cenno con la mano) "Siediti"…e poi basta, sono arrivata a quel punto.*
- *DOTT. FOTI - Bravissima, benissimo, senza sforzo, quello che compare, ciò che noti, okay? Andiamo avanti (prosegue ancora con le dita)* (pag. 342)

Terminata la sollecitazione:

- *VERONICA - Ehm **mi ha chiesto se gli voglio bene**.*
- *DOTT. FOTI - Ahah… okay.*

67 https://emdr.it/index.php/emdr/

- *VERONICA - **Io nella mia mente gli ho detto di no, però non lo so**, non lo so…*
- *DOTT. FOTI - Ah, ah. Sono sensazioni imprecise, certo, ma va bene così, ottimo, quello che ti viene. C'è incertezza eh? Metti anche le mani sul viso perché non è chiaro e intanto però viene... comunichi qualcosa. Se te la senti proviamo ad andare avanti, ok?*
- *VERONICA - (Annuisce).*
- *DOTT. FOTI - Va bene?*
- *VERONICA - Sì.* (pp. 342 -343)

Veronica è confusa sul volto dell'adulto, comunica che nella sua mente c'è **una confusione, uno "scambio", una sovrapposizione tra l'immagine paterna e quella del suo "compare"**. (*"E' più il viso del compare di mio padre però non so perché vedo troppa somiglianza con mio padre"*). Il terapeuta continua ad effettuare le stimolazioni EMDR **riprendendo scrupolosamente i contenuti emergenti dalle associazioni che compie Veronica**.

- *DOTT. FOTI - (Riprende l'esercizio con il movimento delle dita) **stai su quella cosa che è emersa**… e procediamo.*

Terminata la sollecitazione:

- *VERONICA- Ehm... non so perché però… **mi è successo abbastanza spesso ... ehm ... di confondere il compare di mio padre con mio padre**.*
- *DOTT. FOTI - Ahahahah.*
- *VERONICA- Però non ne sono sicura, **non so perché ci sia ogni tanto questo scambio.***
- *DOTT. FOTI - Ah ah... questa sovrapposizione, questo scambio, sì.*
- *VERONICA- Sì, e quindi … non lo so.*
- *DOTT. FOTI - Però questa sovrapposizione l'hai notata, eh? Mi stai parlando di questa sovrapposizione che ti è capitato spesso di fare. Allora io ti direi stai su questa sovrapposizione, partiamo da questa sovrapposizione tra questo compare e tuo padre e vediamo cosa noti (riprende l'esercizio).* (pag. 343)

Terminata la sollecitazione:

- *VERONICA- Ehm... non…non riesco a capire con precisione perché **loro due sono sempre molto simili… cioè vorrei riuscire a vedergli la faccia però non ci riesco**, non so perché vedo solo…*
- *DOTT. FOTI - Ahah nella fotografia non c'è la faccia e continui a non vederla ah ah. E se pensi a quella fotografia, la faccia continui a non vederla, è cambiata in qualcosa quella fotografia?*
- *VERONICA- Ehm… c'è qualcosa di diverso ma non so dire cosa.* (pp. 343 -344)

Ancora una volta il dott. Foti cita le espressioni della paziente e invita a mantenere il focus proprio su queste.

Terminata la sollecitazione Veronica ricorda il sogno fatto qualche mese prima dove compariva un personaggio che voleva ingannarla e farle del male.

- *VERONICA- Io ti avevo raccontato di un sogno (..) quello, di quando io ero nella classe... con… (…) con quella persona che era lì alla cattedra e io ci andavo contro però non riuscivo a vederlo, vedevo il nero (…) Ehm…mi è tornato in mente e diciamo che questo uomo nero … ehm... cioè ha una smorfia strana e c'ha il viso … ehm… che sempre si scambia tra mio padre e questo qui (…). Cioè è più il viso del compare di mio padre però non so perché vedo* ***troppa somiglianza con mio padre*** *e quindi non lo so.*
- *DOTT. FOTI - Certo, c'è una zona di incertezza però qualcosa di preciso hai comunicato, cioè questo …* ***questo tema della sovrapposizione ritorna****, anche in quel sogno no? C'era lo sforzo di vedere questa faccia, questa faccia ha anche una smorfia, ha qualcosa nel viso e… e c'è questo tema della sovrapposizione tra questa immagine… nel sogno mi pare che ci andavi contro – no? - a questa immagine… e c'è qualcosa che ricorda tuo padre. Proviamo ancora ad andare avanti, ok? (Riprende l'esercizio).* (pp.344 -345)

La paziente a questo punto formula l'ipotesi che la scotomizzazione del viso dell'adulto abusante, in altri termini la propria difficoltà di percepire e discriminare il viso di questo adulto, possa derivare dal **rifiuto di accettare che quel volto possa essere del padre**. Le scappa detta l'affermazione che il padre possa averle fatto del male e subito dopo mette in dubbio ciò che appena ha detto. Descrive con lucidità il conflitto tra due parti del sé e riesce ad ipotizzare che una parte stia combattendo per contrastare la consapevolezza ***("c'è una parte che sta combattendo per non farmi sapere…")***.

- *VERONICA - Penso di non aver visto niente di diverso, però… cioè tipo il mio cervello che diceva: "No, non è tuo padre", però, non lo so,* ***forse è il non accettare questa cosa, forse che mio padre mi ha fatto del male****, non lo so…* ***poi perché dico che mi ha fatto del male…*** *non lo so.* (pag. 345)

Il terapeuta continua ad impegnarsi nella riformulazione e ad **invitare all'accettazione** di quanto emerge, accettando il conflitto appena verbalizzato dalla paziente.

- *DOTT. FOTI - Quindi un conflitto, mi stai parlando, hai notato un conflitto, vediamo se ho capito bene. Hai notato un conflitto fra una sensazione forte che tuo padre ti abbia fatto del male e invece il cervello o una parte del cervello che dice tuo padre non c'entra, perché hai questa sensazione? Eh? Un conflitto tra due parti.* ***Allora noi accettiamo****… c'è questo conflitto, stai su questo conflitto, il conflitto, no? fra due parti che … ehm … ti lasciano poi disorientata, ci sono tutte e due e…proviamo ad andare avanti e vedere se a partire da questo conflitto viene fuori qualcosa, okay? (riprende l'esercizio).* (pp. 345 – 346)

Terminata la sollecitazione:

- *VERONICA- Ehm… si sono parlate.*
- *DOTT. FOTI - Si sono parlate? Pensa un po'.*
- *VERONICA- Sì e… una ha detto: "Non è stato… non è possibile che sia stato lui perché tu non hai provato quella sensazione che hai provato con il con… con Aristide", però l'altra ha detto: "Può essere benissimo stato lui perché sai che ti ha fatto del male ma…" ehm …non lo so.* (pag. 346)

La paziente dunque continua a caratterizzare il ricordo, per quanto ancora impreciso,

come proprio, come un materiale appartenente al sé e, certamente, non come il semplice risultato di un sentito dire. Veronica fa riferimento a **sensazioni di disagio da lei sperimentate in quella situazione storica specifica.** Il terapeuta a questo punto compie un intervento di apprezzamento e di messa a fuoco del tema espresso da Veronica e passa alla stimolazione bilaterale attraverso il tamburellamento[68], **continuando a lavorare perché il chiarimento e il ricordo emerga in Veronica senza compiere interventi guidanti o interpretativi o letture suggerenti**.

Terminata la sollecitazione:

- *DOTT. FOTI - Hai notato qualcosa?*
- *VERONICA - Sì… c'è sempre questa confusione però…* ***c'è una parte che sta combattendo per non farmi sapere****… se… chi mi ha fatto del male.*
- *DOTT. FOTI: Ah, una parte che sta combattendo?*
- *VERONICA - Sì.*
- *DOTT. FOTI: Per non farti sapere…proviamo andare avanti (Foti riprende a tamburellare le dita sulle mani di Veronica).*
- *VERONICA - Ehm …mi è saltata alla mente una cosa.*
- *DOTT. FOTI: Mh.*
- *VERONICA - A parte il dialogo tra queste due parti, che una dice che è stato mio padre però l'altra dice di no, mi è saltato in mente questo rico… cioè mia madre mi aveva detto… io non so se l'ho detto io che è stato il compare di mio padre a farmi del male e quindi non lo so in realtà chi è stato e* ***non capisco come sia venuto fuori il compare di mio padre, cioè chi… o forse è stata una cosa che mi ha detto mia madre perché lo supponeva, cioè non lo so….***(pp. 346 – 347)

L'ultima parte del lavoro con l'EMDR vede lo psicoterapeuta ancora impegnato nel **riformulare rigorosamente ciò che emerge dalla paziente.Egli stesso pone domande di verifica per essere certo di capire bene e di *"non travisare"*.**Veronica d'altra parte recupera aspetti del **ricordo personale della comunicazione tra lei e la zia.** Adesso certamente il ricordo di Veronica è pienamente ancorato nella propria soggettività e senza dubbio **non è più soltanto mediato dal sentito dire**.
Non si basa più assolutamente su contenuti a lei riferiti dalla zia e dalla madre circa una rivelazione infantile di cui non ha memoria. Grazie all'EMDR Veronica attinge alla propria memoria, per quanto il ricordo rimane impreciso. Per ciò che concerne la comunicazione fatta alla zia, Veronica ricorda qualcosa di quello che è avvenuto, è imbarazzata ed inibita ad esplicitare il riferimento all'organo genitale. Rimane bloccata sul recupero del ricordo relativo al volto dell'abusante.

Al termine di una sollecitazione:

- *VERONICA:* ***Ho cercato di ricordare quello che avevo detto a mia zia****.*
- *DOTT. FOTI: Ah ah.*
- *VERONICA:* ***E…ehm … mi è venuto in mente solo… non lo so… va beh, non so se riesco a dirlo quello che ho detto mia zia… lui mi ha toccato …la … ehm…***
- *DOTT. FOTI: Lui ti ha toccato, se ben capisco, ti ha toccato in parti intime? A cosa ti*

68 Si tratta sempre di una tecnica di stimolazione bilaterale utilizzata nell'EMDR e alternativa alla stimolazione oculare.

riferisci?
- *VERONICA: Sì.*
- *DOTT. FOTI: Ho capito bene,* ***ecco per non travisare****, lui ti ha toccato okay.*
- *VERONICA: Poi però non mi ricordo di avergli… non lo so…* ***non lo so se gli ho detto che è stato****… non lo so* [si copre il viso con le mani].(pp. 348)

Nel ricordo portato da Veronica emergono elementi di conflitto, di confusione, di sovrapposizione di immagini, di sofferenza e di imbarazzo e elementi sensoriali, ben lontani dalle possibili caratteristiche di un ricordo indotto[69], ma compatibili invece con un ricordo esperienziale dissociato e parzialmente rimosso dalla memoria a scopo difensivo. Emerge, inoltre, la sovrapposizione, confusa e sofferta, tra il volto del padre e quello del compare e il grande conflitto che vive la paziente circa questa sovrapposizione (*"forse è il non accettare questa cosa, forse che mio padre mi ha fatto del male").*

Nel trattamento dell'EMDR dallecomunicazioni di Veronica che si succedono senza alcuna interferenza o anticipazione da parte del terapeuta emerge un quadro appare complesso e per alcuni tratti non chiaro. Tra le diverse ipotesi che si affacciano c'è quella che la figura del compare del padre rappresenti un ricordo di copertura e che in realtà l'abusante possa essere stato il padre. Per alcune ragioni:

A. emerge un **conflitto lacerante in Veronica bambina e in Veronica ragazza tra il dire e il non dire, tra il vedere e il non vedere, fra il ricordare e il non ricordare**: questo conflitto potrebbe essere facilmente spiegabile se l'autore fosse il padre, più difficilmente, se l'autore fosse il suo amico: perché dovrebbe essere così intensamente conflittualizzata la percezione del viso del "compare"?

B. Sembra che Veronica ad un certo punto stia per avvicinarsi al ricordo di aver comunicato alla zia il nome dell'autore del suo abuso, ma poi si blocca e dice: "***Non lo so se gli ho detto chi è stato****… non lo so* **(*si copre il viso con le mani*)**". Questo conflitto e la conseguente inibizione potrebbero risultare più comprensibili se l'autore fosse stato il padre piuttosto che il compare del padre.

C) Veronica stessa riconosce che *"c'è una parte che sta combattendo per non farmi sapere…"*). Con un'espressione significativa nel linguaggio del corpo in diversi passaggi del lavoro si copre il viso con le mani. Una parte della mente della paziente potrebbe ragionevolmente combattere per risparmiare a Veronica stessa un'informazione molto disturbante, quella che potrebbe coinvolgere il padre nell'abuso. Perché dovrebbe essere **così penoso e difficile riconoscere nel volto dell'abusante, presente nella sua memoria**, l'immagine dell'amico del padre, figura affettivamente del tutto indifferente?

D) Veronica stessa, pur nella forte incertezza, formula l'ipotesi di aver **dissociato l'immagine del padre per non riuscire ad accettare l'idea che sia stato il padre a compiere quell'azione** (*"forse è il non accettare questa cosa, forse che mio padre mi ha fatto del male"***)**;

69 Si discuterà più avanti (pag. 65) di quanto sia difficile e improbabile **l'induzione** di falsi ricordi.

E) Veronica stessa, pur nell'incertezza e nel conflitto, formula **l'ipotesi che sia stata la madre a suggerire l'idea che l'autore possa essere stato il compare** (*"non capisco come sia venuto fuori il compare di mio padre, cioè chi… o forse è stata una cosa che mi ha detto mia madre perché lo supponeva …"*, magari per salvaguardare agli occhi della piccola l'immagine del padre (ipotesi peraltro coerente con l'atteggiamento ambivalente della madre verso il padre).

Ma il dott. Foti non preme in alcun modo sull'ipotesi che il volto scotomizzato sia in realtà quello del padre, non sottolinea e non rinvia questa ipotesi, per certi versi la lascia cadere; non lavora in alcun modo su questo aspetto, che si è affacciato nelle libere associazioni della paziente: preferisce non intervenire per attendere e favorire una successiva elaborazione autonoma della paziente.
Emerge come nella prospettiva della psicoterapia del trauma l'obiettivo non è quello di pervenire a tutti i costi alla ricostruzione esatta degli eventi, ma quella di aiutare il paziente ad accettare i vissuti, le sensazioni, i ricordi o frammenti di ricordi provenienti dal passato riducendo almeno la componente dissociativa, cioè la tendenza a combattere contro la propria memoria e a rifiutare di aprire il cassetto.

Invece di schierarsi a favore di un'ipotesi o di un'altra o di pervenire ad una qualche conclusione, il dott. Foti invita Veronica ad avere pazienza e fiducia, accettando l'incertezza e nel contempo cercando di approfondire il lavoro di consapevolezza.

- *DOTT. FOTI - **Non possiamo sapere tutto, saperlo quando vogli… cioè possiamo arrivarci piano piano.** Adesso sei … sei in conflitto su che cosa? Sei incerta su che cosa? "Non so se gli ho detto…", perché hai detto: "Lui mi ha toccato".*
- *VERONICA - Sì, lui.*
- *DOTT. FOTI - Eri partita da tua zia. Hai fatto riferimento a tua zia…"Lui mi ha toccato, non so…".*
- *VERONICA - **Non so se gli ho detto chi è questo lui.***
- *DOTT. FOTI - A tua zia?*
- *VERONICA - Sì, perché **forse gli ho detto solo lui,** però non lo so cioè perché…*
- *DOTT. FOTI - Ti capisco, ti sfugge.*
- *VERONICA - Sì.*
- *DOTT. FOTI - Ti…ehm … **ti capisco ti sfugge e anche qui hai usato il termine "lui" che è vago e non ricordi se l'hai precisato oppure no a tua zia**, è questo il problema?*
- *VERONICA - Sì.*
- *DOTT. FOTI - Allora io farei un ultimo set, ce la fai?*
- *VERONICA - Sì.*
- *DOTT. FOTI - Un ultimo set in cui siamo arrivati a questa frase che lascia il soggetto nel vago: "Lui mi ha toccato", ok? C'è sullo sfondo tua zia, stacci in quella situazione e vediamo di cosa ti accorgi.* (pag. 349)

Veronica riporta a questo punto **un aspetto drammatico del ricordo,** nel quale **la zia chiede ripetutamente "Ma chi è lui, ma chi è lui?" e Veronica bambina risponde: "Lui, è lui, è lui…", non riuscendo a superare il blocco psichico e comunicativo.**

- *VERONICA: Ehm…penso che… non si sia, io non abbia ancora capito chi era questo lui. Però… non lo so perché **mi è venuta davanti questa immagine di mia zia che mi dice:***

"Ma chi è lui, ma chi è lui?" Io dicevo: "Lui, è lui, è lui… *", però non sapevo dire chi... cioè non so.*

- *DOTT. FOTI: Molto chiaro, hai recuperato, hai recuperato molto, che ritengo molto, molto positivo, anche se non sei arrivata a far diradare tutta la nebbia, la nebbia un po' rimane, anzi la nebbia rimane però hai recuperato un ricordo in cui tua zia ti chiedeva e tu insistevi a dire: "E' lui" e già allora c'era una grossa difficoltà a precisare chi era questo lui. Hai recuperato questo ricordo.*
- *VERONICA: Sì.* (pag. 350)

Il dott. Foti, di nuovo coerentemente con il protocollo EMDR, invita a ritornare alla fotografia di partenza, al ricordo iniziale, chiedendo a Veronica come veda ora quell'immagine di partenza.

- *VERONICA - E' diventato…* ***non è più una fotografia ma è una specie di filmino.*** *(…) Però c'è solo la prima parte, quella che ho detto prima, è quella… (…) E arriva fino a lì.*
- *DOTT. FOTI - E' un pezzetto, un filmino piccolo, un pezzetto*
- *VERONICA – Sì, cioè… però c'è qualcosa… cioè vedo più o meno, vedo la sua faccia e vedo che* ***è sempre un miscuglio tra mio…mio padre e il suo compare****.*
- *DOTT. FOTI - Quindi non è più una fotografia, è un filmino, non è ben chiaro, non sono però ben chiari dei pezzi della scena, sia precedente che successiva e alcuni particolari. Il viso lo vedi meglio ma questo viso è caratterizzato da una forte ambiguità mh? E questo è coerente con una bambina che sembra non riuscisse a comunicare, una bambina che aveva una grossa difficoltà, un ostacolo a utilizzare la sua percezione, a dire ciò che aveva visto. Sembra che questa bambina ripeta: "Lui, lui, lui", ma c'è un ostacolo, tu hai parlato di un ostacolo, c'è una forza che impediva a quella bambina di dire con chiarezza la fa… chi era questo lui, mh? Quindi* ***il conflitto che hai vissuto adesso, che vivi adesso è un conflitto che sembra già quella bambina piccola viveva****. (…) Possiamo dire così?*
- *VERONICA – Sì. (pp. 350 - 351)*

Di nuovo, il terapeuta riprende il vissuto verbalizzato dalla paziente, la confusione, il conflitto portati in seduta e già sperimentati in età infantile.

CONCLUSIONI

In conclusione, non c'è in Veronica un ricordo completo e preciso del trauma infantile, ma ci sono numerose ed importanti **frammenti di memoria: percezioni, sensazioni ed emozioni** che fanno credere con forza a Veronica che il racconto che le è stato riportato dalla madre sia fondato.

Prima del trattamento dell'EMDR ci sono in Veronica tre contenuti riguardanti questo ricordo infantile:

1. **la sensazione di disagio che c'è sempre stata connessa alla figura del compare del padre** ("*Di quando ero piccola non mi ricordo niente. C'è però comunque la sensazione di disagio quando ero in sua presenza, c'è sempre stata, io infatti ho sempre cercato di dire a mio padre che non ci volevo andare"*,pag. 307);

2. **una memoria inquietante di cui parla a diverse riprese** e nella quale lei si trova vicino ad uomo adulto e vede la mano di questo adulto proiettata verso la zona genitale: nella terza seduta dice di avere *"un'immagine stampata in testa"* di lei piccolina che è sul divano *"a fianco all'amico del padre con un vestitino rosa e con la sensazione di esseredisorientata"*(pag. 100); nella dodicesima seduta ricorda una scena a casa del compare del padre in cui quest'uomo è vicino a lei bambina. Veronica vede la mano (ma non il volto) di un adulto proiettata verso la sua zona genitale. (*"DOTT.FOTI - Tu cosa ricordi, che immagini hai? - VERONICA - Che io sono in casa sua, di questo qua e lui vicino a me, penso. Cioè che mette la mano qui vicino (indica la zona che va dalla pancia ai genitali) però non … cioè io lo sto … non lo so come lo sto vedendo, cioè non sono io che sto guardando."*, pp.304-305, cfr. inoltre pag.322);

3. **l'immagine della propria innocenza perduta:**l'immagine di sé è quella di una bimba *"molto piccolina (…)* ***con un'aria innocente"*** (pag. 324), una bambina ingenua, sprovveduta, **che non capisce che le persone le stanno facendo del male** ed è incapace di difendersi (pag. 337).

Con l'applicazione dell'EMDR si aggiungono altri quattro contenuti:

I - la paziente innanzitutto recupera in modo del tutto autonomo il ricordo del *" sorriso che c'era prima"* e della *"spensieratezza"* di lei bambina prima che capitasse un qualcosa che evidentemente ha sconvolto ed ovviamente modificato quel sorriso e quella spensieratezza(pag. 342);

II – l'uomo sul divano, di cui non vede il volto, la chiama a sé e le chiede se gli vuole bene, lei voleva rispondergli di no, ma non ricorda cosa poi è riuscita a dirgli e cosa è successo: *"**Non riesco a vedere la sua faccia** però **mi ha chiamato sul divano, mi ha fatto così** (un cenno con la mano) 'Siediti'…(…) **Mi ha chiesto se gli voglio bene**…. **Io nella mia mente gli ho detto di no. Però non lo so**"*. (pp. 342 -343)

III – Veronica comunica che nella sua mente si registra **uno "scambio", una sovrapposizione tra l'immagine paterna e quella del suo "compare"** per cui è confusa sul volto dell'adulto che agisce la seduzione: *"Non riesco a capire con precisione perché **loro due sono sempre molto simili… Cioè vorrei riuscire a vedergli la faccia però non ci riesco** … (pag. 344). "E' più il viso del compare di mio padre però non so perché vedo troppa somiglianza con mio padre"* (pag.345).

IV - Veronica riferisce un aspetto del ricordo infantile, nel quale lei aveva riferito l'accaduto alla zia e quest'ultima le chiede ripetutamente: "Ma chi è lui, ma chi è lui?" e Veronica bambina **si sente bloccata e** risponde: "Lui, è lui, è lui…", non riuscendo a superare l'inibizione psichica e comunicativa che le impedisce specificare di chi si trattava.
"E…ehm … mi è venuto in mente solo… non lo so… va beh, non so se riesco a dirlo quello che ho detto mia zia… lui mi ha toccato …la …ehm… Poi però non mi ricordo di avergli… non lo so… non lo so se gli ho detto che è stato… non lo so (si copre il viso con le mani)". (pp. 348)
*"**Non so se gli ho detto chi è questo lui…** perché **forse gli ho detto solo lui,** però non lo so cioè perché…" (pag. 349)*
"Ehm…penso che… non si sia, io non abbia ancora capito chi era questo lui. Però… non lo so

perché ***mi è venuta davanti questa immagine di mia zia che mi dice: "Ma chi è lui, ma chi è lui?" Io dicevo: "Lui, è lui, è lui…*** *", però non sapevo dire chi..."* (pag. 350)

L'ipotesi che ci si trovi di fronte ad un falso ricordo di Veronica, esclusivamente generato da elementi esterni alla memoria della paziente (per es. dall'aver sentito da altri, dalla madre o dalla zia il racconto dell'abuso, di cui sarebbe stata vittima o ancora dalla psicoterapia) appare falsificata dai seguenti elementi:

a. il carattere sensoriale del ricordo coerente con le caratteristiche della memoria traumatica;
b. la sua valenza sofferta e conflittuale;
c. l'emergere di vissuti emotivi assolutamente compatibili con gli esiti di esperienze traumatiche (la rabbia, la pena per se stessa, la paura …);
d. il fatto che Veronica porta e recupera delle sensazioni e delle immagini personali del ricordo, delle **tracce interne di memoria che sin da bambina sono state presenti nella sua mente**: pur avendo dissociato il ricordo del proprio racconto Veronica conserva delle tracce che la portano a validarecome fondato il resoconto della zia e della madre circa quanto da lei raccontato alla zia stessa quando aveva 4 anni.

L'ipotesi che l'EMDR abbia installato dall'esterno un falso ricordo è pienamente falsificata, perché prima del trattamento c'erano già precise tracce nella memoria di Veronica dell'abuso infantile; inoltre i numerosi studi evidence-based relativi all'EMDR evidenziano che tale tecnica permette di **integrare e rielaborare i ricordi non elaborati**, ma non altera il contenuto della memoria. Questa tecnica dunque non elimina completamente le aree di incertezza (che ad es. in questo caso permangono), ma soprattutto non instilla falsi ricordi.

Va ribadito infine che **in tutto il percorso psicoterapico effettuato dal dott. Foti con Veronica, anche nelle parti relative al lavoro sul rapporto con il padre e al lavoro sul ricordo di eventi traumatici tra cui il presunto abuso, non si ritrovano interventi suggestivi e suggestionanti.**
I contenuti riguardanti il padre e più in generale tutta la vicenda storica di Veronica emergono senza alcun atteggiamento guidante o anticipatorio del terapeuta. Per es. i sentimenti di odio emergono in modo del tutto spontaneo, talvolta addirittura all'inizio della seduta, senza l'ombra di un alcun intervento suggestivo o suggerente del terapeuta. Nel sollecitare il recupero della memoria, il dott. Foti è sempre attento a riprendere le espressioni esatte della paziente. Le chiede poi di approfondire senza forzature. In altri termini prevalgono **gli interventi di riformulazione,** con cui il terapeuta cerca di seguire il pensiero e il vissuto della paziente, riproponendolo per cercare di rispettare l'intenzione comunicativa dell'interlocutrice, per verificare se egli ha ben compreso cosa la paziente intende dire e per trasmettere alla ragazza il senso della partecipazione empatica al suo discorso e alla sua comunicazione.
Il terapeuta in più occasioni di fronte a nodi conflittuali cerca di aiutare la paziente a metterli a fuoco con accettazione e pazienza, tenendo aperte nel proprio campo mentale e nel campo mentale di Veronica una **pluralità di ipotesi (*"Metterei sul tavolo tutte le ipotesi"*) per favorire nella paziente un percorso autonomo di consapevolezza e di recupero della memoria.**

Ad es. in relazione alla scena in cui Veronica descrive il padre e la sorella abbracciati sul letto, il terapeuta insiste nel prospettare alla paziente diverse strade interpretative affinché piano piano possa maturare in lei la prospettiva di una spiegazione convinta e convincente. Fra l'altro il dott. Foti ha modo di precisare che una delle ipotesi è quella che Veronica trasferisca sulla sorella, proietti su di lei un proprio vissuto e una propria esperienza (*"quando nei nostri occhi c'è il terrore noi possiamo vedere delle scene che sono terrorizzanti ma perché ci ricordano qualcosa di nostro non perché effettivamente si stanno ripetendo"*) (pag.333). Il dott. Foti illustra questa ipotesi in qualche modo come prevalente.

Nella seduta successiva al trattamento con l'EMDR - **è Veronica stessa ad escludere che questa tecnica possa aver inciso suggestivamente nei confronti dei suoi sentimenti di ostilità verso il padre.** (pag. 358). Anzi, il percorso terapeutico aiuta Veronica ad avviare, senza un ruolo suggestivo del terapeuta, una prima elaborazione del conflitto profondo con la figura paterna.
Un'aumentata consapevolezza l'aiuta a stare meglio:

- *VERONICA***- "Io comunque sto meglio rispetto a prima quando diciamo non avevamo ancora iniziato il percorso qua.** *Cioè con Alessandro, Irene, mi ricordo ancora il primo incontro con loro comunque. (…) Ero molto diffidente comunque, cioè ero arrabbiata con mia madre più che altro*
- *DOTT. FOTI - (…) Ti sembra che questo percorso ti abbia aiutato in che cosa?*
- *VERONICA - Ehm,* ***ad essere consapevole e comunque a starci bene lo stesso.*** (pp.284-285)

Anche in relazione al presunto abuso, il terapeuta appare attento a seguire quanto spontaneamente portato da Veronica, a rimanere in ascolto dei suoi ricordi, dei suoi vissuti e aperto a diverse ipotesi circa il conflitto espresso dalla ragazza sul volto del presunto abusante. Il dott. Foti semplicemente accetta e invita la paziente ad accettare e ad esplorare tale conflitto e tale confusione, senza mai spingere a favore di una o dell'altra ipotesi. Ancora una volta appare centrato più sui vissuti espressi dalla ragazza che non sulla ricostruzione di "fatti" che rimangono confusi, in uno sforzo di accettazione empatica di tali vissuti e di contrasto all'auto-colpevolizzazione e all'auto-deprecazione.

Si ricorda qui, infine, quanto evidenziato dalla letteratura scientifica, ovvero che "non esistono evidenze empiriche sulla possibilità di impiantare falsi ricordi concernenti esperienze emozionali stressanti, traumatiche o croniche"[70], [71].
Nell'ambito della psicoterapia il problema dei falsi ricordi non compare in modo rilevante nelle pubblicazioni dei clinici, perché, una volta accertato il quadro dissociativo e post-traumatico del paziente, la preoccupazione vera dei terapeuti, emergente dalla letteratura, non è quello di incontrare e generare falsi ricordi, quanto piuttosto quella di aiutare i pazienti ad accettare, elaborare e attribuire significato ai ricordi e ai frammenti di ricordi che compaiono.

70Di Blasio P, Vitali R. (2004), Una rassegna degli studi su suggestionabilità e falso ricordo, in Maltrattamento e abuso all'infanzia, 6,1, FrancoAngeli

71 Di Blasio P., Ionio C (2012), Suggestionabilità, partecipazione e connotazione emotiva di un evento: una rassegna della letteratura, in Maltrattamento e abuso all'infanzia, 2, pp. 15-33, FrancoAngeli

Sul piano della psicologia forense dove comprensibilmente il problema dei falsi ricordi è più avvertito, una recente revisione della letteratura scientifica internazionale[72] conclude che:

- le domande suggestive possono indurre errori solamente nella memoria dei dettagli periferici (il tempo, le caratteristiche dell'ambiente circostante…), mentre non possono impiantare un falso ricordo ex novo (cioè non hanno il potere di determinare un falso ricordo di un evento traumatico);
- anche l'alterazione degli elementi marginali del racconto viene riscontrata solo nel 25% dei soggetti studiati;
- la suggestione può interessare eventi plausibili, potenzialmente comuni nella vita e nell'esperienza di un bambino, mentre non esistono prove a sostegno della capacità suggestiva rispetto a esperienze "sconosciute e rare" nella vita di un bambino ed emozionalmente stressanti e traumatiche[73],[74].

Recenti studi condotti sul rapporto tra suggestionabilità e partecipazione all'evento hanno, inoltre, dimostrato come il coinvolgimento personale rispetto alla semplice osservazione potenzi la resistenza alla suggestionabilità[75]: nei casi in cui un bambino venga direttamente coinvolto con un'esperienza personale (come avviene, appunto, nell'abuso sessuale) piuttosto che osservata o ascoltata, la suggestionabilità è minima. Queste ricerche hanno dimostrato, inoltre, una maggiore resistenza alle suggestioni se l'evento vissuto direttamente dal bambino ha valenza negativa. La partecipazione diretta e la connotazione emotiva in senso negativo dell'evento esperito dal bambino rappresentano variabili in grado di rafforzare la traccia mnestica e, di conseguenza, la resistenza alle domande suggestive.

72 Di Blasio P, Vitali R., 2004, Una rassegna degli studi su suggestionabilità e falso ricordo, in Maltrattamento e abuso all'infanzia, 6,1, FrancoAngeli

73 https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00457.x

74 Petruccelli F, Verrastro V, Santilli M.: *Memoria e suggestionabilità nell'età evolutiva*. Franco Angeli Editore, 2007.

75 Di Blasio P., Ionio C., 2012, Suggestionabilità, partecipazione e connotazione emotiva di un evento: una rassegna della letteratura, in Maltrattamento e abuso all'infanzia, 2, pp. 15-33, FrancoAngeli

6. L'EFFICACIA DEL LAVORO TERAPEUTICO DEL DOTT. FOTI CON VERONICASOLETTI

Se si analizzano le 14 sedute del percorso terapeutico effettuato dal dott. Foti con VeronicaSoletti sulla base delle trascrizioni dei colloqui e soprattutto dell'osservazione dei video si può osservare che con il procedere delle sedute si registra un rilevante processo di cambiamento della paziente.

Il processo di trasformazione psicologica di Veronica attraverso la psicoterapia con il dott. Foti da marzo del 2016 a novembre dello stesso anno può essere stato favorito indubbiamente da alcuni fattori contestuali che hanno agito in senso positivo e convergente con la psicoterapia. Ci riferiamo, innanzitutto, all'intervento contestuale di sostegno degli operatori del servizio sociale nei confronti di Veronica e del suo nucleo familiare. Da questo intervento è derivato l'allontanamento agli inizi del 2016 dalla situazione traumatogena che Veronica viveva nell'istituto scolastico, dove subiva pesanti ed aggressive avance sessuali da un compagno, in un ambiente dove la ragazza pativa un forte senso di isolamento e di mancanza di protezione, e l'inserimento sufficientemente buono in un ambiente scolastico meno disturbante. Altresì ha inciso, a detta della stessa Veronica, l'interruzione dei rapporti con il padre; nonché la realizzazione di un'esperienza arricchente presso la Caritas di Roma.

Ma è incontestabile che il processo di cambiamento della ragazza avviene su un piano profondo, su aspetti rilevanti del suo funzionamento psicologico e, pertanto, riconducibile alla psicoterapia effettuata.
Ovviamente, il percorso terapeutico con il dott. Foti in questa prima tranche (da marzo a novembre 2016) è troppo breve per generare un percorso di guarigione risolutivo e definitivo nella paziente, a fronte di una vicenda familiare travagliata come quella da cui proviene Veronica e a fronte della rilevante sindrome traumatica da lei presentata. Nuove e pesanti situazioni negative ambientali e relazionali interverranno l'anno successivo, condizionando l'evoluzione psichica e comportamentale della paziente. Pertanto la seconda tranche della psicoterapia, che si svolgerà nel 2017-18, avrà caratteristiche e problematiche completamente diverse.

Qui vogliamo documentare il cambiamento della paziente, avvenuto a seguito della prima tranche di psicoterapia. E' utile effettuare una valutazione analitica, seduta per seduta di questo processo evolutivo, ma vogliamo evidenziare preliminarmente tre aspetti dove il cambiamento è risultato consistente e palese.

1. **Dall'autoaccusa alla comprensione della propria situazione di soggetto traumatizzato.**

Con l'avvio della psicoterapia Veronica inizia a narrare e ad affrontare una serie di esperienze traumatiche che vanno dall'età infantile alla situazione attuale. Quella più recente, subita da parte del compagno di scuola, probabilmente non è una violenza sessuale vera e propria, ma è sicuramente una molestia grave, che oltretutto si ripete per un certo periodo per l'incapacità di Veronica di difendersi e per l'indifferenza dei compagni di scuola e degli insegnanti. Si tratta di un'esperienza che ha avuto un forte

potere di riattivare nella ragazza i ricordi traumatici relativi alle esperienza precedenti (il rapporto sessuale impostole ai 13 anni dall'ex fidanzato e il possibile abuso avvenuto all'età di 4 anni). Rispetto a queste esperienze, Veronica si pone con una forte auto-deprecazione e un ricorrente **senso di colpa legato alle relazioni con il maschile.** L'immagine di sé è sporca e degradata.

- *DOTT. FOTI - Come ti ha lasciato questa …questa … è una vera e propria aggressione insomma mascherata da un bacio, da una seduzione ma penso che sia stata qualcosa di intrusivo insomma qualcosa di certamente non rispettoso. Tu come ci sei rimasta?*
- *VERONICA- Ma**abbastanza male, cioè sporca** anche (…) **mi sento anche in colpa perché penso che sia stata colpa mia (...)** … cioè **penso di essere stata io a istigarlo.*** (pp. 42-43)

Sempre nel primo colloquio la ragazza afferma: *"Io non potevo prevederlo però comunque… **cioè mi son già successe queste cose e quindi dovrei stare attenta a chi mi si avvicina comunque**. (…) E quindi dovevo tenerlo a distanza e basta"* (pag.44)

Quando inizia la psicoterapia compare in Veronica in modo rilevante quella che viene definita dagli esperti di psicologia del trauma una tendenza all'**"autoaccusa caratteriologica"**[76], cioè la tendenza a cercare dentro di sé la responsabilità dei traumi che si sono subiti. **L'autoaccusa comportamentale** che compare nella vittima di un trauma può avere una funzione adattativa (per es. "lo stupro è avvenuto non perché io sono fatta male, ma perché quella sera ho sottovalutato che quella persona era pericolosa"). In base a questa tipologia di autoaccusa la vittima può imparare qualcosa. L'**autoaccusa caratteriologica invece è autodistruttiva, perché in modo irrazionale attribuisce al sé,** inun attacco indiscriminato al sé, **la colpa del trauma** (per es. "lo stupro è avvenuto perché in me c'è qualcosa che non va e le violenze me le vado a cercare…").

- *VERONICA - Mh… boh, **mi sembra di aver fatto qualcosa di male** siccome mi sono capitate tutte a me.* (pag. 106) *"**Non posso fare a meno di darmi io la colpa di qualcosa, non ce la faccio a non darmi la colpa**. Forse perché mi sento meglio a dare la colpa a me stessa."* (pag. 111)

Nel corso delle sedute cresce gradualmente una **capacità di differenziazione e di distanziamento dalle figure abusanti maschili**. Veronica diventa in grado attraverso le riflessioni e le drammatizzazioni di contrapporsi a queste figure; si rafforza una capacità critica nei confronti della figura paterna; recupera alcuni ricordi in cui percepisce con più chiarezza i comportamenti violenti ai suoi danni; riesce in qualche misura a contattare il proprio dolore, la propria impotenza, la propria rabbia. In altri termini, Veronica riesce a comprendere, anche se parzialmente, che i suoi sintomi e i suoi problemi sono la conseguenza delle situazioni traumatiche che ha vissuto e non sono la conseguenza del fatto che in lei c'è qualcosa di sbagliato.

Si rafforza nel corso della terapia un atteggiamento di comprensione della propria condizione di vittima e di **apprezzamento della propria capacità di resilienza**. Veronica si

76Janoff-Bullman R., *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. Free Press, New York, 1992

rende conto che, nonostante tutte le esperienze traumatiche subite, ha conservato un'energia positiva:

- *DOTT. FOTI - Ora ci fermiamo e dimmi un poco, se hai voglia di dirmi che cosa ti ha colpito di questa seduta, di questo colloquio che abbiamo fatto?*
- *VERONICA- Mh… cioè… del fatto di… come posso spiegare? Ehm… cioè mi sono sorpresa un pochino di me. (…) cioè* ***il fatto di essere rimasta così****, nonostante tutto quello che mi sia successo.*
- *DOTT. FOTI - Di essere rimasta così come?*
- *VERONICA - In…* ***possiamo dire "in positivo"*** *(con le mani fa segno delle virgolette).*
- *DOTT. FOTI: Ah ah, è uno stupore realistico, è uno stupore realistico che coglie qualcosa che non dovrai mai dimenticarti: che sei una sopravvissuta, tu sei una sopravvissuta alla grande con una serie di ferite, cicatrici, sfiducie, ma sei sopravvissuta con un atteggiamento… con un'energia positiva!* (pp. 117-18)

Col procedere della psicoterapia, la paziente comprende attraverso un processo di riflessione e di elaborazione realistica che di fronte agli eventi traumatici è risultata impotente e non colpevole.

- *VERONICA - Sì, più o meno sì. Però* ***alla fine io ho capito che non ci potevo fare niente****.*
- *DOTT. FOTI - (…) "Alla fine ho capito che non ci potevo fare niente". Cioè?*
- *VERONICA -* ***Io mi son sempre data la colpa di non essere riuscita a fare qualcosa.***
- *DOTT. FOTI - A reagire, a difenderti.*
- *VERONICA - Esatto.*
- *DOTT. FOTI - E invece adesso in maniera molto saggia ti dici che eri una bambina molto piccola. Quanti anni potevi avere Veronica?*
- *VERONICA - Ehm …non me lo ricordo tantissimo però è stato prima della separazione dei miei genitori… Boh, tre o quattro anni.* (pag. 306)

Il dott. Foti rinforza la capacità della paziente a superare **una valutazione dell'esperienza traumatica patita in termini di auto-attribuzione della responsabilità**. La colpa nasce infatti dall'illusione che l'evento traumatico avrebbe potuto essere controllato![77]

- *DOTT. FOTI - In effetti non possiamo aspettarci che una bambina di tre o quattro anni possa difendersi da un adulto che vuole toccarla nelle parti intime o vuole toccare il suo corpo in modo disturbante, come fa sta bimba di quattro anni? Quindi mi pare molto saggio questo, quando dici: "Alla fine ho capito che non ci potevo fare nulla." Nel ricordo c'è tristezza e c'è rabbia capisco.* (pag. 306-307)

Il lavoro terapeutico produce una riduzione significativa dell'auto-deprecazione per le vicende traumatiche che ha subito. Veronica alla decima seduta si accorge che il proprio benessere dipende dalla distanza dalle figure traumatizzanti che le hanno fatto del male.

- *VERONICA: Mh …non lo so cioè* ***mi sento diversa, non lo so spiegare, cioè, mi sento più consapevole di quello che può succedere*** *(alza improvvisamente il tono della voce)*

77 De Zulueta F., *Dal dolore alla violenza*, Cortina, 1999.

cioè non lo so! ***Cioè mi sento al sicuro diciamo.*** (pag. 224)

Risulta, dunque, che **la psicoterapia sta contribuendo ad un processo di crescita esperienziale e psicologica della paziente**. E questo processo di crescita coincide con una capacità di ***"stare a distanza"*** (anche e soprattutto emotiva) da chi l'ha fatta soffrire, in particolare dal padre e di non avere *"più contatti"* con lui (pag.227).

- *DOTT. FOTI: … allora volevo capire qual è il pericolo che senti meno presente, cos'è che ti fa sentire al sicuro rispetto a cosa?*
- *VERONICA: Mh… beh allora* ***stare a distanza da mio padre.*** *(…) Ehm … anche da… beh dal suo amico… il suo compare, ehm…*
- *DOTT. FOTI: …* ***li senti collegati tuo padre e il suo compare?***
- *VERONICA:* ***Sì.***
- *DOTT. FOTI: Eh, li senti collegati, Eh! Quindi ti senti più distante?*
- *VERONICA: Sì, poi … mh…* ***anche da Rubio*** *che comunque cioè non lo vedo da… non lo vedo più….* (…)
- *DOTT. FOTI: Non lo vedi più?*
- *VERONICA: No, è* ***questa è una cosa positiva****.* (pp. 225-226)

La paziente fa derivare **il vissuto di sicurezza dalla distanza fisica –** ma certamente anche mentale per il lavoro terapeutico svolto **– dalle figure da lei associate ad esperienze traumatiche**. Il nesso viene esplicitato con spontaneità e chiarezza da Veronica che esprime la consapevolezza di quanto sia positivo per lei non vedere più il padre. Inoltre, la ragazza si sente meno spaventata e più capace di tener testa al padre.

- *DOTT. FOTI - Se oggi lo incontrassi, come reagiresti?*
- *VERONICA - Ah… (sospira) non lo so sinceramente, cioè non so se andrei in panico … beh, di sicuro* ***non avrei paura di lui****.* (pag. 227)

2. **<u>Dalla depressione alla vitalità.</u>**

In base a quanto afferma nell'incontro del 16 febbraio 2016 la madre e conferma la dott.ssa Greggio, psicologa dei servizi sociali, presente al colloquio, Veronica, **prima di iniziare la psicoterapia**, è una ragazza che non vuole andare a scuola, che fa fatica ad alzarsi, che manifesta rabbia ed insoddisfazione, che ha aspri conflitti in casa con la madre, che subisce comportamenti violenti ed irriguardosi a scuola e dai ragazzi senza avere la forza di reagire.
Nel colloquio preliminare alla psicoterapia di Veronica, la madre descrive una situazione psicologica e comportamentale della figlia coerente con un quadro depressivo marcato, ben lontano dalla ragazza *"solare ed estroversa"* riferita in S.I.T. quattro anni dopo, affermando che sarebbe stata la psicoterapia ad alterare la solarità e l'apertura al mondo di Veronica.
Veronica stessa esprime nelle sedute iniziali un'immagine particolarmente negativa di sé e della propria vita. Per es. nella terza seduta afferma:

- *DOTT. FOTI - E invece l'aspetto negativo il bilancio di…di… come l'hai definito? Di fallimento, come l'hai definito il bilancio, eh?*

- *VERONICA - Uno **schifo di vita?***
- *DOTT. FOTI - "Uno schifo di vita", da cosa da cosa lo ricavi?*
- *VERONICA – **Beh, dall'infanzia che ho avuto, dal padre che ho avuto, da tutto quello che mi è successo dalle persone che ho incontrato**.* (pp. 92-93)

L'immagine di sé è profondamente **negativa e colpevole.**Emergono un consistente vissuto depressivo ed un palese disamore per la vita.

- *VERONICA - Mh a volte penso di… cioè, come lo posso chiamare, **non vorrei essere mai nata.** (…)Sì, **perché so che sono io che faccio del male a mia madre.***
- *DOTT. FOTI - Un pensiero quindi di colpevolezza, come se fossi tu e soltanto tu la responsabile che so del disagio di tua mamma, quindi un pensiero molto negativo: "Non avrei mai voluto nascere".* (pag. 188 - 189)

L'immagine negativa di sé alimenta i pensieri depressivi e **suicidari**di Veronica.

- *VERONICA - Cioè io comunque ho anche pensato di **mollare tutto** e di dire "basta", però comunque alcune volte ci tengo un po' alla mia vita. Però sono rare quelle volte….*
- *DOTT. FOTI - Sono rare quelle volte… e mollare tutto cosa sarebbe per esempio?*
- *VERONICA - Mh… **porre fine alla mia vita.***
- *DOTT. FOTI - Hai fatto qualche volta la fantasia brutta del suicidio?*
- *VERONICA - Mh…sì… ma **più che altro che qualcun altro mi uccidesse...*** (pp. 86-87)

Man mano procedono le sedute, la ragazza esce dal quadro depressivo, acquisisce energia, si adatta sempre meglio al nuovo ambiente scolastico. **Si apre ad un rapporto di fiducia e di confidenza con il terapeuta**, si impegna nella psicoterapia, rendendosi disponibile a fare un viaggio di 50 Km dopo la scuola per recarsi alle sedute. Sviluppa una nuova capacità di iniziativa, per cui compie per alcune settimane un viaggio a Roma, dove s'impegna in un'attività di aiuto sociale con la Caritas.

Al termine del percorso terapeutico documentabile con la videoregistrazione, sul finire della quattordicesima seduta, il dott. Foti chiede a Veronica un riscontro su com'è andata. La paziente esplicita **un'importante acquisizione di consapevolezza:la maggiore chiarezza sul passato ha generato benessere**.Su un piano psichico profondo l'immagine negativa di sé non è certo venuta meno completamente, il dolore per il passato rimane, maVeronica segnala un dato rilevante: **i pensieri suicidari non sono più presenti.**

- *VERONICA: E' andato bene, ehm… diciamo che forse ha messo un po' in chiarezza alcune cose, però … cioè, sento che non sto male.*

- *DOTT. FOTI: Perché precisi questo elemento, io ti capisco, perché ti viene da precisare: "Sento 'pero' che non sto male"? Perché "però'"?*
- *VERONICA: Perché* ***prima comunque stavo sempre molto male su queste cose che mi sono successe.***
- *DOTT. FOTI: Il malessere era molto pesante, dunque.*
- *VERONICA: Sì, cioè, non so,* ***adesso non lo sento più questo dolore, cioè c'è però non così tanto da pensare di uccidermi.*** (pag. 375-376)

L'elaborazione terapeutica, anche se parziale, della sofferenza post-traumatica sta alla base del superamento dei suoi vissuti suicidari. Il quadro depressivo è venuto meno non solo e non tanto a seguito di circostanze esterne più favorevoli, ma a seguito di un cambiamento interiore. Il superamento della depressione, evidentissimo con il procedere delle sedute, in particolare in quelle immediatamente precedenti e successive all'estate, può essere dedotto non solo dalle affermazioni di Veronica, che pure sono rilevanti e numerose. Oltre alle parole sono le immagini dei video che dimostrano che l'atteggiamento, l'aspetto, la postura, le espressioni del viso della paziente sono senza dubbio cambiati, evidenziando tratti di una nuova vitalità.

Dalla settima seduta diventa evidente una tendenza al miglioramento dell'umore e della capacità di iniziativa e della stessa capacità di sorridere di Veronica.

- *DOTT. FOTI - Tu mi avevi descritto che nella tua mente c'è come un'oscillazione fra una parte positiva, che si apre al futuro che ha delle idee anche di obiettivi da realizzare, obiettivi affettivi, obiettivi di altro genere e invece un'altra parte molto più negativa che mette in dubbio il tuo futuro, mette in dubbio te stessa… e in questa fase, com'è questa oscillazione? (…) Come va il conflitto fra queste due parti in questo periodo?*
- *VERONICA - Mh diciamo che non c'è più molto questo conflitto, diciamo che* ***sono molto più positiva che negativa*** *(…) quindi sto anche abbastanza bene, non lo so (ride)*
- *DOTT. FOTI - E questo lo dice anche una certa espressione serena, sorridente del tuo viso.* (pag. 182).

Il cambiamento che si registra nella paziente attiene dunque al mondo intrapsichico. Più oltre si può compiere un'ulteriore verifica:

- *DOTT. FOTI - Tempo fa quando avevamo parlato di queste due parti, una positiva la fiducia anche nel futuro, mi avevi detto anche la voglia un domani di diventare psicologa, comunque di fare delle cose belle nella vita, eh e poi invece mi avevi parlato di una parte che scoraggia, che produce dei pensieri negativi "Non combinerai mai niente di buono," "La cosa finirà male" pensieri di questo genere. Ti ricordi?*
- *VERONICA – Sì*
- *DOTT. FOTI - Com'è adesso questa parte qua? E' aumentata, è diminuita, è stabile, cosa mi dici su questo?*
- *VERONICA - Ehm …* ***E' molto diminuita*** *devo dire. (…) Sì perché comunque … okay, ogni tanto, quando sono molto giù che capita comunque poche volte. (…)* ***Ogni tanto si fa viva questa parte, però comunque riesco a metterla a tacere.***(pag. 312)

Risultano significativi i riscontri emotivi che Veronica dà al termine di alcune sedute:

DOTT. FOTI - Certo e poi hai parlato un po' del tuo passato e un po' del tuo futuro. Benissimo allora adesso ti chiedo un'emozione con cui vai via
VERONICA - Mh… ***un po' di gioia... io sento che sto vedendo la luce,*** *diciamo.* (pag. 195)

Nell'ultima seduta prima delle vacanze. L'emozione con cui Veronica va via è quella di ***"felicità".*** (pag. 268)

- *VERONICA: "Diciamo che* ***mi sento bene, non sento che dipendo da qualcuno. Cioè il fatto di essere libera, si può dire che riesco comunque a comportarmi bene in certe situazioni".*** *(pag. 269)*

L'ultima comunicazione dell'ultima seduta, di cui si conosce la registrazione, è significativa:

- *DOTT. FOTI - Allora dimmi l'emozione con cui vai via, magari se hai voglia.*
- *VERONICA - Mh…* ***Soddisfatta?***
- *DOTT. FOTI - Sei soddisfatta. Magari ti chiedo di ripeterti, sono un po' curioso, magari un po' pignolo, ma mi viene, voglio capire, soddisfatta in particolare di che cosa?*
- *VERONICA -* ***Di me.*** (pag. 377)

3. **<u>Dal senso di disvalore della propria vita alla voglia di impegnarla su obiettivi importanti</u>**

Veronica all'inizio della psicoterapia è condizionata da un'immagine della propria vita, segnata da un profondo disvalore di sé, dalla sensazione di essere portatrice di una storia personale e familiare pesante e condizionante. Come si è visto, afferma di aver vissuto *"uno schifo di vita"* e dice: *"Non vorrei mai essere nata".* Per Veronica la vita è priva di valore e di senso come si deduce da diverse affermazioni:

- *VERONICA -* ***"Io penso che la mia vita non valga niente…"*** (pag. 52)
- *DOTT. FOTI - Cosa produce,* ***cosa provoca dentro di te l'idea che la tua vita non valga niente?***
- *VERONICA - Beh…cioè sono… è molto deprimente questa cosa.*
- *DOTT. FOTI - Eh, certo, eh.*
- *VERONICA - Però* ***non riesco a pensarla diversamente.*** *(pag. 53)*
- *VERONICA -* ***"Io penso solo che la mia vita non vale e se morissi adesso non importerebbe".*** (pag.54)

Veronica ha perso la fiducia in qualsiasi prospettiva futura.

(…) VERONICA - Cioè il fatto che io…cioè ***ho paura di non riprendermi più…*** (pag. 108)

Dopo l'estate, a seguito della progressiva elaborazione di alcuni schemi depressivi, emerge il desiderio di Veronica di cercare un obiettivo nella vita, di dare significato alla propria

esistenza, di esprimere la propria energia affettiva e vitale, impegnandosi per gli altri. L'avvicinarsi al **piano dei valori, degli impegni e degli obiettivi** rappresenta sempre un indicatore di un progresso psicologico, indubbiamente favorito nel caso di Veronica dalla psicoterapia. Nel corso della dodicesima seduta non potrebbe essere più chiara:

- *VERONICA - Il fatto di voler fare qualcosa di importante, di avere un obiettivo (…) sì penso che ne valga abbastanza la pena (…) Okay si dice che il mondo non si può cambiare, ma* ***volerlo migliorare un pochino*** *(…). Vorrei riuscire, a fare capire delle cose alle persone, io avrei sempre voluto andare in Africa, mi sarebbe piaciuto un sacco, vorrei andarci ad aiutare le persone lì, diciamo che io penso di essere fatta per aiutare le persone.* (pag. 313 -314)

Veronica comunica anche il proprio **progetto di diventare psicologa** (pag 315 sgg.). Il progetto ha qualche ingenuità ma è sicuramente indicativo di una rilevante apertura al mondo e al futuro. Vorrebbe andare a lavorare per pagarsi l'università. Non le piacerebbe fare la psicologa privata, preferirebbe lavorare per un impegno sociale, per esempio aiutare i tossicodipendenti.

Procediamo ora con l'analisi seduta per seduta del percorso di cambiamento della paziente. Ci soffermeremo in modo particolare sull'ultima seduta dove è possibile fare un'ulteriore analisi dei cambiamenti e delle trasformazioni psicologiche intervenuti nel corso del lavoro terapeutico.

Prima seduta

La prima seduta risulta molto significativa di come alcuni atteggiamenti del terapeuta contribuiscano a generare cambiamenti nella paziente.

Veronica arriva spaventata all'incontro, in sala d'aspetto ha pensieri di recriminazione e dubbi sul fatto di aver accettato il progetto della psicoterapia, è appesantita da vissuti spiacevoli di tristezza, di colpa e di sfiducia, è molto diffidente per la prospettiva di rapportarsi ad una figura maschile per di più in un contesto dove sa che sarà osservata dietro lo specchio da un gruppo di psicoterapeuti.

Lo stato d'animo di Veronica muta nel corso dell'incontro. I comportamenti e gli atteggiamenti[78] del terapeuta che favoriscono il cambiamento in questa seduta - e che peraltro si prolungheranno nelle sedute successive – come abbiamo visto - possono essere così schematicamente riassunti:

1) **accoglienza e comprensione empatica**
2) **interventi di comprensione empatica della condizione di vittima**
3) **partecipazione emotiva ed affettiva** alle difficoltà e alle problematiche espresse dalla paziente
4) **interventi di valorizzazione psicologica**

78 Gli atteggiamenti clinici descritti fanno riferimento alla psicoterapia centrata sul paziente, introdotta già negli anni '50 da Carl Rogers. Cfr. -Rogers C., Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. London: Constable, 1951

5) **assunzione di una linea di attenzione, di condivisione e di validazione delle emozioni**
6) **impegno ad evitare sollecitazioni doveristiche**
7) **interventi di decolpevolizzazione**
8) **comunicazione di "messaggi Io"**[79]
9) **impegno alla trasparenza**

Tutti questi interventi fanno riferimento ad una precisa impostazione: quella centrata sulla crescita dell'intelligenza emotiva e quella fondata sul rispetto, sulla valorizzazione, sulla messa in sicurezza del paziente (messa in sicurezza non solo concreta ma anche e soprattutto psicologica) per creare le premesse per l'elaborazione del trauma.

La "partecipazione affettiva" del terapeuta, il suo impegno interattivo ed empatico, la barra del timone sempre orientata al rispetto e all'esplorazione delle emozioni consentono a Veronica di esprimere con autenticità ed intensità emotiva la propria incapacità di difendersi, la propria inibizione ad esprimere la rabbia, la propria abitudine a sentirsi in colpa anche quando sono gli altri a farle un torto, un vissuto depressivo profondo.

- *VERONICA - Io non ce la faccio a prendermela con qualcun altro.*
- *DOTT. FOTI - Caspita!*[80]
- *VERONICA: Cioè arrabbiarmi,* ***preferisco dare la colpa a me stessa.***
- *DOTT. FOTI - E' una cosa grossa quella che dici, come mai?*
- *VERONICA- Mh… perché penso che gli altri non se lo meritano*
- *DOTT. FOTI - Ahah, e tu invece sì….* (pag. 51)

Quello che avviene nel primo colloquio è indicativo dei processi di trasformazione indotti dalla terapia. La paziente parte da una forte diffidenza ad accettare il setting terapeutico per la forte ansia di essere guardata e giudicata. C'è il lei una grande difficoltà ad entrare in contatto con se stessa in un contesto sconosciuto e rischioso. Alla fine della seduta la relazione interpersonale che il terapeuta sa costruire con la paziente consente a quest'ultima di avvicinarsi al proprio mondo interno, al punto di sentire la pena per se stessa, al punto di commuoversi nel pensare alla propria tendenza a dare la colpa a se stessa e alla propria incapacità di difendersi.

- *DOTT. FOTI - Questo è un punto molto doloroso se posso chiederti è un punto difficile per cui non pretendo.* ***Adesso ti sei commossa eh… eh… qual è il pensiero che ti ha fatto commuovere?***
- *VERONICA - Ehm…ehm … che* ***io penso che la mia vita non valga niente.*** (pag. 52)

E più oltre:

- *VERONICA - Ehm…* ***io penso solo che la mia vita non vale e se morissi adesso non***

79- Gordon T., P.E.T. Parent Effectiveness Training: The Tested New Way to Raise Responsible Children. David McKay Company, 1970
- Gordon Training International, 2012, The Do's and Don'ts of I-Messages. Disponibile da http://www.gordontraining.com/leadership/the-dos-and-donts-of-i-messages/

80 Nella trascrizione del file audio di Roberto Ottaviano si legge *"capita"* al posto di *"caspita!"*

importerebbe.

Al termine della prima seduta il riscontro della paziente è inequivocabile:

- *VERONICA:* ***Mi sento più a mio agio adesso. Non mi sento a disagio come prima****, Mi sento…cioè non mi sento neanche più tanto pesante."* (pag. 59)

Quindi, il dott. Foti chiede a tutti i presenti, anche a se stesso, di comunicare che cosa ci si porti via della seduta. Veronica ribadisce di essersi sentita a proprio agio.

- *VERONICA: Ehm … allora …a me* ***mi ha colpito di sentirmi a mio agio****, perché a volte io mi sento molto ehm… come posso dire? molto a disagio e questo mi ha colpito.*
- *DOTT. FOTI: Molto a disagio nelle…nel dialogo con gli altri?*
- *VERONICA:* ***Sì, a parlare di me. (...) Ehm ...mh... niente, mi sono sentita a mio agio.*** (pag. 66).

<u>**Seconda seduta**</u>

Il colloquio inizia con la comunicazione da parte della paziente di un'esperienza che ha vissuto come un cambiamento significativo. Veronica riporta **un recente episodio nel quale pensa di essersi comportata in un modo diverso dal solito con un atteggiamento più sicuro e soddisfacente.**

- *VERONICA - C'era una mia compagna che si è arrabbiata con me per il suo ex ragazzo che dice che ci prova con me. Però io gli ho detto fin da subito che non voglio problemi. Che ce ne ho già abbastanza di miei. (...) Le ho detto: "Guarda è inutile che te la prendi come me. Io non sto facendo niente. Io non c'entro niente e …", lei sembra che ha capito…(…) però, c'è… è strano perché comunque io …ehm… non sono mai andata a parlare con una persona che ce l'aveva con me,* ***non ho mai avuto tutto questo coraggio e allora mi sono detta: "Dai! questa volta ce la fai!" e sono andata a parlare.*** (pag. 69)

E' possibile che il contesto di accoglienza nel quale si è sentita contenuta in prima seduta, cominci a sortire i primi piccoli risultati. La paziente accetta, inoltre, di iniziare il lavoro di psicoterapia con il dott. Foti, rinunciando alla presenza della dott.ssa Greggio.

- *DOTT. FOTI - Hai un viso un po' più riposato, più rilassato dell'altra volta, o è una mia impressione?*
- *VERONICA - Sì, sono un po' più tranquilla.*
- *DOTT. FOTI - Ah ahah****Cos'è che ti ha aiutato ad essere più tranquilla?***
- *VERONICA -* ***Beh, l'incontro dell'altra volta...***
- *DOTT. FOTI- Ah ah*
- *VERONICA – Ehm …****e anche il fatto che sono riuscita a parlare con questa ragazza e risolvere il problema.***
- *DOTT. FOTI - Eh già, eh già, certo, hai verificato una capacità, hai … ti sei messa alla prova e ci sei riuscita.*
- *VERONICA -* ***Ho capito che non è così difficile risolvere i problemi****, quindi…* (pag. 71)

La paziente si sente più sicura nella relazione con il terapeuta ed accetta di proseguire il lavoro con lui da sola.

- *DOTT. FOTI - **Tu te la sentiresti di parlare da sola con me?** O sei più tranquillizzata dalla figura di Irene che tra l'altro conosci. Come ti trovi qui rispetto questa componente?*
- *VERONICA - Io mi trovo bene, cioè non so come sarebbe se ci fossimo solo noi due (indica se stessa e Claudio Foti) così mi trovo bene. Non lo so… (abbozza una risata)*
- *DOTT. FOTI - Non sai... se vuoi che proviamo, quando vuoi che proviamo possiamo farlo. Segnalamelo tu ok?*
- *VERONICA - Si.*
- *DOTT. FOTI - Si, ti riferisci a che cosa?*
- *(…) VERONICA- Che**ci voglio provare.*** (pag.72)

Il terapeuta fa poi al riguardo un'interpretazione di transfert e **restituisce alla ragazza un collegamento tra il fatto che abbia voluto mettersi alla prova affrontando direttamente la sua compagna di scuola così come ha il desiderio di mettersi alla prova nella relazione con lui.**

Al termine di tutte le sedute il dott. Foti s'impegna ad ascoltare il vissuto emotivo della paziente per aprirsi alla verifica di quello che è successo sul piano emotivo nel corso del colloquio.
Veronica al termine della seconda seduta esplicita in modo autentico un vissuto emotivo duplice: spiacevole per aver contattato gli aspetti penosi della propria vicenda, ma piacevole in quanto comincia a comprendere che soltanto il contatto consapevole e condiviso con la propria storia può far crescere tranquillità e benessere.

- *VERONICA - Mh… un po' di tristezza per la mia storia (…) e anche un po' più tranquilla. Cioè **io ogni volta che vengo qua e quando esco sono sempre un pochino più tranquilla.*** (pag. 90)

<u>Terza seduta</u>

La terza seduta si caratterizza per la notevolissima quantità di riferimenti alle esperienze traumatiche ed avversive vissute. Si esprime una sorta di sommario di ricordi, problemi e vissuti penosi della paziente e si registra una prima accelerazione del movimento elaborativo delle vicende traumatiche del passato.
I contenuti che si succedono sono particolarmente impegnativi e dolorosi: l'abbandono dal parte del padre; il panico per la percezione di un rischio di abuso nel vedere il padre e la sorella abbracciati sul letto; il conflitto tra il voler recuperare i ricordi traumatici e l'inevitabile dolore necessariamente da affrontare per riattraversare il passato; l'elencazione delle violenze patite con un riferimento emotivamente coinvolgente alla violenza sessuale subita ai tredici anni; i vissuti di spaesamento e di disorientamento connessi alle esperienze traumatiche subite sia nell'infanzia che nell'adolescenza; il riferimento all'aggressione del compagno di scuola che le ha messo le mani addosso; i vissuti connessi all'immagine negativa di sé e all'autocolpevolizzazione.

Al termine della seduta in risposta alla richiesta di un riscontro emotivo la ragazza mostra di aver compreso bene il rapporto tra la capacità mentale di contattare e di condividere gli aspetti negativi e problematici della propria vicenda e il benessere.

*VERONICA - Sì… cioè … ehm … (*sospira)… però *cioè* ***l'unica cosa bella di venire qua è che comunque dopo mi sento meglio, quindi nonostante questi discorsi io penso che dopo starò meglio.*** (pag.114)

Quarta seduta

Anche nella quarta seduta prosegue il percorso di avvicinamento ai ricordi traumatici del passato. Emerge il tema dell'ineludibilità della memoria traumatica.

- *DOTT. FOTI - Non mi è ancora chiaro, allontanarti da cosa? Capisco che certe volte si ha bisogno di cambiare un po' tutto, voltare pagina. Allontanarti soprattutto da che cosa?* ***Che cosa è che è pesante nella tua vita?***
- *VERONICA -* ***Beh, tutte le cose che mi sono successe***
- *DOTT. FOTI -* ***Ah, i ricordi. Allontanarti dai ricordi***
- *VERONICA -* ***Sì, però comunque penso che non ci si può allontanare da quello che è successo. Te lo porterai sempre dietro.***

La paziente acquista consapevolezza di quanto soffra per la presenza di ricordi traumatici non elaborati.

- *VERONICA -* ***Cioè ci soffro molto, quando ripenso a quello che mi è successo, a, a tutta, tutta la mia vita.***
  (…) DOTT. FOTI - Per esempio soffri tanto perché ti è mancata una figura affettiva, per esempio da parte maschile, e che quella che avevi è morta. O soffri tanto a pensare anche ad altre cose, che non sei stata rispettata?
- *VERONICA - Sì, cioè,* ***ad ogni cosa brutta che mi è successa, tipo i miei abusi, cioè le perdite che ho avuto, la sofferenza, anche della mia famiglia ….***

La paziente si accorge dell'effetto di trasformazione prodotto dal lavoro terapeutico di elaborazione dei ricordi penosi del passato.

- *DOTT. FOTI - Dimmi ancora, poi ci lasciamo, l'emozione con cui vai via*
- *VERONICA - Mh…* ***più leggera è un'emozione****?*
- *DOTT. FOTI - Sì, un senso di leggerezza come stato mentale****, un sollievo… possiamo dire sollievo, mh? Una certa quota di benessere?***
- *VERONICA - Sì,* ***sto meglio****.*
- *DOTT. FOTI - Che nasce secondo te soprattutto da? Cosa può aver generato questo sollievo o quota di benessere?*
- *VERONICA - Mh…* ***il fatto di aver parlato di me, di aver capito alcune cose di me.*** (pp. 118-119).

Quinta seduta

La quinta seduta rappresenta un passaggio molto significativo del processo di cambiamento e di crescita psichica della paziente. Veronica porta in seduta un sogno fatto proprio la notte precedente e che fa riferimento alle molestie subite a scuola da parte del compagno di classe nell'indifferenza generale. Il sogno, contenendo un materiale psichico delicato e profondo della ragazza, testimonia un'apertura di credito e di fiducia della paziente nei confronti del terapeuta.

1. Si esprime una **nuova capacità di Veronica di differenziarsi, di disidentificarsi e di contrapporsi alle figure maschili aggressive o collusive** che le hanno fatto del male, nei confronti delle quali ha sperimentato nel recente e nel più lontano passato atteggiamenti di paura , di identificazione subalterna e di sottomissione. Nel sogno Veronica riesce ad esprimere una nuova ed emergente capacità di contrapposizione non solo nei confronti di questo compagno di scuola, ma anche nei confronti delle figure abusanti del passato.

2. Il sogno esprime in particolare un **desiderio di iniziare ad elaborare l'oscurità in cui è avvolta la figura paterna.** Il terzo personaggio del sogno, che rappresenta una figura del passato ed in specifico il padre, ha quattro caratteristiche:
   a. tende a spaventare;
   b. tende ad ingannare;
   c. tende ad essere confusivo perché maschera la propria malvagità;
   d. tende ad essere confusivo perché maschera la propria identità.

3. Nel sogno Veronica ricorre al **simbolismo del contrasto fra il buio e la luce**, dove il buio rappresenta palesemente l'ambiente violento, la confusione e l'oscurità della memoria, mentre la luce rappresenta la speranza di un cambiamento e la prospettiva di conoscenza e consapevolezza che si è aperta con la terapia. Il conflitto del sogno si scatena proprio perché la figura del compagno di scuola, che l'ha molestata sessualmente, pretende che Veronica chiuda la finestra e non faccia entrare nella stanza il fascio di luce che sta investendo lei e il banco in cui è seduta.

Nel sogno un fascio di luce colpiva il banco in cui stava Veronica, mentre tutti gli altri compagni di classe erano seduti nella zona buia. Ad un certo punto **un personaggio del sogno** - che Veronica associa al compagno di scuola che l'ha molestata – **pretende che Veronica chiuda la finestra,** da cui proviene il fascio di luce che la illuminava, **vuole imporre il buio.**

- *VERONICA - "E mi ha detto: '**Chiudi le tapparelle che c'è la luce'** e io gli ho detto di no. Allora ho cominciato… non so, a tremare tipo, e sono volata avanti. E poi c'era una persona curva sulla cattedra, e poi mi sono svegliata." (pag. 124)*

Se nella realtà la ragazza si era sottomessa all'atteggiamento dominante del compagno di scuola, nel sogno si rifiuta di obbedire e non chiude la fonte di luce.

Da questa seduta, molto intensa sul piano emotivo, Veronica esce con un senso di angoscia, ma anche di soddisfazione. Precisa infatti: "***Però da un lato sono contenta di avere fatto questo sogno"*** (pag. 148).E' angosciata per essersi avvicinata ad un aspetto dissociato, sofferto e conflittuale, della propria vicenda, ma è anche soddisfatta perché intravede la possibilità di integrare un aspetto scisso ma rilevante della propria storia e del proprio Sé.

Sesta seduta

Nella sesta seduta procede il cammino di elaborazione della paziente. **Che la fiducia nel terapeuta e nella terapia stia aumentando è dimostrato dal fatto che Veronica si apre ulteriormente alle comunicazioni concernenti gli aspetti profondi del suo psichismo** e della sua storia. Già all'inizio della seduta comunica due sogni pregni di ansia abbandonica.
Veronica recupera, inoltre, parzialmente un ricordo risalente alle scuole elementari nel quale ha vissuto un'esperienza di impotenza e svalorizzazione, avvertendo un'immagine profondamente negativa di sé, un'esperienza da cui ha cercato di difendersi con una reazione dissociativa.

- *VERONICA - "Mi ricordo quando ero alle elementari e che* ***ero una persona che non parlava per niente...*** *e infatti prendo sempre brutti voti anche alle elementari…****mi han sempre detto che ero intelligente, però non ci ho mai creduto ...****"*
- *(…) VERONICA - "Ho un'immagine di me seduta su una sedia che sto in silenzio mentre la mia insegnante mi sta interrogando tipo cioè non lo so, sono in un'altra …"*
- *DOTT. FOTI - Sei da un'altra parte.*
- *VERONICA - Sì.* (pp. 163-64)

In questa seduta il contatto mentale che la paziente approfondisce con le esperienze traumatiche ed avversive del passato inevitabilmente genera in lei un vissuto di appesantimento emotivo, ma nel contempo migliora in Veronica la consapevolezza che la strada, prospettata dalla psicoterapia, del recupero, dell'elaborazione e dell'integrazione dei ricordi coincide con la strada del superamento della sofferenza.
L'aspetto che ha maggiormente colpito Veronica nel corso della sesta seduta è la possibilità di ricontattare ed elaborare i ricordi traumatici ed è proprio questo a generare un vissuto ambivalente: di angoscia ma anche di speranza.

- *VERONICA - Mh…* ***che posso recuperare i miei ricordi.***
- *DOTT. FOTI - (…) E ancora un'emozione con cui vai via?*
- *VERONICA- Un po' di* ***paura.***
- *DOTT. FOTI - C'è un po' di paura che è stata sollevata da tutto questo.*
- *VERONICA - E un po' di* ***angoscia****.*
- *DOTT. FOTI - Un po' di angoscia eh?*
- *VERONICA-E* ***speranza****.* (pag. 174)

Settima seduta

Nel corso della settima seduta il terapeuta compie una verifica su come la paziente vive il conflitto interno tra le due polarità che si scontrano nella sua mente:

- *DOTT. FOTI - Tu mi avevi descritto che nella tua mente c'è come un'oscillazione fra una parte positiva, che si apre al futuro che ha delle idee anche di obiettivi da realizzare, obiettivi affettivi, obiettivi di altro genere e invece un'altra parte molto più negativa che mette in dubbio il tuo futuro, mette in dubbio te stessa… e in questa fase, com'è questa oscillazione? (…) Come va il conflitto fra queste due parti in questo periodo?*
- *VERONICA - Mh diciamo che non c'è più molto questo conflitto, diciamo che* ***sono molto più positiva che negativa*** *(…) quindi sto anche abbastanza bene, non lo so (ride)*
- *DOTT. FOTI - E questo lo dice anche una certa espressione serena, sorridente del tuo viso* (pag. 182).

Nonostante i vissuti depressivi che Veronica comunica e la descrizione di forti conflitti con la madre la rappresentazione di sé e del percorso terapeutico rimane positiva.

- *DOTT. FOTI - Se dovessi stabilire una proporzione in questo momento, se fosse una partita di calcio (…) fra il polo positivo e il polo negativo, che risultato ci sarebbe in termini di punteggio?*
- *(…) VERONICA – Mh…* ***diciamo 70 a 30.***
- *DOTT. FOTI - Ah, è un bel risultato, su 100 metteresti 70 a 30, un bel risultato, che potrà magari essere anche consolidato, migliorato.* (pag. 192)

L'atteggiamento del dottor Foti è sempre quello di evidenziare i progressi e di consolidare l'autostima al fine di **rafforzare nella paziente le risorse per poter affrontare le componenti problematiche e sofferte** derivanti dalle esperienze traumatiche ed avversive del passato che fanno sentire i loro effetti nel presente. Il dott. Foti chiede da cosa Veronica è stata maggiormente colpita nel corso della seduta ed emerge qual è per Veronica la prospettiva di **un cambiamento profondo** associata alla psicoterapia**: migliorare la consapevolezza, anche quella relativa alle esperienze più brutte, non solo per poter aumentare il senso di sicurezza, ma anche per poter definire gli obiettivi di una vita significativa.**

- *VERONICA- Mh… e… che* ***mi sento più sicura di me****.*
- *DOTT. FOTI: Hai verificato di essere più sicura di te.*
- *VERONICA - Sì.*
- *DOTT. FOTI - Da cosa l'hai constatato, se posso chiedere…*
- *VERONICA - Perché* ***parlando son riuscita a capire delle cose****… più di quando penso, quindi…*
- *DOTT. FOTI - E' importante il dialogo con gli altri.*
- *VERONICA - Sì.*
- *DOTT. FOTI - Per esempio il dialogo qui ti è servito per esempio su che cosa?*
- *VERONICA:* ***Su come ho intenzione di avere una visione sulla mia vita…*** (pag. 195)

Nelle battute finali l'esplicitazione dell'emozione con la quale termina la seduta si accompagna in Veronica alla scelta di utilizzare la simbologia della luce.

- *DOTT. FOTI - Certo e poi hai parlato un po' del tuo passato e un po' del tuo futuro. Benissimo allora adesso ti chiedo un'emozione con cui vai via*
- *VERONICA - Mh…* ***un po' di gioia... io sento che sto vedendo la luce,*** *diciamo* (pag. 195)

Ottava seduta

Nel corso dell'ottava seduta, il terapeuta rinvia a Veronica la percezione che **la sua tendenza ad un umore positivo stia continuando.** Lo deduce da come racconta le proprie giornate, da quanto sta riferendo e dal modo con cui lo comunica. La crescita di fiducia nel percorso terapeutico consente alla paziente di avvicinarsi al dolore e all'impotenza connessi alle esperienze traumatiche patite, in particolare l'esperienza sessuale subita ai 13 anni, che in qualche maniera la ragazza interpreta con la categoria dello stupro.
La ragazza recupera un ricordo traumatico importante e molto delicato concernente la vittimizzazione sessuale e l'intimità sessuale, riuscendo a comunicarlo al dott. Foti, mostrando così che si è rafforzata la fiducia e l'intimità dialogica con il terapeuta.

- *DOTT. FOTI - Un po' di sofferenza. Un po' di sofferenza nel pensare soprattutto a?*
- *VERONICA - Che…come si può dire …* ***la mia prima volta è avvenuta così. In modo non proprio bellissimo, quindi ... mi ha portato via quella cosa lì.***
- *DOTT. FOTI - Eh certo…il piacere di ricordare un'esperienza.*
- *VERONICA - Sì, ma infatti in molti me lo chiedono e io non so cosa dirgli cioè.*
- *DOTT. FOTI - Molti ti chiedono che cosa?*
- *VERONICA - Come è stata la prima volta per me, quindi "Come è stata, bella o brutta?" Io non so cosa dirgli.*
- *DOTT. FOTI - Sembra però che sia stata brutta da quello che mi fai capire.*
- *VERONICA - Sì, sì però* ***non mi va di dirlo.*** (pag. 205)

In un passaggio successivo la paziente fa un'ulteriore apertura di credito verso la terapia e un ulteriore passo in avanti nella consapevolezza di sé: il tema della rabbia verso Rubio, su cui il dott. Foti sta lavorando, viene orientato in modo del tutto inatteso e spontaneo da Veronica verso il padre.

- *DOTT. FOTI - (…) quello che mi dici è che fai fatica a prendere contatto con la rabbia. Questo ti ha violentato, ti ha fatto una cosa terribile, ha violato la persona, ha mancato di rispetto a te come persona, al tuo corpo, ma soprattutto alla tua anima. Mi colpisce che manca la rabbia. Cosa ti fa pensare questo?*
- *VERONICA -* ***L'unica persona per cui io provi rabbia è mio padre. A lui do la colpa di ogni cosa ecco perché non sono arrabbiata con nessun altro.***
- *DOTT. FOTI - Come a dire, una volta che lui è colpevole tutto quello che è successo è la conseguenza delle responsabilità di tuo padre in qualche modo?*
- *VERONICA - Si.* (pp. 209-210)

Al termine della seduta Veronica risponde alla domanda su **ciò che l'ha colpita** maggiormente:

- *VERONICA -* ***Che non riesco a provare rabbia per nessun altro che non sia mio***

padre. (pag. 214)

L'**emozione** con cui la paziente va via è:

- *VERONICA: Un po' di **tristezza** per aver ricordato il mio brutto episodio, ma **sono contenta di essere venuta qua.*** (pag. 214).

E' del tutto comprensibile che il lento progresso della terapia comporti l'avvicinamento contestuale della paziente sia al dato spiacevole della tristezza che al dato piacevole della contentezza. Veronica esplicita la soddisfazione per il percorso terapeutico intrapreso, rafforzando la propria motivazione a proseguire in tale percorso.

D'altra parte anche il terapeuta avendo verificato la **capacità della paziente di reggere al confronto con il dolore traumatico traendone consapevolezza e forza**, si motiva a sua volta a suggerire la prospettiva di un ulteriore cammino di elaborazione delle esperienze scombussolanti del passato.

Nona seduta

Veronica arriva molto carica in seduta, raccontando al dott. Foti il viaggio compiuto a Roma dove si è recata con un gruppo parrocchiale presso la Caritas e dove ha realizzato una nuova esperienza di autonomia personale, di apertura relazionale e di impegno sociale nell'aiuto a persone bisognose. Comunica un cambiamento che non è solo legato alla soddisfazione per l'esperienza compiuta, ma anche al proprio funzionamento psicologico interno.

- *VERONICA: Sto bene. (…) Sì, sono un po' contenta.*
- *DOTT. FOTI: Quindi senti che stai andando avanti?*
- *VERONICA: Sì. (…) C'è sempre un pochino di sofferenza per quello che mi è successo però…*
- *DOTT. FOTI: … però ne puoi parlare, è comprensibile anche che ci sia un po' e che rimanga, cos'è che in particolare ti fa sentire che dentro comunque stai andando avanti? Che processo di – come dire? – di crescita procede… cos'è che ti aiuta ad intravedere questo?*
- *VERONICA: Mh …non lo so cioè **mi sento diversa, non lo so spiegare, cioè, mi sento più consapevole di quello che può succedere** (alza improvvisamente il tono della voce) cioè non lo so! **Cioè mi sento al sicuro diciamo.*** (pag. 224)

Risulta dunque che **la psicoterapia sta contribuendo ad un processo di crescita esperienziale e psicologica della paziente**. E questo processo di crescita coincide con una capacità di ***"stare a distanza"*** dalle figure che Veronica percepisce averle fatto del male.

- *DOTT. FOTI: … allora volevo capire qual è il pericolo che senti meno presente, cos'è che ti fa sentire al sicuro rispetto a cosa?*
- *VERONICA: Mh… beh allora **stare a distanza da mio padre.** (…) Ehm … anche da… beh dal suo amico… il suo compare, ehm…*
- *DOTT. FOTI: … **li senti collegati tuo padre e il suo compare?***
- *VERONICA: **Sì.***

- *DOTT. FOTI: Eh, li senti collegati, Eh! Quindi ti senti più distante?*
- *VERONICA: Sì, poi … mh…* ***anche da Rubio*** *che comunque cioè non lo vedo da… non lo vedo più….* (…)
- *DOTT. FOTI: Non lo vedi più?*
- *VERONICA: No, è questa è una cosa positiva.* (pp. 225-226)

La paziente fa derivare **il vissuto di sicurezza dalla distanza fisica –** ma certamente anche mentale per il lavoro terapeutico svolto **– dalle figure da lei associate ad esperienze traumatiche**: il padre, l'amico del padre e Rubio. Fra loro indubbiamente Veronica stabilisce un legame che a che fare con il male da lei subito.

La comprensione del nesso tra la crescita della sicurezza e la lontananza fisica e mentale da queste tre figure emerge spontaneamente dalla consapevolezza di Veronica.
Siccome Veronica ha affermato che si sente più sicura in quanto si sente più distante, il dott. Foti cerca di approfondire.

- *DOTT: FOTI - … uno potrebbe dire: ma tuo padre, che so, un anno fa era a Mantova, quest'anno è ancora a Mantova e quindi Veronica si sente più lontana dal padre, ma la distanza in senso fisico è rimasta quella, però nel contempo se Veronica dice che si sente più lontana fa riferimento a qualcosa, a cosa? A cosa fai riferimento nel momento che la distanza in chilometri fra te e Mantova è rimasta la stessa?*
- *VERONICA -* ***Perché non ho più contatti con mio padre.*** (pp. 226-227)

La paziente precisa dunque che il proprio benessere e la propria sicurezza hanno iniziato ad aumentare da quando, da qualche mese, ha iniziato a non vedere più il padre. Ed evidentemente il cambiamento interno è costituito dal fatto che si sente meno in colpa e meno spaventata per questo.

Attraverso l'attivazione con la tecnica dell'intervista tratta dallo psicodramma moreniano[81], la ragazza è chiamata ad assumere il ruolo di suo padre, a mettersi nei panni del padre e a rispondere, impersonandolo, alle domande che le verranno rivolte come se lei stessa diventasse il padre (pag. 233 e sgg.).

E' un altro **momento di crescita della consapevolezza della paziente e di sviluppo della capacità di disidentificarsi dal padre**. Veronica riesce ad assumere il ruolo del padre rappresentandolo ed esternalizzandolo e percependone i vissuti di rabbia e rancore, che la figura del padre dentro di sé conserva.

Veronica**nel ruolo del padre** afferma: ***"Ho una rabbia dentro, una rabbia che non si scioglie, anche la rabbia, anche la voglia di vendicarmi".***

Veronica riesce poi ad esprimere i propri vissuti di rabbia nei confronti del padre, il bisogno di interporre una distanza da lui, ma emerge anche un vissuto di **indifferenza**

81 - Moreno J. L., Manuale di psicodramma - vol.1: Il teatro come terapia (a cura di O. Rosati), Ubaldini Roma, 1985.
-.Moreno J. L, Toeman Moreno Z., Manuale di psicodramma - vol. 3: Tecniche di regia psicodrammatica (a cura di O. Rosati), Ubaldini Roma, 1986.
- Moreno J. L., Toeman MorenoZ., Gli spazi dello psicodramma (a cura di O. Rosati), Di Renzo Roma, 1995.
- Moreno J. L., "Il profeta dello psicodramma" (a cura di O. Rosati), Di Renzo Roma, 2002.

indicativo del suo iniziare a prendere una distanza psicologica più che fisica.

- *VERONICA:* ***Spero che tu te ne vada presto.*** (pag. 241)

- *VERONICA - Lì (indicando la sedia del padre) mi sono sentita* ***arrabbiata*** *(…) mi sono sentita, non lo so, un po' arrabbiata.*
- *DOTT. FOTI - Un po' arrabbiata dici… solo un po'?*
- *VERONICA - Sì, perché … non lo so, sentivo anche dell'i****ndifferenza verso mio padre.***
- *DOTT. FOTI - Ah ah beh, hai saputo difenderti, l'indifferenza è anche l'atteggiamento più sano nei confronti di qualcuno che ci ha fatto soffrire e che noi siamo convinti non potrà cambiare e quindi – chissà - a quel punto diventare indifferenti è anche saggio.* (pag. 243)

Sull'intera esperienza Veronica comunica un vissuto di **stupore** e di **soddisfazione**:

- *VERONICA: Eh, sono un pochino* ***stupita di essere riuscita a fare abbastanza bene mio padre.*** (…) *Perché all'inizio, quando me l'avevi chiesto, ti avevo detto che non riuscivo a farlo perché non lo conoscevo abbastanza e invece no, e questo mi ha stupito molto.*
- *DOTT. FOTI: (…) Una sorpresa più sul versante piacevole o più sul versante spiacevole?*
- *VERONICA: Piacevole perché so com'è adesso.* (pp. 243-244)

Nella conclusione Veronica conferma che la cosa che l'ha colpita di più nella seduta è stato proprio "***l'essere riuscita a fare mio padre"*** (pag. 245) in altri termini ad esternalizzare, esplorare e comprendere la figura paterna interiorizzata.
Ancora una volta il riscontro emotivo conclusivo della paziente è di soddisfazione, pur nella consapevolezza di vissuti emotivi spiacevoli.

- *VERONICA: Mh ehm mi sento* ***un po' contenta perché sento che sto andando avanti*** *e ancora un po' … come posso dire? E ancora un po' sofferente e un po' arrabbiata.* (pag. 245)

Il rimando conclusivo del terapeuta, ancora una volta empatico e valorizzante, sottolinea il progresso della paziente.

- *DOTT. FOTI: E' inevitabile, le ferite che hai subito… non sarebbe normale che tu non avessi sentimenti di sofferenza per queste ferite,* ***però non ti condizionano più pesantemente, massicciamente,*** *eh?* (pag. 245)

Decima seduta

E' una seduta importante per verificare i miglioramenti della paziente. Veronica mostra di aver imparato dal percorso psicoterapeutico ad assumere un **atteggiamento mentale più positivo, meno critico e meno giudicante verso se stessa**, attraverso l'interiorizzazione dell'atteggiamento valorizzante e benevolo dello psicoterapeuta. L'atteggiamento che il dott. Foti assume nel corso delle sedute, ispirato ad una posizione di forte vicinanza empatica e di costante comprensione verso le difficoltà della paziente agisce da esperienza

emotivamente correttiva[82].

All'inizio della decima seduta Veronica parla della relazione molto frustrante con il fidanzato che tende spesso a non farsi sentire. Comunica al riguardo il proprio vissuto, dimostrando di aver intuito in qualche misura l'importanza della regolazione dell'autostima:

- VERONICA - "*Non voglio deprimermi questa estate, quindi cerco di pensare positivo, di essere positiva perché comunque ce li ho degli amici cose così, quindi non è che sono da sola se non c'è lui, quindi cerco di viverla questa estate … comunque* ***devo volermi un pochino di bene"*** (pag.250).

In questa seduta prosegue in Veronica il processo di differenziazione e di distanziamento dalle figure genitoriali, naturale tendenza adolescenziale a differenziarsi dai modelli di comportamento.
Con la madre intende trasformare, non certo interrompere il rapporto, rafforzando la propria capacità di negoziazione, quella che le ha consentito di ottenere il permesso per compiere a Roma l'esperienza con la Caritas. Ma nel contempo fantastica di ritornare a Roma portando con sé la sorella e la stessa madre, per condividere con loro i luoghi che ha conosciuto. Vuole difendere la propria autonomia, ma nel contempo vorrebbe mantenere una vicinanza non conflittuale e non è certo interessata a sviluppare un conflitto frontale.

- *VERONICA - **"Non voglio essere in guerra con mia madre"***. (pag. 252)

Profondamente diverso è invece l'atteggiamento verso il padre, nei confronti del quale esprime un'istanza di contrapposizione più netta, un bisogno di distanziamento radicale quale modalità difensiva.

- *DOTT. FOTI - Che cosa in particolare se posso chiederti, che cosa di tuo padre Vanda non sa?*
- *VERONICA - Che diciamo* ***io ho sempre avuto il terrore.*** (pag. 254)

(….)

- *VERONICA - **Mia madre dice che quando io le dico*** [a Vanda, nota mia] ***che non voglio, mia madre mi dice: "E' vostro padre e se lei*** [Vanda, nota mia] ***lo vuole vedere lo vede"***.
- *DOTT. FOTI - Lei fa questo discorso, ripropone questo discorso.*
- *VERONICA - Cioè a me sinceramente non mi interessa di rivedere mio padre,* ***per me potrebbe anche morire*** *sinceramente non mi importerebbe.* (pag. 256)

(…)

- *VERONICA - Sì, lei dice: "E' vostro padre, è vostro padre", continua sempre a dire che è nostro padre (…) Io gliel'ho detto che comunque noi non dipendiamo da nostro padre. Perché* ***per me cioè può anche non esistere, a me non interessa****.* (pag. 262)

La ragazza esprime nei confronti delle figure genitoriali e nei confronti del fidanzato una

82 Cfr. F. Alexander (1946), "La esperienza emozionale correttiva", *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, XXVII, 2: 85-101.

nuova istanza di indipendenza. E' possibile che Veronica rischi in questo periodo di sopravvalutare il proprio senso di indipendenza e di forza, ma in realtà è probabile che percepisca in modo sano il fatto che stanno venendo meno le forme di dipendenza che prima la paralizzavano (***"non sento che dipendo da qualcuno").*** Per la prima volta nella propria vita, anche grazie alla psicoterapia, inizia a sperimentare una nuova sensazione del proprio valore e della propria autonomia.
E' l'ultima seduta prima delle vacanze. L'emozione con cui Veronica va via è quella di ***"felicità".*** (pag. 268)

--

Undicesima seduta

Nel corso dell'undicesima seduta Veronica rafforza ancora il proprio investimento di fiducia nel terapeuta, passaggio indispensabile che le consente di fare un ulteriore piccolo passo verso l'elaborazione delle esperienze vissute ed interiorizzate Veronica esprime la **soddisfazione per il percorso avviato con la psicoterapia** che l'ha portata ad essere **più consapevole** della propria storia e grazie a questo a stare meglio.

Emerge al termine della seduta il **senso di responsabilità di Veronica verso la terapia**, quanto la ragazza si impegni per andare alle sedute: almeno un'ora di viaggio circa per percorrere quasi 50 km dall'Istituto professionale di Paese montano al locale della AUSL a Reggio Emilia.

- *DOTT. FOTI - Ti vedo anche un po' stanca oggi.*
- *VERONICA - Sì,* ***sono venuta direttamente da scuola, non ho neanche mangiato,*** *quindi…*
- *DOTT. FOTI - Proprio non hai avuto tempo?*
- *VERONICA - No, se no arrivavo in ritardo quindi…*
- *DOTT. FOTI - Caspita eh! Già è duro parlare di queste cose, in più senza mangiare (sorride)…*(pag. 287)

Dodicesima seduta

Compare in questa seduta un nuovo senso di progettualità in Veronica, il desiderio di investire nel futuro, di trasformare il dolore in risorsa da poter condividere e mettere a disposizione degli altri. Si tratta di innegabili indicatori di evoluzione psicologica positiva connessa al percorso di psicoterapia e al graduale processo di integrazione.

- *DOTT. FOTI - Tempo fa quando avevamo parlato di queste due parti, una positiva la fiducia anche nel futuro, mi avevi detto anche la voglia un domani di diventare psicologa, comunque di fare delle cose belle nella vita, eh e poi invece mi avevi parlato di una parte che scoraggia, che produce dei pensieri negativi "Non combinerai mai niente di buono," "La cosa finirà male" pensieri di questo genere. Ti ricordi?*
- *VERONICA – Sì*
- *DOTT. FOTI - Com'è adesso questa parte qua? E' aumentata, è diminuita, è stabile, cosa*

mi dici su questo?

- *VERONICA - Ehm … **E' molto diminuita** devo dire. (…) Sì perché comunque … okay, ogni tanto, quando sono molto giù che capita comunque poche volte. (…) Ogni tanto si fa viva questa parte, però comunque riesco a metterla a tacere.* (pag. 312)

Veronica mette in relazione il cambiamento interno che ha avvertito dentro di sé al fatto di aver compreso "alcune cose", in altri termini ad una crescita di autoconsapevolezza.

- *DOTT. FOTI - Come fai, cosa ti ha aiutato? Beh è un bel cambiamento, caspita! Questo*
- *VERONICA - Sì, mi sono stupita anche io. Penso nel fatto di aver **capito alcune cose**, per quello.* (pag. 313)

Il dott. Foti chiede che cosa abbia compreso. Emerge il desiderio di Veronica di avere un obiettivo nella vita, di dare significato alla propria esistenza, di esprimere la propria energia affettiva e vitale, impegnandosi per gli altri. L'avvicinarsi al piano dei valori, degli impegni e degli obiettivi rappresenta sempre un indicatore di un progresso psicologico, che indubbiamente è stato favorito dalla psicoterapia.

- *VERONICA - Il fatto di voler fare qualcosa di importante, di avere un obiettivo (…) sì penso che ne valga abbastanza la pena (…) Okay si dice che il mondo non si può cambiare, ma **volerlo migliorare un pochino** (…) Vorrei riuscire a fare capire delle cose alle persone, io avrei sempre voluto andare in Africa, mi sarebbe piaciuto un sacco, vorrei andarci ad aiutare le persone lì, diciamo che io penso di essere fatta per aiutare le persone.* (pag. 313 -314)

Veronica comunica anche il proprio **progetto di diventare psicologa** (pag 315 sgg.).

Il terapeuta esplora poi l'emozione con cui Veronica va via: la ragazza accenna ad *"un po' di tristezza"*, connessa ai ricordi pesanti non elaborati ai quali si è avvicinata ma d'altra parte si definisce ***"abbastanza felice"*** per la scelta compiuta di accettare il progetto offertole dai servizi e **per il cammino intrapreso con la psicoterapia.**

- *VERONICA - Ehm… non lo so cioè sto bene quindi non …beh **c'è sempre un pochino di tristezza, però sono anche abbastanza felice.***
- *DOTT. FOTI - Mhmh, la cosa che ti dà più felicità quale può essere?*
- *VERONICA - Ehm … **mi sono ricreduta su questo ... come posso dire? su questo progetto, che sul vedere gli assistenti sociali, cose così sono contenta alla fine di aver accettato di farlo.***
- *DOTT. FOTI - Ah ah, ah ah, contenta di aver scelto di avere un rapporto di fiducia con i servizi sociali con Irene con Alessandro, di aver accettato questo percorso. Mi hai chiarito le idee e ho la sensazione anche io di aver fatto una bella chiacchierata con te, eh?*
- *VERONICA - (Sorride).* (pp. 326 -327).

Nella prima seduta Veronica aveva accennato all'incertezza da cui era stata presa quando stava attendendo in sala d'aspetto l'avvio del colloquio:

- *VERONICA - (voce bassa e mani tra le cosce) Ah, sono un po' in ansia, (mette le mani sulle tempie) … cioè quando ero di là ho detto cioè **mi son detta che ho fatto una cavolata a***

venire qua *(gioca con le mani sopra le cosce).* (pag.35)

Nella dodicesima seduta in qualche modo ritorna implicitamente a quel momento affermando di essere **contenta di aver accettato, nonostante i dubbi e le paure, di avviare il percorso con gli assistenti sociali e di aver aderito al progetto della psicoterapia.**
Come si è visto, anche in una delle sedute precedenti, l'undicesima, Veronica aveva sentito l'esigenza di stabilire un confronto tra il punto di partenza e il punto di arrivo attuale: in quel caso il confronto era con il primo incontro con gli operatori del servizio sociale.

- *VERONICA - Mh**lo penso anche io perché io comunque sto meglio rispetto a prima quando diciamo non avevamo ancora iniziato il percorso qua.** Cioè con Alessandro, Irene, mi ricordo ancora il primo incontro con loro comunque. (…) Ero molto diffidente comunque, cioè ero arrabbiata con mia madre più che altro.* (pag. 285)

E' come se Veronica volesse **sottolineare a se stessa il valore e la consistenza del percorso compiuto** e dunque l'importanza di essersi "ricreduta" rispetto alla diffidenza con cui aveva inizialmente reagito alla proposta del Servizio e alla proposta della psicoterapia.

Tredicesima seduta

E' la seduta in cui viene applicata la tecnica dell'EMDR, descritta nel capitolo riguardante il metodo terapeutico e l'applicazione dell'EMDR. Il dott. Foti chiede al termine della seduta **cos'è che l'ha colpita di più** nel lavoro svolto. Nonostante il carattere molto impegnativo delle tematiche affrontate il riscontro è di soddisfazione, al di là dell'inevitabile scombussolamento emotivo.

Foti chiede a Veronica se ha delle cose che le vengono da comunicare sulla seduta. La paziente dice comprensibilmente che è stata *"un po' più pesante delle altre".*
-

- *VERONICA: Un po' stremante perché sono un po' stanca però **sto meglio in qualche modo**. (pag. 354)*

Ancora una volta al termine di una seduta, nonostante l'inevitabile disagio connesso al recupero del ricordo, **Veronica comunica di stare meglio.**

Quattordicesima seduta.

Qual è in Veronica l'autorappresentazione del percorso di cambiamento compiuto attraverso la terapia? Per dare una risposta a questa domanda è indispensabile considerare il punto di vista della paziente stessa che si esprime nella quattordicesima seduta, l'ultima di cui abbiamo documentazione. Su tre ambiti Veronica fornisce informazioni

significative sui cambiamenti raggiunti attraverso la psicoterapia:

a) L'assertività e il superamento della passività
b) Il cambiamento nella rappresentazione della sessualità
c) Il superamento delle radici traumatiche della depressione

Ci concentriamo sui primi due, perché il terzo aspetto è stato già affrontato inizialmente.

a. L'assertività e il superamento della passività

Il primo aspetto dove Veronica sente di essere cambiata è quello del superamento degli atteggiamenti di sottomissione nei confronti delle figure maschili e della crescita dell'assertività. Sappiamo che la paziente ha fatto molta fatica a difendersi delle avance sessuali aggressive del compagno di scuola.

All'inizio del percorso di psicoterapia, nel colloquio introduttivo, secondo la dott.ssa Greggio, la ragazza presentava ***"tanti problemi coi ragazzi sempre relativi alla sessualità"***. E aggiungeva: *"Spesso si trova* ***maltrattata, usata, coinvolta in relazioni sessuali un po' burrascose."*** (pp. 3-4)

La valutazione è condivisa dalla madre che, riferendosi al compagno di scuola che ha molestato la figlia afferma:

- *MADRE - E che* ***questo ragazzo tutti i giorni le dava fastidio. Le metteva le mani addosso comunque anche nelle sue zone intime, le ha infilato le mani e mia figlia*** *… cioè l'intimità per mia figlia è una cosa molto molto riservata."* (pp. 9)

Come molte vittime di violenza, Veronica non è riuscita a denunciare la molestia nel contesto scolastico, chiedendo aiuto agli insegnanti. Il senso di colpa alimentava la sua passività e circolarmente la sua passività rinforzava il senso di colpa.
Emerge dal primo colloquio con la madre come Veronica tendesse addirittura a negare di avere dei problemi a scuola: la madre si era accorta dei morsi che aveva sul collo, ma la ragazza tendeva a minimizzare. Solo in un secondo tempo Veronica ha comunicato agli operatori sociali di aver vissuto una condizione di grande malessere e di avere avuto molta paura a reagire alle molestie in atto.

Nell'undicesima seduta, quella che precede le vacanze estive, Veronica evidenzia come, nelle relazioni con le figure maschili che incontra, tenda ad utilizzare una nuova capacità di autodifesa che si differenzia nettamente dagli atteggiamenti di subordinazione che la

portavano a subire le avance, anche sgradite, da parte delle figure maschili.

Nell'ottava seduta della terapia Veronica, pensando alla propria esperienza di tredicenne con il fidanzato di 16 anni, confrontandosi con la sorella, si era sentita inferiore rispetto alla sorella. Aveva saputo infatti che Vanda era stata capace di lasciare un fidanzato troppo esigente da un punto di vista sessuale, mentre lei aveva subito pesantemente l'iniziativa del suo ragazzo di allora.

- *VERONICA: Va beh ho avuto un po' di cattivo umore quando … perché mia sorella era fidanzata però lei non mi aveva detto il vero motivo per cui l'ha lasciato, poi lei me lo ha detto e io me la sono un po' presa perché non voglio che le succeda la stessa cosa che è successa a me (…) comunque il suo ragazzo voleva qualcosa di più da lei solo che lei non voleva, si era anche messa a piangere davanti a lui…*
- *… Sì, perché comunque lui voleva stare lo stesso con lei anche se ci provava … quando si vedevano lui ci provava sempre allora lei (mima il gesto come per dire basta)(…) Non è stata come me, non ha fatto come me, e ha fatto bene…* ***io non l'ho lasciato.*** (pp. 202-203)

Nell'ultima seduta il vissuto è completamente diverso. Non si sente più inferiore alla sorella, bensì, al contrario, più forte, più assertiva e più matura. Si sente legittimata a esprimere la propria rabbia e il proprio dissenso. Nella quattordicesima e ultima seduta, di cui disponiamo delle registrazioni, Veronica descrive in maniera chiara il cambiamento raggiunto e il momento di svolta ("*Quando ho capito e mi sono arrabbiata per certe cose, invece di essere passiva*").

- *VERONICA - Sì, diciamo che l'atteggiamento di mia sorella ricorda un po' me. Prima, ehm … comunque, cioè, prima di sentirmi meglio.*
- *DOTT. FOTI - Ahah, ah ah, ecco, prima di sentirti meglio. E quando hai cominciato a sentirti meglio?*
- *VERONICA -* ***Quando ho capito e mi sono arrabbiata per certe cose, invece di essere passiva.***
- *DOTT. FOTI - Ah, e questo è stato un momento importante, caspita! Quando c'è stato questo momento, se devi collocarlo nel tempo, questo passaggio, mi sembra un passaggio importante. "Ho cominciato ad arrabbiarmi", quand'è che lo possiamo collocare nel tempo questo cambiamento?*
- *VERONICA – Mh … si può dire quando …* ***prima di venire qua un pochino prima****.*
- *DOTT. FOTI: Un pochino prima c'è stato questo cambiamento rilevante, e Vanda ti ricorda la Veronica di prima.* (pp. 363 – 364)

Veronica dunque **individua anche il momento di avvio di tale percorso: *"un pochino prima"* che iniziasse la psicoterapia**.

Un pochino prima della psicoterapia avviene in effetti un evento importante. Grazie all'intervento dei servizi sociali la ragazza viene allontanata dalla scuola, dove viveva senza adeguata protezione una pesante situazione di violenza e di bullismo. Quella scelta ha consentito una messa in sicurezza e ha avviato un cammino di crescita che la psicoterapia ha indubbiamente

potenziato.

b. Il cambiamento nella rappresentazione della sessualità

Un altro terreno su cui è Veronica stessa a descrivere un forte cambiamento intervenuto nella sua vita è quello della sessualità. In passato la sessualità per Veronica era un disvalore, suscitava abitualmente in lei reazioni di pianto, espressione sia di dolore che di allarme.

- *DOTT. FOTI - Tu da cosa ricavi la sensazione che può esserci stato qualcosa che ha disturbato la tua innocenza?*
- *VERONICA - Mh,* ***beh sicuramente comunque è stato il fatto che io mi tenevo abbastanza lontano dalla attività sessuale.***
- *DOTT. FOTI - Ah, questa è un'informazione, certo.*
- *VERONICA - E diciamo che,* ***se c'ero molto vicina…ehm … mi sentivo male.***
- *DOTT. FOTI - Come male?*
- *VERONICA -* ***Mi mettevo sempre a piangere.***
- *DOTT. FOTI - Quindi come se ti avvicinassi a qualcosa di penoso e non di gioioso, di pericoloso e non di rassicurante.* ***E caspita, caspita, ti mettevi a piangere mh… ehm…come se ci fosse nell'attività sessuale più un dolore o più un allarme? O tutte e due?***
- *VERONICA -* ***Io penso entrambe le cose.***
- *DOTT. FOTI - Entrambe le cose, sia un dolore che un allarme, come una bimba spaventata da una prospettiva dolorosa, ti veniva giustamente da piangere.* (pp. 371-372)

La descrizione lucida e autoriflessiva che Veronica riesce a dare dei propri vissuti verso la sessualità, è indicativa di una profonda evoluzione. Già nell'ottava seduta esprime il proprio profondo dispiacere per il fatto che il primo rapporto sessuale sia stato un momento connotato dalla violenza, per ciò stesso segnalando che la sessualità non è più un disvalore, ma un valore e ci si può dispiacere se questo valore è stato calpestato.

- *DOTT. FOTI - Un po' di sofferenza. Un po' di sofferenza nel pensare soprattutto a?*
- *VERONICA - Che…come si può dire …* ***la mia prima volta è avvenuta così. In modo non proprio bellissimo, quindi … mi ha portato via quella cosa lì.***
- *DOTT. FOTI - Eh certo…il piacere di ricordare un'esperienza.*
- *VERONICA - Sì, ma infatti in molti me lo chiedono e io non so cosa dirgli cioè.*
- *DOTT. FOTI - Molti ti chiedono che cosa?*
- *VERONICA - Come è stata la prima volta per me, quindi "Come è stata, bella o brutta?" Io non so cosa dirgli.*

- *DOTT. FOTI - Sembra però che sia stata brutta da quello che mi fai capire.*
- *VERONICA - Sì, sì però* ***non mi va di dirlo.*** (pag. 205)

Al termine del percorso terapeutico la sessualità, o almeno la sua rappresentazione, è diventata una dimensione positiva da difendere. La paziente non dice di aver realizzato un accesso sereno alla sfera sessuale, ma descrive piuttosto il superamento di reazioni emotive totalmente incongrue con quella dimensione di piacere e di scambio affettivo che può caratterizzare la sessualità. Veronica non sopravvaluta i risultati raggiunti, si rende perfettamente conto che permane un condizionamento ancora rilevante che il disagio post-traumatico esercita sulla sua sfera sessuale, ma è consapevole che questo condizionamento è stato fortemente ridotto.

- *DOTT. FOTI - Adesso, da uno a cento, quanto rimane di quel disagio legato all'attività sessuale? Non credo sia rimasto tale e quale, escluderei, in questo caso diresti cento, e sicuramente sarà diminuito, ma* ***se 100 era il disagio che mi hai descritto, adesso quanto è sceso il disagio?***
- *VERONICA - Beh, direi di molto.*
- *DOTT. FOTI - Sparando una cifra, sparando un numero?*
- *VERONICA- ehm… boh…* ***Io direi fino a 30/40.***
- *DOTT. FOTI - 30/40, 30/40, che è una bella riduzione, rimane qualcosa. Al di là, diciamo, vediamo cosa ti senti di comunicare, qual è il problema, qual è l'aspetto che più ti crea disagio, la conseguenza che ti ritrovi ancora in questo 30/40? Qual è il momento in cui ti sembra di trovarti di fronte ad un disagio legato a questo passato? Quale innocenza è stata violata? Tra l'altro con l'inganno, perché dicevi che questo Aristide, o chi per lui chiedeva: "Mi vuoi bene?", confondendo il bene, l'affetto col sesso, quindi è un inganno, una confusione*[83]*, allora, quando è che ti senti ancora questo 30/40 %, in che situazione?*
- *VERONICA- Mmm,* ***io penso che sia anche una paura di un abbandono dopo.***
- *DOTT. FOTI - Ah ah, ah ah.*
- *VERONICA - E anche che…* ***quando qualcuno dice che mi ama penso sia una cosa falsa.***
- *DOTT. FOTI - Ecco qua, ecco qua.*
- *VERONICA -* ***Io non riesco infatti quasi mai a dirlo****.* (pp. 372-373)

L'ultima seduta si conclude con una sintesi del dott. Foti che fa il punto sul processo di cambiamento della paziente.

- *DOTT. FOTI - Mi hai ricordato, ma ricordavo che* ***c'erano pensieri distruttivi verso di te che io***

83Cfr. S. Ferenczi (1932), "Confusione delle lingue fra adulti e bambini", in J.M. Masson, *Assalto alla verità*, Mondadori, 1984.

non ho più sentito né nelle parole né nel tuo comportamento. *Ricordo anche colloqui qua dove mi parlavi di una parte doppia, no? Una parte che voleva la vita, il futuro, il cambiamento, la fantasia di diventare psicologa e una parte invece che ti considerava spacciata, rovinata.* ***Non so quali fattori abbiano contribuito a questo cambiamento, probabilmente sono tanti e sicuramente anche il primo fattore è la lucidità, la capacità tua di essere consapevole****. Guarda che poi si fanno i percorsi ma la risorsa principale è dentro ciascuno di noi, ed è la consapevolezza. E' cresciuta la tua consapevolezza, poi ci sono state le tue esperienze, ci son stati questi colloqui, ci sono stati colloqui con Irene, con Alessandro, tanti fattori, ma poi questi fattori incidono se potenziano la tua consapevolezza e qualcosa è cambiato e io te ne do atto di questo. Il discorso che ho fatto su questo problema è un discorso che appartiene alla tua libertà. Anche questo è un discorso di consapevolezza, la consapevolezza che rimane un 30/40% che incide in alcuni ambiti, mi hai detto nell'ambito della diffidenza nei confronti della figura maschile e che potrai se vorrai affrontare quando sarà il momento. (pp. 376-377)*

A questo punto il terapeuta chiede qual è lo stato emotivo con cui la paziente termina la seduta. Ancora una volta il riscontro di Veronica è molto chiaro ed utile per dare un quadro sintetico del cambiamento prodotto dalla psicoterapia, vissuto ed espresso dalla paziente:

- *DOTT. FOTI - Allora dimmi l'emozione con cui vai via, magari se hai voglia.*
- *VERONICA - Mh…* ***Soddisfatta?***
- *DOTT. FOTI - Sei soddisfatta. Magari ti chiedo di ripeterti, sono un po' curioso, magari un po' pignolo, ma mi viene, voglio capire, soddisfatta in particolare di che cosa?*
- *VERONICA -* ***Di me.***
- *DOTT. FOTI -* ***Di te stessa, eh, è una bella cosa.*** *Se non siamo soddisfatti di noi non possiamo pretendere che le cose vanno bene, quindi è una cosa… sei stata semplice, essenziale: "soddisfatta" di te. E' una buona cosa, una buona cosa.* (pag. 377)

CONCLUSIONI.

Come già evidenziato, il lavoro terapeutico ha potuto dare i suoi frutti anche grazie ad alcuni fattori contestuali favorenti, ma senz'altro si rilevano delle trasformazioni nel mondo interno della paziente ascrivibili in via principale al lavoro psicoterapeutico svolto e in particolare ad alcuni fattori riconosciuti come maggiormente efficaci negli studi in cui le modalità di trattamento vengono messe a confronto[84]: **il sostegno personale dei terapeuti e la loro capacità di attribuire un significato alle esperienze di vita al di là della colpa, della vergogna, dell'inaccettazione**.

Vale la pena sottolineare che la psicoterapia condotta dal dott. Foti è una psicoterapia centrata sul trauma, la cui efficacia **non sembra derivare innanzitutto dalle tecniche specifiche,** seppure utili,che sono state utilizzate, quanto piuttosto, in coerenza con l'orientamento analitico della psicoterapia stessa, dalla qualità e dalla continuità della

84Strupp H.H. Hadley S.W. Specific versus non-specific factors n psychotherapy: A controlled study of outcome, *Archives of General Pschiatry* 36, 1979, pp. 1125-1139

relazione interpersonale, dall'impegno a rendere pensabili le interazioni e i vissuti emotivi, dall'utilizzo coerente dell'**empatia**, che – è utile ricordarlo - rappresenta il fattore che incide maggiormente in qualsiasi intervento nel produrre risultati benefici in base agli studi scientifici (evidencebased) sui fattori che incidono sull'efficacia della psicoterapia.[85]
Il **ruolo della soggettività del terapeuta e del transfert** rappresentano elementi fondamentali nel processo di cura psicologica in particolare nell'impostazione psicoterapeutica utilizzata dal dott. Foti. Nel tentare di comprendere l'effetto trasformativo che questa psicoterapia ha prodotto in Veronica, va considerata l'ipotesi che l'incontro con una figura maschile benevola risulti rassicurante per la paziente, andando a riempire il vuoto di una figura maschile capace di occuparsi e di preoccuparsi per lei. Nel corso delle sedute Veronica chiarirà che uno dei momenti più brutti della sua infanzia è stato la morte del nonno, figura affettiva a cui era molto attaccata. Inoltre, nella seconda seduta chiarisce l'importanza emotiva che ha per lei una figura maschile vicina e partecipe, confrontando l'atteggiamento abbandonico del padre con la capacità dello zio materno, almeno in alcune situazioni, di preoccuparsi per lei.

- *VERONICA - Comunque lui* [lo zio materno, nota mia] *mi ha detto che si era preoccupato del fatto che io, con i soldi potevo fare brutte cose. Si è anche messo a piangere (…) chiedendomi scusa, sì e questo mi ha colpito tanto.*
- *DOTT. FOTI - Ti ha chiesto scusa in particolare per cosa? Per essersi arrabbiato?*
- *VERONICA: Si, per aver urlato forse.*
- *DOTT. FOTI - E ti ha colpito tanto? posso immaginare perché, ma dimmelo, ti ha colpito il momento in cui un uomo grande chiede scusa.*
- *VERONICA: Sì, e si preoccupa per me. (pp. 82-83)*

La seconda tranche della psicoterapia nel corso di una parte del 2017 e del 2018 si svilupperà in condizioni ambientali e relazionali per Veronica molto diverse dalla prima. In questa seconda tranche, il dott. Foti da un certo momento in avanti sarà al centro di un'indagine giudiziaria che coinvolgerà la paziente stessa. Non sappiamo quando tale attività inquirente abbia iniziato a coinvolgere Veronica e quali messaggi siano passati nel corso di questa indagine, ma, se questo fosse avvenuto, è ipotizzabile che questo elemento non abbia certo favorito la fiducia della paziente nel terapeuta, né il rinforzo di un suo transfert positivo, aspetti questi assolutamente decisivi per l'efficacia del lavoro psicoterapeutico.

85 Norcross J., *Relationship That Work* (2011), https://psycnet.apa.org/record/2011-04924-002; Norcross J, Lambert M., *Psychoterapy, Relationships That Work III* (2018) https://psycnet.apa.org/fulltext/2018-51673-001.html

7. LA SECONDA TRANCHE DELLA PSICOTERAPIA. IL RIMPIANTO PER L'AUTOSTIMA PERDUTA

La seduta di psicoterapia del 27 ottobre 2018 con VeronicaSoletti è l'unica seduta che è stata intercettata dal Comando Operativo dei Carabinieri ed appartiene alla seconda trance della psicoterapia che il dott. Foti conduce con la ragazza presso il Centro "La cura" di Bibbiano dall'aprile del 2017 fino quasi alla fine del 2018.

Le diversità più rilevanti rispetto alla prima fase della psicoterapia riguardano due aspetti: innanzitutto il terapeuta si trova di fronte all'esplosione di un forte conflitto psicologico e relazionale di Veronica con la madre. Quest'ultima è percepita dalla figlia come una figura che le imposto e le impone un modello di vita basato sul senso del dovere, sull'espletamento dei lavori domestici, sulla colpevolizzazione delle uscite da casa e delle relazioni con i coetanei. Il secondo aspetto riguarda il ricorso all'uso delle sostanze per contrastare la regressione che si determina dopo la prima fase della psicoterapia, per tentare di affrontare il senso di vuoto e i vissuti depressivi che si sono rafforzati dopo la conclusione prima tranche della psicoterapia (dal 1 marzo ad ottobre-novembre 2016).

I due aspetti sembrano collegati. Come scrive il dott. Foti in una relazione ai servizi sociali sull'andamento della psicoterapia di VeronicaSoletti del 17 dicembre 2018:

- *"La ricerca dello sballo, l'affermazione del principio del piacere come strada immediata da perseguire hanno rappresentato per Veronica una forma di protesta nei confronti del conformismo sociale, percepito come falso ed opprimente, una spinta di trasgressione nei confronti del modello materno di rinuncia al Sé, di contrapposizione all'autosacrificio e alla coazione a soddisfare le esigenze dell'altro."*

La seduta di psicoterapia del 27 ottobre 2018 evidenzia sei elementi significativi:

1. La regressione della paziente che, a differenza di quel che avveniva nel corso della prima fase della psicoterapia, fa fatica a sviluppare il contatto con le proprie emozioni ed è nuovamente attraversata da forti vissuti depressivi.
2. Il **rimpianto esplicito e consapevole di Veronica nei confronti di quel vissuto di autostima, di sicurezza e di dignità personale che la paziente collega alla prima tranche della psicoterapia** e che le sembra di aver smarrito.
3. L'emergenza di ansie che la portano a temere di essere oggetto di atteggiamenti di ostilità e di scherno nei suoi confronti, di una difficoltà di fidarsi e di chiedere sostegno.
4. L'analisi della dinamica relazionale nel *qui ed ora* della relazione di Veronica con il terapeuta: **la ragazza percepisce un'esperienza tranquillizzante dell'essere ascoltata e dell'essere al centro di un'attenzione non strumentale e non disturbante**, a differenza di quando sperimenta al di fuori della terapia
5. Il riconoscimento confuso di un vissuto di rabbia e di risentimento verso la madre

accompagnato dalla difficoltà ad esplorarlo e ad esprimerlo.

6. **L'esplicitazione dalla paziente e l'analisi critica da parte del terapeuta di fantasie di onnipotenza –** certamente condizionate dalle esperienze con le sostanze stupefacenti – fantasie legate alla possibilità della mente di sganciarsi dai limiti del corpo e dai limiti della realtà. Questo atteggiamento regressivo penalizza il rapporto della paziente con la propria realtà psichica ed emotiva.

La seduta evidenzia sul piano dell'intersoggettività una forte intimità comunicativa raggiunta.
Così introduce l'incontro la paziente:

VERONICA: Eh....qualcosa da raccontare...ho finito lo stage, cioé il periodo di scuola lavoro che stavo facendo, ho finito oggi..eh.. è andata così così...cioé non è andata molto bene"

Veronica percepisce un atteggiamento di menzogna e di ostilità nell'ambiente dove sta facendo lo stage. Colpisce il fatto che questo atteggiamento lo percepisce in più persone. Ha un forte timore di essere trattata da stupida, ma forse, dice, è solo una sensazione L'inibizione e l'insicurezza nel rapporto con gli altri è molto forte: ***"Mi sento bloccata a pensare quanto faccio schifo".***

Ha nostalgia per il vissuto di autostima e di dignità personale che sentiva all'inizio della psicoterapia.

- *VERONICA - Cioè..è come ritornare indietro nel tempo. Mi ricordo quando abbiamo iniziato, che io lo pensavo. E…ok adesso ci penso ancora ehm vorrei non pensarci. Vorrei credere di essere una persona degna di vivere, non ogni volta che succede qualcosa dire che non sopporto più la mia vita.*
- *DOTT. FOTI - Ti capisco perché pensare di non sopportare la propria vita, pensare di essere stupida, pensare di essere al centro di una ostilità degli altri è un pensiero molto brutto, pesante, deprimente che attacca un bisogno vitale che abbiamo tutti, di sentirci di essere al mondo con un progetto positivo, di essere al mondo con un'immagine di noi stessi positiva o sufficientemente positiva*

Veronica vorrebbe tornare a quel vissuto positivo su se stessa che lei collega alla fase iniziale della psicoterapia. Si sforza con la volontà ma non ci riesce perché il proprio vissuto emotivo di autosvalutazione e di insicurezza è diventato troppo forte.
Veronica non riesce né ad esplorare se la propria sensazione circa l'ostilità degli altri è fondata. Ha troppa paura dell'ostilità attesa per poter chiedere informazioni, né, ovviamente, è capace a reagire in modo conflittuale e oltretutto non è neppure certa di questa ostilità.
Emerge una grossa difficoltà nella paziente a pensar male degli altri e ad entrare in conflitto con gli altri, ma nel contempo non può fidarsi degli altri, perché teme appunto la loro ostilità. E' prigioniera di questo conflitto.
Neppure del fidanzato si può fidare, nonostante il ragazzo le abbia detto che lo fa star male vederla triste ed appesantita e che lui se la sente di ascoltarla e di sostenere i suoi problemi ma non ce la fa da solo:

Il dott. Foti propone come linea guida terapeutica la possibilità di sentire e validare le proprie emozioni per contrastare il senso di vuoto e di insicurezza che in certi momenti la paziente avverte.

- *DOTT. FOTI: E' anche una cosa importante credere nelle proprie emozioni in questo senso io faccio sempre riferimento, mi verrebbe da dirti adesso cosa senti? Prova a trovare la base dentro di te, qual è la, cosa, la base che può essere piacevole o spiacevole ma la tua base, cosa cosacosa senti adesso?*
- *VERONICA: Non… non sento un peso in questo momento*

Il dott. Foti cerca di esplorare come mai nella relazione con lui in quel momento, nel qui ed ora della relazione terapeutica la paziente avverte sollievo e non malessere.

- *DOTT. FOTI : Ok. Allora proviamo a riflettere su questo Veronica, che cosa nell'interazione qui fra di noi, nella comunicazione adesso non ti fa sentire il peso?*
- *VERONICA: Mmmm**perché quando riesco a comunicare sto… cioe' mi rendo conto di non essere, mi rendo conto di esistere, non so, perché a volte mi scordo cioe' mi scordo di me**, non lo so, mi scordo chi sono cioe' poi chi sono è una domanda più difficile che si è posta l'uomo però...*
- *DOTT. FOTI : No ma eh ti capisco*
- *VERONICA :Cioe' è **sapere che io ci sono***
- *DOTT. FOTI: Ci sei e direi di esserci e di esserci bene, di esserci, di essere, di sentire una positività, , di sentire un valore e non una cacca*
- *VERONICA: Esatto*
- *DOTT. FOTI : Di sentire che ci sei e ci sei con un vissuto, un valore, un'idea, che ci sei bene*
- *VERONICA: Si'*
- *DOTT. FOTI : Un esserci positivamente e questo nasce dal fatto che ti viene da comunicare e ti senti suppongo ma correggimi se sbaglio, ti senti come nel comunicare qui con me?*
- *(…) VERONICA: **Mi da un po' di serenità**..*
- *DOTT. FOTI: Ti da' un po' di serenità…*
- *VERONICA: Si'*

Il dott. Foti continua l'approfondimento della dimensione transferale: cosa capita nella relazione con lui che invece fuori non si verifica? Nella relazione con il dott. Foti Veronica sente di esserci, percepisce di essere ascoltata e puè entrare in rapporto con se stessa. Sente un'attenzione da parte dello psicoterapeuta che non è disturbante.

- *DOTT. FOTI: Mm vediamo magari sono, la domanda e' un po' difficile ma vediamo..possiamo metterla cosi': nel mio atteggiamento c'è qualcosa ti aiuta?*
- *VERONICA V: Ah ok. Mmmsi' ovvio, c'è...*
- *DOTT. FOTI : E cosa puo' essere questo qualcosa che ti aiuta?*
- *VERONICA V: **Mmm.....ehm che tu mi stai ascoltando** e che quando si e' in tanti cioe' non*
- *DOTT. FOTI: Non c'è un'attenzione eh*
- *VERONICA V: Esatto ehm*
- *DOTT. FOTI : Quindi l'attenzione*
- *VERONICA V: Sì, ma è anche qualcosa che mi disturba l'attenzione cioe'..*

- *DOTT. FOTI :**E qui ti disturba?***
- *VERONICA: **No.***
- *DOTT. FOTI : E allora qual è l'attenzione che ti disturba, come la differenzi l'attenzione che ti disturba dall'attenzione che ti rende un po' più serena*
- *VERONICA: Dipende dalle persone, chi sono cioé (…) Ehm..ehm.. quando vedo **che vogliono solo qualcosa da me** o comunque…*
- *DOTT. FOTI: Ah vogliono qualcosa da te.*
- *VERONICA: Si' o comunque sono li' per dilettarsi con la mia persona cioè…*
- *DOTT. FOTI: Ah ah*
- *VERONICA: Per prendersi gioco di me.*

Veronica dunque ha manifestato una necessità di essere **al centro di un'attenzione che non risulti strumentale e disturbante**, un'attenzione come quella che la paziente può avvertire nel rapporto terapeutico – si registra il seguente intervento del dott. Foti.

- *DOTT. FOTI: Che poi attenzione che ti è mancata nella tua crescita di bambina cioe' in fondo questo anche qui è una cosa universale Veronica, cioè tutti i bambini tutte le bambine, tutti i cuccioli dell'uomo, tutti gli esseri umani hanno bisogno nella loro crescita di un'attenzione che a te e' mancata, magari non è mancata totalmente ma sostanzialmente, cioè un'attenzione dei genitori rispettosa, valorizzante, tua madre credo che abbia avuto tanti comportamenti rispettosi ma poi cioè tuo padre deve averti proposto sesso e violenza da quel che sappiamo, tua madre non ti ha assolutamente proposto sesso e violenza ma comunque ti propone anche lei poi un modello no, cioè, da quello che avevamo visto, magari da rivedere un attimo, cioè, io ti faccio attenzione, io ti seguo, io ti aiuto, io ti do delle cose però poi tu devi seguire un certo modello di vita. Non so se e' forzata questa mia semplificazione.*

(…)

- *VERONICA: No. No no, è giusta. Cioè mia madre mi ha sempre detto che potevo fare quello che volevo cioè non mi ha mai impedito di scegliere cose però mi ha sempre...indirizzato verso uno stile di vita ovviamente cioè ..si', dove io vivo la mia vita in un certo modo cioe' no si' in realta' mi ha anche detto di fare cose ma forse cioe' io intendevo in realta'piu' cose tipo suonare il piano, cose cosi'.*

Suonare il piano è l'immagine a cui ricorre Veronica per esemplificare uno stile di vita diverso da quello basato sul dovere e sul sacrificio che la madre le ha proposto.
Circa la frase incriminata che viene contestata al dott. Foti ***"tuo padre deve averti proposto sesso e violenza da quel che sappiamo"*** occorre osservare che:

1. ci troviamo di fronte ad un en passant: nella seduta non si tocca assolutamente l'argomento dell'abuso infantile. Si tratta di una singola frase sul tema dell'abuso su sedici pagine di trascrizione;

2. il dott. Foti riprende una tematica elaborata dalla paziente e con la paziente soprattutto nella fase iniziale della psicoterapia ed in poche altre sedute successive e si riferisce ad un **cammino condiviso con Veronica:** ***"Da quel che sappiamo"***;

3. nella suddetta elaborazione l'immagine del padre si sovrappone e confonde con il

volto del compare del padre nella scena traumatica dell'abuso infantile (cfr. tredicesima seduta); "la figura paterna è stata percepita in ogni caso da Veronica in qualche modo come associata all'abuso in quanto **nella memoria emotiva di Veronica il padre non ha rispettato il disagio della figlia nell'andare a casa del compare, mentre il padre non solo in quella casa ce l'ha portata, ma l'ha lasciata lì, probabilmente anche a dormire";**

4. la responsabilità, diretta o indiretta, del padre agli occhi della figlia e la conseguente profonda rabbia di quest'ultima verso di lui già apparteneva al vissuto della ragazza non solo prima del trattamento EMDR ma anche prima dell'avvio della psicoterapia con il dott. Foti.

Nel corso della seduta il tema centrale è l'aspirazione della paziente a sentirsi, a percepire le proprie emozioni, *"a sapere che io ci sono"* e nel contempo la difficoltà profonda a realizzare questa aspirazione.
Veronica fa fatica ad esplorare il conflitto con la propria madre a fatica riesce a dire:

- *DOTT. FOTI: E adesso com'è la relazione, che cosa mi dici sulla relazione con tua mamma?*
- *VERONICA: Ehmm litighiamo ancora un po' in realtà però sempre per i soliti motivi, per la per le pulizie di casa, perché non ci sono mai, perché..cose del genere …*

Il dott. Foti rinvia benevolmente a Veronica la sensazione di una sua maggiore confusione nel rapporto con se stessa, una maggiore difficoltà a precisare i propri vissuti e i propri sentimenti per es. nei confronti della madre.

La ragazza prende coscienza che il proprio malessere, la propria difficoltà ad entrare in rapporto con se stessa, influenza il rapporto con gli altri:

- *VERONICA: Ehm ma questa è una cosa che sappiamo già , che il mio stare male è ovviamente mi rende doloroso vivere tutto cioè il rapporto con gli altri cioè me lo rende molto difficile*
- *DOTT. FOTI: Certo, certo*
- *VERONICA: E non ho sicurezza quindi..*
- *DOTT. FOTI: Certo*
- *VERONICA: Era questo.*
- *DOTT. FOTI: E quindi il mio star male mi rende più incerto nel rapporto con gli altri quindi anche nei confronti di mia mamma quindi…*
- *VERONICA: Sì, esatto. Cioé magari ho un disprezzo, no disprezzo no, è molto dispregiativo, un…ho qualcosa che cova ee contro mia madre non so…*
- *DOTT. FOTI: Ah ah*
- *VERONICA:* ***Ecco, ho del risentimento****.*
- *DOTT. FOTI: Ok, adesso sei più precisa. Vedi, con un po' di sforzo hai … disprezzo non andava bene, qualcosa che cova, risentimento, ok.*

Il terapeuta continua a proporre la propria linea basata sull'ascolto del Sé:

- *DOTT. FOTI : Entra pure in contatto con te stessa, autorizzati a sentire, nel tuo risentimento c'è tanta intelligenza, è la registrazione, il tuo risentimento è la registrazione*

di fatti, situazioni, cose che sono successe, non è una cattiveria avere questo risentimento.

- *VERONICA: No no*
- *DOTT. FOTI : Dopo di che (…) ma adesso ascoltiamo Veronica, ascolta te stessa, ascolta il tuo risentimento, legittima il tuo risentimento, spiega il tuo risentimento.*
- *VERONICA: Ok.*
- *DOTT. FOTI : Questa e' la base per poter star bene, essere in contatto noi stessi (…) Non ti e' semplice eh entrare in contatto con te stessa..*
- *VERONICA: No*
- *DOTT. FOTI: Una volta era molto molto molto piu' semplice*
- *VERONICA: Sì.*

Il dott. Foti cerca di capire e di approfondire la difficoltà di Veronica a riconoscere ed esplorare le emozioni. La ragazza prova a chiarire un pensiero che le suggerisce che le emozioni sono cose del corpo come per svalutarle e per allontanarle.

- *DOTT. FOTI : Come se fossero qualcosa di non importante, qualcosa..*
- *VERONICA: Sì, di umano*
- *DOTT. FOTI : Ok ti seguo, va bene. E cos'é che invece, come se avessi fatto delle esperienze che ti hanno avvicinato al divino?*
- *VERONICA: No, però a me piacerebbe essere non so un Dio. Ovvio a chi è che non piacerebbe essere Dio?* ***Però non so avere il corpo come ostacolo a molte cose perché io il mio corpo lo vedo un po' come un ostacolo****, come..*
- *DOTT. FOTI: Questo è un tema nuovo, capisco*
- *VERONICA: come una limitazione del..della mente.*
- *DOTT. FOTI: Se noi concepiamo la nostra mente come onnipotente il corpo e' un ostacolo pero' dobbiamo concepire la nostra mente come onnipotente.*
- *VERONICA: Che può fare tutto.*

Il dott. Foti ipotizza in questo pensiero **l'influenza delle esperienze che Veronica ha fatto e sta facendo con la droga**, ottenendo una significativa conferma:

-
- *DOTT. FOTI: Chissà se adesso però - non voglio mettercela a tutti i costi- le esperienze che hai fatto con la droga non stimolano questa fantasia di una mente onnipotente in quanto l'esperienza con la droga può generare sensazioni che nella normalità dell'esperienza non compaiono.*

(…)

- *VERONICA – Tu puoi creare cose con la tua mente"*

Tutta la seconda parte della seduta è dedicata ad un lavoro del terapeuta per fare emergere dalla paziente come l'uso delle sostanze potenzi in lei fantasie e sensazioni molto piacevoli, ma anche molto rischiose, per es. di **poter modificare la realtà con il pensiero a proprio piacimento**.

Questo consente al dott. Foti di soffermarsi sui due grossi inconvenienti di questo "piacere".

1. Si esce dalla realtà interna così com'è e dunque si perde la possibilità di sentire la ricchezza interna delle emozioni, di comprendere cosa succede nel mondo interno (ecco la difficoltà avvertita da Veronica nel corso dell'intera seduta e in specifico nel

contattare e nello spiegare le proprie emozioni: per es, la paura dell'ostilità degli altri o il proprio risntimento verso la madre.

2. Si esce dal contatto con il mondo interno ma quando terminano gli effetti biochimici ti ritrovi più vuota, più spaventata, priva della ricchezza interna delle proprie emozioni.

8. IL METODO TERAPEUTICO

1. L'ORIENTAMENTO PSICOANALITICO

Il dott. Foti avvia una psicoterapia ad orientamento analitico centrata sul trauma. La **prospettiva psicoanalitica relazionale**[86]è portata avanti:

- attraverso la costruzione di una relazione terapeuta – paziente basata sulla fiducia;
- attraverso la costruzione di un campo relazionale al cui interno cercare di aumentare, per quanto possibile, la pensabilità delle **dinamiche emotive** che si producono;
- attraverso la partecipazione affettiva e l'impegno empatico del terapeuta, intesi come elementi decisivi per l'efficacia terapeutica;
- attraverso lo sviluppo della funzione di consapevolezza del paziente circa il mondo intrapsichico, le sue dinamiche e i suoi conflitti;
- attraverso l'analisi e l'utilizzo delle reazioni emotive controtransferali del terapeuta;
- attraverso l'individuazione delle esperienze relazionali che hanno inciso negativamente nella storia del soggetto e nell'organizzazione del suo Sé.

Proviamo ad esemplificare alcuni aspetti di questa prospettiva. Ci soffermiamo su:

- impegno empatico
- partecipazione affettiva
- lavoro di consapevolezza
- analisi delle dinamiche emotive presenti nel campo relazionale
- utilizzo delle reazioni emotive controtransferali del terapeuta

86 Si veda a titolo di esempio, in lingua italiana:

- Albasi C., Barsness R. (a cura di), Competenze cliniche nella psicoanalisi relazionale, Giovanni Fioriti Editore, 2018
- Mitchell S., Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi per un modello integrato, Bollati Boringhieri Torino, 1993
- Fosshage J., I rapporti tra la psicologia del Sè e la psicoanalisi relazionale, Ricerca Psicoanalitica, n.2, pp. 135-176, 2004
- Mitchell S.A., Il modello relazionale, Raffaello Cortina Editore Milano, 2002

1.1 Impegno empatico

L'empatia per Heinz Kohut[87] è la capacità di andare in esplorazione nella mente dell'altro, nell'alterità dell'altro restando se stessi.

Un esempio di applicazione si verifica nella prima seduta, come s'è visto, quando la paziente manifesta una forte resistenza nel colloquio iniziale nei confronti della scelta della terapia. Il dott. Foti **cerca di capire e di sentire il problema dal punto di vista della paziente**, cercando di condividere e validare i suoi vissuti di ansia e di confusione.

Il dott. Foti, lungi dall'introdurre elementi non portati dalla paziente e dall'effettuare interventi pressori, empatizza con la difficoltà espressa dalla paziente, esprimendo comprensione, accoglimento e accettazione.

1.2 Partecipazione affettiva

Per Ferenczi[88] la partecipazione affettiva implica la capacità di far sentire al paziente la comprensione e la condivisione da parte del terapeuta della sua condizione di vittima.

DOTT. FOTI - Come ci sei rimasta dopo che è successo? Come sei rimasta?
VERONICA - Beh, era un po' mh… non lo so perché … (sospira) ***un po' spaesata****, poi io … cioè* ***lui mi aveva detto che mi amava comunque e quindi io ci ho creduto****.*
DOTT. FOTI - Caspita, caspita, già eri piccola quanti anni potevi avere? 14 anni, 13/14 anni mi hai detto, quindi eri molto molto piccola e quindi credevi a ciò che lui ti diceva.
VERONICA – Sì.
DOTT. FOTI – Eh, un bel disorientamento, se l'amore poi produce una violenza è chiaro che una ragazzina di tredici anni può essere scombussolata, eh. Quindi è stata una storia pesante. (pag. 105)

In una seduta precedente, a fronte della descrizione da parte della paziente della molestia subita e a fronte della comprensione e della partecipazione emotiva del terapeuta, Veronica piange e strofina gli occhi con le mani per cacciare le lacrime. Il dott. Foti continua il suo discorso identificandosi con le ragioni di chi è stato vittima di un'aggressione a sfondo sessuale.

DOTT. FOTI - Eh, ma questo qua, fammi capire. Questo qui, ha fatto una cosa…ehm … sbagliata perché se vuoi conquistare una ragazza devi usare altri metodi e soprattutto devi rispettare la libertà di questa ragazza, eh? Quindi lui ehm… ha preso questa iniziativa come se tu fossi una sua proprietà, come se lui avesse dei diritti su di te, o no? (pag. 52)

87 Kohut H., La guarigione del Sé, Bollati Boringhieri Torino, 1980
- Kohut H. – La cura psicoanalitica, Bollati Boringhieri Torino, 1986
- Kohut H. (a cura di Carusi A.), Introspezione ed Empatia, Bollati Boringhieri Torino, 2003

88Ferenczi S. (31 gennaio 1932), *Diario clinico*, Raffaello Cortina Editore, 1988, p.75.

Il dott. Foti chiede quali altri giudizi negativi su se stessa, oltre a quelli emersi, sono presenti dentro di lei: la risposta è autentica, lucida ed emotivamente sofferta come si ricava dal tono lamentoso. Il terapeuta ascolta il contenuto ma anche la forma della comunicazione della paziente. Il suo intervento, che può essere valutato **dal video più ancora che dalla trascrizione,** è di intensa **partecipazione affettiva,** veicolata dalla postura, dall'atteggiamento emotivo e dal tono di voce. Peraltro l'effetto dell'atteggiamento empatico ed affettivo del terapeuta è l'ulteriore apertura emotiva della paziente che comunica lo schema profondo di autosvalutazione che alberga in lei.

*VERONICA - **Che non valgo abbastanza (tono lamentoso)***
*DOTT. FOTI - E guarda come lo dici in tono lamentoso, **quanto ti fanno soffrire** … questo tono lamentoso, questi giudizi che non vali abbastanza.*
*VERONICA - **... che alla fine la mia vita non conta niente**.* (pag. 161)

1.3 Lavoro di consapevolezza

Il terapeuta aiuta a connettere costantemente il cambiamento e la crescita del benessere psichico alla crescita della funzione di analisi e di consapevolezza.

DOTT. FOTI - Che nasce secondo te soprattutto da? Cosa può aver generato questo sollievo o quota di benessere?
VERONICA - Mh… il fatto di aver parlato di me, di aver capito alcune cose di me. (pp. 117-118-119)

> *DOTT. FOTI - Con la consapevolezza, una funzione del tuo cervello che ti ha consentito di parlare di te e di capire, di connettere delle cose, ehm? (…) Questa zona del cervello è rimasta integra. Non sempre è così, sai?* (pag. 119)

1.4 Analisi delle dinamiche emotive presenti nel campo relazionale

La paziente ha affermato che con l'avvio della psicoterapia si è sentita più tranquilla e questo l'ha aiutata ad affrontare in modo nuovo un conflitto con una compagna di scuola, prendendo l'iniziativa di andarle a parlare, scelta che in altri momenti non avrebbe compiuto in quanto abituata ad evitare i conflitti. Il terapeuta fa un'**interpretazione di transfert** e restituisce che in entrambe le situazioni (la relazione con la compagna di scuola e la relazione con il terapeuta) Veronica può mettersi alla prova e può farcela ad affrontare situazioni nuove.

> *DOTT. FOTI - Hai un viso un po' più riposato, più rilassato dell'altra volta?*
> *VERONICA - Si, sono un po' più tranquilla.*
> *DOTT. FOTI - Cos'è che ti ha aiutato ad essere più tranquilla?*
> *VERONICA - Beh, l'incontro dell'altra volta… e anche il fatto che sono riuscita a parlare con questa ragazza, a risolvere il problema.*
> *CLAUDIO - Certo, hai verificato una capacità, ti sei messa alla prova e ci sei riuscita.*
> *VERONICA - Ho capito che non è così difficile risolvere i problemi, quindi…*(pag. 71)
>
> La paziente accetta a questo punto di proseguire il colloquio da sola con il dott. Foti senza la

presenza della dott.ssa Greggio, che pertanto si allontana.

DOTT. FOTI - Sai mi colpisce, mi colpisce, mi fa piacere che mi dici che ti senti un tantino più sicura, poi mi ha fatto anche piacere di aver azzeccato, non sempre ci si riesce, a leggere il viso. Il nostro viso è molto espressivo, no? Il viso… il tuo lo è, e esprime delle informazioni su come stiamo, quindi mi ha colpito. E… c'è qualcos'altro che ti aiuta? Perché mi pare un cambiamento. L'altra volta in effetti comprensibilmente eri più diffidente, eri più ritratta. Il tuo viso mostrava un certo disagio. E cosa…? Mh… vediamo cosa è capitato? O qualche pensiero che ti ha aiutato, in questa direzione? Perché mi pare importante.

VERONICA - Mh… ah….non ne ho idea… più che altro è stato quell'episodio, che mi ha… cioè proprio ho sentito il cambiamento. (…) mi sono sentita un po' meglio, perché ho capito che…cioè io posso farcela ad affrontare le cose.

DOTT. FOTI - Ah ah.

VERONICA - E diciamo che sono molto più tranquilla con tutti quanti… cose così.

DOTT. FOTI - Adesso capisco che puoi farcela benissimo a stare anche con me, eh?

VERONICA: Si, si.

*DOTT. FOTI - **In fondo anche qui è una piccola, piccolissima prova.** Capito, adesso ho capito. Puoi farcela ad affrontare le situazioni nuove, eh?* (pp. 73-74)

1.5 Utilizzo delle reazioni emotive controtransferali del terapeuta

Il dott. Foti esplicita in modo autentico alcune delle proprie reazioni emotive soggettive utilizzandole nel dialogo. In prima seduta il terapeuta è impegnato ad accettare e comprendere le difficoltà che sta vivendo la paziente di fronte ad un setting che prevede lo specchio unidirezionale e l'assistenza in una stanza con una telecamera a circuito chiuso da parte di un gruppo di terapeuti.

La paziente sta contattando mentalmente un punto molto penoso: un meccanismo psichico in base a cui non può esprimere la propria aggressività difensiva perfino di fronte a comportamenti irriguardosi o violenti degli altri nei suoi confronti ed è costretta sempre a sentirsi lei in colpa ed in difetto.

DOTT. FOTI - E' una cosa molto dolorosa quella che dici eh? E' una cosa molto dolorosa. Forse adesso un po' di pena la senti eh? Su questo punto, eh, ti capisco e…ehm. Prima mi sono commosso io a pensare a mia figlia, adesso ti commuovi tu pensando che non puoi arrabbiarti con gli altri ma devi sempre prendertela con te stessa eh? Come se gli altri non se la meritassero. (pag.51-52)

Se in talune occasioni il terapeuta esplicita i vissuti conflittuali per es. di ansia o di commozione, così rinvia i vissuti di contentezza come riscontro autentico nei confronti di alcune comunicazioni di Veronica.

*VERONICA: Diciamo che **mi sento bene, non sento che dipendo da qualcuno. Cioè il fatto di essere libera, si può dire che riesco comunque a comportarmi bene in certe situazioni.***

DOTT. FOTI – (…) Comportarti bene rispettando gli altri ma rispettando anche te stessa. (…) Questo credo sia un fondamento coerente di un benessere, la possibilità di ascoltare se stessi, rispettare se stessi oltre che gli altri come è giusto che sia. Bene, sono contento, sono ***contento che mi hai trasmesso vissuti positivi****, sono contento anche di questa sintesi che mi hai comunicato e allora ti saluto e ci vediamo agli inizi di settembre. (pag. 269)*

2. LA PSICOLOGIA DEL SE'

Uno dei modelli teorico-metodologici seguiti dalla terapia è la **psicologia del Sé di Heinz Kohut**[89]. Viene sviluppata un'attenzione al Sé, considerato come "centro d'iniziativa indipendente", costituito da materiali psichici derivanti dalle relazioni più rilevanti con gli oggetti significativi della propria storia infantile (oggetti-Sé) e come bisognoso di relazioni benevole e di sostegno.
La finalità del terapeuta è quella di cercare di funzionare come oggetto-Sé supportivo e come figura capace di garantire un'esperienza correttiva rispetto alle relazioni tra il Sé del paziente e gli oggetti-Sé che nella sua vicenda sono risultati disfunzionali, stimolando e sostenendo positivamente la percezione del Sé del paziente stesso. A questo fine l'impegno del dott. Foti, testimoniato costantemente dai suoi interventi nel corso della terapia è quello di:

- rispecchiare il senso del **valore del Sé;**
- sintonizzarsi con gli **stati emotivi e affettivi della persona;**
- validare l'**esperienza soggettiva del Sé** che può comportare un'identificazione temporanea con la coerenza del punto di vista del paziente;
- **proporre sollecitazioni riflessive e problematizzanti senza compromettere la posizione di rispecchiamento** e l'adesione empatica ai suoi bisogni;
- intervenire nel sostegno e nella **valorizzazione realistica di fronte alle percezioni negative o indebolite del Sé;**
- riconoscere e restituire **l'unicità e il potenziale creativo della persona.**

La linea terapeutica è coerente. Gli interventi si muovono spesso su due linee integrate**: da un lato la comprensione della storia e delle relazioni distorcenti patite dalla paziente, dall'altro il rispecchiamento del suo Sé.** Da un lato la necessità di riconoscere i condizionamenti derivanti dalle vicende negative, che sono state attraversate dalla ragazza senza averne colpa - vicende che chiedono di essere accettate e comprese negli effetti nocivi prodotti e nelle interiorizzazioni che si sono registrate nel sé - dall'altro il rispecchiamento per le risorse e per la creatività del Sé, rispecchiamento che il terapeuta effettua costantemente e con un convincimento profondo. Si veda la parte conclusiva della seconda seduta dove si fa riferimento a contenuti emersi nel corso del colloquio.

Il terapeuta riesce a individuare e a restituire **il valore e la preziosità del Sé** in ogni occasione, perfino quando aiuta la paziente ad elaborare i contenuti di fantasie suicidarie.

DOTT. FOTI - Hai fatto qualche volta la fantasia brutta del suicidio?

89 Kohut H., *La guarigione del Sé*, Bollati Boringhieri Torino, 1980

VERONICA- Mh…sì, ma più che altro che qualcun altro mi uccidesse
DOTT. FOTI - E questo come lo vedi? È curioso, cioè "non voglio essere io in questa fantasia a mettere fine alla mia vita, che lo faccia qualcun altro" come lo vedi? Cioè il fatto non …però non … non riesci a pensare a te che ti togli la vita.
VERONICA: No
DOTT. FOTI - No, e forse perché c'è ***una parte di te preziosa, preziosa che vuole vivere****. E quindi non accetterebbe mai di prendere quella decisione, no? Se lo fa qualcun altro…*
VERONICA - … sì…
DOTT. FOTI - …accontenterebbe quella parte di te che vuole… che si sente colpevole, che vuole spegnersi, per fortuna che c'è l'altra parte...Ma, sai, anche l'altra volta, adesso che ci penso… mi avevi … sì, mi avevi detto che c'è questa parte che pensa che la tua vita non valga niente, che valga solo quella degli altri… poi però c'è la parte che vuole fare la psicologa, eh?
VERONICA – Sì.
DOTT. FOTI - E così mi parli di questa parte che certe volte dice "ma che mi ammazzino" però c'è quella che è felice di fare passi in avanti, come hai fatto un passo in avanti, mettendoti alla prova con la tua amica, e… ho visto che poi anche qui c'è una parte che vuole crescere, che vuole mettersi alla prova, eh? (pag. 87)

L'analisi delle sedute consente di verificare ampiamente Nelle seguenti sequenze dialogiche si possono verificare una serie di interventi terapeutici che ricorrono costantemente nella conduzione delle sedute:

1- il sostegno di fronte alla comparsa di immagini negative e alle percezioni indebolite del Sé;
2- il forte rispecchiamento delle risorse affettive e mentali del Sé;
3- il riferimento all'interiorizzazione nel Sé degli effetti delle esperienze relazionali distorcenti o violente patite.

3. LA PSICOTERAPIA DEL TRAUMA

Come richiesto dal decreto del Tribunale per i Minorenni, e coerentemente con la formazione del dott. Foti, la psicoterapia effettuata utilizza alcuni fondamentali aspetti della terapia centrata sul trauma.
La letteratura scientifica[90],[91] indica alcune costanti che necessariamente devono caratterizzare la cura del trauma in soggetti adulti, adolescenti e minori.
Innanzitutto, le esperienze traumatiche devono essere affrontate direttamente: partendo dall'evidenza delle difese di evitamento[92] tipiche dei bambini traumatizzati, si evidenzia la necessità di guidarli ad abbandonare tali difese con metodi direttivi, affrontando direttamente il trauma e prevedendo l'elaborazione di una narrativa del trauma.

90 Per una revisione in lingua italiana, si veda Malacrea M., Curare i bambini abusati, Raffaello Cortina Editore, 2018

91AACAP Official Action – Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Post-Traumatic Stress Disorder, 2010, in Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49, 4 International Society for Traumatic Stress Studies, 2012, The ISTSS Expert Conseunsus Treatment Guidelines for Complex PTSD

92Una tipica difesa post-traumatica è l'evitamento di tutto ciò che ricorda e riattiva il trauma stesso, in primis la sua narrazione e la sua messa in parola, da cui il tipico segreto nel quale si consumano le violenze, segreto a volte mai svelato, a volte svelato dopo anni di silenzio

Pertanto, i riferimenti delicati e attenti fatti dal dott. Foti alle esperienze di vita sfavorevoli subite da Veronica, non possono venir considerati interventi suggestivi (di cu tra l'altro non hanno le caratteristiche di anticipazione di contenuti), bensì interventi facilitanti tesi a contrastare le connaturate difese di evitamento.
Secondo l'International Society for Traumatic Stress Studies, il trattamento deve prevedere tre fasi[93]:

- La messa in sicurezza, che prevede necessariamente e come pre-requisito fondamentale per l'inizio di ogni terapia, l'allontanamento dall'origine del trauma e la protezione/cessazione di ogni forma di violenza. In questa fase va fatta psico-educazione sugli effetti del trauma, spiegando al paziente (grande o piccolo) il funzionamento post-traumatico, con l'obiettivo di rassicurarlo circa la normalità del proprio funzionamento (*"non funzioni così perché sei sbagliato o malato, ma funzioni così perché ti è accaduto qualcosa di sbagliato al quale l'essere umano reagisce in modo fisiologico*") e di accrescere un positivo senso di sé, riducendo i tipici vissuti di colpa e di vergogna. In questa fase è altresì necessario costruire una buona relazione terapeutica, basata sull'empatia e l'accoglienza e sull'alleanza di lavoro. L'obiettivo è la riduzione dei sintomi, premessa per iniziare a lavorare sulla rielaborazione del trauma.
- L'elaborazione dei ricordi delle esperienze traumatiche: rivisitazione dei ricordi traumatici, esposizione alle memorie traumatiche con ri-attribuzione di significato e elaborazione delle emozioni ad esse correlate (pressoché inevitabilmente vissuti di paura, colpa, vergogna, rabbia, lutto, tristezza[94]). L'obiettivo è di integrare i ricordi traumatici nella memoria autobiografica, onde evitare che persistano come ricordi dissociati e costantemente rivissuti in qualità di memorie intrusive, flash-back e/o di acting-out, ovvero "ricordi sensoriali", riviviscenze, "come se l'evento si stesse ripetendo nel qui e ora" e che caratterizzano gli agiti nel presente. Lungi dal creare o dall'indurre "falsi ricordi" questa fase si pone l'obiettivo di integrare i ricordi traumatici, permettendo al paziente di ricollocarli nel passato, piuttosto che riviverli come esperienze sensoriali; si pone l'obiettivo di permettere al paziente di ripensare al proprio passato rimanendo fisicamente, emotivamente, psicologicamente integro e al sicuro, assumendo una maggior distanza emotiva dagli eventi traumatici (Kallivayalil, 2013[95]) e, conseguentemente, un maggior controllo sul proprio sé e sulla propria vita.
- Proprio questo maggior controllo e questa nuova integrazione, rendono possibile il consolidamento di nuove acquisizioni funzionali, intese come nuove competenze sociali, relazionali, emotive.

Quindi, la psicoterapia del trauma richiede necessariamente l'elaborazione dei ricordi delle esperienze traumatiche, ma tali ricordi sono spesso difficilmente accessibili al paziente stesso, perché rimossi o parzialmente rimossi, perché dissociati o perché negati consapevolmente a causa di vissuti di paura, vergogna, colpa. E' fondamentale, quindi, superare tali meccanismi di difesa, affinché il paziente possa accedere alla propria

93 International Society for Traumatic Stress Studies, 2012, The ISTSS Expert Conseunsus Treatment Guidelines for Complex PTSD

94 Schnyder U. et al., 2015, Psychoterapies for PTSD. What do they have in common?, In European Journal of Psychotraumatology, 6

95 Kallivayalil D. et al., 2013, Preliminary findings from a qualitative study of trauma survivors treatment: changes in personal narrative" in Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 22, 3, pp. 262-281

esperienza traumatica, attraverso la relazione terapeutica empatica e basata sulla fiducia e sull'accoglienza del dolore e attraverso una benevola e rispettosa pressione al raccontare e al ricordare. Nessuna terapia centrata sul trauma può essere "passiva" e centrata solamente sull'ascolto di quanto spontaneamente portato dal paziente, perché i normali meccanismi difensivi del trauma inducono il paziente al silenzio, alla negazione, alla rimozione, alla dissociazione. Tutti meccanismi difensivi funzionali alla sopravvivenza fisica e psichica in una prima fase, ma altamente disadattativi nel lungo termine (van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2006[96]): per aiutare la vittima a guarire è necessario aiutarla a ricordare e a rielaborare le esperienze traumatiche, a riattraversare sul piano narrativo ed emotivo il trauma al fine di integrare l'esperienza.
Alcune ricerche[97],[98];[99];[100], anche con l'ausilio della risonanza magnetica, evidenziano l'effetto curativo e terapeutico del mettere in parole il trauma: verbalizzare le memorie traumatiche aiuta ad integrarle, permette di condividere il peso dei vissuti traumatici e di intraprendere il percorso di elaborazione del trauma, accedendo ad una diversa consapevolezza e ad una diversa rappresentazione dell'esperienza. Ancor prima di questi studi su base scientifica, l'evidenza empirica di un miglioramento dei pazienti sofferenti di gravi psicopatologie quando mettevano in parola gli eventi disturbanti, faceva nascere la cosiddetta Talking Cure[101].

Nella psicoterapia del dott. Foti si ritrovano queste tre fasi, insieme ad altri fondamentali principi della psicoterapia del trauma. Ci soffermiamo su:

3.1. Il rispetto della garanzia del paziente di controllare la terapia
3.2. Il lavoro sulle emozioni
3. 3. L'oscillazione tra il focus sul presente e il focus sul passato
3. 4. L'avvicinamento alla sofferenza traumatica
3. 5. Interventi a sostegno del Sé contrastanti la logica autogiudicante
3. 6. Il riferimento alla verità e alla prospettiva dell'accettazione

3.1. Il rispetto della garanzia del paziente di controllare la terapia

"Il primo principio della guarigione è l'accrescimento della capacità di controllare attivamente (empowerment) da parte del sopravvissuto: egli deve essere l'autore e l'arbitro della propria guarigione"[102]. Avendo patito un'esperienza di angosciante perdita di controllo, la vittima di un trauma deve essere necessariamente garantita da questo punto di vista.

96van der Hart O., Nijenhuis E, Steele K, 2006, Fantasmi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale, R. Cortina, 2011

97 Arata C. (1998), To tell or not to tell: current functioning of child sexual abuse survivors who disclosure their victimization, in Child Maltreatment, 3(1), pp. 63-71.

98Pennebaker J.W., Beall S.K. (1999), Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per l'abuso infantile e per il mantenimento della salute, in Psicologia della Salute, 2, pp. 32-48.

99 Wyatt G. e Newcomb M. (1990), Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood, in Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, pp. 758-767.

100Gagliano A., Magazù A., Milardi T., Calamoneri F. (1999), Aspetti linguistici e cognitivi nella testimonianza del bambino abusato, in Maltrattamento e Abuso all'Infanzia, n.3.

101 Lichtenberg J., The Talking Cure: A Descriptive Guide to Psychoanalysis, 1994

102 Herman J. (1992), *Guarire dal trauma*, Magi, 2007, pag. 175

Tutte le scelte fondamentali della terapia: l'accettazione del setting, la scelta di fare a meno della presenza della figura della dott. Greggio, la prospettiva dell'integrazione dei ricordi come linea guida della cura, la stessa definizione delle metodologie (per es. la tecnica dell'EMDR) vengono presentate, ripetutamente spiegate dal dott. Foti e discusse con Veronica.
La richiesta abituale nei confronti della paziente - al termine di ogni seduta - di comunicare l'aspetto che ha colpito maggiormente nel corso dell'incontro e l'invito a mettere a fuoco l'emozione con cui termina il colloquio, ha la funzione di monitorare il punto di vista cognitivo ed emotivo della paziente e il suo livello di valutazione e di padroneggiamento del percorso.

Nel primo colloquio il dott. Foti, parlando del proprio vissuto emotivo, definisce l'atteggiamento con cui si accinge al lavoro terapeutico sul trauma attento alla libertà e alla possibilità del paziente di autodeterminarsi:

DOTT. FOTI - Allora l'empatia è un ***atteggiamento****, come dire,di …****di ascolto e di rispetto di Veronica*** *perché se si creeranno le condizioni per parlarne, ne potremo parlare, ma ecco sento che Veronica deve sentirsi rispettata:* ***se ne parla e io sono disposto ad ascoltare, ma nella misura in cui tu Veronica eh…sentirai l'esigenza di farlo, con la libertà di fermarti come e quando vuoi, ecco.*** (pag. 58)

3.2. L'oscillazione tra il focus sul presente e il focus sul passato

"Il terapeuta - scrive J. Herman - *deve aiutare il paziente a muoversi avanti e indietro nel tempo, dal suo ancoraggio nel presente alla sua immersione nel passato, cosicché egli possa simultaneamente riprovare i sentimenti nella loro intensità"*[103].

Nella quarta seduta è possibile avere un esempio di questo impegno del dott. Foti. Dalla messa a fuoco di una problematica del presente (il conflitto con la madre e la provocazione della paziente che ha detto alla madre che vuole andar via di casa ed essere inserita in comunità) si risale a una connessione con il passato, ovvero il bisogno della paziente di allontanarsi dai propri ricordi e dagli eventi del passato che tendono a ritornare in modo ricorrente e spiacevole nella sua mente, associati alla convivenza con la madre. Il dott. Foti **orienta il focus della conversazione sul passato per favorire la comprensione dei nessi fra il passato e il presente, ma ad un certo punto chiede:**

DOTT. FOTI - (..) Ma se io ti riformulassi questa domanda: "Qual è il problema più grosso, il disagio che ti crea più problemi oggi?"

Il dott. Foti cerca di favorire un'oscillazione dell'attenzione tra la dimensione del passato a quella presente ed in **effetti dal focus sul passato la paziente arriva al presente e viceversa dal focus sul presente Veronica ritorna al passato, ai lutti, alle perdite, alle violenze patite.**

103 Herman J. (1992), *Guarire dal trauma*, Magi, 2007, pag. 230.

3.3. L'avvicinamento alla sofferenza traumatica

"Lo psicoterapeuta che comprende la natura del trauma può contribuire al processo di integrazione restando al fianco del paziente nella sua sofferenza, fornendo una prospettiva secondo cui la sofferenza può essere utile e sopportabile, e aiutando a controllare il trauma trasponendo l'esperienza in forma simbolica e comunicabile (per es. verbalizzando le percezioni e le sensazioni)."[104]

La comprensione empatica e non giudicante del bisogno della paziente di difendersi dai ricordi traumatici si accompagna ad una benevola insistenza sull'importanza terapeutica del recupero dei ricordi.

Il dott. Foti riprende nel dialogo con Veronica un concetto espresso da Cermak e Brown: *«Nessun dolore è tanto intenso quanto il dolore che si rifiuta di affrontare, nessuna sofferenza è tanto duratura quanto la sofferenza che ci si rifiuta di riconoscere»*[105].

DOTT. FOTI - Ahah, hai detto una cosa interessantissima: come dire, tu hai una sensazione, ma non ricordi quello che è successo. In questa maniera è vero, puoi collegare le tue sensazioni a dei fatti che spiegano quelle sensazioni e quindi hai un senso di maggiore integrazione, metti insieme due pezzi che prima invece non si toccano. Questo dà un senso di benessere. Quindi bisogna avere un po' di coraggio, ma non succede, guarda, si sta male a non ricordare, ***la sofferenza peggiore è quella di non poter sentire con chiarezza le ragioni del proprio dolore, ecco, questa è la sofferenza maggiore che dà un senso di confusione, di mancanza di contatto.*** (pp. 281-282).

3.4. Interventi a sostegno del Sé contrastanti la logica autogiudicante

Nel corso della psicoterapia del trauma è fondamentale cogliere e contrastare la tendenza sistematica del soggetto traumatizzato ad attribuire a deficit del Sé le difficoltà vissute a seguito della vittimizzazione patita o a seguito delle situazioni problematiche incontrate. Quando, per es., la paziente si dà della stupida, della cattiva, della paranoica, il dott. Foti interviene sempre a problematizzare la logica autogiudicante e a sostenere il Sé, spesso evidenziando che certi suoi comportamenti sono comprensibili in quanto reattivi rispetto alle esperienze traumatiche patite.

---

104 van derKolk B.A., McFarlane A.C., van der Hart O., *Un approccio generale al trattamento del PTDS*, in B.A. van derKolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (a cura di),*Stress traumatico,* Magi, Roma, pag. 424.

105 Cermak T.L., Brown S. (1982), cit. in Turner S.W., McFarlane A.C., van derKolk B.A., *Ambiente terapeutico e nuove ricerche sul trattamento del DPTS*, in van derKolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. (a cura di),*Stress traumatico,* Magi, Roma, p. 549.

VERONICA – Poi… non lo so, forse sono io che sono paranoica.
DOTT. FOTI - Ti rimane il dubbio… Perché paranoica? C'è un'impressione. Cioè non … ehm… Tu sei onesta dici quello che… ***parli di un vissuto di preoccupazione, non è che sei venuta a dirmi che c'hai una convinzione precisa, certa****. Hai detto che c'è una preoccupazione e la colleghi ad una scena - come dire? - ambigua che ti ha lasciato qualcosa di non chiaro, di non convincente il modo con cui erano messi, okay*
VERONICA – (Fa cenno di sì con il capo). (pag.99)

L'esperienza della violenza vissuta (in questo caso la ragazza sta parlando del rapporto sessuale impostole all'età di 13 anni) ha rinforzato in Veronica un'immagine di sé di ragazza stupida e colpevole.

VERONICA- ***Non riesco a parlarne, mi è troppo difficile, perché ...***
DOTT. FOTI - .. ok, perché?
VERONICA - … ***perché mi sembra di essere stata stupida e quindi…*** (pag. 158)

L'interpretazione del dott. Foti è la seguente: *"C'è stata un'ingenuità e ti viene da giudicarti come stupida e questo inibisce, se ben capisco, la possibilità di parlarne. Un giudizio molto negativo, molto severo. Stavo pensando che probabilmente oltre a una tua ingenuità ci sarà stato anche un comportamento negativo dell'altra persona?"* (pag. 159).

Il dott. Foti cerca dunque di contrastare coerentemente **la tendenza della paziente ad essere pesantemente giudicante nei confronti di se stessa.**

3.5. Il riferimento alla verità e l'impegno dell'accettazione

L'obiettivo della psicoterapia è quello di aiutare la vittima ad integrare la verità del trauma, accettando la storia per quel che è stata in una prospettiva di apertura alla speranza.
Come scrive Bessel van derKolk[106] "la dissociazione impedisce al trauma di integrarsi dentro ai magazzini della memoria autobiografica…creando un sistema di memoria duale…Se il problema del PTSD è la dissociazione, l'obiettivo del trattamento deve essere l'associazione: integrare gli elementi dissociati del trauma nella narrativa coerente della vita così che il cervello possa riconoscere che quello era allora e questo è ora"
E' fondamentale, quindi, che il paziente possa accedere alla propria esperienza traumatica, attraverso la relazione terapeutica empatica e basata sulla fiducia e sull'accoglienza del dolore, al fine di integrarla e, alla fine, di "lasciarla andare".
Scrive Judith Herman: *"La premessa fondamentale del lavoro psicoterapeutico è di credere nel* ***potere restaurativo del dire la verità****".*[107]

Nella psicoterapia del dott. Foti il riferimento alla verità è una linea costante che guida

106Van derKolk B. (2015), Il corpo accusa il colpo, R. Cortina, Milano
107 Herman J., *Guarire dal trauma*, Magi, 2007, pag.234

l'impegno all'ascolto autentico delle emozioni e al recupero possibile della memoria

DOTT. FOTI - Delle risposte dico sì non solo di consolazione ma di giustificazione allora, eh? Non solo consolazione ma più di giustificazione. ***Ma se tu invece fai affidamento su te stessa, se tu chiedi a te stessa, chiedi alla tua memoria, chiedi alla verità che abita dentro di te, tuo padre che cosa ti ricorda?*** *(…) A cosa lo associ? a qualcosa di piacevole… di spiacevole a cosa lo colleghi a cosa lo metti insieme tuo padre se ascolti te stessa? se ascolti te stessa.* (pag. 96)

Anche lo sviluppo della capacità di accettazione della realtà nei suoi spiacevoli aspetti connessi alle esperienze traumatiche è un impegno della psicoterapia del trauma. Un obiettivo perseguito e parzialmente realizzato dal lavoro del dott. Foti è quello di favorire nella paziente l'atteggiamento mentale di **accettazione** aperta alla speranza di cambiamento.

VERONICA - Ehm… che non soffro così tanto come soffrivo a parlarne prima.
DOTT. FOTI - Ahah, ah ah cioè che è cambiato…che il tuo atteggiamento come possiamo definirlo rispetto a questi, ricordi più…?
VERONICA - Ehm… non so come dire, cioè ***sento che lo sto accettando.***
DOTT. FOTI -Ah ah.
VERONICA - ***O che l'ho già accettato.***
DOTT. FOTI - Che sei più forte nel guardarlo.
VERONICA - Sì.
DOTT. FOTI - Quindi possiamo anche dire che sei meno spaventata nell'approfondire il ricordo?
VERONICA - (Annuisce) (pag. 326)

4. L'INTELLIGENZA EMOTIVA NELLA PSICOTERAPIA

Il dott. Foti, studioso dell'intelligenza emotiva e direttore di diversi master post-universitari sullo sviluppo e sulla gestione delle risorse emotive[108], utilizza alcune applicazioni della teoria e della pratica dell'intelligenza emotiva[109],[110] nel corso della psicoterapia.

Il lavoro sulle emozioni si rivela particolarmente utile nella cura dei soggetti traumatizzati. *"Un aspetto fondamentale del trattamento di un soggetto traumatizzato è costituito dalla capacità di aiutarlo a trovare le parole per descrivere gli stati emotivi. Dare un nome ai sentimenti conferisce al paziente un senso soggettivo di controllo e una flessibilità mentale che facilita il confronto con altre emozioni e altre situazioni. (…) Sia i bambini che gli adulti possono apprendere come gestire in maniera efficace le situazioni stressanti imparando a classificare le loro percezioni."*[111]

108I master sono stati organizzati a Torino, Reggio Emilia, Salerno Napoli, Cagliari dal 2015 al 2019 dal Centro Studi Hansel e Gretel Onlus e dall'Università Pontificia in Scienze dell'educazione "Auxilium".

109Salovey P., Mayer J., Emotional Intelligence, in Imagination, Cognition and Personality, vol. 9 (3), pp. 185-211, 1990

110Goleman D., Intelligenza emotiva, Rizzoli Milano, 1997, nuova ed. 2019

111Mc Farlaine, A.C., van derKolk, B.A. (1996), "Conclusioni e prospettive future" in van derKolk, Mc Farlaine, A.C.,

L'intervento terapeutico del dott. Foti segue costantemente questo principio guida. In ogni seduta e più volte nella medesima seduta, monitora lo stato emotivo della paziente e propone un ***"allenamento emotivo"***[112],[113], cioè sollecita la paziente ad entrare in contatto con il proprio vissuto, aiutandola a comprendere, legittimare e mettere in parola tale vissuto. Su questo terreno unisce le proprie competenze legate all'intelligenza emotiva con la comprensione delle problematiche del soggetto traumatizzato.[114]
La barra del timone della terapia è orientata all'attenzione verso le emozioni della paziente come dato di realtà soggettiva a cui ancorare costantemente la riflessione e sull'ascolto delle emozioni così come sono percepite nel "qui ed ora" e nel corpo.
Il lavoro è teso all'ascolto empatico con un atteggiamento di interesse e di **accettazione benevola delle emozioni** spesso con la seguente successione di interventi:

a) una prima esplorazione del vissuto emotivo
b) l'impegno a fare attenzione e a riprendere letteralmente il vissuto emotivo emerso dalla paziente
c) validazione, legittimazione e comprensione empatica delle emozioni
d) ulteriore approfondimento del significato delle emozioni attraverso interventi di interrogazione.

L'atteggiamento clinico basato sull'intelligenza emotiva, sollecitando all'esplorazione, alla conoscenza e al riconoscimento, nonché al rispetto delle emozioni del paziente, si pone agli **antipodi dell'atteggiamento suggestivo ed induttivo** che finisce per intrudere ed immettere nell'altro contenuti estranei alla sua soggettività. Obiettivo del metodo basato sull'intelligenza emotiva è proprio, all'apposto, affiancare il paziente nel riconoscimento della propria soggettività.
L'**intelligenza emotiva** crea le condizioni affinché l'interlocutore possa sentirsi accettato e spinto ad esprimere la verità emotiva e soggettiva di cui è portatore. Questo fa sì che i contenuti più qualificanti della comunicazione di Veronica sono espressi spontaneamente senza alcun atteggiamento suggestivo o suggestionante dello psicoterapeuta.

Alcuni esempi.

> All'inizio della 14ma seduta la paziente, interpellata sugli effetti del lavoro con l'EMDR nell'incontro di due settimane prima, dà un significativo riscontro. **E' come se Veronica, essendosi avvicinata nella seduta precedente ad un ricordo traumatico infantile, scombussolante e penoso, si aspettasse di stare molto male dopo la seduta.** La ragazza precisa che in realtà non è stato così.

B.A, Weisaeth L. (a cura di) *Stress traumatico,* Magi, 2004., pag. 423

112Goleman D., Intelligenza emotiva, Rizzoli Milano, 1997, nuova ed. 2019

113Lo Presti C., Quadernucci B., L'allenamento emotivo per i nostri bambini, Era Nuova, Perugia, 2004

114 Foti C., *La mente abbraccia il cuore*. Edizioni Gruppo Abele, 2012.

- *VERONICA - In realtà non ci ho pensato molto. (…) Però comunque cioè non è che mi ha … ehm … mi ha fatto, cioè non mi sono sentita peggio sinceramente (…) No, perché comunque… ehm …* ***già odio mio padre,*** *quindi* ***non penso che si possa provare qualcosa di peggio, quindi non è che ho avuto ... delle ripercussioni gravi.*** (pp. 357-358)

E' la paziente stessa che spiazza ogni dubbio ed **esclude decisamente che il lavoro terapeutico compiuto dal dott. Foti con l'EMDR possa aver generato in lei un odio prima inesistente**, verso il padre. Ancora una volta il vissuto di odio viene comunicato dalla paziente **senza l'ombra di un intervento suggestivo o suggerente del terapeuta.**

Ecco un altro esempio di come il riferimento e la considerazione delle emozioni da parte del terapeuta faciliti l'espressione spontanea di contenuti soggettivi significativi da parte della paziente:

- *DOTT. FOTI - (…) quello che mi dici è che fai fatica a prendere contatto con la rabbia. Questo ti ha violentato, ti ha fatto una cosa terribile, ha violato la persona, ha mancato di rispetto a te come persona, al tuo corpo, ma soprattutto alla tua anima. Mi colpisce che manca la rabbia. Cosa ti fa pensare questo?*
- *VERONICA -* ***L'unica persona per cui io provi rabbia è mio padre. A lui do la colpa di ogni cosa ecco perché non sono arrabbiata con nessun altro.*** (pp.210-211)

In questo passaggio Veronica compie spontaneamente e inaspettatamente un collegamento tra l'ex fidanzato Rubio e il padre e tenta di dare una spiegazione ai propri vissuti emotivi.

L'utilizzo della teoria e della pratica dell'intelligenza emotiva fanno emergere la soggettività della paziente come componente fondamentale del dialogo terapeutico.

Per quanto riguarda la tecnica della **conduzione del colloquio,** un dato clinico molto interessante da rilevare è il fatto che il dott. Foti non ha rinunciato a fare domande. Ma la sua è una curiosità partecipe e rispettosa. **L'atteggiamento di ascolto benevolo, di validazione e di accettazione delle emozioni che ha coerentemente seguito e che ha preceduto ed accompagnato la modalità d'intervista hanno fatto sì che la paziente non percepisse assolutamente le sue domande come un dato spiacevole o opprimente.**

- *VERONICA - Mh …mh…cioè,* ***non lo so, mi sono sentita più a mio agio.***
- *DOTT. FOTI - Ah ah e vediamo se mi aiuti, vediamo se mi aiuti, Veronica,* ***che cos'è che ti ha fatto sentire a tuo agio?***
- *VERONICA -* ***Cioè non lo so, parlare tranquillamente ...***
- *DOTT. FOTI: Parlare tranquillamente, parlare tranquillamente senza che? Mi verrebbe da*

aggiungere questa espressione per capirti meglio...parlare tranquillamente e non invece, ***parlare tranquillamente senza****...?*

- *VERONICA -* ***Domande, domande…***
- *DOTT. FOTI - Ah ah domande sì che vanno a…io qualche domanda te l'ho fatta però evidentemente* ***hai sentito che erano domande non troppo intrusive, non troppo disturbanti?***
- *VERONICA:* ***Sì.*** (pp. 45-46)

Risulta dunque evidente che il dott. Foti ha ottenuto un'importante verifica da parte della paziente sul fatto che la sua modalità dialogica, basata sul rispetto delle emozioni e sulla costante chiarificazione di ciò che sta avvenendo nel qui ed ora del colloquio, sta producendo nell'interlocutrice agio e tranquillità. **Tale modalità non viene vissuta da Veronica come modalità interrogatoria disturbante, espressione di una curiosità intrusiva.**

Un ultimo aspetto da sottolineare: la correttezza dell'impostazione diagnostica e terapeutica del lavoro del dott. Foti, orientata sulla rotta dell'ascolto e della validazione delle emozioni e che mira all'elaborazione delle esperienze traumatiche della paziente, ottiene sin dalle prime sedute verifiche positive in base ai **riscontri emotivi forniti dalla stessa Veronica al termine delle sedute**, quando regolarmente il terapeuta tende a monitorare qual è il vissuto emotivo della paziente sollecitato dal colloquio. Ecco le risposte per ciascuno dei primi quattro colloqui.

Primo colloquio

- *VERONICA: Ehm … allora …a me* ***mi ha colpito di sentirmi a mio agio****, perché a volte io mi sento molto ehm… come posso dire?, molto a disagio e questo mi ha colpito.*
- *DOTT. FOTI: Molto a disagio nelle…nel dialogo con gli altri?*
- *VERONICA:* ***Sì, a parlare di me. (...) Ehm ...mh... niente, mi sono sentita a mio agio.*** (pag. 66)

Secondo colloquio

- *VERONICA - Mh… un po' di tristezza per la mia storia (…) e anche un po' più tranquilla. Cioè* ***io ogni volta che vengo qua e quando esco sono sempre un pochino più tranquilla.*** (pag. 90)

Terzo colloquio

- *VERONICA - Sì… cioè … ehm …* (sospira)… però *cioè* ***l'unica cosa bella di venire qua e che comunque dopo mi sento meglio, quindi nonostante questi discorsi io penso che dopo starò meglio.*** (pag.114)

Quarto colloquio

- *DOTT. FOTI - Dimmi ancora, poi ci lasciamo, l'emozione con cui vai via*
- *VERONICA - Mh…* ***più leggera è un'emozione****?*
- *DOTT. FOTI - Sì, un senso di leggerezza come stato mentale****, un sollievo… possiamo dire sollievo, mh? Una certa quota di benessere?***
- *VERONICA - Sì,* ***sto meglio****.*
- *DOTT. FOTI - Che nasce secondo te soprattutto da? Cosa può aver generato questo sollievo o quota di benessere?*
- *VERONICA - Mh…* ***il fatto di aver parlato di me, di aver capito alcune cose di me.*** (pp. 118-119)

---

9. IL LAVORO CON L'EMDR

Affronteremo in quattro punti questa tematica. In primo luogo chiariremo come nel modello terapeutico ad orientamento psicodinamico ed analitico della psicoterapia praticata dal dott. Foti s'inserisce l'impegno ad integrare alcune tecniche e metodologie per l'elaborazione del trauma. In secondo luogo effettueremo un confronto tra il modello teorico dell'EMDR e il modello teorico sul trauma seguito dal dott. Foti. Dopo aver esaminato le convergenze fra i due modelli, analizzeremo in terzo luogo la concreta applicazione della tecnica dell'EMDR da parte del terapeuta e ci soffermeremo dunque sull'utilizzo specifico dell'EMDR nel lavoro di consapevolezza svolto all'interno della psicoterapia. Infine in quarto luogo esamineremo le insistenti ed infondate critiche rivolte al dott. Foti per il suo utilizzo dell'EMDR.

1. ORIENTAMENTO ANALITICO ED APPROCCIO INTEGRATO

La prospettiva psicodinamica e psicoanalitica al cui interno si muove il lavoro del dott. Foti consente di utilizzare diversi approcci teorici e tecnici che provengono certamente dall'esterno del patrimonio della psicoanalisi relazionale e che vengono utilizzati all'interno del percorso dialogico che rimane la strada portante del lavoro terapeutico. Questa prospettiva esclude dunque che venga utilizzata una specifica tecnica come strumento decisivo e risolutivo su cui basare tutto il lavoro. Il dott. Foti ricorre flessibilmente allo psicodramma, all'EMDR o all'intelligenza emotiva, integrandoli nell'approfondimento del dialogo terapeutico come apporti metodologici all'interno di un percorso terapeutico tendenzialmente non breve, finalizzato alla crescita a tutto campo della funzione di consapevolezza e della capacità analitica della paziente.

L'originalità del percorso terapeutico ad orientamento analitico non può essere quella di

puntare su una specifica tecnica come strumento decisivo e risolutivo su cui basare tutto il lavoro.

Nell'approccio psicoanalitico la tecnica sovraordinata, se così vogliamo definirla, è la relazione che s'instaura tra terapeuta e paziente. In questa relazione si esprime la risorsa di cura fondamentale rappresentata dall'impegno empatico del terapeuta, che si attiva per comprendere il punto di vista del paziente, a maggior ragione se questi è vittima di traumi e pertanto ha vissuto situazioni nelle quali la sua esperienza è risultata invisibile, inascoltata, impensabile, incomprensibile per le altre persone.

Dunque è l'empatia e non già l'utilizzo di una specifica tecnica a rappresentare il fattore che incide maggiormente in qualsiasi psicoterapia nel produrre risultati benefici in base agli studi scientifici (evidencebased) sui fattori che incidono sull'efficacia della psicoterapia.[115]

Nella prospettiva del dott. Foti l'uso di tecniche quali lo psicodramma e l'EMDR può essere paragonato ad un **innesto** di rami provenienti da altre piante nel tronco del lavoro analitico centrato sul trauma. L'uso delle tecniche, anche quella dell'EMDR, possono essere utilizzate nella misura in cui non alterano la dinamica di ascolto e di crescita dell'intimità e della fiducia, della consapevolezza all'interno della relazione terapeutica. In alcuni scritti il dott. Foti stesso ha chiarito questo concetto di innesto per es. nel testo, curato da Malacrea*"Curare i bambini abusati"* ed edito da Cortina nel 2018, dove i principali esperti italiani che si occupano di terapie di bambini sessualmente abusati hanno affidato le loro riflessioni all'analisi approfondita di un caso clinico.

Il dott. Fotinell'illustrazione del casopresentatonellibro, facendoriferimentoanche a tecnichequalilopsicodramma e l'EMDR, afferma:

> *Le metodologieutilizzatenelcorso della psicoterapia di Alessia sonostatevarie e sempre adattate alle specificheesigenze del percorso,* ***ancillaririspettoall'impegno di costruzione di relazioniterapeuticheinterpersonalibasatesull'empatia****e sul ripristino della fiducia.*[116]

Peraltro il Centro Studi Hansel e Gretel ha proposto un'attività di formazione alla psicoterapia del trauma, proponendo un modello di psicoterapia ad *"orientamento analitico ed approccio integrato"* , nel quale la psicoterapia centrata sulla relazione analitica può utilmente avvalersi di tecniche tratte dallo psicodramma, dall'EMDR, dalla mindfulness, dalla riflessione sull'intelligenza emotiva (ad un corso svoltosi nel 2008 ha effettuato una docenza la stessa Marinella Malacrea).

Dunque nella psicoterapia con Veronica Scalise il dott. Foti innesta sul tronco dell'orientamento analitico relazionale alcune tecniche quali lo psicodramma (che viene utilizzato in due sedute) e il secondo luogo l'EMDR che viene utilizzato in una seduta, ma

115 Norcross J., *Relationship That Work* (2011), https://psycnet.apa.org/record/2011-04924-002; Norcross J, Lambert M., *Psychoterapy, Relationships That Work III* (2018) https://psycnet.apa.org/fulltext/2018-51673-001.html

116C. Foti, N. Bolognini, "Quando gli abusi sono impensabili", in *Curare i bambini abusati*, Cortina, 2018, pag. 384.

viene a lungo preparato.

Ci concentriamo sull'integrazione dell'EMDR nel corpo della psicoterapia del trauma praticata dal dott. Foti, perché su tale integrazione si mossi alcuni rilievi critici nei suoi confronti.

Il dott. Foti ha studiato l'EMDR ed è convinto del valore e della **buona efficacia del metodo**, anche se **non crede, assieme a moltissimi altri psicoterapeuti, alla "superefficacia" miracolosa che talvolta viene attribuita all'EMDR** e alla sua presunta capacità di risolvere i problemi legati agli eventi traumatici e stressanti in tempi estremamente ridotti, di poche sedute o addirittura di una sola seduta, senza un adeguato lavoro di consapevolezza all'interno della psicoterapia.

Va osservato inoltre che esistono specialisti che considerano l'EMDR come un vero e proprio trattamento psicoterapico completo. Altri specialisti considerano invece l'EMDR più che altro come uno **strumento** o una **tecnica** potenzialmente valida da **inserire nella consueta prassi terapeutica** e non come una vera e propria forma di psicoterapia. Il dott. Foti fa parte di questa seconda tipologia di specialisti.

L'EMDR ha suscitato interesse in diversissimi indirizzi clinici e psicoterapeutici (psicoterapia cognitivo comportamentale, psicoterapia psicodinamica, terapia sistemico-relazionale, psicoterapia della gestalt, ipnosi, , psicoterapia cognitivo evoluzionista, mindfulness,) ponendosi come *"uno strumento di dialogo tra le psicoterapie"*[117]. E' stata così sollecitata una riflessione non semplice e non lineare sulle possibilità di compatibilità teorica e di integrazione operativa.

Tutti i terapeuti ad indirizzo psicodinamico e psicoanalitico al fine di utilizzare il contributo dell'EMDR devono porsi il problema di come inserire una tecnica di questo genere, che nasce da un orientamento comportamentista e che ha un protocollo ben determinato e "direttivo", all'interno di una terapia non direttiva la cui finalità è quella di costruire un campo relazionale e un lavoro di analisi e consapevolezza all'interno di questo campo. I terapeuti ad indirizzo psicodinamico e psicoanalitico tendono a risolvere il problema in modo diverso, salvaguardando comunque la prospettiva relazionale al cui interno lavorano e traendo dall'EMDR il contributo di approfondimento e di risorsa curativa e che possono ricavare.

Un modello di psicoterapia ad orientamento analitico centrato sul trauma , quale quello che applica il dott. Foti dove lo psicoterapeuta svolge un "ruolo attivo" (Ferenczi) consente certamente prospettive di maggiore compatibilità teorica e di integrazione operativa con l'EMDR rispetto ad un modello di psicoanalisi classica, dove il ruolo del terapeuta è molto più defilato.

Ma, d'altra parte, la maggior parte dei terapeuti ad indirizzo psicodinamico e psicoanalitico non può scegliere considerare il ricorso all'EMDR come tecnica risolutiva a cui affidarsi, , a scapito della fiducia nelle potenzialità trasformative di un lavoro continuativo di consapevolezza all'interno di una relazione analitica curante.

117 Balbo M., *EMDR: uno strumento di dialogo tra le psicoterapie*, Mc Graw-Hill, 2006.

2. TEORIA DELL'EMDR E LAVORO DI CONSAPEVOLEZZA NELLA PSICOTERAPIA DEL TRAUMA

Il dott. Foti segue nel trattamento della sua paziente su alcuni punti fondamentali un'impostazione teorica analoga a quella dell'EMDR. Ci soffermeremo in particolare su quattro aspetti:

1. le esperienze traumatiche costituiscono **un'informazione disturbante** che non è assimilata ed elaborata in modo adeguato dall'apparato psichico e va a collocarsi in un'area del cervello lontana dal funzionamento psicologico consapevole;
2. le emozioni, le sensazioni, i pensieri legati all'esperienze traumatiche non elaborati sono immagazzinati in modo disfunzionale in una zona del cervello e rappresentano la causa della sofferenza del paziente, riattivandosi nella vita attuale, quando la persona s'imbatte con situazioni e stimoli che assomigliano o rievocano l'esperienza traumatica;
3. l'intervento terapeutico rimette in movimento un sistema innato presente nel cervello che è capace di elaborare in modo sano ed adattivo le esperienze di disagio;
4. conseguentemente la finalità della psicoterapia consiste nell'aiutare i pazienti ad individuare, a riconoscere e ad affrontare i ricordi non elaborati.

1. Le esperienze traumatiche costituiscono un'informazione disturbante che non è assimilata ed elaborata in modo adeguato dall'apparato psichico e va a collocarsi in un'area del cervello lontana dal funzionamento psicologico consapevole

Le applicazioni terapeutiche dell'EMDR si basano sul modello dell'Adaptive Information Processing. Tale modello – scrive Francine Shapiro, "*ipotizza che la patologia si determini quando esperienze non elaborate vengano immagazzinate all'interno della propria rete neurale, senza che si possano collegare a qualcosa di maggiormente adattativo. Le nuove informazioni, le esperienze positive e le nuove emozioni non riescono a collegarsi nel network in cui è immagazzinato il materiale che non è stato elaborato. (…)Il modello dell'AIP concettualizza questa dicotomia nel modo seguente: le esperienze positive vengono immagazzinate in una rete mnestica ma le esperienze disturbanti di abbandono o di abusi precoci si trovano in un'altra rete e possono essere riattivate da qualsiasi stimoli che ricordi questi eventi.*"[118] (pag. 15) L'EMDR stimola "*un processo fisiologico, naturale dell'informazione che nel caso del trauma si è bloccato, perché la persona era stata sopraffatta da quel che è successo*"[119].

118F. Shapiro, "L'EMDR e la concettualizzazione del caso secondo la prospettiva dell'Adaptive Information Processing", in F. Shapiro, F. Kaslow, L. Maxfield, (a cura di), *Manuale dei EMDR e terapia Familiare*, Edizioni Ferrari Siinibaldi, Milano, pag. 15.

Il dott. Foti parte da analogo presupposto: le esperienze traumatiche possono sopraffare la persona che ne è colpita, a maggior ragione se si tratta di una bambina e vengono allontanate dall'area della coscienza, senza essere elaborate

DOTT. FOTI - Sappi che è normale quando sembra che siano esperienze molto brutte si parla di esperienze traumatiche e sappi che è normale, quando c'è un trauma che la memoria sia scombussolata, ***che la memoria faccia fatica a trattenere tutte le informazioni perché sono informazioni talmente disturbanti, talmente dolorose che la mente le respinge e quindi ne conserva alcune e ne respinge la maggior parte*** *talvolta e quindi questo spiega perché c'è un malessere ma non ci sono informazioni …* (pag. 102)

Il dott. Foti fa implicito riferimento nei suoi interventi di psicologia educativa nel corso delle sedute a teorie (da Janet a Horowitz e van derKolk) per cui il trauma produce informazioni e vissuti emotivi disturbanti, che devono essere allontanati dalla consapevolezza e vanno a collocarsi in una zona del cervello lontana dal pensiero più evoluto e dalla memoria cosciente. Nell'ottica della terapia ad orientamento analitico centrata sul trauma il dott. Foti per spiegare l'allontanamento di queste esperienze dall'area della coscienza ricorre alla teoria dei meccanismi difensivi e del meccanismo della dissociazione in particolare.

DOTT. FOTI - Quello che ti voglio dire è questo e così possiamo valutare insieme cosa fare. (…) Tu puoi vivere tutta la vita anche senza recuperare il tuo passato. Sei ricorsa al ***meccanismo della dissociazione per proteggerti da informazioni troppo spiacevoli****. Questo ricorso alla dissociazione è stato utile perché tu adesso sei sopravvissuta e non a caso oggi puoi cercare di costruire più situazioni positive che non negative. (pag. 173)*

In questo passaggio il **discorso sulla dissociazione** è sviluppato ed esemplificato:

DOTT. FOTI - Tu c'hai anche gli strumenti e l'intelligenza per poter familiarizzare con una comprensione psicologica di quello che succede quando nel tuo caso sembra si vivano delle situazioni di grande sofferenza, di grande violenza. Cosa succede? Succede che il soggetto deve sopravvivere deve difendersi dal dolore e dall'impotenza, dalla solitudine in cui si trova. L'organismo è programmato per sopravvivere e per sopravvivere un essere umano cerca di sopravvivere anche alle condizioni più difficili. Si può sopravvivere in campo di concentramento, si può sopravvivere anche alle situazioni di violenza prolungata. L'organismo ha una sua forza, cerca di sopravvivere. Un modo per sopravvivere di un organismo sano è quello di dissociare cioè di allontanare la mente da informazioni che sono troppo disturbanti per poterle farle entrare nel

119I. Fernandez, in webinar "*Ruolo del trauma nella Salute Mentale - Il contributo della terapia EMDR*", You Tube.

cervello. ***La dissociazione è un modo per proteggere la mente da una sofferenza troppo grossa è possibile, forse probabile, che tu sia ricorsa - ovviamente è un meccanismo inconscio - a questa dissociazione****. Ecco perché hai qualche flash, ma hai saputo positivamente ricorrere a questo meccanismo per proteggere la mente da cose troppo brutte. Quindi il meccanismo di per se è protettivo è sano. Ovviamente c'è un inconveniente ieri era indispensabile ricorrere alla dissociazione oggi non è più… tu oggi sei cresciuta, non c'è più quella situazione di violenza e puoi cercare di superare l'inconveniente del meccanismo della dissociazione. La dissociazione serve per proteggersi dalle informazioni molto disturbanti ma ha un inconveniente che perdi il contatto con la realtà, un pezzo della realtà, devi tener via fuori dalla tua mente delle informazioni che potrebbero esserti utili, devi dividerti in due. Una parte che sa e una parte che non sa. (pp. 168-169)*

Le esperienze positive come i riscontri di valorizzazione ricevuti da Veronica bambina e provenienti all'esterno non intaccano le concezioni negative già immagazzinate in una parte del cervello e che sono il frutto di esperienze traumatiche non elaborate. Come afferma la Shapiro: "*Le nuove informazioni, le esperienze positive e le nuove emozioni non riescono a collegarsi nel network in cui è immagazzinato il materiale che non è stato elaborato.*"

VERONICA - "Mi ricordo quando ero alle elementari e che ero una persona che non parlava per niente.(…) E infatti prendevo sempre brutti voti anche alle elementari. Cioè ***mi han sempre detto che ero intelligente, però non ci ho mai creduto.****"*
DOTT. FOTI - E va beh, ma certo, avevi un peso. Quando una bambina ha un peso, non possiamo pretendere che sia brillante a scuola, o no?
VERONICA - (resta in silenzio e guarda Claudio)
DOTT. FOTI - Non potevi credere che eri una bambina intelligente perché le cose positive ***quando c'è un pensiero negativo non entrano, entrano solo le cose negative****, eh?* (pag. 163)

2. Le emozioni, le sensazioni, i pensieri legati all'esperienze traumatiche sono immagazzinati in modo disfunzionale in una zona del cervello e rappresentano la causa della sofferenza del paziente, riattivandosi nella vita attuale, quando la persona s'imbatte con situazioni e stimoli che assomigliano o rievocano l'esperienza traumatica.

Nell'approccio dell'EMDR si sottolinea con forza che le problematiche che vive il paziente sono la conseguenza di ricordi non elaborati di eventi traumatici, ricordi che generano malessere perché si riproducono di fronte a qualsiasi stimolo che ricorda quegli eventi.

Scrive Francine Shapiro: "*Come a coloro che soffrono di Disturbo post-traumatico da stress, qualche volta è capitato a tutti di sentirsi ansiosi, spaventati, nervosi o isolati dagli altri , di avere*

pensieri di cui è difficile sbarazzarsi, sensi di colpa o sogni disturbanti. Per qualcuno si tratta di reazioni basate sulla situazione del momento. (…) Ma in molte persone si presentano spesso oppure senza alcun motivo apparente. ***Generalmente ciò segnala l'esistenza di ricordi non elaborati sottostanti, che di quei sintomi sono la causa.*** *Tali ricordi possono essere identificati e trattati. Pertanto è utile tener presente che, qualunque sia l'emozione, la convinzione o il comportamento negativo persistente che da tempo ci affligge, non è la causa della sofferenza, ma il sintomo.* ***La causa è probabilmente il ricordo che scatena queste reazioni. Alla base dei sintomi negativi come della salute mentale ci sono i ricordi.***
Ciò che fa la differenza è il modo in cui sono stati immagazzinati nel cervello. Se non sono stati elaborati, possono spingerci a reagire in maniera eccessiva o a comportarci in un modo che danneggia noi e chi ci sta vicino." [120]

Il lavoro del dott. Foti in coerenza con la linea di psicoterapia del trauma che egli persegue mira con interventi volti ad evidenziare che lo stress e le sintomatologie della paziente sono la conseguenza inevitabile e comprensibile del fatto di essere stata esposta a situazioni intollerabili e abnormi e dunque non sono la causa profonda della sua sofferenza, ma la conseguenza dei ricordi non elaborati delle esperienze traumatiche patite. Il dott. Foti cerca insistentemente di chiarire questa prospettiva alla paziente per consapevolizzarla e motivarla.

Nel lavoro con Veronica il terapeuta condivide la necessità di orientare la cura al ricordo e non al sintomo, con un costante tentativo di operare un movimento dal presente al passato e dal passato al presente, per favorire nella paziente il lavoro di consapevolezza sui ricordi non elaborati. La sofferenza dei ricordi non elaborati si riattiva nel presente tutte le volte che c'è qualcosa che fa tornare in mente il passato.

DOTT. FOTI – Okay, è innegabile, un certo dolore ci può essere, ma cosa può succedere? A volte si può piangere… il vantaggio è quello di sentirti più unita a te stessa. Perché, attenzione, se tu non ricordi non soffri ma una parte dentro di te continua a soffrire, una parte dentro di te continua a stare male. Cioè c'è una divisione, c'è una sorta di scissione: Veronica adulta non ricordando non soffre ma c'è una bambina che soffre nel tuo cervello e che continua, senza che l'adulta lo sappia, a star male e ad aver paura tutte le volte ad esempio tutte le volte che c'è qualcosa che le fa tornare in mente il passato. Ecco la Veronica bambina torna a soffrire nei sogni o quando incontra Rubio o quando vive qualcosa basta poco, basta poco e che la Veronica bambina dentro di te rivive sempre tutte le volte, sempre questa sofferenza semplicemente che vive questa sofferenza tutte le volte che c'è uno stimolo nel sogno o nella vita e l'altra la Veronica adulta è staccata, separata, disgiunta. E' questo senso di divisione non dà benessere. (pag. 167)

Il terapeuta aiuta a far maturare nella paziente la capacità di comprendere che il disagio attuale deriva dall'impatto con situazioni o persone che le ricordano ciò che ha subito nel passato e che le fanno rivivere per es. i vissuti di rabbia, già sperimentati nel passato e conservati in una parte inconsapevole della mente. Nell'ottava seduta il dott. Foti, dopo aver sottolineato il trend positivo del vissuto della paziente, chiede come si manifesti in lei la componente psichica di disagio che le appartiene. Segue questa interazione dialogica:

120F. Shapiro, "L'EMDR e la concettualizzazione del caso secondo la prospettiva dell'Adaptive Information Processing", op. cit. pp.18-19)

VERONICA- Mh portandomi l'angoscia e ***facendomi sentire il nulla.***
DOTT. FOTI - Il nulla… vediamo se riesci a descrivermi concretamente cosa succede… e quando bussa alla porta?
VERONICA - Quando… faccio degli esempi?
DOTT. FOTI - Esempi, sì grazie.
VERONICA - Ad esempio quando litigo con mia madre pesantemente oppure con il mio ragazzo oppure… cioè cose così… oppure ***quando vedo qualcuno che mi ricorda qualcosa che mi è successo e mi fa arrabbiare.*** (pag. 188)

Il dott. Foti, a partire dalla base sicura della consapevolezza delle esperienze positive, cerca di aiutare la paziente ad esplorare quali sono gli stimoli cha le ricordano le esperienze angoscianti del passato:

DOTT. FOTI - … sembra … la maggior parte delle situazioni che vivi nella tua vita non sono angoscianti. E' così?
VERONICA -Sì, mh… forse sono le persone che incontro, non so
DOTT. FOTI - Forse qualche persona che incontri ha il potere di ricordarti…
VERONICA - Si, delle cose …
DOTT. FOTI - Delle cose del passato, delle cose del passato.
Per esempio quel ragazzo che ha tentato se ben capisco ha tentato di metterti le mani addosso.
VERONICA- Mh.
DOTT. FOTI – Eh? Quello è stato disturbante. Ci sono altre persone che ti provocano questi sentimenti? Sentimenti di angoscia di paura?
VERONICA- Beh, reincontrareRubio, il primo
DOTT. FOTI – Ah ahRubio, il primo, sarebbe?
VERONICA - Eh .. no poi era il secondo che mi ha fatto del male
DOTT. FOTI – Ah Ah.
VERONICA- Perché siccome è molto vicino a me io ***ho sempre il terrore di incontrarlo.*** *(pag. 156)*

Basta poco e i ricordi delle minacce vissute da piccola si riattivano:

*DOTT. FOTI - A**bbiamo visto che ci sono tante situazioni nella tua vita che non ti danno più paura.** Questa è la bella notizia, che però esistono **alcune situazioni che compaiono nel sogno o anche nella vita reale che invece ti turbano, ti danno un senso di minaccia, ti fanno rivivere forse una paura della minaccia** subita di questi ricordi … la paura, la minaccia che hai subito da piccola.* (pp. 171-172)

Anche le concezioni negative di sé, per es. l'idea di essere sporca e colpevole non nascono dal presente ma dal passato.

DOTT. FOTI - (…) Ciò che alimenta l'idea del non uscirne più è l'idea che tu possa essere … come dire? colpevole per tutto questo! Che tu possa essere inquinata da tutto questo, che tu possa essere…eh … come dire? (sospira) i…imbruttita[121]*, sporcata da tutto questo, che tu possa essere colpevole, ecco. Talvolta quindi, vorrei vedere se posso aiutarti se … se… a… ehm ..a provare, magari possiamo farlo per le violenze che ti sembrano meno sconvolgenti, possiamo partire da quelle a poter recuperare la memoria e poter vedere che non c'entri nulla, che in questo schifo lo schifo appartiene agli altri e non a te e tu sei stata imbrattata dal fango che non preveniva da te. Hai presente nelle giornate di pioggia, uno cammina sul marciapiede arriva il cafone di turno il "truzzo" della situazione e va veloce, passa per la pozzanghera e ti schizza di fango, è così. Tu non c'entri niente… è quello il cafone. E qual è il tuo problema? Il tuo problema che sei stato sfigata a essere lì nel momento in cui passava il cafone. Tu … è andata così la cosa, tu sei stata schizzata sei stata ..hanno dato del fango su di te e se tu non ricordi quello che è successo il rischio è di pensare che il fango non appartenga a chi te l'ha spruzzato ma appartenga a te!* (pp. 110-111)

Anche nei sogni si riattivano i ricordi non elaborati del passato:

DOTT. FOTI - I sogni sai sono, come dire, il passato che bussa alla porta, che bussa alla porta talvolta stimolato da qualcosa che è capitato il giorno prima, c'è qualcosa di disturbante che richiama alla mente i ricordi del passato. Quindi c'è uno spunto che è avvenuto nel giorno che è passato ma il contenuto del sogno viene da più lontano. (pp. 155 – 156)

Nel contempo il sogno stesso può essere l'espressione di un bisogno di elaborare i ricordi opprimenti del passato.

DOTT. FOTI - E l'hai fatto prima di venire qua? E poi ci hai impiegato un po', ma poi ha avuto

121 Nella trascrizione da file audio, stenotipia di Roberto Ottaviano compare per errore la parola "imbottita" e non "imbruttita".

l'intenzione di portarmelo questo sogno?
VERONICA - Sì.
DOTT. FOTI - Quindi questo lo sento espressione del tuo ***bisogno di verità, cioè di fare i conti con qualcosa che appartiene al tuo passato per liberartene c'è bisogno di tornare a qualcosa di molto brutto che hai vissuto nel passato per buttarlo fuori****, per non essere più inseguita da questo passato (…) come quando abbiamo un peso allo stomaco per un'indigestione (…) E' d'altra parte è comprensibilissimo che tu hai paura di quello che questo sogno potrebbe significare, questo sogno potrebbe farti ricordare e quindi c'è yn senso di angoscia. (pp. 129-130).*

3. L'intervento terapeutico rimette in movimento un sistema innato presente nel cervello che è capace di elaborare in modo sano ed adattivo le esperienze di disagio.

Secondo l'approccio dell'EMDR *"esiste un sistema innato di elaborazione dell'informazione per trasformare le percezioni immagazzinate in modo disfunzionale"*e *"la patologia si crea quando questo sistema innato si blocca e il ricordo dell'evento traumatico rimane isolato dal resto della rete neurale e non si integra con il sistema innato che spinge verso l'autoguarigione"*[122].

A questa teoria e alla teoria di Siegel[123] sui bisogni di integrazione presenti nel cervello si collega l'intervento del dott. Foti al termine del trattamento con l'EMDR nelle conclusioni della tredicesima seduta e dopo.

DOTT.FOTI: Lo sforzo che fa il cervello è quello di connettersi, di connettere pezzi frammenti di ricordo con altri frammenti. Il cervello ha bisogno di aumentare le connessioni, *è un piacere di aumentare i collegamenti che il cervello avverte, sente che sono bloccati e quindi si sforza di ampliare le connessioni e qualcosa, grazie a questa tecnica e grazie alla tua intelligenza, qualcosa spontaneamente, velocemente compare e altre informazioni invece non compaiono ancora però qualcosa è comparso mi pare di significativo, di molto significativo eh? E quindi ancora una volta ho avuto la sensazione che* ***il tuo cervello vuole…, lavora bene, vuole completare, vuole pervenire a una maggiore chiarezza (…) vuole la verità****. Il cervello vuole, per come è fatto, vuole la verità vuole aumentare le connessioni, è fatto bene in questo senso, anche se ha subito delle esperienze dove il sipario è calato, dove si è fatta… si è fatta nebbia, però vuole la verità, il cervello vuole la verità.* (pag. 353)

Il dott. Foti favorisce e sottolinea il bisogno "naturale" di recuperare e di integrare la memoria traumatica che viene esplicitato spesso dalla paziente

DOTT. FOTI - … come ti lascia il fatto di non poter avere una piena memoria di tutto questo,

122Cfr. I. Fernandez, *Workshop, Eye Movement Densitization and Reprossing (EMDR) LivelloII* , EMDR Europe, C.R.S.P.

123 D. Siegel, *Mindsight. La nuova scienza della trasformazione personale*, Cortina, 2011.

come ti lascia?
VERONICA - Sono ***frustrata.***
DOTT. FOTI - Eh certo, eh certo.
VERONICA - ***Perché vorrei ricordare****…* (pp. 102 -103)

In diversi passaggi il dott. Foti aiuta la paziente a riconoscere ed esprimere il proprio bisogno di recuperare e di elaborare i ricordi dissociati come Veronica fa spontaneamente nel passaggio appena citato. Veronica intuisce l'importanza del bisogno di "ricordare" e il dott. Foti lo incoraggia, sottolineando l'esigenza di integrare nella consapevolezza la memoria di certi eventi disturbanti per superare i sintomi e raggiungere il benessere.

DOTT. FOTI - E l'hai fatto prima di venire qua? E poi ci hai impiegato un po', ma poi ha avuto l'intenzione di portarmelo questo sogno?
VERONICA - Sì.
DOTT. FOTI - Quindi questo lo sento espressione del tuo ***bisogno di verità, cioè di fare i conti con qualcosa che appartiene al tuo passato per liberartene c'è bisogno di tornare a qualcosa di molto brutto che hai vissuto nel passato per buttarlo fuori****, per non essere più inseguita da questo passato (…) come quando abbiamo un peso allo stomaco per un'indigestione (…) E' d'altra parte è comprensibilissimo che tu hai paura di quello che questo sogno potrebbe significare, questo sogno potrebbe farti ricordare e quindi c'è un senso di angoscia. (pp. 129-130).*

4. Conseguentemente la finalità della psicoterapia consiste nell'aiutare i pazienti ad individuare, a riconoscere e ad affrontare i ricordi non elaborati.

Ecco il modo con cui il dott. Foti chiarisce la tecnica dell'EMDR che viene presentata alla paziente come facente parte di un lavoro di consapevolezza teso all'elaborazione dei ricordi traumatici e all'integrazione delle componenti soggettive dissociate. Il quadro della presentazione è coerente con i principi dell'EMDR e nel contempo con l'impostazione teorica sottesa al lavoro di psicoterapia del trauma, seguito dal dott. Foti. I punti fondamentali di questa presentazione sono: **1. il passato continua ad essere la causa della sofferenza attuale; 2. le esperienze e i vissuti della bambina traumatizzata chiedono tuttora attenzione benevola ed elaborazione consapevole; 3. la paziente deve essere motivata e corresponsabilizzata sui tempi e sulle modalità dell'applicazione dell'EMDR**.

Senti Veronica, fra le tecniche che noi possiamo utilizzare per tornare al tuo passato c'è una tecnica che si chiama EMDR e che può aiutare a recuperare i ricordi delle sofferenze che abbiamo vissuto nel nostro passato e può aiutare a riattivare la nostra memoria e a liberarci dal passato. Per esempio in una situazione di questo genere noi potremmo, ma vorrei che tu fossi d'accordo,

che insieme valutassimo se è già il momento opportuno per utilizzare questa tecnica oppure rinviarla. Di fronte ad un ricordo di questo genere se noi vogliamo, come dire, andare incontro alla piccola Veronica, alla Veronica bambina che è stata tanto isolata. Sembra che quando le bambine si comportano così e perché sono prese da emozioni molto spiacevoli per qualcosa che è successo o qualcosa che sta succedendo e sono bambine sole. Nessuno sta capendo cosa stanno vivendo e non c'è nessuno che le sta aiutando.
Allora una tecnica di questo genere aiuta a cercare di dare comprensione, di dare un aiuto a quella bambina che al tempo è stata sola. Uno potrebbe dire ma quella bambina lì non esiste più! Un momento non esiste più perché Veronica nel frattempo e diventata grande, ma nel cervello di Veronica rimane il disagio e la solitudine di quella bambina. Tant'è vero che Veronica grande, fa fatica a ricordarsi di quanto è stata male Veronica piccola. Allora una tecnica di questo genere può aiutare a recuperare dei ricordi e a cercare di dare anche se in ritardo solidarietà a Veronica bambina che era isolata, dare comprensione a quella Veronica bambina che ha sofferto senza che nessuno se ne accorgesse. Questo è il senso della tecnica, tecnica per ricordare, per… sapendo che ormai è roba passata, sapendo che ormai ce l'hai fatta a sopravvivere, però ***è bene andare a ricollegarsi con quel passato per poter ... perché il peso della bambina rimane ancora adesso.*** *Questo è il senso della tecnica. Se vuoi, anche se non abbiamo molto tempo possiamo anche provare adesso o rinviare alla prossima seduta, alla prossima volta il tentativo di usare una tecnica di questo genere.*(pp. 165-166)

Come sempre avviene nell'impostazione del dott. Foti, al termine di qualsiasi discorso rilevante viene sondato il vissuto emotivo della paziente.

Per adesso vediamo che effetto il mio discorso ti ha fatto. Se ti ha fatto curiosità, se ti ha creato perplessità. Che effetto ti ha fatto il mio chiarimento su questo mio tentativo di iniziare con questa tecnica e sulla possibilità che offre?(pag. 166)

Il recupero della memoria e l'elaborazione dei ricordi non hanno nessuna altra finalità se non quella terapeutica. **Non viene certo perseguita la finalità di soddisfare una curiosità fine a se stessa, né quella di incidere in una testimonianza giudiziaria**. La meta del lavoro sulla memoria traumatica è soltanto quella dell'integrazione della mente della paziente e, dunque, del suo benessere.

DOTT. FOTI - E questo ragazzo, se adesso stiamo facendo questo resoconto ma perché proprio cerco di farlo, anche se capisco che ti può creare malessere, proprio per vedere se posso aiutarti a fare un ***lavoro di recupero della memoria che ti possa aiutare a star bene.*** (pag. 104)

3. L'UTILIZZO DELL'EMDR NEL LAVORO DI

CONSAPEVOLEZZA ALL'INTERNO DELLA PSICOTERAPIA DEL DOTT. FOTI

Il dott. Foti, pur non eseguendo l'intero protocollo dell'EMDR, ne applica e ne rispetta la sostanza, inserendo l'utilizzo della tecnica nella sua linea terapeutica basata sul dialogo analitico e su un approccio psicodinamico. Comunque **in piena adesione al modello operativo dell'EMDR:**

- parte da un frammento di ricordo più volte esplicitato dalla paziente ed individuato dalla paziente stessa come il più utile da elaborare e da integrare;
- cerca di aiutare la paziente ad individuare il momento peggiore del ricordo che, nel caso in questione, coincide con il frammento del ricordo stesso;
- aiuta la paziente a mettere a fuoco sia l'immagine negativa di sé connessa al frammento del ricordo disturbante, sia l'emozione attualmente associata al ricordo disturbante e la localizzazione nel corpo di tale vissuto;
- utilizza correttamente le sollecitazioni prevista dalla tecnica con il movimento delle dita poi, con il tamburellamento delle mani;
- non interviene in alcun modo nel corso delle sollecitazioni bilaterali previste dalla tecnica;
- invita la paziente ad osservare ad accogliere ciò che nota nella realizzazione dell'esercizio senza sforzarsi a visualizzare il ricordo e con atteggiamento di accettazione *("adesso osserva semplicemente … accetta che succeda quel che può succedere … Quello che ti viene senza sforzarti, lascia andare, quello che riesci a comunicare")*;
- sollecita la paziente ad accogliere ciò che emerge senza preoccuparsi di valutare il fondamento di realtà di ciò che nota;
- valorizza tutto ciò che la paziente riesce a notare, incoraggiando un atteggiamento di osservazione non giudicante;
- invita a mettere a fuoco il contenuto che di volta in volta emerge nella stimolazione precedente prima di effettuare un'ulteriore sollecitazione;
- riprende e riformula le parole precise che Veronica utilizza;
- incoraggia la paziente a proseguire l'esercizio, pur ricordandole spesso la libertà di fermarsi se non se la sente;
- al termine della seduta indica a Veronica che in caso di necessità, se emerge qualche disagio, può provare a scrivere oppure a telefonargli (e le dà in quest'ottica il suo numero di cellulare).

I punti in cui il lavoro del dott. Foti - in coerenza con la linea psicoterapeutica di orientamento analitico e psicodinamico da lui perseguita - si differenza dalla metodologia dell'EMDR sono i seguenti:

1. il processo di cambiamento viene innanzitutto associato, prima che al protocollo di una tecnica, alla costruzione di un campo relazionale al cui interno deve svilupparsi calore, empatia ed impegno alla consapevolezza e alla pensabilità dell'esperienza in corso di svolgimento;
2. vengono utilizzate categorie concettuali tipiche dell'approccio analitico per descrivere il mondo intrapsichico in modo coincidente, per molti aspetti, rispetto

alle categorie utilizzate dall'approccio EMDR (riferimento a strategie difensive, come la dissociazione… o a figure interne come la bambina traumatizzata rimasta presente nella mente evoluta del paziente…);

3. per consentire l'elaborazione dei ricordi immagazzinati in modo non funzionale nella mente del paziente viene fatto ricorso ad un insieme di strumenti (non solo l'EMDR): innanzitutto l'elaborazione dialogica, ma anche l'intelligenza emotiva, l'analisi dei sogni, lo psicodramma …

Inoltre c'è un costante impegno del dott. Foti a coinvolgere la paziente nella definizione del quando e del come la tecnica potrà essere applicata, impegno favorito da una prospettiva terapeutica non breve, non delimitata programmaticamente nel tempo breve e aperta all' ascolto.

Nel modello di psicoterapia psicodinamica che segue il dott. Foti il soggetto deve essere certo sensibilizzato, motivato ed incoraggiato a riprendere il contatto mentale ed emotivo con i ricordi non elaborati, ma non è corretto somministrare una tecnica in termini direttivi senza rendere il paziente pienamente consapevole del significato, della finalità e di tutte le scelte connesse a questa tecnica all'interno del lavoro di analisi. In questo senso si succedono gli interventi di chiarificazione e di psicoeducazione.

DOTT. FOTI - Ahah, bene, vediamo … possiamo tenere aperta la prospettiva. C'è da tener conto, appunto, peraltro bisogna anche parlare di questo, che ***io avrò ancora a disposizione 4/5 incontri, dopo di che vediamo come potrai continuare il tuo cammino, anche di un lavoro terapeutico.*** *Però abbiamo ancora questi pochi incontri, ecco perché se per caso ti interessasse tieni presente che possiamo usare questa tecnica di EMDR e tentare di esplorare qualche aspetto della tua storia.* (pag. 279)

Viene anche proposta una tecnica EMDR basata sulla sollecitazione a navigare con la memoria all'indietro nel passato, ma sempre evitando un atteggiamento direttivo e sollecitando piuttosto la riflessione aperta e la costruzione preliminare di una motivazione della paziente.

DOTT. FOTI - Allora sai che cosa potresti pensare, ma quello che ti sto dicendo non è un compito a casa, cioè non è qualcosa di obbligatorio che poi ti metto il voto, è una possibilità che puoi o non puoi portare avanti nella misura in cui ti senti, provare, anche per scritto, ammesso che abbia il tempo, ammesso che abbia la voglia, provare a navigare con la memoria all'indietro nel tuo passato e provare un po'… è una domanda che ti ho già fatto, però questa volta potresti fare anche per scritto, provare a scegliere 5 momenti, te ne avevo già parlato, 5 momenti, 5 ricordi che ti piacerebbe poter vedere meglio, come hai detto tu per unire le sensazioni al recupero possibile della memoria. (pag. 286)

Evidentemente il dott. Foti non segue l'EMDR nella sua impostazione terapeutica coerente

di terapia breve, ma utilizza l'EMDR all'interno di un lavoro altrettanto coerente di rielaborazione dei ricordi traumatici in una prospettiva che non è quella di una terapia breve. Il dott. Foti sottolinea alla paziente alcuni punti fondamentali del lavoro terapeutico sul trauma: la **decolpevolizzazione del disagio post-traumatico,** la **necessità di rielaborare i ricordi** e la **gradualità del percorso di cura**:

DOTT. FOTI - "Nel tuo passato ci sono tante cose spiacevoli che tu non hai scelto affatto, di cui non sei assolutamente colpevole e che hai subito. Non le ricorderai tutte e subito, ma molto lentamente pezzo per pezzo. E in questo senso la mente si autoprotegge, ricordare un pezzo per volta è molto più semplice che ricordare tutto insieme, è molto più fattibile, è molto più digeribile. (pag. 130)

Il dott. Foti ricorda alla paziente che la psicoterapia sta terminando e chiede alla paziente, per quanto riguarda le sedute che ancora rimangono da effettuare, di cosa ha bisogno e se se la sente o meno di proseguire con l'EMDR l'elaborazione del ricordo traumatico su cui si è lavorato nella seduta precedente.

VERONICA - Mh, diciamo che su questo argomento di quando ero piccola non me la sento di farlo, cioè su altri non lo so, dipende su quali, cioè non so se me la sento. (pag. 370)

Il terapeuta esplora le resistenze della paziente con profondo rispetto ed accettazione senza voler modificare l'orientamento della paziente che non se la sente di affrontare ulteriormente la sofferenza associata al passato traumatico infantile.
Emerge poi dalla paziente che **c'è stato un cambiamento di atteggiamento mentale nei confronti della sessualità,** che un tempo era associata abitualmente a reazioni di pianto, espressione di dolore e di allarme. Il dott. Foti chiede alla paziente di **quantificare il disagio post-traumatico** che è ancorapresente in lei. EVeronica risponde: "***Io direifino a 30/40".*** (pp. 372)

Il dott. Foti accoglie e rispetta la **scelta della paziente di non utilizzare in questo momento l'EMDR**, valorizzandola e dandole un significato:

DOTT. FOTI: Certamente se noi riprendessimo l'EMDR, come tu saggiamente intuisci, perché c'è una saggezza interiore profonda in molte persone, io penso che tu abbia una saggezza nel tuo sentire, senti che tuo padre c'entra qualcosa, il tuo sentire ha una base nei tuoi ricordi nel tuo corpo, e quindi anche ***c'è una saggezza nel sentire che se continuassimo l'EMDR potresti in effetti incontrare una situazione dolorosa***. (pp. 373-374)

Il principio a cui s'ispira il terapeuta è il seguente: *"L'evitamento dovrebbe essere considerato una scelta legittima del superstite ma anche una forma di adattamento con conseguenze a lungo termine potenzialmente negativa"*[124]

Per questo il terapeuta sottolinea **la possibilità futura di compiere la scelta di riuscire ad affrontare il dolore connesso ai ricordi, per poterli elaborare compiutamente**.

DOTT. FOTI - D'altro canto nel momento in cui tu volessi toglierti ancora un pezzo di questo 30/40, nel momento in cui tu volessi abbassare ulteriormente le conseguenze dannose che l'abuso con il suo inganno ha prodotto su di te, credo che dovresti allora prendere in considerazione la possibilità di incontrare quel dolore per poter ottenere come guadagno un ulteriore scioglimento di quell'esperienza. Nel momento in cui vorrai lasciare al tuo passato quel ricordo in modo tale che non contamini più il presente (…) credo che valga la pena prendere in considerazione la possibilità di incontrare quel dolore per avere questo cambiamento, perché i ricordi che non sono visti fino in fondo continuano a girare nella nostra mente e a condizionare il nostro presente. Certo, l'abbassamento a 30/40 da 100 è ampiamente soddisfacente, ma sembra, tu sei molto lucida, sei molto lucida, che condizioni alcuni aspetti della relazione, la figura maschile. (pp.374-375)

Il dott. Foti esprime l'idea che per affrontare pienamente i ricordi traumatici che incidono nell'area relazionale affettiva e sessuale occorra una motivazione adeguata, che sembra oggi mancare nella paziente ma potrebbe maturare in futuro. **Il messaggio è duplice: valorizza la libertà di scelta e nel contempo segnala delicatamente che i ricordi traumatici non pienamente elaborati potranno ancora generare conseguenze negative nell'area affettiva e sessuale con il maschile.**

Il dott. Foti al termine della quattordicesima seduta fa una

124 Turner S.W., Mc Farlaine, A.C, van derKolk B.A. (1996), Ambiente terapeutico e nuove ricerche sul trattamento del DPTS, in van derKolk B.A., Mc Farlaine, A.C., B.A, Weisaeth L. (a cura di) *Stress traumatico,* Magi, 2004, pag. 543.

sintesi del processo di cambiamento, a cui ha assistito in Veronica nel corso della psicoterapia. Riconduce il processo di cambiamento che si è prodotto alla forza trainante della crescita della consapevolezza nella paziente stessa. Sottolinea come molto positiva la stessa consapevolezza, espressa da Veronica, del disagio post-traumatico che ancora permane in lei, di quell'area problematica riguardante un 30-40% che non è stato ancora elaborato, ma che è stato lucidamente riconosciuto.

L'interpretazione del terapeuta riesce contemporaneamente:

a. a valorizzare la forza della consapevolezza esistente nella paziente;
b. a ricordarle che rimane un'area problematica che potrebbe in futuro interferire nella sua vita, minacciando il suo benessere;
c. a sottolineare la sua libertà e la sua responsabilità nella scelta di affrontare o non affrontare quest'area restante di disagio, ricordando la possibilità di compiere questa scelta in futuro nel momento in cui di fronte all'impatto con le difficoltà si motivasse a farlo.

DOTT. FOTI - Mi hai ricordato, ma ricordavo che ***c'eranopensieridistruttiviverso di techeio non ho più sentitonénelleparolenéneltuocomportamento.****Ricordoanchecolloqui qua dove mi parlavi di unapartedoppia, no? Una partechevoleva la vita, ilfuturo, ilcambiamento, la fantasia di diventarepsicologa e unaparteinvececheticonsideravaspacciata, rovinata.* ***Non so quali fattori abbiano contribuito a questo cambiamento, probabilmente sono tanti e sicuramente anche il primo fattore è la lucidità, la capacità tua di essere consapevole****. Guarda che poi si fanno i percorsi ma la risorsa principale è dentro ciascuno di noi, ed è la consapevolezza. E' cresciuta la tua consapevolezza, poi ci sono state le tue esperienze, ci son stati questi colloqui, ci sono stati colloqui con Irene, con Alessandro, tanti fattori, ma poi questi fattori incidono se potenziano la tua consapevolezza e qualcosa è cambiato e io te ne do atto di questo. Il discorso che ho fatto su questo problema è un discorso che appartiene alla tua libertà. Anche questo è un discorso di consapevolezza, la consapevolezza che rimane un 30/40 % che incide in alcuni ambiti, mi hai detto nell'ambito della diffidenza nei confronti della figura maschile e che potrai se vorrai affrontare quando sarà il momento.*
VERONICA - Sì. (pp. 376-377)

4. LE CRITICHE INFONDATE CONTRO IL DOTT. FOTI SULL'UTILIZZO DELLA TECNICA DELL'EMDR

Nel verbale di sommarie informazioni del 2 ottobre 2019 reso di fronte ai Marescialli dei Carabinieri Gandolfi e Milano la dott.ssa Isabel Fernandez, presidente dell'Associazione EMDR Italia e dell'Associazione EMDR Europe compie alcune affermazioni certamente condivisibili.

1. *L'EMDR applica il suo protocollo a ricordi episodici, di un ricordo di un momento preciso di un'esperienza traumatica vissuta. L'EMDR infatti focalizza la sua attenzione terapeutica sulla cosiddetta memoria dichiarativa, cioè quella esplicitata e descritta da parte del paziente. E' sul ricordo palesato da quest'ultimo che il terapeuta applica il protocollo per rielaborare gli aspetti emotivi cognitivi e corporei dell'esperienza palesata.*

2. *L'EMDR, proprio in base a quanto detto non deve essere utilizzato con l'obiettivo di recuperare ricordi o frammenti di essi, né di alterare la memoria, proprio poiché esso parte dall'esplicitazione del chiaro ricordo da parte del paziente.*

3. *Non avrebbe alcun senso effettuare EMDR su un soggetto rispetto ad un evento traumatico su cui quel soggetto non ha ricordi o che addirittura non è affatto avvenuto. Il dato di partenza in altre parole è che un soggetto sia certo di aver vissuto un'esperienza traumatica e che tale circostanza sia riportata consapevolmente al suo terapeuta.*

Da queste affermazioni generali la dott.ssa Fernandez passa a valutazioni specifiche riguardanti la psicoterapia del dott. Foti.

"Quella di cui mi è stata data lettura non costituisce terapia EMDR in quanto ben lontana dal protocollo EMDR. ***Nella terapia in disamina non ricordava il fatto storico, non aveva contezza di un peso traumatico di riferimento e soprattutto FOTI indicava ad essa che la finalità dell'EMDR era recuperare ricordi o frammenti di ricordi.****"*

Non si capisce come sia potuto avvenire **un equivoco tanto grave**: il trattamento EMDR proposto a VeronicaSoletti nella tredicesima seduta dl dott. Foti parte senza ombra di dubbio da un ricordo **non solo esplicitato dalla paziente, ma anche da lei individuato come il ricordo più disturbante:** si tratta di un ricordo su cui, oltretutto, Veronica insistentemente torna e ritorna nel corso della psicoterapia.

La dott.ssa Fernandez, quando viene interrogata come testimone, non è a conoscenza dell'impostazione della psicoterapia psicodinamica ad orientamento analitico del dott. Foti, non è informata sul completo svolgimento delle sedute di tale psicoterapia, probabilmente non ha ascoltato nulla – riteniamo – dell'unica seduta dove l'EMDR viene

utilizzato. Dunque, perviene ad una convinzione facilmente falsificabile e cioè **all'idea che l'utilizzo della tecnica EMDR sia stato proposto dal dott. Foti con l'obiettivo di cercare di recuperare traumi imprecisati,** senza che la paziente abbia palesato un frammento di ricordo ben definito e senza che abbia fatto ricorso alla sua memoria dichiarativa. In quest'ottica il lavoro del dott. Foti apparirebbe connotato dallo stesso rigore scientifico del rabdomante che cerca l'acqua sotto il terreno agitando il suo bastone, non sapendo affatto se e dove scoprirà una fonte.

La descrizione del lavoro terapeutico del dott. Foti, data per scontata dall'ufficio inquirente, TERAPIA ASSERITAMENTE INDICATA DA FOTI COME EMDR semplifica e distorce gravemente questo lavoro. Abbiamo ampiamente chiarito nelle pagine precedente che la psicoterapia in oggetto **non è qualificabile tout court come una terapia EMDR, perché parte da una prospettiva psicoanalitica di psicologia del sé e si struttura come psicoterapia psicodinamica centrata sul trauma**. Sul tronco di questo modello, che abbiamo ben chiarito ed esemplificato, vengono innestate alcune tecniche tra cui l'intelligenza emotiva che viene utilizzata in tutte le sedute, lo psicodramma che viene utilizzato in due sedute e l'EMDR che viene applicato in una seduta, la tredicesima, tecnica che viene presentata e preparata in alcune sedute precedenti, soprattutto la dodicesima.

E' ovvio che se sono stati fatti ascoltare alla dott.ssa Fernandez brani della psicoterapia del trauma, che il dott. Foti ha svolto, al di fuori dell'utilizzo dell'EMDR, avvenuto nella tredicesima seduta, la dott.ssa Fernandez stessa può essere stata colpita negativamente dal ruolo attivo del terapeuta e dalla sua iniziativa interpretativa, atteggiamenti che sono estranee al trattamento dell'EMDR. **Evidentemente la dott. Fernandez non ha potuto ascoltare lo svolgimento concreto della tecnica nel corso della tredicesima seduta**, perché, se l'avesse ascoltato avrebbe potuto constatare che durante le sollecitazioni attraverso il movimento delle dita o il tamburellamento delle mani della paziente il dott. Foti stava assolutamente in silenzio ed interveniva solo dopo aver ascoltato le comunicazioni della paziente successive a queste sollecitazioni per invitare la paziente ad accogliere senza giudizi ciò che da lei emergeva e a focalizzarsi mentalmente su quanto emergeva.

Un esame più rispettoso del lavoro del dottor Foti avrebbe potuto, come si è visto, consentire di verificare che il terapeuta **in piena coerenza con la tecnica EMDR** (cfr. l'analisi della seduta 12ma e 13ma)**:**

- parte da un frammento di ricordo più volte esplicitato dalla paziente ed individuato dalla paziente stessa come il più utile da elaborare e da integrare;
- cerca di aiutare la paziente ad individuare il momento peggiore del ricordo che, nel caso in questione, coincide con il frammento del ricordo stesso;
- aiuta la paziente a mettere a fuoco sia l'immagine negativa di sé connessa al frammento del ricordo disturbante, sia l'emozione attualmente associata al ricordo disturbante e la localizzazione nel corpo di tale vissuto;
- utilizza correttamente le sollecitazioni prevista dalla tecnica con il movimento delle dita poi, con il tamburellamento delle mani;
- non interviene in alcun modo nel corso delle sollecitazioni bilaterali previste dalla

tecnica;

- invita la paziente ad osservare ad accogliere ciò che nota nella realizzazione dell'esercizio senza sforzarsi a visualizzare il ricordo e con atteggiamento di accettazione *("adesso osserva semplicemente … accetta che succeda quel che può succedere … Quello che ti viene senza sforzarti, lascia andare, quello che riesci a comunicare")*;
- sollecita la paziente ad accogliere ciò che emerge senza preoccuparsi di valutare il fondamento di realtà di ciò che nota;
- valorizza tutto ciò che la paziente riesce a notare, incoraggiando un atteggiamento di osservazione non giudicante;
- invita a mettere a fuoco il contenuto che di volta in volta emerge nella stimolazione precedente prima di effettuare un'ulteriore sollecitazione;
- riprende e riformula le parole precise che Veronica utilizza;
- incoraggia la paziente a proseguire l'esercizio, pur ricordandole spesso la libertà di fermarsi se non se la sente;
- al termine della seduta indica a Veronica che in caso di necessità, se emerge qualche disagio, può provare a scrivere oppure a telefonargli (e le dà in quest'ottica il suo numero di cellulare).

Per l'evidente mancanza di informazioni sullo svolgimento complessivo delle sedute e sullo svolgimento specifico dell'applicazione dell'EMDR nella tredicesima seduta e forse per le modalità con cui è stata condotta l'indagine la dott.ssa Fernandez - nel valutare la psicoterapia del dott. Foti e l'utilizzo dell'EMDR all'interno di questa psicoterapia - cade in alcuni equivoci e dimenticanze.

Innanzitutto, come abbiamo dimostrato in modo approfondito, la psicoterapia del dott. Foti non è una psicoterapia EMDR bensì è una psicoterapia che parte una prospettiva analitica, fa riferimento alla psicologia del Sé e alla psicoterapia del trauma, al cui interno si effettua - nel corso di una seduta - un'applicazione dell'EMDR. Al di là di questa seduta e di alcuni momenti della seduta precedente in cui l'applicazione dell'EMDR viene presentata e preparata, quella del dott. Foti è una psicoterapia che segue criteri specifici che non rientrano affatto nel protocollo EMDR e che utilizza come abbiamo dimostrato metodi tipici dell'approccio psicodinamico: l'analisi delle dinamiche emotive del campo relazionale, l'analisi dei sogni, la ricostruzione delle vicende sfavorevoli e traumatiche del passato con l'utilizzo di varie metodologie: lo psicodramma, l'intelligenza emotiva ed anche l'EMDR.

Dunque ci chiediamo: quali stralci della psicoterapia del dott. Foti sono stati letti alla dott.ssa Fernandez? Molto probabilmente non sono stati letti alla dott.ssa Fernandez brani della 13ma seduta, nella quale il dott. Foti non si è limitato a parlare dell'EMDR, ma ha applicato la tecnica in modo sostanzialmente rigoroso, adeguandola al percorso terapeutico fino a quel momento seguito.

La dott.ssa Fernandez è stata sollecitata a dare un giudizio sull'intera psicoterapia del dott. Foti e sulla specifica applicazione dell'EMDR **senza che siano stati forniti i dati fondamentali per consentire questa valutazione.** Ed evidentemente la collega ha accettato di compiere questa valutazione senza avere gli elementi per farlo.

Tutto il ragionamento della dott.ssa Fernandez si basa in particolare su un **presupposto infondato: nella terapia in disamina la paziente non avrebbe ricordato il fatto storico**, non avrebbe avuto *"contezza di un peso traumatico di riferimento"* .

Peccato che - sulla base della completa ignoranza dello svolgimento delle sedute - venga escluso che VeronicaSoletti abbia riportato consapevolmente al suo terapeuta insistenti ed approfonditi riferimenti nel corso di ben tre sedute (la terza, la nona e la dodicesima) a quella particolare esperienza traumatica sulla quale è stato applicato poi nel corso della tredicesima seduta l'EMDR! Si tratta di un ricordo dell'azione della mano di un adulto verso la sua zona genitale, quando da bambina era seduta su un divano a casa di un amico del padre.

Sembra incredibile questa contestazione nei confronti del lavoro del dott. Foti. Come dimostreremo più oltre in modo analitico non solo la paziente descrive questo episodio numerose volte nel corso della terapia, ma **lo sceglie anche come episodio significativo associato al massimo disagio e nei confronti del quale esprime un forte bisogno di integrazione**.

Tale ricordo appare per Veronica: a) quello maggiormente connotato da malessere; b) quello più lontano nel tempo; c) quello maggiormente non elaborato ovvero associato alla percezione di un blocco emotivo; d) quello su cui la paziente ritorna più spesso.

Esaminiamo dunque come il suddetto ricordo compare nel corso della psicoterapia e come viene esplicitato più volte dalla paziente.

Colloquio preliminare con la madre

Di questo episodio ne aveva parlato già la madre nell'incontro introduttivo alla psicoterapia con Veronica. L'abuso, secondo la madre, è stato agito da un amico del padre.

MADRE - Da quello che ho capito io magari c'è stato un toccamento da questa persona nelle zone intime perché poi comunque aveva 4 anni, è andata dalla psicologa già quando aveva 4 anni e l'ho fatta visitare dalla pediatra. Però la pediatra ha detto che nella zona intima non c'era niente, la vagina era a posto. Ci sarà stato un toccamento con le mani. Posso credere a questa cosa qui perché ***una bambina di 4 anni non penso che dica certe cose a 4 anni.*** *(…) No, non penso che si possa inventare una bambina di 4 anni queste cose qua.*

La rappresentazione della figlia, che la signora Adriana comunica, è quella di una ragazza

che parte dal presupposto di aver subito qualcosa di molto grave e che è abbattuta perché il padre non le crede.

MADRE - E lui non ha creduto dicendo che una bambina si inventa… si può inventare queste cose qua e lui non ne voleva sapere. Poi dopo il fatto che lui non si è più fatto sentire e vedere per degli anni con tutte e due le mie figlie, lei ne risente molto di questo la Veronica
DOTT. FOTI - Ma da che cosa lei capisce che ne risente?
MADRE - E perché ***me l'ha detto, "non c'è mai stato", "non mi ha creduto" e lei è molto arrabbiata con suo padre.*** *E anche questa è una cosa secondo me che la butta molto a terra non esser creduta dal proprio genitore.* (pp. 14 -15)

Emerge una forte identificazione con il bisogno della figlia in quanto vittima di sentire la partecipazione empatica al proprio dramma.

La madre empatizza profondamente con Veronica e sembra credere pienamente all'idea dell'abuso esplicitata dalla ragazza: ***"Mia figlia vuole essere creduta e sa che io credo a mia figlia e glielo anche detto, che le credo in quello che dice e penso che voglia che partecipi in questa…in questa cosa qua."*** (pag. 16).

Ma vediamo come la paziente parla direttamente di questo ricordo all'interno delle sedute.

<u>Terza seduta</u>

Veronica accenna una prima volta a questo episodio traumatico già nel corso della terza seduta, esplicitando che il ricordo le è stato riferito dalla dott.ssa Greggio, ma che lei stessa ricorda alcuni particolari e alcune sensazione associate al suddetto episodio.
Il terapeuta sta esplorando in modo aperto a quali ricordi è associato il padre e Veronica fa riferimento alla *"prima violenza"* subita, **dichiarando di avere nella propria memoria** l'immagine di sé sul divano a fianco all'amico del padre con un vestito rosa.

DOTT. FOTI - E poi tuo padre a che cosa è ancora associato?
VERONICA - Alla prima violenza che io ho subito
DOTT. FOTI - Dall'amico di tuo padre?
VERONICA - Sì
DOTT. FOTI - Dall'amico di tuo padre. Eh… se te la senti, ehm… Veronica cosa ricordi di questa prima violenza che hai subito?
VERONICA - Mm io ho solo un'immagine stampata in testa, cioè io che quest'uomo qui mi aveva fatto del male l'ho saputo dall'Irene… Però comunque già quando andavo a casa di questa persona qui ***non mi sentivo molto a mio agio*** *e cioè ho solo* ***l'immagine di me che sono sul divano*** *a fianco all'amico di mio padre con un vestito se non mi sbaglio; mi ricordo quello.*
DOTT. FOTI – Un vestito che… aveva qualche caratteristica questo vestito?
VERONICA – Eh…rosa
(…) DOTT. FOTI – Ed eri seduta sul divano di questo … e la sensazione qual era? La sensazione collegata a questo ricordo.
VERONICA - Ero ***disorientata.*** (pag. 100)

Di questa prima comunicazione vanno sottolineati quattro aspetti:

a. la paziente afferma di aver saputo dalla psicologa dott.ssa Greggio che il compare del padre le aveva fatto del male, perché questo era il contenuto della sua testimonianza infantile da lei dimenticata; specifica poi un proprio vissuto di disagio associato all'amico del padre e riferisce alcune percezioni connesse all'episodio, di cui personalmente conserva memoria;

b. la paziente parla dell'episodio in termini molto netti descrivendolo come *"la prima violenza che ho subito"*;

c. l'episodio viene riferito all'interno di una catena associativa costituita da episodi di violenza temuti come possibili o riferiti come certamente reali (è preceduto dalla comunicazione della propria preoccupazione circa una violenza sessuale che la sorella potrebbe aver subito dal padre ed è seguito dal racconto di un abuso patito all'età di 13 anni da un ragazzo più grande *("mi ha violentato possiamo dire");*

d. il vissuto emotivo di Veronica, relativo a questa prima violenza ("*disorientata"*) è molto simile al vissuto emotivo che assocerà alla seconda violenza ("*spaesata*"), entrambi compatibili con un *numbing* post-traumatico successivo ad entrambi gli eventi e coerenti con reazioni dissociative che saranno descritte dalla paziente nel riferire alcune situazioni traumatiche (essere da un'altra parte in un ricordo spiacevole a scuola o vedere la scena dall'esterno nel corso della violenza sessuale patita da Rubio).

Nona seduta

La paziente torna e ritorna nella nona seduta sull'episodio che elaborerà poi con l'EMDR nella tredicesima seduta: sta descrivendo la situazione psicologica di maggiore sicurezza che ha raggiunto. Il pericolo che la ragazza sente meno presente nella propria vita è rappresentato dal padre. Ciò che fa sentire al sicuro Veronica è la distanza dal padre e dal suo amico il suo "compare" , figure che sente collegate all'episodio dell'abuso infantile e strettamente associate tra loro. La maggiore sicurezza che sta vivendo è vista da Veronica come una conseguenza del fatto che la ragazza sente di riuscire a stare a distanza dalle due figure.

DOTT. FOTI - … allora volevo capire qual è il pericolo che senti meno presente, cos'è che ti fa sentire al sicuro rispetto a cosa?
VERONICA - Mh… beh allora ***stare a distanza da mio padre****. (…) Ehm … anche da… beh dal suo amico… il suo compare, ehm…*
DOTT. FOTI: … allora volevo capire qual è il pericolo che senti meno presente, cos'è che ti fa sentire al sicuro rispetto a cosa?
VERONICA - Mh… beh allora stare a distanza da mio padre.
DOTT. FOTI - Ahah.
VERONICA - Ehm … ***anche da… beh dal suo amico… il suo compare****, ehm…*
DOTT. FOTI - … ***li senti collegati tuo padre e il suo compare?***
VERONICA - ***Sì.*** *(pp. 225)*

Sempre nella nona seduta con la tecnica psicodrammatica dell'intervista Veronica riesce ad assumere il ruolo del padre, impersonandone la figura. Il dott. Foti si pone come intervistatore e Veronica entra nella parte del padre. Viene fuori un padre che giustifica la propria scelta di non avere creduto alla figlia come un'ovvietà: sua figlia è una bambina piccola, mentre il suo amico è un adulto!

DOTT. FOTI - Ci deve essere stato anche un abuso e quindi anche una cosa molto grave che ha commesso anche qualcuno che ti era vicino. (…)
VERONICA - Io ho parlato con lui e mi ha detto che non è vero.
DOTT. FOTI - Quindi tu credi più al tuo amico che non a Veronica.
VERONICA - Beh, è un adulto. (pag. 236)

La tecnica psicodrammatica presuppone un'inversione di ruolo. Adesso Veronica assume il ruolo di se stessa e prova ad interagire con il padre. Emerge una forte contrapposizione. Veronica rimprovera ancora al padre di essersi sentita squalificata e non creduta. Il riferimento ancora una volta è all'episodio dell'abuso infantile.

VERONICA - Eh… Tu non capisci niente!
DOTT. FOTI - Tu non capisci niente!
*VERONICA - **Non è normale che tu credi di più al…io so quello che mi è successo** … me l'hanno detto e …*
DOTT. FOTI - …nella mia esperienza io so distinguere il falso dal vero. Io so distinguere la realtà dal sogno! E' la mia esperienza! Io so quello che è successo e forse lo sai anche tu…
VERONICA - E non mi hai creduto. (pag. 240)

Dodicesima seduta

Il riferimento al ricordo dell'abuso infantile diventa più esplicito e circostanziato nella dodicesima seduta che precede quella dedicata all'applicazione dell'EMDR. Il dott. Foti, dopo aver ascoltato vissuti e situazioni positive comunicate da Veronica, esplora in modo del tutto aperto gli aspetti problematici presenti nella vita della ragazza: *("Cosa c'è invece di problematico, ammesso che ci sia perché se non c'è … (abbozza una risata) siamo ancora più contenti? Cosa c'è che invece puoi vivere in maniera più faticosa, meno serena?", pag. 298).*

La paziente a questo punto dice che **pensa spesso al padre e inizia a parlare della rabbia e del sentimento di odio verso di lui**. Nel cercare di spiegare le ragioni dei suoi sentimenti ostili nei confronti del padre Veronica ritorna sull'episodio del compare del padre, esprimendo ancora una volta la sua protesta per non essere stata creduta:

*VERONICA- …. Ehm … poi va beh, **anche per il fatto del compare di mio padre che comunque… va beh anche quello lì è stato una brutta batosta** saperlo…*
DOTT. FOTI - Sapere che cosa?
VERONICA - Che mio padre non credeva a me di quando ero piccola, credeva di più al suo compare (…) diceva che ero una bambina e non sapevo quello che dicevo. (pp. 299-300)

Avendo Veronica introdotto tra le cause del suo odio verso il padre anche l'episodio che ha riguardato il suo compare, il dott. Foti pone la domanda aperta:

DOTT. FOTI - E questo compare, tu cosa ricordi di questo compare se posso chiederti?
VERONICA- Ehm … io me lo ricordo … ***cioè mi ricordo abbastanza bene*** *perché l'ho visto anche un paio di anni fa, quindi me lo ricordo abbastanza bene*
DOTT. FOTI - Mh… l'hai visto qualche… e cosa ti ricordi? Perché, in fondo, mh, ecco è un tema di cui hai spesso parlato, hai fatto spesso riferimento, ma se io cerco dentro di me delle informazioni in effetti o io non ti ho mai chiesto, non … non mi sono chiarito le idee su … mh … appunto su cosa ricordi, tu dici di ricordare abbastanza, bene vediamo, Veronica, se te la senti, che ricordi di questo compare di tuo padre, cosa ti ha fatto? (pp. 302-303)

Ancora una volta Veronica mostra di unire consapevolmente il ricordo di ciò che le è stato riferito dalla madre sulla propria rivelazione alla zia con alcune forti sensazioni soggettive legate alla figura del compare del padre.

VERONICA - Da come ho detto io, mi ha una specie … molestato sessualmente eh? (…) E io ci credo a me stessa di quando ero piccola quindi (…) ***penso sia una cosa vera poi anche il fatto che comunque mio padre mi portava a trovarlo insieme a mia sorella e non mi sentivo a mio agio in sua presenza in casa sua****, ha fatto sì che io ci credessi davvero in questa cosa, quindi* ***io ci credo fermamente in questa cosa****.* (pag. 303)

Il dott. Foti non opera forzature e legittima le imprecisioni della memoria.

VERONICA - … mia madre mi ha raccontato più o meno quando può essere successo che una volta mi aveva portata da lui, io ero rimasta a dormire a casa sua perché mio padre non aveva voglia di venirmi a prendere, una cosa del genere eh quindi... però ho un'immagine comunque.... non so se sono vaga in questo momento, ehm.
DOTT. FOTI - ***Talvolta succede che ci sono immagini vaghe, ricordi imprecisi.*** (pag. 304)

Affiora a questo punto dalla memoria di Veronica**un'immagine di una scena avvenuta nella casa di questo compare del padre, in cui un adulto (di cui non si vede il viso) mette la mano o si avvicina con una mano verso la sua zona genitale**. Lei vede quest'immagine dall'esterno per la presenza di un movimento dissociativo che le consente di distanziarsi dal carattere angosciante dell'evento.
Il ricordo infantile di Veronica riguarda sensazioni ed immagini che la ragazza trae direttamente dalla propria memoria e non è certo il frutto di un sentito dire.

DOTT.FOTI - Tuttavia queste immagini vaghe questi ricordi imprecisi possono meritare attenzione, possono meritare di essere presi sul serio e che immagini vaghe che, ricordi hai di questa situazione che ti ricordava soprattutto tua madre. ***Tu cosa ricordi, che immagini hai?***
VERONICA - Che io sono in casa sua, di questo qua e lui vicino a me, penso. Cioè che mette la mano qui vicino (<u>indica la zona che va dalla pancia ai genitali</u>) *però non … cioè io lo sto … non lo so come lo sto vedendo, cioè* ***non sono io che sto guardando.***
DOTT. FOTI - Come se vedessi la scena dall'esterno.
VERONICA - Sì.
DOTT. FOTI - E' così?

VERONICA - Sì.
*DOTT. FOTI - **Come se vedessi la scena dall'esterno.***
*VERONICA - **Esatto.*** (pag. 304-305)

Il dott. Foti fornisce una spiegazione concreta alla ragazza: *"Talvolta quando ci sono sogni brutti, si può vedere la scena dall'esterno per allontanarsi da quella situazione , che è stata molto brutta, che è stata molto pesante".* (pag. 305). La memoria traumatica può essere in effetti caratterizzata da immagini di situazioni vissute dal soggetto come se assistesse **dal di fuori all'evento traumatico**.

Dunque il ricordo infantile è ben presente nella mente di Veronica, ha un carattere ricorrente ed è associato a vissuti di colpa che sono stati in qualche misura elaborati.

DOTT. FOTI - Adesso nel ricordare la scena cosa provi?
VERONICA: Ehm …sono un po' triste, un po' arrabbiata
DOTT. FOTI - Più triste o più arrabbiata?
VERONICA - Difficile dirlo.
DOTT. FOTI - Quindi forse si equivalgono?
*VERONICA - Sì, più o meno sì. Però **alla fine io ho capito che non ci potevo fare niente**.*
DOTT. FOTI - (…) "Alla fine ho capito che non ci potevo fare niente". Cioè?
*VERONICA - **Io mi son sempre data la colpa di non essere riuscita a fare qualcosa.***
DOTT. FOTI - A reagire, a difenderti.
VERONICA - Esatto.
DOTT. FOTI - E invece adesso in maniera molto saggia ti dici che eri una bambina molto piccola. Quanti anni potevi avere Veronica?
VERONICA - Ehm …non me lo ricordo tantissimo però è stato prima della separazione dei miei genitori… Boh, tre o quattro anni. (pag. 306)

Dunque non c'è in Veronica un ricordo preciso del trauma infantile, ma ci sono importanti immagini, sensazioni ed emozioni che hanno portato e portano Veronica a **credere con forza che il racconto le è stato riportato dalla madre circa l'abuso infantile sia senza dubbio fondato**. Oltre all'immagine della scena sul divano e della mano dell'adulto che si muove verso la zona genitale di lei bambina con un vestitino rosa, compare un altro elemento:

*VERONICA - Di quando ero piccola non mi ricordo niente. **C'è però comunque la sensazione di disagio quando ero in sua presenza, c'è sempre stata, io infatti ho sempre cercato di dire a mio padre che non ci volevo andare.*** (pag. 307)

Il dott. Foti riprende poi il riferimento alla tecnica dell'EMDR di cui aveva già parlato con Veronica e alla prospettiva di recuperare la consapevolezza dei ricordi più disturbanti del passato.

Il seguente passaggio risulta molto rilevante perché dimostra incontrovertibilmente che **è Veronica ad individuare e scegliere come ricordo maggiormente disturbante *"il ricordo del compare".* E' proprio questo elemento della sua memoria, che lei ritiene il più importante da elaborare, anche se nello stesso tempo il più ansiogeno e**

conflittuale. E' proprio questo elemento della memoria, cheVeronica vorrebbe rendere più consapevole ed integrare nella propria mente cosciente. Il fatto che tale ricordo definito sinteticamente come ***"il ricordo del compare",*** venga cioè descritto quasi con una denominazione, rinvia al fatto che non è certo la prima volta che Veronica ne parla.

DOTT. FOTI - Qual è il ricordo, che magari ti crea un po' di preoccupazione ma che ti piacerebbe riuscire a rendere più chiaro?
VERONICA - Beh ***quello del compare di mio padre***
DOTT. FOTI - Cioè - come dire? - un ricordo che ti disturba, senti che ti disturba ancora quel ricordo?
VERONICA - Sì, un pochino. Cioè ***vorrei che fosse più chiaro però ho paura quando sarà più chiaro.*** (pag. 320)

Subito dopo Veronica esplicita l'origine della sua resistenza alla rielaborazione del passato: **il timore di incontrare l'odio per le due figure del padre e del suo compare, figure che Veronica associa strettamente.**

DOTT. FOTI - Temi che ti porti a galla sofferenza? Che cosa potrebbe succedere se tu ricordi in modo più chiaro? Cosa temi?
VERONICA - Sì, che beh… di soffrire penso di aver sofferto abbastanza, ***però non vorrei odiare troppo mio padre, il suo compare.***
DOTT. FOTI - Quindi hai paura della rabbia o dell'odio.
VERONICA - Sì.
DOTT. FOTI - Hai paura che eventualmente un ricordo più preciso, come dire, soffi sul fuoco, già la percezione di odio c'è, lo temi.
VERONICA - Perché io… ***a me non piace odiare le persone.*** (pag. 320)

L'intervento di chiarificazione del dott. Foti aiuta Veronica a contrastare la paura di ricordare e a determinarsi ad affrontare l'elaborazione del ricordo traumatico non elaborato.

DOTT. FOTI - Capisco, capisco. Ma sai io penso che l'odio peggiore è quello che rimane congelato, che non può essere espresso, non può essere scaricato. Spesso quando una rabbia viene scaricata non si congela nel tempo, non diventa rancore. Se ti ricordi qualcosa di spiacevole e c'è anche un modo per scaricare la rabbia, non direttamente su tuo padre, perché tuo padre non c'è, ma possiamo aiutarti a scioglierla questa rabbia, invece della situazione attuale dove quest'odio, pur controllato si trascina, potresti arrivare in una situazione in cui come l'acqua di un torrente che scende dalla montagna questo odio fluisce e fluendo si evolve, si modifica, si ripulisce quindi io credo che ***l'odio peggiore è quello che non si può ricordare*** *e allora rimane lì fermo come l'acqua di uno stagno piuttosto che l'acqua del...mentre se si ricorda è l'acqua di un torrente. Che effetto ti fa questa mia immagine?*
VERONICA - ***La trovo molto adatta*** *e penso sia una cosa giusta comunque.. (sorride) ehm … però …*
DOTT. FOTI - Ti rimane la paura
VERONICA - ***Sì. Però vorrei farlo.*** (pp. 320-321)

E' nettissima in Veronica l'**ambivalenza,** ricorrente nei soggetti traumatizzati, verso il recupero del ricordo traumatico. **Si contrappongono due forze**: quella del bisogno di avvicinarsi al ricordo, per integrare la consapevolezza e quella difensiva che tende a mantenere la dissociazione per evitare la sofferenza del ricordo: *"Vorrei che fosse più chiaro però ho paura quando sarà più chiaro"* :le rimane la paura, ma dice: *"Però vorrei farlo".*

Il dott. Foti chiede qual è il momento peggiore, l'immagine più disturbante del ricordo. **Il momento peggiore del ricordo coincide con l'immagine.**

DOTT. FOTI - Qual è l'immagine, la scena che ti dà più disturbo in questo ricordo? Cioè, qual è la fotografia, no? ...Cioè un ricordo è fatto di tanti … qual è l'immagine, la fotografia che ti crea più disturbo?, può essere un video, può essere un insieme di fotografie, qual è l'immagine, la fotografia che crea più disturbo?
*VERONICA - **Io ho solo un'immagine.*** (pag. 321)

Nell'immagine mentale di Veronica c'è un'immagine angosciante che la porta a coprirsi il viso con lemani:

VERONICA- Ehm… lui vicino a me che si sta… mh (Veronica si copre il viso con le mani) ehh .. non so come dire.
DOTT. FOTI - In qualche modo sta facendo un'azione sessuale?
VERONICA - Sì.
DOTT. FOTI - Sta facendo un'azione sessuale. Su di lui o su di te?
VERONICA - Su di me.
DOTT. FOTI - Su di te. Lui sta facendo un'azione sessuale su di te.
*VERONICA - Cioè **non è che la sta facendo però è vicino.***
DOTT. FOTI - E' vicino. Si sta avvicinando a questa azione sessuale. (pag. 322)

L'immagine del ricordo che ha in mente Veronica è come una fotografia tagliata. L'uomo è seduto. La ragazza non riesce a vedere il viso. Segnala con le mani la parte del corpo dell'uomo che riesce a vedere: dal collo fino alle ginocchia. In evidenza nell'immagine del ricordo è la mano destra del compare**. Veronica rappresenta anche con i gesti l'azione della mano dell'uomo che tende verso la sua zona genitale** e riesce a comunicare un aspetto dell'immagine di Sé associata al ricordo traumatico. L'immagine di bambina *"con un'aria innocente"* sarà approfondita nella seduta successiva prima dell'applicazione dell'EMDR.

DOTT. FOTI - Una mano si sta muovendo?
VERONICA – Sì.
DOTT. FOTI - Come potrebbe essere la sua mano?
*VERONICA - **Io la vedo qua** (Indica con la mano la zona vaginale) **così.***
DOTT. FOTI - E' già una mano proiettata, diretta verso il tuo corpo?
VERONICA - Si.
DOTT. FOTI - Nella fotografia vedi anche il tuo corpo?
VERONICA - Sì!
DOTT. FOTI - E com'è il tuo corpicino di bimba?
*VERONICA - Ehm sono molto piccolina (…) **con un'aria innocente.***

(…) *DOTT. FOTI - E la mano di quest'uomo tocca il tuo vestitino o si sta avvicinando?*
VERONICA – Ehm …è molto vicino. (pp.323 -324)

Il dott. Foti con tono di accoglienza e partecipazione chiede qual è **l'emozione provata nel descrivere la scena** e Veronica esplicita il vissuto emotivo attuale con cui ha pensato a quell'episodio traumatico.

*VERONICA - **Un po' di pena.***
DOTT. FOTI - Un po' di pena eh?
VERONICA - Sì.
*DOTT. FOTI - **Un po' di pena per quella bambina eh?***
*VERONICA - **Sì.*** (pag. 325)

Nell'ottica psicodinamica in cui si muove il dott. Foti la dimensione infantile del ricordo è associabile alla presenza di una bambina interna ancora sofferente e biosgnosa di comprensione e solidarietà. Per mancanza di tempo il dott. Foti rinvia la prosecuzione dell'approfondimento alla seduta successiva.

*DOTT. FOTI: Partiremo da questa fotografia se tu confermi la tua disponibilità. Adesso questa fotografia immagina di riporla in un album, protetta. (…) L'album lo conservi in un cassetto della tua mente, un cassetto importante di una scrivania ecco immagina che questa fotografia per adesso la metti dentro quest'album e l'album lo metti lì, poi la ripigliamo, se tu sei d'accordo, la prossima volta vediamo che lavoro possiamo fare per proprio incontrare quella bambina. Perché **vedi quella bambina lì ha bisogno di ricevere forse un riconoscimento, una solidarietà.***

La riduzione della sofferenza è connessa lucidamente da Veronica alla **capacità di accettare le esperienze disturbanti del passato.**

VERONICA - Ehm… che non soffro così tanto come soffrivo a parlarne prima.
DOTT. FOTI - Ahah, ah ah cioè che è cambiato… che il tuo atteggiamento come possiamo definirlo rispetto a questi, ricordi più…?
*VERONICA - Ehm… non so come dire, cioè **sento che lo sto accettando.***
DOTT. FOTI -Ah ah.
*VERONICA - **O che l'ho già accettato.***
DOTT. FOTI - Che sei più forte nel guardarlo.
VERONICA - Sì.
DOTT. FOTI - Quindi possiamo anche dire che sei meno spaventata nell'approfondire il ricordo?
VERONICA - (Annuisce) (pag. 326)

Il dott. Foti ha ottenuto dunque una piena verifica sul fatto che esistono tutte le condizioni per proporre nella seduta successiva alla paziente il lavoro con l'EMDR.

Tredicesima seduta

Prima del trattamento dell'EMDR Veronicaesplicita tre contenuti riguardanti questo ricordo infantile:

- la sensazione di disagio che c'è sempre stata connesso alla figura del compare del padre ("*Di quando ero piccola non mi ricordo niente. C'è però comunque la sensazione di disagio quando ero in sua presenza, c'è sempre stata, io infatti ho sempre cercato di dire a mio padre che non ci volevo andare.*" (pag. 307)

- un ricordo di cui parla a diverse riprese: nella terza seduta dice di avere *"un'immagine stampata in testa"* di lei piccolina che è sul divano *a fianco all'amico del padre con un vestitito rosa e con la sensazione di esseredisorientata*(pag. 100); nella dodicesima seduta ricorda una scena a casa del compare del padre in cui quest'uomo è vicino a lei bambina e le vede la mano (ma non il volto) di un adulto proiettata verso la sua zona genitale. *"DOTT.FOTI - Tu cosa ricordi, che immagini hai? - VERONICA - Che io sono in casa sua, di questo qua e lui vicino a me, penso. Cioè che mette la mano qui vicino (indica la zona che va dalla pancia ai genitali) però non … cioè io lo sto … non lo so come lo sto vedendo, cioè non sono io che sto guardando.")* (pp.304-305, cfr. inoltre pag.322)*;*

- *l'immagine di sé è quella di una bimba "molto piccolina (…)* ***con un'aria innocente"*** (pag. 324), una bambina sprovveduta **che non capisce che le persone le stanno facendo del male** ed è incapace di difendersi (pag. 337)

Con l'applicazione dell'EMDR si aggiungono "a grappolo" altri quattro contenuti (cfr. le conclusioni al capitolo "Il rapporto con la figura paterna"):

Come si è visto in quel capitolo, l'ipotesi che ci si trovi di fronte ad un falso ricordo, esclusivamente generato da elementi esterni alla memoria della paziente (per es. dall'aver sentito da altri, dalla madre o dalla zia il racconto dell'abuso, di cui sarebbe stata vittima) viene ad essere pienamente falsificato. Inoltre risulta chiaro che l'EMDR non stravolge il contenuto del ricordo precedente. Certo ne consente – nel caso di Veronica - una parziale integrazione, gli dà un più forte spessore emotivo, lo arricchisce di alcuni elementi e particolari, senza eliminare tuttavia le aree di incertezza che permangono.

Prima dell'applicazione della tecnica la paziente possiede già nella propria memoria delle sensazioni profonde di malessere legate alla propria storia e lei stessa aspira alla consapevolezza dei ricordi che possano chiarire quelle sensazioni producendo un effetto di coesione psichica. A seguito della presentazione da parte del dott. Foti dell'EMDR nell'11ma seduta la paziente comprende intuitivamente che la tecnica proposta non può creare dal niente un ricordo, ma mira a favorire un recupero di una memoria, connettendosi alle sensazioni profonde preesistenti e consentendo **un'integrazione tra la sensazione del ricordo e la consapevolezza del ricordo**.

VERONICA- E' una cosa interessante
DOTT. FOTI - Cos'è che ti interessa, cos'è che ha suscitato il tuo interesse?
*VERONICA – Ehm …****che poi capisci con chiarezza che quello che è successo è quello che sentivi,*** *cioè, questo, che...* (pag. 281)

CONCLUSIONI

La psicoterapia che porta avanti il dott. Foti è una psicoterapia ad orientamento psicodinamico ed analitico e ad approccio integrato con il ricorso a tecniche varie fra cui l'EMDR. Il percorso articolato che viene proposto non coincide con il protocollo EMDR più breve e più direttivo. Attraverso numerosi ed approfonditi interventi di chiarificazione il dott. Foti cerca di spiegare a Veronica la strada del lavoro terapeutico e i presupposti su cui si basa il suo intervento.

Gli interventi ripropongono coerentemente alla paziente a partire a tutti gli stimoli che ne forniscono l'occasione:

- l'esigenza di accettare e comprendere la propria vicenda umana e familiare,
- l'importanza di riconoscere i collegamenti tra la sofferenza attuale e i ricordi non elaborati del passato,
- la necessità di confrontarsi con la dimensione infantile sofferente e bisognosa che ancora esiste nella mente della ragazza adolescente, ormai cresciuta,
- l'opportunità di conoscere, capire ed utilizzare tutte le tecniche che possono favorire l'accettazione e comprensione dei vissuti emotivi attuali e che possono favorire la consapevolezza e l'integrazione della propria storia traumatica.

Il dott. Foti prova ad aiutare la paziente a poter **scegliere l'episodio più utile da precisare, da consapevolizzare e da integrare**, facendo emergere nel contempo le difese e le resistenze all'elaborazione del passato. In ogni caso risulta assolutamente chiaro alla paziente che l'EMDR si potrà fare solo a partire dall'individuazione di un ricordo specifico e che occorre compiere una riflessione per individuare un ricordo significativo.

DOTT. FOTI - Ci sono degli episodi del tuo passato che ti verrebbe – come dire? – desidereresti conoscere meglio o invece preferisci tenere le distanze da tutto questo?
E quali in particolare, quali episodi del tuo passato ti piacerebbe, ti piacerebbe e poi anche non ti piacerebbe, ma diciamo quali sono i ricordi del tuo passato che ti piacerebbe anche, anche conoscere meglio? (pp. 277-278)

Inoltre nella seduta undicesima il terapeuta riprende la proposta già fatta in precedenza con cui la tecnica dell'EMDR viene associata ad un lavoro di **monitoraggio preparatorio, proposto alla paziente sui ricordi spiacevoli non elaborati.**

Nel corso dell'ottava seduta aveva detto:

DOTT. FOTI - Mi viene in mente una, la proposta che ti faccio, senza pressione, senza obbligo è provare magari se hai voglia di pensarci, ma se non hai voglia di pensarci non importa, provare a pensare a quali episodi nella tua vita hanno raggiunto un malessere 8 o 9 o 10. Perché questo? Perché se, ma possiamo farlo qua non sei obbligata a pensarci certo che se tu fai questo lavoro o per vedere magari ti prendi un appunto quali sono stati, chissà quanti sono? Io non so nemmeno. I momenti pesanti, i momenti che hanno superato una quota 8 di disagio.

Questo perché? Non perché voglio farti star male. D'altro canto più riesci a pensarci meno ne sarai condizionata. Quando capiterà che qualcosa ti fa venire in mente le cose del passato, se tu le hai sapute affrontare ti condizioneranno di meno, potrai mantenere il tuo buon umore. Se invece non sono episodi elaborati se ti vengono in mente lasceranno una scia. Quindi se ti viene da pensare ai momenti apicali cioè momenti dove hai provato più sofferenza nella tua vita. Perché questo? Perché poi possiamo farci un lavoro … c'è una tecnica che ti vorrei proporre per poterti liberare dal malessere, per andare ad attraversare il condizionamento la scia negativa, l'ombra negativa che continuano a gettare nella tua vita. (pp. 212-213)

Nell'undicesima seduta il dott. Foti riprova a riproporre a Veronica senza alcuna pressione doveristica la possibilità di **contattare i momenti apicali di disagio meritevoli di essere approfonditi e rielaborati:**

DOTT. FOTI - Allora sai che cosa potresti pensare, ma quello che ti sto dicendo non è un compito a casa, cioè non è qualcosa di obbligatorio che poi ti metto il voto, è una possibilità che puoi o non puoi portare avanti nella misura in cui ti senti, provare, anche per scritto, ammesso che abbia il tempo, ammesso che abbia la voglia, provare a navigare con la memoria all'indietro nel tuo passato e provare un po'… è una domanda che ti ho già fatto, però questa volta potresti fare anche per scritto, provare a scegliere 5 momenti, te ne avevo già parlato, 5 momenti, 5 ricordi che ti piacerebbe poter vedere meglio, come hai detto tu per unire le sensazioni al recupero possibile della memoria. (pag. 286)

L'affermazione per cui il dott. Foti proporrebbe un utilizzo della tecnica dell'EMDR come strumento per scoprire nella paziente ricordi inespressi alla ricerca suggestiva di una memoria traumatica che si vorrebbe trovare a tutti i costi è facilmente falsificabile. L'insistenza su questa tesi risponde ad una **logica assurda e persecutoria**.

Per tre volte il dott. Foti presenta la tecnica all'interno dei suoi discorsi di chiarificazione sull'importanza curativa di comprendere la sofferenza infantile rimossa e di sviluppare la consapevolezza e l'integrare dei ricordi non elaborati del passato e tutte e tre le volte la possibilità di usare l'EMDR è **strettamente associata dal terapeuta alla necessità di lavorare su un ricordo specifico** palesato dalla paziente.

1. Nel corso del settimo incontro (sesta seduta) risulta evidente che la tecnica dell'EMDR viene introdotta e presentata dal dott. Foti in connessione all'episodio specifico appena narrato da Veronica, un episodio specifico su cui la tecnica potrebbe concentrarsi e da cui potrebbe prendere avvio:

   "VERONICA - Ho un'immagine di me seduta su una sedia che sto in silenzio mentre la mia insegnante mi sta interrogando tipo cioè non lo so, sono in un'altra … DOTT. FOTI - Sei da un'altra parte. VERONICA - Sì." (pp. 163-64).

   La paziente ha esplicitato dunque un **ricordo di bambina che alle elementari non parlava per niente**, ha accennato ad un vissuto di assenza e di estraneità emergente in questo frammento di ricordo infantile e ha appena comunicato il collegamento con una pesante immagine negativa di sé *("mi han sempre detto che ero intelligente, però non ci ho mai creduto.".*

2. Nel corso dell'11ma seduta (dodicesimo incontro) risulta altrettanto palese che il dott. Foti ha ben chiaro in mente l'ovvio principio che l'EMDR si applica su un episodio raccontato dalla paziente (**episodio in cui vede con un vissuto di panico e di inquietudine il padre e la sorella abbracciati nel letto**). Le espressioni ricorrenti sono inequivocabili *("Se pensi a questa situazione …", "in una situazione di questo genere…", "Di fronte ad un ricordo di questo genere").*

3. Nel corso della 12ma seduta (tredicesimo incontro) e della 13ma seduta (quattordicesimo incontro) la tecnica viene applicata in relazione ad un episodio specifico a cui la paziente ha fatto più volte esplicito riferimento nelle sedute precedenti e che lei stessa riprende e sceglie consapevolmente di approfondire. Si tratta **dell'episodio in cui da bambina nella casa del compare è seduta sul divano con un adulto e vede dall'esterno una scena angosciante in cui la mano dell'adulto si avvicina alla sua zona genitale**.

Tale ricordo, su cui viene applicato l'EMDR appare per Veronica: **a) quello maggiormente connotato da malessere; b) quello più lontano nel tempo; c) quello maggiormente non elaborato ovvero associato alla percezione di un blocco emotivo; d) quello su cui la paziente ritorna più spesso.**

Non si capisce in conclusione come il dott. Foti possa essere accusato di utilizzare l'EMDR per cercare ricordi non esplicitati dalla paziente:

- visto che nel suo lavoro collega sempre la possibilità di utilizzare la tecnica ad un episodio specifico esplicitato da Veronica;
- visto che chiaramente prospetta alla paziente – in coerenza con quanto insegnato dall'EMDR - la possibilità di navigare indietro nel passato per recuperare episodi specifici che esprimano momenti apicali di disagio, da cui eventualmente partire per applicare la tecnica;
- visto che lavora affinché la paziente sia in grado di scegliere consapevolmente da quale specifico ricordo di malessere intende partire per ridurre l'inconsapevolezza relativa al proprio passato e per aumentare l'integrazione del Sé.

Peraltro un esame rispettoso del lavoro del dottor Foti nella 12ma e nella 13ma seduta consente di verificare che **il terapeuta ha lavorato in piena coerenza con la tecnica EMDR inserita** nell'approccio psicodinamico di una psicoterapia ad orientamento analitico sul trauma.

In conclusione la psicoterapia ad orientamento analitico di impostazione psicodinamica praticata dal dott. Foti non solo rispetta l'ovvio principio che il ricordo su cui si applica l'EMDR debba essere esplicitato dal paziente, ma non essendo una psicoterapia breve ha potuto sviluppare un percorso dialogico più articolato che ha consentito alla paziente di pervenire ad una scelta più consapevole sia del ricordo su cui applicare l'EMDR, sia del come la tecnica possa essere utilizzata per affrontare il conflitto intrapsichico tra l'istanza di integrazione della memoria traumatica e le inevitabili resistenze.

Un ultimo sconcertante aspetto delle critiche infondate nei confronti del dott. Foti circa il

suo utilizzo dell'EMDR è dato dalla seguente affermazione della dott.ssa Fernandez nelle sue dichiarazioni come testimone del 2 ottobre 2019 alla polizia giudiziaria: *"**Era inopportuno che svolgessero, qualora l'abbiano fatto, EMDR su minori presunte vittime di eventi traumatici, non avendo svolto formazione avanzata e supervisione."***
La dott.ssa Fernandez si riferiva al dott. Foti e alla dott. Bolognini: nel momento in cui è stata interrogata per equivoco o dimenticanza non è stata affatto precisa.

Ora il dott. Foti è in possesso di documenti a firma della stessa Isabel Fernandez che attestano inequivocabilmente la sua formazione avanzata all'EMDR. Innanzitutto il seguente:

Milano, 10 settembre 2019

Con la presente si certifica che il Dott. Claudio Foti ha partecipato alla formazione di base nella Terapia EMDR. Ha seguito il Livello 1 e Livello 2 di formazione nel corso dell'anno 2002.

Si attesta altresì che ha seguito come direttore del corso "Psicologia del trauma, debriefing e il riattraversamento dell'esperienza traumatica ", organizzato dal Centro Studi Hansel e Gretel a Moncalieri, un seminario condotto dalla sottoscritta il 15 e 16 Aprile 2005 dal titolo "Il trauma complesso e la complessità delle patologie. Il ruolo dell'EMDR".

Dott.ssa Isabel Fernandez (Presidente)

Inoltre il dott. Foti dispone di un "Certificate of Completion for Two Part EMDR Basic Training" EMDR Europe per un corso svoltosi fra il 19 e il 21 ottobre del 2012 a Torino, certificato firmato dalla dott.ssa Isabel Fernandez.

Dunque in base a questa documentazione risulta che il dott. Foti ha seguito non solo uno, ma due seminari di formazione di secondo livello all'EMDR nel 2002 e di nuovo nel 2012. Ha anche organizzato e seguito come direttore del Centro Studi Hansel e Gretel nel 2005 un seminario di due giorni condotto dalla dott.ssa Fernandez dal titolo *"Il trauma complesso e la complessità delle patologie. Il ruolo dell'EMDR"*. Infine il dott. Foti come direttore dell'équipe clinica del Centro Studi Hansel e Gretel ha organizzato e partecipato personalmente ad incontri continuativi di una supervisione di gruppo nel corso del 2013 e del 2014 con il Prof. Dott. Luca Ostacoli, supervisore EMDR.

Non si capisce come possa essere contestato al dott. Foti di non avere i titoli per utilizzare l'EMDR. Il suo percorso formativo è documentabile sia sul piano dell'approfondimento, sia sul piano della continuità.

Analisi del colloquio con la madre di Veronica

Si sposa nel 1999 quando è incinta all'ottavo mese di Veronica. Ha subito in precedenza un aborto. Non dichiara ne viene chiesto se era spontaneo. Durante la gravidanza soffre di distacco di placenta. Definisce la propria gravidanza come tribolata. Veronica frequenta le materne. Una bimba timida. Alle elementari viene definita come molto timida. Alle medie non andava bene, non rispondeva alle insegnanti. I professori la deludono e le consigliano il Motti. La mamma riferisce che peggiorava sempre e non voleva andare a scuola. Saltava giorni. La mamma fatica a calcolare le date e ricordarle. Su domanda risponde che la ragazza in terza media aveva 15 anni . Riferisce di essere venuta a sapere di 2 o 3 ragazzi che la molestavano (minuto 8.39) Un giorno è tornata a casa con morsi sul collo " sono venuta a sapere che erano morsi…" e al minuto 9.07 dice " allora la ho mandata a Paese montano". Lei stava malissimo. A Paese montano ha ripetuto la terza, ha fatto la quarta, poi bocciata in quinta, torna a Reggio e lascia la scuola. "non aveva voglia…faceva uso di sostanze e acidi" minuto 11.30. Ha interrotto in febbraio 2018. Fino a Giugno fatto niente…andava a Reggio con amici…adesso vive con il papà (2019) dall'11 agosto da quando ha fatto 18 anni.
La Dr.ssa Rossi al minuto 14.39 chiede alla madre delle amicizie di Veronica. La madre parla del rapporto sessuale…lei aveva 13 anni, lui 15 "lei non era d'accordo, è stata un po male per questa cosa qua"(14.59")…ragazzi che a me non piacevano, tutti ragazzi che fanno uso di sostanze."
La Rossi chiede "a che età ha cominciato a far uso di sostanze? "a 15/16 anni, Cannabis, acidi**, stava fuori due o tre giorni..ai fine settimana rave party..tornava anche al lunedi..altre volte non la sentivo…io cosa dovevo fare? Legarla a una sedia?....ora qualche canna se la fuma"** minuto 17.34.
La Dr.ssa Rossi chiede: "prima quando era più bambina non ha visto cose strane?" mumbling della madre…no risponde.
Confortata da questa risposta la dr.ssa Rossi insiste in modo suggestivo definendo che il cambiamento è avvenuto ai 15 -16 anni senza ricordare la timidezza estrema fino da bambina, la probabile fobia scolare e consegna la diagnosi alla madre. Il cambiamento è avvenuto a 15 anni. "a cosa è collegato questo cambiamento di Veronica a 15/16 anni?.
Ma la madre resiste e dice al minuto 18.50 "non so se è stato quel rapporto sessuale non voluto" parlando dell'argomento alla fine ridimensiona il tutto, ma parzialmente. Violenza c'è stata , ma psicologica! Il rapporto sessuale secondo la madre è stato imposto dal ragazzo ma "psicologicamente non con violenza" minuto 20.49.
Si parla poi della sorella Vanda e vengono confermati i tagli nel periodo delle medie.
La madre su richiesta parla della propria storia. Sposata nel 99, chiede la separazione nel 2003. La ottiene solo giudizialmente nel 2007 dovendo andare per ottenerla in Sicilia. A domanda non sa rispondere se è terminata in consensuale.
Veronica aveva 4 anni e Vanda 2. Al minuto 33.07 la madre dice "**siamo scappate di casa perché mio marito era un po' manesco**" Quindi confermando una storia di enorme difficoltà per le bambine ed in particolare Veronica. Al minuto 33, 18" dice "**Veronica si è ricordata un episodio in cui "lui ha alzato il tavolo e gli stava andando addosso ed io sono riuscita a tirarla via… quando siamo passati davanti alla casa lei si è messa a piangere."**Pare, dunque, un trauma antico e non risolto che tuttora fa emergere la risposta del pianto, la stessa risposta cheVeronica ha durante gli atti sessuali. Ma la consulente minimizza anche questo elemento e commenta i gesto del padre "**con un gesto di stizza ha spostato iltavolo**…"33.49
Qua la deposizione si fa fumosa e incomprensibile nei dati cronologici. La mamma dice all'inizio c'erano buoni rapporti col padre dopo la separazione. Poi dice dall'età di 4 a quella di 8 non vede il padre (minuto 34.58). "Non sapevo dove era, non chiamavo.."--poi i rapporti diventano regolari. Ogni 15 giorni vanno dal padre dal venerdi per qualche giorno. Le bimbe andavano volentieri (ai 12/13 anni di Veronica).Si rivolge ai Servizi sociali per aiuti economici e siccome lavorava a turni lei si dichiara d'accordo per un affido di Veronica" la signora mi è stata molto utile e lo è tuttora con i problemi che ci sono" 39 e 51.
Al minuto 40.46 parla del "periodo in cui Veronica l'ho mandata dalla psicologa….c'è stata una frase detta davanti a mia zia…interpretata male…si era spaventata pensando che mia figlia avesse

subito un abuso…tutto successo mentre mi stavo separando….il socio del mio marito le ha messo le mani nelle zone intime….si ricorda perché qualcuno evidentemente glielo ha fatto ricordare in modo sbagliato.
Al minuto 45.12 " Come mai aveva iniziato un percorso con i terapeuti?"per il trauma del rapporto non voluto dei 13 anni…fatto rivivere male la situazione dei 4 anni…le hanno fatto ricordare questo episodio …gli è stato detto che a quell'età qualcuno le aveva fatto del male….ma Veronica stava sempre peggio" minuto 46.40"
Interessante che vengono completamente confermati gli episodi di percosse, scomparsa del padre, dichiarazione della zia, episodio di rapporto sessuale traumatico, le mani addosso a 4 anni, ma tutto ciò perde rilevanza di fronte alla frase senza fondamenti scientifici della madre…le hanno fatto ricordare. Non ci sono fondamenti scientifici ma fortemente psicologici. Siamo di fronte ad una difesa di intellettualizzazione e proiezione tale per cui il male viene spostato altrove e specificamente in chi aveva il compito di curarle…. "io sono andata tante volte a chiedere aiuto…ho parlato anche con Foti dicendo che mia figlia stava peggiorando, mi diceva non ti preoccupare…" 47.25
Domanda "come vede stare peggio sua figlia?" 48.56
Sbalzi di umore, FORSE DOVUTI ANCHE ALLE SOSTANZE che prendeva…sicuramente dovuti alle sostanze…aveva cominciato a odiare il padre ed anche me…mi ha messo le mani addosso. Le dicevo che non mi aiutava, non si comportava bene…mi diceva che ero una madre di merda e non c'ero mai stata per loro 50.30
Poi i Carabinieri le comunicano che "il padre abusava delle figlie davanti ai miei occhi..glielo hanno fatto credere a Veronica questa cosa qua" 51.07 "nel tempo lei ha capito che le cose non erano vere 52 27… poi dice "mai sospesi incontri di Veronica col padre dagli 8 anni di Veronica. Sospesa la Genitorialità paterna quando Veronica aveva 17 anni…le figlie andavano volentieri dal padre
Sono stati 15 anni di difficoltà diventa più ribelle, insulta la madre
Dice la ct "da adolescenti si dice…spero tu muoia…ma Veronica lo dice sul serio…cosa ha provocato questa rabbia nella sua vita?..esempio i miei si sono comportati male…non mi fido di nessuno.." minuto 57.41…la madre tace e non risponde
La ct dice e con Assitenti sociali? Emerge che Vanda nell'ultimo periodo è stata mandata via di casa dalla affidataria per l'ingresso dell'ex compagno della madre e VERONICA non voleva.
Al minuto 1.01.13 la madre dice "VERONICAE' DIFFIDENTE VERSO QUALSIASI UOMO"
Ctu: perché CATTIVI, SESSUALMENTE , BUGIARDI?" RISPOSTA: LEI VEDEVA TUTTO NEGATIVO, STAVA MOLTO MOLTO MALE, DAVA PUGNI, PIANGEVA..PEGGIORATA NEGLI ULTIMI DUE ANNI

Ora 1:02:45 (COLLOQUIO DOTT.SSA ROSSI - ADRIANASANTI DEL 10 . 10. '19)

DR.: L'uso di sostanzel'avevagiàfatto prima di iniziare la terapia? Cheleisappia.
Santi.: Sì, sì.

RISATina DELLA Rossi….madre: si chiudeva, stava a letto tutti i giornieracosì la notteusciva

> **Un mese dopo il colloquio del 15 ottobre 2019 la dott.ssa Rossi consegna la propria consulenza tecnica al Pubblico Ministero. Nella sua relazione scompaiono quasi tutti gli elementi problematici citati e viene rappresentata una ragazza ben diversa da quella del colloquio del mese prima. Sparisce la Veronica, che riporta vissuti e ricordi di probabile origine traumatica, sparisce la Veronica assai ambivalente verso gli operatori e disponibile a riconoscere di essere stata lei comunicare a questi operatori alcuni rilevanti contenuti emotivi e**

verbali coerenti con quanto da loro riportato.
La relazione del consulente del Pubblico Ministero finisce per descrivere una Veronica ad immagine e somiglianza dell'impostazione accusatoria: una Veronica che nega qualsiasi traccia o vissuto delle esperienze traumatiche patite, che appare come risoluta accusatrice degli operatori, ben determinata e coerente nella ritrattazione. Queste distorsioni risultano indispensabili per concludere in modo arbitrario che la ragazza avrebbe riportato lesioni gravissime dalla terapia del dott. Foti.

ANALISI DEL COLLOQUIO DELLA DOTT.SSA ROSSI CON VERONICASOLETTI (15 ottobre 2019)

La dott.ssa Rossi nella sua relazione del 13 novembre del 2019 presenta il contributo testimoniale di VeronicaSoletti come se fosse una coerente ritrattazione, una chiara e lineare contestazione dell'azione ritenuta suggestiva e induttiva degli operatori, un apporto limpido e inequivocabile alle accuse nei confronti di questi ultimi, un apporto decisivo capace di dimostrare l'accusa di "lesioni gravissime".

Ora un'analisi minimamente attenta del colloquio del 15 ottobre fra la dott.sssa Rossi e VeronicaSoletti dimostra innanzitutto lo stato mentale di malessere e confusione in cui si trova la ragazza, dimostra l'assenza di accoglienza e sostegno psicologico da parte di chi conduce il colloquio, dimostra il conflitto in Veronica**tra la negazione e l'evitamento delle esperienze sfavorevoli patite e nel contempo la tendenza a ritornarci pesantemente con grande angoscia** ed infine dimostra la profonda ambivalenza nei confronti delle figure degli operatori e la sua forte incertezza e oscillazione sugli stessi traumi sessuali patiti.

- Se **nella prima tranche della psicoterapia Veronica sviluppa una crescente capacità di riconoscere le proprie emozioni, di contrastare i meccanismi di negazione e di dissociazione della propria storia, di percepire se stessa**, di esprimere la propria assertività, di sviluppare il proprio Sé come "centro di iniziativa indipendente", **nella seconda tranche della psicoterapia**, sotto il condizionamento di esperienze con la droga, **inizia a diminuire la consapevolezza della propria vita emotiva** e si riduce – per usare un'espressione della stessa Veronica la capacità di *"sapere che io ci sono"*. Tuttavia la ragazza esplicita il rimpianto per la situazione di contatto con se stessa che aveva sperimentato nella prima fase della psicoterapia e mantiene la consapevolezza del bisogno di esprimersi, di sentirsi, di recuperare la propria storia, di essere ascoltata (cfr. il capitolo 7 "La seconda tranche della psicoterapia. Il colloquio del 27 ottobre. Il rimpianto per l'autostima".
  Tre anni dopo, interrotta la psicoterapia, Veronica è precipitata in una regressione profonda, nella quale tende a negare, manipolare e dissociare la propria vicenda traumatica, nella quale aumenta il senso di vuoto e di distacco emotivo da se stessa, nella quale – di conseguenza - cresce la confusione mentale e la mancanza di lucidità.

Il colloquio del 15 ottobre 2019 inizia con la dott.ssa Rossi che dichiara la propria

intenzione di "spiegare compiutamente" a Veronica lo scopo dell'incontro, ma questo non avviene assolutamente perché chi conduce il colloquio non do informazioni e pone rapidamente domande su temi differenti

"DR: tu sei maggiorenne quindi mi sembra corretto spiegarti le cose.. più compiutamente possibile. Ascolta, tu sai Veronica che ci sono delle indagini in corso in questo momento,
V:si
DR: tra le tante cose la Procura sta cercando di capire anche come ragazzi… bambini… e quindi stanno cercando di parlare con questi bambini e ragazzi e quindi hanno incaricato noi psicologi per parlare con questi bambini e ci sei anche tu e anche tu sorella che ho già incontrata, hai qualche domanda su questa cosa?
V: uhm no
DR: no. te l'aspettavi?
V: uhm no sinceramente
V: beh in realtà non è un problema, però non me l'aspettavo però si anche perché quando ci sono delle indagini c'è sempre uno psicologo del Tribunale che…
DR: ma tu lo psicologo ce l'hai in questo periodo?
V: diciamo che si vengono a scoprire tante cose…soprattutto delle persone che prima non si sapevano e quindi si vengono a sapere adesso.
DR: ok".

Dove sta la spiegazione del senso del colloquio? La procura sta cercando di capire? Capire che cosa? La psicologa passa poi ad un altro tema: *"Te l'aspettavi*?" Sulla risposta di Veronica la dott.ssa Rossi muovendosi per libere associazioni chiede:*" Ma tu lo psicologo ce l'hai in questo periodo?"*

La risposta di Veronica - che fa fatica ad entrare in contatto con se stessa e si trova in un evidente stato di confusione con una forte e difficoltà psichica ed espressiva - è *"Diciamo che si vengono a scoprire tante cose…soprattutto delle persone che prima non si sapevano e quindi si vengono a sapere adesso."* La dott.ssa Rossi replica *"Ok"* .Ok a che cosa?
La ragazza è estremamente confusa ma la psicologa non è molto chiara, non aiuta, non contiene, non chiarisce, non approfondisce. La consulente non mette affatto a proprio agio la ragazza. Non interviene sulla sua sofferenza e sulla sua ansia dilagante. Punta piuttosto ad ottenere informazioni sugli psicologi e gli assistenti sociali con cui Veronica è entrata in contatto per ottenere ciò che le interessa: elementi per affermare la loro responsabilità.

Veronica è agitata e confusa sul tema della costrizione sessuale che rappresenta evidentemente un suo rilevante problema su cui torna e ritorna. Magari perché ha subito una traumatizzazione sessuale?
La dott.ssa Rossi non si pone il problema. La ragazza, non avendo un contatto consapevole e strutturante con se stessa, ignora se nell'attività sessuale sessuali sia presente una propria volontà o piuttosto una tendenza a compiacere e ad assecondare l'altro.

Il tema della relazione amorosa sollecita grande disagio e confusione in Veronica: su questo la ragazza non riceve alcuna accoglienza e non è messa nelle condizioni di chiarire il proprio pensiero:

V: no diciamo che fino alla seconda le classi sono uguali quindi io più o meno ho avuto un'adolescenza…ma normale con queste persone, niente di grave magari per la mia relazione amorosa...un po di cose…non lo so un po' … Ma non sai se non capivo ad un certo punto se quello fosse il male, cioè nel senso, se il rapporto sessuale in sé fosse una cosa…non so…fosse voluto da me o da loro più che altro e io assecondando il loro volere magari non volendolo ma assecondando magari per accontentare della gente magari perché loro mi hanno convinto che accontentare una persona vuol dire che loro cioè stanno costringendo in qualche modo…
DR: quindi scusa loro ti hanno convinto ma chi è che t'ha convinto?
V: ehm…gli psicologi
DR: gli psicologi ti ricordi come si chiamavano?
V: si chiamava Greggio insieme a Camaldoli

Dunque i soggetti che costringono non sono più i partner sessuali, ma a un certo punto diventano gli psicologi. Il tema del rapporto sessuale, che evidentemente non interessa alla dott.ssa Rossi, viene abbandonato. La consulente del PM fa a questo punto un intervento decisamente anticipatorio e suggestivo:

"DR: ok, ti hanno convinto che assecondare qualcuno…il tuo ragazzo ti chiede di avere un rapporto sessuale con te, tu non ne hai voglia però lo fai, lo assecondi, infine ti hanno convinto che è una cosa sbagliata
V: si poi magari dico no poi dopo avermi convinto dico si e quindi mi hanno detto che è cosi"

Evidentemente per la dott.ssa Rossi nella situazione in cui si trova Veronica, caratterizzata da una forte dipendenza, da una tendenza alla compiacenza e da una scarsa coesione del sé, assecondare sessualmente comunque un ragazzo non sarebbe assolutamente una cosa rischiosa e sbagliata. Gli operatori che avrebbero convinto del contrario la ragazza sarebbero stati suggestivi o moralisti? Oppure persone fissate con l'abuso? Dunque solo chi ha l'abuso sessuale sempre in testa può pensare che **assecondare sessualmente i maschi** sia una scelta rischiosa per una ragazza come Veronica, con una debole autostima e una scarsa definizione dei confini, ?
Lo scambio comunicativo procede nella nebbia e ciò che emerge in modo insistente e un po' sconnesso in Veronica è ancora una volta **il tema della costrizione.**

DR: prima cosa ne pensavi tu
V: eh perché in realtà è successo ad un certo punto, cioè io ho avuto solo un rapporto sessuale dopo conosciuti
DR: ti hanno detto gli altri di conoscerli?
V: no solo uno
E quanto è successo quello io ho detto a mia madre una cosa..cioè mia madre mi spingeva… siccome avevo perso la verginità a 14 anni, 13, lei ce l'ha un po con me e quindi io ho detto a mia madre che mi sono sentita un po' costretta e lei è andata dagli assistenti sociali…
DR: ma gliel'hai detto subito '' mamma mi sono sentita un po costretta''?
V: no gliel'ho detto un anno dopo praticamente e dopo da li è partita denuncia, tutto quanto e in realtà io non so se quello è successo davvero o no o se è stato solo perché mia madre mi continuava a mettere su sta roba qua, cioè farmi sentire in colpa per questo fatto
DR: quindi scusa, è stata un'idea tua di essere stata costretta, non di Camaldoli e la Greggio
V: in realtà io ho raccontato tutto l'avvenimento e loro mi hanno detto in realtà che poteva essere definito addirittura uno stupro…quindi io ho vissuto un po così…cioè…

DR: ti è rimasto il dubbio insomma… adesso ce l'hai ancora il dubbio?
V: sinceramente si, perché vorrei che qualcuno mi spiegasse è successo in questo modo quello che ho spiegato…io in realtà ho detto di no poi dopo…ho assecondato quindi non penso d'aver fatto una costrizione fisica e quindi non uno stupro però.. c'era una costrizione psicologica quindi hanno fatto leva su una mia paura di perderlo… una cosa del genere mi hanno detto… penso… son passati un sacco di anni non me lo ricordo più

Veronica parla dunque **in modo confabulatorio di tematiche tra loro associate: la costrizione sessuale da parte dei ragazzi, la costrizione degli psicologi che l'avrebbero persuasa di idee sbagliate, la costrizione della madre che l'ha fatta sentire *"un po' costretta"*** e poi è andata dagli assistenti sociali. La dott.ssa Rossi non aiuta benevolmente la ragazza ad individuare il tema della costrizione e l'angoscia che le provoca al fine di favorire in lei un'autocentratura e una maggiore chiarezza comunicativa .

Il tema della costrizione psicologica e sessuale , molto ansiogeno per Veronica, è stato spostato e proiettato sugli psicologi: sembra che siano stati loro ad averla convinta che si sono verificate violenze o molestie sessuali. E sono stati anche loro a farle cambiare scuola! Tutte le descrizioni puntuali di tali violenze e molestie, tutte le reazioni emotive di rifiuto e di allarme di Veronica del 2016, comunicate dalla sua viva voce in base alle videoregistrazioni della psicoterapia con il dott. Foti, vengono ribaltate.

V: Praticamente avevano detto che questo compagno qua mi aveva costretto a fare delle cose che in realtà non mi aveva costretta a fare
DR: sempre l'atto sessuale?
V: si, sempre loro, e lì mi hanno fatto cambiare scuola

La forzatura o la violenza sessuale creano troppo malessere nella ragazza, che cerca dunque di abbellire il proprio passato, negando la molestia subita dal compagno di scuola, a seguito della quale ha deciso di cambiare istituto scolastico, sobbarcandosi per mesi un viaggio a Paese montano a grande distanza dalla propria abitazione, pur di allontanarsi da quella scuola. Il ragazzo responsabile della molestia viene santificato.
Oltretutto sottolinea la dott.ssa Rossi non si è neppure allontanato dopo il rapporto sessuale? Che cosa si può pretendere di più?

DR: ma questa relazione come è andata dopo questo rapporto sessuale?
V: ma è andato bene!
DR: Continuavate a vedervi?
V: si, poi se ne stava per i cavoli suoi
DR: quindi non hai avuto ragazzi che spariscono dopo il primo rapporto sessuale? Alcuni lo fanno

La dott.ssa Rossi non riflette e non chiede: ma se continuavate a vedervi perché ti sei allontanata dalla scuola?

La negazione e la dissociazione a cui è costretta a ricorrere Veronica la portano ad un forte distacco da se stessa e da una grande incoerenza logica e comunicativa.

V: diciamo che mi bullizzavano un pochino quindi ho detto questa cosa un poper….come posso spiegare… farmi andare via da quella scuola…siccome avevo vissuto questa cosa prima ho detto…

DR: bullizzare cosa intendi? Vuol dire tante cose
V: Si vabbè non è che mi infilavano da qualche parte comunque però mi sentivo un po bullizzata…. sinceramente
DR: bullizzare significa che…. magari più persone che prendono di mira una…un compagno, una compagna, la deridono, le fanno a volte anche del male… ti tolgo la sedia da sotto, ti faccio lo sgambetto… ti faccio sparire della roba. Così è bullizzare.
V: no fino a sto punto no… però… non lo so…mi deridevano si, mi hanno dato qualche pacca sul culo si, niente di grave insomma
DR: non t'hanno mai preso a morsi per esempio
V: no no
DR: non sei mai stata morsicata, no.
V: no

Con le domande sui morsi della dott.ssa Rossi mira probabilmente ad invalidare le testimonianze degli operatori sulla molestia che si svolgeva a scuola, ma la consulente del TM non ricorda che è la stessa madre di Veronica, signora AdrianaSanti, che parla di "morsi" nel corso del colloquio del 16 febbraio:

MADRE - Io ho chiesto [a Veronica] *se c'era qualcosa che non andava di dirlo se a scuola ci fossero delle cose che a lei non andavano bene lei mi diceva: "No, no va tutto bene, non mi piace la scuola, non mi piacciono i miei compagni". Ho visto anche dei morsi sul collo chiedendole che cosa erano, lei mi ha detto: "Son giochi". Gli ho detto: "A me non mi sembrano giochi e se c'è qualcosa…dillo", lei mi fa: "No, no, no, non c'è niente".*
Perché allora la dott.ssa Rossi non ha chiesto a Veronica spiegazioni sul fatto che è la madre ad aver dichiarato di aver visto "morsi sul collo"?

Nel corso del colloquio la confusione in Veronica prosegue e si estende: nonostante gli psicologi le abbiano detto cose non vere, la sua aspirazione sarebbe quella di andare un giorno all'università e studiare psicologia e questi operatori che le avrebbero fatto del male *"magari loro fanno stare bene le persone".*

"DR: Cosa ti piacerebbe fare?
V: psicologia
DR: oh mammamia che brutto mestiere!
V: eh si, brutto per me in realtà
DR: Come mai vorresti fare psicologia?
V: non lo so mi interessa quello che facevano loro in realtà
DR: loro chi?
V: gli psicologi di quando mi stavano dietro
DR: quindi la Greggio, Foti…
V: si
DR: ma perché?
V: Non lo so perché magari loro fanno stare bene le persone insomma"

Sono gli operatori che avrebbero fatto letto la sua esperienza in termini di stupro. Sembrerebbe che questa lettura sia falsa. Ma Veronica afferma che ci sono delle "cose del passato" che lei stessa avrebbe raccontato.

V: … Si perché in realtà ci sono anche delle cose del passato… in realtà… cioè una cosa che io ho detto da bambina… e allora abbiam tirato fuori …
DR: e come facevano a saperla loro?
V: perché loro mi avevano portato lì quando ero piccola
DR: ah gli assistenti sociali
V: si e loro hanno diciamo fatto…

Veronica sembra alludere al racconto sull'abuso infantile avvenuto nella casa del compare del padre. La ragazza sa di essere stata lei a parlare di un ricordo infantile e aggiunge: "*e allora abbiam tirato fuori*". Non dic**e un ricordo infantile *"che loro mi han tirato fuori".***
***Dice : "Abbiamo":* allude ad un processo che è avvenuto insieme.**
ma dice che sarebbero stati gli operatori a tirarle fuori questo racconto.

La dott.ssa Rossi non aiuta la sua interlocutrice, non la aiuta a fare il punto, a sentirsi e a baricentrarsi su se stessa, accoglie tutto purché sia critico nei confronti degli operatori anche quando le critiche sembrano assurde. Sarebbero stati gli assistenti sociali a portarla lì. Nei racconti che Veronica fa nel corso della psicoterapia e che sono stati videoregostratiVeronica afferma con molta chiarezza che è stato il padre a portarla e a lasciarla nella casa del compare. Adesso sono stati gli stessi assistenti sociali, che a quell'epoca non gestivano neppure il caso, a portarla lì… Il discorso di Veronica è sempre più confabulatorio:

E poi anche mia madre in realtà me l'ha detto
E mi hanno detto che sono stata toccata da mio padre solo che in realtà mio padre mi dice che le persone che mi stavano accanto hanno preso questa cosa come…negativo e quindi hanno pensato questo cioè loro pensavano che io avessi detto che lui mi aveva toccato quando in realtà mio padre mi ha detto che io ho detto che… ecco io ho detto solo questo…però come ha fatto a diventare questo quest'altra cosa cioè…son loro che mi hanno…boh…han scritto questa cosa per farla passare per… in futuro

Veronica da un lato insiste a sottolineare che gli psicologi l'avrebbero suggestionata, dall'altro lei stessa dimostra di essere tuttora attraversata da un insistente ruminio mentale relativo alla traumatizzazione sessuale infantile.

V: Loro me l'han detto, gli psicologi. Mi han detto che certe cose che ti son successe anche quando eri piccola hanno delle ripercussioni in un certo senso
DR: mmm, cioè quali
V: che magari… sei introdotta al sesso da piccolina…anche se non lo comprendi però hai trovato determinate cose che vuoi riprovare, tutto qua
DR: e chi t'ha detto questo
V: cioè un po l'ho capito io, cioè ho cercato io di capire questa cosa però non so se è realistica cioè vera
DR: allora facciamo una cosa, cambiamo argomento

La dott.ssa Rossi cerca di mantenere il bersaglio puntato sugli psicologi e sugli operatori ("*DR: e chi t'ha detto questo?*"), ma in Veronica la difesa proiettiva non funziona pienamente e dunque candidamente afferma: (*VERONICA: cioè un po' l'ho capito io questa cosa*").

La CT rimane delusa, perché Veronica ha parlato con un barlume di lucidità di un'ipotesi che potrebbe spiegare la ripetizione di certi comportamenti. La ragazza descrive in forme semplicistiche, ma sensate, la sessualizzazione traumatica ("*sei introdotta al sesso da piccolina…anche se non lo comprendi però hai trovato determinate cose che vuoi riprovare, tutto qua*"). Inoltre Veronica parla di un proprio tentativo autonomo di porsi delle domande e di comprendere. Cosa fa allora la dott.ssa Rossi? Scappa via: *DR: allora facciamo una cosa, cambiamo argomento.*

V: cioè ***un po' l'ho capito io, cioè ho cercato io di capire questa cosa*** *però non so se è realistica cioè vera.*
DR: allora facciamo una cosa, cambiamo argomento

*D*i fronte al tema emergente del trauma e delle sue conseguenze la dott.ssa Rossi fa la cosiddetta *barriera all'ascolto.* **Il tema deve essere silenziato. La tesi da dimostrare a tutti i costila traumatizzazione di Veronica non nasce da esperienze sfavorevoli, bensì è stata di origine iatrogena, conseguenza dell'induzione degli operatori.** Coerentemente decide di censurare l'argomento e spostare decisamente il focus.

Veronica sembra orientarsi ad affermare che i riferimenti agli abusi sono tutte delle bugie, ma appena la dott. Rossi in un suo raro intervento di contenimento emotivo si preoccupa di come sta Veronica, ecco che quest'ultima entra in contatto con se stessa. Ecco che i ricordi traumatici sembrano riemergere:

DR: oggi siamo qua per capire come stai tu…per i tuoi punti poco chiari, perplessità… quindi se la vuoi dire io sono qui per questo però il mio scopo è capire oggi come stai
V: però…vabbè la dico lo stesso... cioè io da piccolina… però non so se questa cosa c'entri sinceramente, facevo fare sesso alle bambole, alle Barbie… quindi non so se c'entra
DR: è che lo fanno tanti bambini
V: ah ok
DR: perché tu non ti senti normale?
V: uhm… in realtà lo so che lo fanno molti bambini però non sapevo se era una cosa sbagliata o no
DR: se fai fare sesso alle bambole, fai male a qualcuno?
V: no!
DR: quindi sbagliato non lo è
V: si si si
DR: è chiaro che se uno fa fare del sesso a degli animali questa è una cosa un pò diversa perché magari loro non vogliono
V: no, ma certo
DR: ma non è una cosa sbagliata, questi pensieri che ti frullano che è una cosa sbagliata non è mica normale
V: si lo so che lo fanno anche i bambini
DR: e perché per te dovrebbe essere diverso?
V*: perché magari anche questi bambini sono anormali*

Lo scambio comunicativo è paradossale. Che problema c'è, dice la dott.ssa Rossi, **se i bambini fanno sesso con le bambole? Fanno male a qualcuno?** No, lo facessero agli animali, allora sì, non va bene. Ma se lo fanno solo con le bambole, questi bambino sono del tutto normali, non evidenziano alcun disagio di cui preoccuparsi. E' la cosa più

normale di questo mondo. Veronica evidenzia un maggiore contatto con la realtà, quando dice: *Magari anche questi bambini sono anormali. Al di là del termine anormale,* Veronica afferma in maniera sensata che questi bambini qualche problema ce l'hanno.
La posizione della dott.ssa Rossi nega che fare sesso con le bambole se anche non è indicatore specifico di abuso, è un segnale che dovrebbe allarmare qualsiasi genitore, educatore, psicologo sensibile.

Quindi fare queste cose con le bambole è sbagliato? No, con le bambole è normale
V: ok, a posto, volevo proprio essere sicura di questa cosa
DR: è sbagliato quello che fa stare male te, quello è sbagliato. .

Altrettanto grave è l'incapacità di ascoltare la comunicazione di Veronica in cui la ragazza con chiarezza afferma che è stata lei a parlare dell'atteggiamento seduttivo del padre che "ci provava con la sorella", ribadendo: "*Sono stata io a dirlo!*"
La consulente del TM punta, a decolpevolizzare Veronica, facendo finta di niente, come se la ragazza non stesse assumendo chiaramente ed insistentemente la propria responsabilità e non stesse contraddicendo l'accusa su cui si era soffermata prima nei confronti degli operatori, accusati di averla convinta di cose non vere.
Certamente è stato il Tribunale e non Veronica stessa a sospendere la potestà genitoriale. Ma il punto è un altro. **La ragazza afferma che è stata lei, dunque a portare avanti un processo di rivelazione e non sono stati gli operatori** a indurla dall'esterno ad associare il padre ad un desiderio perverso verso la sorella.

V: mio padre anche perché è stato accusato per colpa mia.
DR: perché per colpa tua?
V: eh perché sono stata io a dire agli assistenti sociali che mio padre mi preoccupava un po' nell'ambito… che ci provava con mia sorella
DR: e perché dici che è colpa tua?
V: ah perché sono stata io a dirlo!
DR: scusa tu quanti anni avevi quando hai detto questa cosa
V: eh… non lo so, 16/17… non mi ricordo sinceramente, si, circa
DR: chi decide di sospendere la responsabilità genitoriale non è una ragazzo, è il Tribunale!
V: si si lo so però io ho raccontato…
DR: Non puoi avere tu responsabilità

Veronica fa poi un'altra comunicazione autentica, ancorché confusa, riprendendo un tema che aveva comunicato agli operatori e in terapia, un tema che l'aveva allarmata, quando aveva saputo che il padre era turbato o disturbato dal fatto che le figlie girassero in mutande in casa. I genitori hanno negato di aver mai detto qualcosa del genere, ma Veronica ne rimane assolutamente convinta.

"Loro mi han detto, in realtà mi han detto che io non ho mai sentito… io a questa cosa non ci crederò mai che non l'ho mai sentita perché io l'ho sentita, me l'ha detta mia madre e io me la ricordo ed è questa cosa che mio padre ha chiamato mia madre dicendo che lui non vuole che noi giriamo in mutande… tutto qua. Questa cosa mi ha un po' sconvolta sinceramente però loro mi han detto che non hanno mai detto … cioè…
(…) eh questo mi ha fatto pensare che mio padre forse aveva qualche problema col nostro aspetto fisico, un po'"

Emerge poi un altro contenuto rilevante che **smentisce che sia stata la psicoterapia a creare il conflitto fra Veronica e la madre e abbia addirittura minato radicalmente la fiducia della figlia nei confronti della madre.** Il conflitto aveva radici profonde e modalità gravi e marcate e nasceva come risposta alla mancanza di ascolto dei bisogni emotivi di Veronica e al modello doveristico impostole dalla madre.

DR: ho saputo che t'ha fatto arrabbiare anche la mamma…
V: si
DR: in maniera forte non solo come ''No Veronica non uscire'' , ''No io esco lo stesso'', ''vai a quel paese''… quelle cose lì
DR: ma nel modo ''mamma, secondo me nella mia vita ti sei comportata male per qualcosa''… è mai successo?
V: si, si tante volte
DR: tipo
V: non so, le ho dato della "madre di merda", non so "puttana" una volta, però si, non mi ha mai picchiato credo
(…) DR: ma la mamma, non so, ti faceva uscire, le piaceva la gente con cui uscivi? Perché litigavate?
V: uhm… si, non le piaceva la gente con cui uscivo… voleva che ad una certa età io stessi a casa… non in giro così come mi pareva cioè fino a tardi, è troppo lontano, cioè non voleva preoccuparsi perché appunto lei era a lavoro non sapeva quello che facevamo e magari noi cioè incontravamo delle persone che a lei non le piacevano, poi ho avuto un'amica che a lei non è mai piaciuta quindi abbiamo sempre litigato per questa cosa e basta.
DR: ma tu quando ti arrabbi cosa fai di solito?
V: ehm… la gestisco molto male in realtà…
DR: cioè
V: ehm… non lo so prendo a calci le porte, proprio in modo esagerato, molto esagerato, cioè non prendo a pugni veramente le cose, però… non so, mi metto a urlare proprio tanto

In altri passaggi del colloquio Veronica mostra di **avere ancora un qualche contatto con la verità che ha espresso agli psicologi, insiste nel dire che il suo malessere era reale,** di non essere stata falsa, che non è stata una bugia il vissuto di grande sofferenza che ha espresso agli operatori.

V: io penso che se sono stata così fino ad adesso io ci morirò così, punto. E' una mia convinzione. (…)… aver mentito, anche agli psicologi… però… cioè gli psicologi se ne accorgono quando una persona mente…
DR: Non è detto…
V: uhm… ok. Però io per certe cose cioè ho pianto, non è che ho pianto proprio però loro hanno visto che le ho vissute con malessere e questa cosa… cioè il mio malessere era reale! Però forse non era reale per il… cioè… per quello che era successo veramente… non so se mi riesco a spiegare…
DR: Forse. Cioè tu dici '' io non sono stata falsa, io dicevo che stavo male davvero…''
V: Si, magari c'ho creduto talmente tanto… che il mio malessere sembrava reale!
DR: Ma c'hai creduto tanto in cosa?
V: In queste cose che loro mi han detto… che io ho subìto determinate violenze anche da parte di altre persone… da parte delle persone…
DR: Scusa ma, era una bugia questo che hai vissuto? Vorrei capire

V: no, no

Veronica non afferma assolutamente in maniera netta che il suo malessere è stato causato dalla suggestione degli psicologi. Ha ancora dentro la sua mente l'ipotesi che la connette alla sua esperienza traumatica. Rimane nella ragazza l'idea che il suo malessere, comunque reale, sia stato la conseguenza di esperienze fortemente negative vissute. Ovviamente ha anche l'idea della suggestione. In realtà vive un grosso dubbio. E' la dott.ssa Rossi che spinge a farle dire che il suo malessere è frutto del fatto che è stata convinta che le sono successe cose non vere. Ma non riesce comunque ad eliminare la profonda incertezza di Veronica.

DR: cioè quando tu mi dici ''il mio malessere era vero''
V: si, non so se lo è diventato vero o è nato da sé perché mi è successo veramente qualcosa di brutto
DR: Cioè dici '' o è che io stessi male perchè mi è successo davvero qualcosa di brutto'' oppure può essere che '' io stessi male perché pensavo mi fosse successa una cosa brutta''?
V: si
DR: Sono queste due le opzioni? Se sbaglio dimmelo eh Veronica

La dott.ssa Rossi conclude che ci sono due opzioni. Ma nella sua relazione al PM tenterà di dimostrare che Veronica ha affermato che è vera soltanto un'opzione: quella della manipolazione degli psicologi!

Un altro elemento importante che viene espresso da Veronica e che rinvia alle caratteristiche traumatiche della sua esperienza infantile è **l'insistenza nell'affermare con chiarezza che quando aveva rapporto sessuali abitualmente piangeva,** contenuto che Veronica ha portato nella psicoterapia (nella quattordicesime seduta). Nella logica della dott.ssa Rossi le bambine possono giocare a far fare sesso con le bambole oppure possono piangere mentre vivono l'esperienza sessuale e tutto è normale. Niente è traumatico. Anche Veronica cerca di convincersene, ma è molto più grave che ne sia convinta la consulente del PM.

DR: Gli ultimi colloqui col dott. Foti come sono andati?
V: ehm…bene… cioè rivivevo un certo malessere però… cioè abbiamo parlato di certe cose, di tante cose… e io ho creduto a queste cose… cioè non so se c'entri alla fine… però aiutano un po' a capire perché voglio proprio arrivarci bene… ehm… è che io quando facevo sesso piangevo, ad un certo punto così, però può essere una cosa normalissima in realtà, che può succedere, volevo capire questo perché certe volte mi …. Mentre faccio sesso, basta.
DR: E come l'hai inteso questo
V: Come se mi fosse successo qualcosa di brutto che io stavo rivivendo però se non è mai successo è impossibile che io lo riviva…
DR: e questa cosa come è uscita fuori col dott. Foti ? Che ogni tanto piangevi mentre avevi dei rapporti sessuali?
V: Non mi ricordo sinceramente se gliene ho parlato… ehm… forse si però magari mi avrà detto che è collegato appunto a questa cosa
DR: Magari t'ha detto che c'era questo collegamento
Perché magari era collegato alle esperienze passate…
V: uhm… non lo so… perché può essere questo come può essere una convinzione di questo, che io mi convincevo e basta che in realtà mi era successo quel male e quindi lo facevo in quel determinato

modo, cioè piangevo proprio perché ero… perché me ne convincevo in quel momento che avevo vissuto male magari il mio primo rapporto sessuale ma che in realtà non ho vissuto così male perché in realtà mi è stato creato cioè…
Un ultimo passaggio dimostra che fino alla fine del colloquio permane una forte oscillazione diVeronica nei confronti del lavoro svolto dagli operatori, in particolare dal dott. Foti. Prima ha affermato che gli ultimi colloqui con il dott. Foti sono andati bene, ora **sugli operatori comunica la propria ambivalenza**:
V: Sì! Uhm… mi hanno fatto interessare intanto alla psicologia che non sto studiando… però questa cosa mi ha fatto piacere, però per il resto direi che mi hanno confuso…
Dott.ssa Maria Grazia Apollonio

Considerazioni finali di M. Mariotti

Ho ritenuto utile riportare la analisi della dr.ssa Apollonio in quanto illustra dal punto di vista psicodinamico e della terapia del trauma gli avvenimenti di questa complessa vicenda.

Ritengo altresì rilevante permettere al lettore di avere una visione di sintesi del presente elaborato che, essendo di oltre 300 pagine, non risulta di immediata sinottica lettura. Chiedo pertanto di mantenere sempre a vista l'indice in modo da cogliere in tempi brevi l'essenza del tema specifico da analizzare.

Ricordo solo che è probabile che le consulenti del PM come la Dr.ssa Fernandez non abbiano avuto a disposizione tutti gli elementi qua considerati e che, se li avessero avuti avrebbero necessariamente concordato con queste posizioni. Che sono evidencebased e scientifiche, prive di fidelizzazioni a questa o quella teoria.

C'è una prima tranche di psicoterapia dal 1 marzo 2016 al novembre 2016 di ben 15 sedute registrate ed analizzate, che viene rivolta a favore di una famiglia complessa e mutiproblematica. C'è una seconda tranche di psicoterapia che va da aprile 2017 a ottobre2018 di cui si ha un'unica intercettazione del 27 ottobre su cui si basa parte delle considerazioni delle consulenti del PM.

Il Dr. Foti la esegue in modo magistrale su un soggetto che ha questo diritto alla cura mentre il Dr. Foti il dovere di curare. E' la magistratura stessa che gli indica di dover intervenire.

- La microanalisi dimostra la assenza di induzione.
- La analisi qualitativa la appropriatezza della somministrazione.
- L'analisi del fascicolo la preesistenza di traumi nella minore.

C'è poi la seconda tranche di psicoterapia, quella analizzata dalle perite del PM in particolare che, in assenza dei dati che provano la acontestualità delle considerazioni fatte di accusa iatrogenica a carico del dr. Foti, risulta falsata nelle premesse e dunque porta a conclusioni errate, con conseguenze drammatiche tuttavia per la dignità e la onorabilità del dr. Foti.

Al termine della prima tranche le considerazioni di Veronica sull'esito e significato della terapia sono ottime. Idem in premessa e durante quelle della madre.

Nella seconda tranche influisce il distacco, l'assunzione di sostanze da parte di Veronica, la contemporanea presenza del procedimento Giudiziario nella fase investigativa.

C'è evidenza che nella prospettiva terapeutica, sulla base del compito d'ufficio, il comportamento del dr. Foti risulta adeguato e necessario.

Ipotizzare che la psicoterapia di Foti è causa della sofferenza diVeronicaSoletti è come pretendere che, come detto, sia il Sole a girare attorno alla terra. Il 12 aprile 1633, il giorno 22 giugno Galileo fu condannato per "*veemente sospetto di eresia e con l'abiura forzata delle sue concezioni astronomiche*". A seguito dell'abiura, pronunciando la famosa frase "*e pur si muove*" dette il via al pentimento delaChiesa che nel 1846 cassa le opere sul sistema copernicano. Il 3 luglio del 1981 la Chiesa aprì una commissione di studio che nel 1992 scrisse che la condanna del 1633 fu ingiusta per un'indebita commistione di teologia e cosmologia pseudoscientifica arretrata. Tuttavia la Chiesa trovò una giustificazione sostenendo che Galileo all'epoca non riuscì a fornire prove scientifiche sufficienti a permettere l'approvazione delle sue tesi da parte della Chiesa (Wikipedia)

Mutatismutandis, ciò che oggi sappiamo scientificamente su disturbo dissociativo, terapia post traumatica, teorie delle false memorie, ci permettono di dire che, seguendo le categorie del sapere non c'è stato alcun elemento iatrogeno nella psicoterapia del Foti e che le sofferenze di Veronica analizzate derivano dal contesto biopsicosociale di provenienza e sono state fortemente diminuite dall'intervento del dr. Foti e di nuovo apparse e rinforzate dal mancato completamento dell'opera terapeutica e dalla presenza di fattori precipitanti significativi, quali l'uso di sostanze, l'accettazione del

collocamento presso il padre e certamente l'effetto del procedimento penale, necessario ma certamente non indolore.

In fede

Dr. Mauro Mariotti

Modena 9giugno 2021

Note finali bibliograficheaggiornate all'aprile 2021

Gli sviluppi attuali della ricerca neuroscientifica sono in grado di portare una nuova luce su questa controversia. Già da tempo – scrive Kendall - "gli avvertimenti sull'affidabilità di un evento traumatico dimenticato che viene poi ricordato - noto formalmente come memoria ritardata - sono stati approvati da importanti organizzazioni di salute mentale come l'American Psychiatric Association (APA)."[125] **Ma ora una nuova ondata di studi sul cervello sta iniziando a individuare con maggiore precisione le tracce neurologiche dei ricordi traumatici non elaborati.**

"Le tensioni tra le due posizioni – continua Kendall - sono state spesso inquadrate come un dibattito tra scienziati incalliti sul lato della falsa memoria e terapeuti nella pratica clinica nel campo della memoria ritardata. Ma i medici che fanno anche ricerca pubblicano da decenni studi, verificati da colleghi, sull'amnesia dissociativa nelle principali riviste. Uno studio pubblicato a febbraio sull'American Journal of Psychiatry, la rivista di punta dell'APA, mette in evidenza le considerevoli prove scientifiche che rafforzano le argomentazioni dei terapeuti del trauma."[126]

125 Kendall J.,Forgotten Memories of Traumatic Events Get Some Backing from Brain-Imaging Studies. A new wave of research seeks neurological signatures for a type of amnesia, in *Scientific American*, 6aprile 2021

126 *Ivi*

Scientific American:

"Melissa Kaufman è autrice senior del nuovo studio sulla risonanza magnetica e capo del programma di ricerca sui disturbi dissociativi e sui traumi presso il McLean Hospital, un ospedale universitario affiliato alla Harvard Medical School. Osserva che questo studio, come già i precedenti studi di risonanza magnetica sui sopravvissuti al trauma, mostra che esiste una base neurologica per i sintomi dissociativi come l'amnesia. «Pensiamo che questi studi sul cervello possano aiutare a ridurre lo stigma associato al nostro lavoro", afferma Kaufman»."[127]

Scrive Bessel van derKolk:

"La nascita di tre nuove branche della scienza ha portato con sé un aumento esponenziale della conoscenza degli effetti del trauma psicologico, dell'abuso e del *neglect*. Queste nuove discipline sono le neuroscienze – lo studio di come il cervello supporta i processi mentali; la psicopatologia dello sviluppo – lo studio dell'impatto delle esperienze sfavorevoli sullo sviluppo della mente e del cervello; e la neurobiologia interpersonale – lo studio di come il nostro comportamento influenza le emozioni, la biologia e l'assetto mentale di coloro che ci stanno intorno."[128]

Nell'articolo citato di Joshua Kendall del 6 aprile 2021 dal titolo "Memorie dimenticate di eventi traumatici supportati da studi di brain-imaging" leggiamo:

I ricordi dimenticati di eventi traumatici sono supportati da studi di imaging cerebrale. Una nuova ondata di studi alla ricerca di tracce neurologiche per un tipo di amnesia

Quando gli adulti affermano di aver ricordato improvvisamente eventi dolorosi della loro infanzia, è probabile che quei ricordi siano accurati? Questa domanda è alla base delle "guerre della memoria" che hanno agitato la psicologia per decenni. E la validità del trauma sepolto si presenta come un punto di contesa nei casi giudiziari e nelle trame televisive e cinematografiche.

Gli avvertimenti sull'affidabilità di un evento traumatico dimenticato che viene poi ricordato - noto formalmente come memoria ritardata - sono stati approvati da

127 *Ivi*

128 van derKolk B. (2014), Il corpo accusa il colpo, Raffaello Cortina Editore, 2015, pp. 4-5

importanti organizzazioni di salute mentale come l'American Psychiatric Association (APA). Lo scetticismo si basa su un corpus di ricerche che dimostrano che la memoria è inaffidabile e che semplici manipolazioni in laboratorio possono far credere alle persone di aver avuto un'esperienza che non è mai avvenuta. Alcuni casi importanti di memoria recuperata di abusi sui minori si sono rivelati falsi, suscitati da terapeuti troppo zelanti.

Ma gli psicoterapeuti specializzati nel trattamento di adulti sopravvissuti a traumi infantili sostengono che gli esperimenti di laboratorio non escludono la possibilità che alcuni ricordi ritardati richiamati dagli adulti siano reali. I terapisti del trauma affermano che l'abuso sperimentato nei primi anni di vita può sopraffare il sistema nervoso centrale, inducendo i bambini a separare un ricordo doloroso dalla consapevolezza cosciente. Sostengono che questo meccanismo di difesa psicologica, noto come amnesia dissociativa, si presenti regolarmente nei pazienti che incontrano.

Le tensioni tra le due posizioni sono state spesso inquadrate come un dibattito tra scienziati incalliti sul lato della falsa memoria e terapeuti nella pratica clinica nel campo della memoria ritardata. Ma i medici che fanno anche ricerca pubblicano da decenni studi peer-reviewed sull'amnesia dissociativa nelle principali riviste. Uno studio pubblicato a febbraio sull'American Journal of Psychiatry, la rivista di punta dell'APA, mette in evidenza le considerevoli prove scientifiche che rafforzano le argomentazioni dei terapisti del trauma.

Il nuovo articolo utilizza la risonanza magnetica (MRI) per studiare l'amnesia, insieme a varie altre esperienze dissociative che si dice spesso si verifichino a seguito di gravi abusi sui minori, come sentimenti di irrealtà e spersonalizzazione. In un editoriale pubblicato nello stesso numero della rivista, Vinod Menon, professore di psichiatria e scienze comportamentali presso la Stanford University School of Medicine, ha elogiato i ricercatori per "[scoprire] un potenziale meccanismo del circuito cerebrale alla base delle differenze individuali nei sintomi dissociativi in adulti con traumi precoci e PTSD [disturbo da stress post-traumatico]".

Melissa Kaufman è autrice senior del nuovo studio sulla risonanza magnetica e capo del programma di ricerca sui disturbi dissociativi e sui traumi presso il McLean Hospital, un ospedale universitario affiliato alla Harvard Medical School. Osserva che questo studio, come già hanno fatto i precedenti studi di risonanza magnetica sui

sopravvissuti al trauma, mostra che esiste una base neurologica per i sintomi dissociativi come l'amnesia. "Pensiamo che questi studi sul cervello possano aiutare a ridurre lo stigma associato al nostro lavoro", afferma Kaufman.

"Come molti terapeuti che trattano i sopravvissuti adulti a gravi abusi sui minori, ho visto alcuni pazienti che recuperano ricordi di abusi".

Dal 1980, l'amnesia dissociativa è stata elencata come un sintomo comune di PSTD in ogni edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), la bibbia diagnostica della psichiatria. La condizione è stata supportata non solo da studi di casi psichiatrici, ma da dozzine di studi che hanno coinvolto vittime di abusi sui minori, disastri naturali, torture, stupri, rapimenti, violenze di guerra e altri traumi.

Ad esempio, due decenni fa lo psichiatra James Chu, allora direttore del programma sui traumi e sui disturbi dissociativi presso il McLean Hospital, ha pubblicato uno studio che coinvolgeva dozzine di donne in trattamento ospedaliero che avevano subito abusi infantili. La maggior parte delle donne ha riferito in precedenza di avere un'amnesia parziale o completa di questi eventi, che in genere ricordavano non in una sessione di terapia ma mentre erano a casa da sole o con la famiglia o gli amici. In molti casi, ha scritto Chu, queste donne "sono state in grado di trovare una forte conferma dei loro ricordi recuperati".

I sostenitori della falsa memoria hanno avvertito che l'uso di domande guida da parte degli investigatori potrebbe seminare un ricordo falso. Come ha scritto lo psichiatra Michael I. Goode dello studio di Chu in una lettera all'editore, "Ai partecipanti è stato chiesto 'se c'era un periodo durante il quale "non ricordavano che questa esperienza [traumatica] è avvenuta".' la realtà dell'esperienza traumatica è stata intrinsecamente convalidata dagli investigatori".

Studi di risonanza magnetica condotti negli ultimi due decenni hanno scoperto che i pazienti con disturbo da stress post-traumatico con amnesia dissociativa mostrano una ridotta attività nell'amigdala, una regione del cervello che controlla l'elaborazione delle emozioni, e una maggiore attività nella corteccia prefrontale, che controlla la pianificazione, la concentrazione e altre funzioni esecutive abilità. Al contrario, i pazienti con disturbo da stress post-traumatico, che non riportano

alcuna lacuna nei loro ricordi di traumi, mostrano una maggiore attività nell'amigdala e una ridotta attività nella corteccia prefrontale.

"La ragione di queste differenze nei circuiti neuronali è che i pazienti con disturbo da stress post-traumatico con sintomi dissociativi come amnesia e depersonalizzazione - un gruppo che comprende tra il 15 e il 30 percento di tutti i pazienti con disturbo da stress post-traumatico - si spengono emotivamente in risposta al trauma", afferma Ruth Lanius, un professore di psichiatria e direttore dell'unità di ricerca PTSD presso l'Università dell'Ontario occidentale, che ha condotto molti di questi studi di risonanza magnetica. I bambini possono cercare di distaccarsi dall'abuso per evitare un dolore emotivo intollerabile, che può portare a dimenticare un'esperienza per molti anni, sostiene. "La dissociazione implica una fuga psicologica quando una fuga fisica non è possibile", aggiunge Lanius.

I ricercatori sulla falsa memoria rimangono scettici sugli studi di imaging cerebrale. Henry Otgaar, professore di psicologia giuridica all'Università di Maastricht nei Paesi Bassi, che è stato coautore di più di 100 pubblicazioni accademiche sulla ricerca sulla memoria falsa e che spesso funge da testimone esperto per gli imputati in casi di abuso, sostiene che i ricordi autobiografici intatti sono raramente, se mai, represso. “Questi studi sul cervello forniscono prove biologiche solo per le affermazioni di pazienti che riferiscono una perdita di memoria dovuta alla dissociazione”, afferma. “Ci sono molte spiegazioni alternative per queste correlazioni, ad esempio l'amnesia retrograda, in cui l'oblio è dovuto a una lesione cerebrale”.

Nel tentativo di fornire una base più solida per le loro argomentazioni, Kaufman e i suoi colleghi della McLean hanno utilizzato l'intelligenza artificiale per sviluppare un modello delle connessioni tra diverse reti cerebrali che potrebbero spiegare i sintomi dissociativi. Hanno alimentato i dati della risonanza magnetica computerizzata su 65 donne con storie di abusi infantili a cui era stato diagnosticato un disturbo da stress post-traumatico, insieme ai loro punteggi su un inventario comunemente usato di sintomi dissociativi. "Il computer ha fatto il resto", dice Kaufman.

La sua scoperta chiave è che i sintomi dissociativi gravi probabilmente coinvolgono le connessioni tra due reti cerebrali specifiche che sono attive contemporaneamente: la cosiddetta rete in modalità predefinita, che si attiva quando la mente è a riposo e

implica il ricordo del passato e la visione del futuro, e la rete di controllo frontoparietale, che è coinvolta nella risoluzione dei problemi.

Lo studio McLean non è il primo tentativo di applicare l'apprendimento automatico ai sintomi dissociativi. In un articolo pubblicato nel numero di settembre 2019 del British Journal of Psychiatry, i ricercatori hanno mostrato come le scansioni MRI delle strutture cerebrali di 75 donne, 32 con disturbo dissociativo dell'identità, per il quale l'amnesia dissociativa è un sintomo chiave, e 43 controlli abbinati, potrebbero discriminare tra le persone con o senza il disturbo quasi il 75% delle volte.

Kaufman afferma che è necessario condurre ulteriori ricerche prima che i medici possano iniziare a utilizzare la connettività cerebrale come strumento diagnostico per valutare la gravità dei sintomi dissociativi nei loro pazienti. "Questo studio è solo un primo passo verso la medicina di precisione nel nostro campo", afferma.

Richard Friedman, professore di psichiatria clinica al Weill Cornell Medical College, considera lodevole l'obiettivo dei ricercatori McLean. Ma osserva che la strada da percorrere rimane impegnativa e avverte che la storia della psicologia è piena di "valutazioni oggettive" per una particolare diagnosi o stato mentale che non è mai stato all'altezza del loro clamore. Friedman cita il caso dei test rivelatori di bugie, in cui abbondano falsi positivi e falsi negativi…..”