

Come ci interrogano i 'ricordi traumatici': facciamo il punto

di Marinella Malacrea

La consapevolezza della diffusione dei traumi infantili

Nonostante occorra prudenza nel valutarne l'ampiezza, data la grande variabilità dei dati nelle ricerche statistiche, che si susseguono prima negli Stati Uniti e poi in tutto il mondo a partire dagli anni '70, è tuttavia incontestabile che le Esperienze Sfavorevoli Infantili siano un fenomeno diffuso, anche attenendosi ai valori minimi registrati. Esso è in gran parte sommerso, come si deduce dalla differenza quantitativa tra i casi denunciati e quelli rivelati in forma anonima nelle ricerche di prevalenza.

Sappiamo che gli inventari più attendibili, che provengono dalle inchieste retrospettive a campione, da anni disegnano un quadro inquietante, a cerchi concentrici a seconda della qualità delle esperienze sfavorevoli che ci permettiamo di indagare. Molte rilevazioni si limitano a quantificare soltanto l'abuso sessuale, e magari escludendone delle forme: come chi rileva soltanto le esperienze traumatiche sessuali da contatto, o con una particolare gravità dello stesso. Come unico e autorevole esempio possiamo citare la campagna del Consiglio Europeo ONE in FIVE, lanciata tra il 2010 e il 2015, che ha stimato nel 20% la prevalenza dell'abuso sessuale all'infanzia. A questa Campagna ha fatto seguito l'istituzione della Giornata europea per la protezione dei bambini contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, che ci ricorda il problema ogni 18 novembre. Ma capiamo anche come questi approcci possano essere drammaticamente riduttivi in un mondo ormai invaso dall'abuso sessuale on line e dalla pornografia infantile.

Se dovessimo poi guardare a tutto il complesso delle possibili vittimizzazioni nell'infanzia a che numeri arriveremmo? Dati di una accurata ricerca retrospettiva italiana dell'Osservatorio Nazionale sull'Infanzia e l'Adolescenza (Bianchi, Moretti, 2006), che ha preso in considerazione un campione di 2325 donne tra i 19 e i 60 anni, indicano che ben il 76% della popolazione risulta non esente da esperienze di maltrattamento fisico e psicologico, di trascuratezza, di violenza domestica assistita, oltre che di abuso sessuale. Il 18% è stata vittima sia di abuso sessuale che di maltrattamenti multipli. Non è difficile ipotizzare che in altre parti del mondo, di più precario livello socio-economico e culturale, le condizioni dell'infanzia possano essere anche più gravi.

Già 20 anni fa l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel Rapporto Mondiale su Violenza e Salute (2002) avvertiva gli Stati membri che <<La violenza è un primario e crescente problema di salute pubblica nel mondo intero.... (richiamando la Risoluzione del 1996) ... con serie conseguenze – sia a breve che a lungo termine – per individui, famiglie, comunità e Paesi.....Lo scopo del Rapporto è suscitare consapevolezza del problema della violenza globalmente e sottolineare che la violenza si può prevenire e che la salute pubblica ha un ruolo cruciale da giocare nell'occuparsi delle sue cause e conseguenze.... Il Rapporto esamina i tipi di violenza che sono presenti in tutto il mondo, nella vita di ogni giorno della gente e che costituiscono la massa del carico sanitario imposto dalla violenza>>(trad. dell'autore). Abuso e trascuratezza nell'infanzia da parte di genitori e datori di cure, violenza da parte di partner intimi, violenza sessuale sono tre dei sette capitoli del Rapporto.

La crescente attenzione clinica ai traumi infantili

Sempre più frequentemente emergono, nella storia di vita dei pazienti con molteplici sintomi psicofisici e con importanti fallimenti nella vita personale e relazionale, esperienze di vittimizzazione nell'infanzia, con cui le patologie riscontrate, dall'infanzia all'adolescenza e fino all'età adulta, appaiono significativamente correlate.

Le ricerche del gruppo che fa capo a Felitti e che hanno dato il via all'ormai storico ACE (Adverse

Childhood Experiences) Study (1998), continuamente aggiornato, hanno messo in evidenza come svariate e gravi malattie organiche hanno alle spalle una concomitanza di Esperienze Sfavorevoli Infantili, che ne costituiscono il fertile terreno.

Anche il DSM5 (2014) pone l'accento sulla presenza di questa componente in un'ampia serie di disturbi mentali. Non solamente per la prima volta viene identificata una categoria specifica di Disturbi correlati ad eventi traumatici o stressanti, di cui la Sindrome da Stress Post traumatico (PTSD) è la manifestazione più tipica e più grave; ma per tutta un'altra serie di disturbi 'non PTSD' è riconosciuta una correlazione con Esperienze Sfavorevoli Infantili. E ben 32 nuovi disturbi si aggiungono a quelli già in precedenza riconosciuti in questo gruppo. Menzionando a grandi linee le aree, senza entrare qui troppo in dettaglio, ne fanno parte molti disturbi caratterizzati da ansia, depressione, dissociazione, sia mentale che connessa alla identità corporea, nonché patologie dei comportamenti sessuali, alimentari, che implicano l'abuso di sostanze stupefacenti.

Già nel 2010 l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry aveva elencato, nelle sue Linee guida per la valutazione e il trattamento del PTSD nell'infanzia, un'ampia serie di disturbi su cui esercitare una doverosa attività di diagnosi differenziale tra PTSD e altre psicopatologie infantili. Con ciò indicava implicitamente la multiformità di espressioni sintomatiche delle esperienze traumatiche, e la necessità attuale di rivedere criticamente le pregresse categorie nosografiche in cui quelle manifestazioni erano state incluse. L'elenco comprende:

- ADHD (Disturbo da deficit di attenzione e iperattività)
- disturbo oppositivo con predominanza di scoppi di rabbia e irritabilità
- sindromi ansiose, inclusi panico, ansietà sociale, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo di ansia generalizzata
- depressione maggiore, inclusi comportamenti autolesivi, isolamento, confusione affettiva, disturbi del sonno
- disturbo bipolare, con alternanza tra ipervigilanza e depressione
- dipendenza da sostanze e/o alcool, quando non primaria ma reattiva
- disturbo psicotico, in caso di gravi sintomi di ipervigilanza, confusione, disturbo del sonno, isolamento, percezioni inusuali

Ma anche sintomi da scarico somatico come:

- emicrania
- dolori addominali
- malfunzionamento del sistema immunitario

Viste in quest'ottica, tutte le rilevazioni epidemiologiche che già tanto ci hanno allarmato fin dagli anni '70 circa la diffusione di esperienze sfavorevoli nell'infanzia possono apparirci come pezzi sparsi e incompleti di un puzzle molto più grande, di cui capiremo le realistiche dimensioni approfondendo la conoscenza di gruppi clinici e la storia di vita di molti soggetti che non hanno mai messo in relazione le loro sofferenze fisiche e psichiche con quanto patito da bambini.

Come plasticamente suggeriscono Lanius, Vermetten e Pain (2012) <<Gli eventi traumatici nei primi anni d'infanzia non vengono persi, ma piuttosto conservati per tutta la vita, come le impronte di un bambino nel cemento fresco. Il tempo non cura le ferite che avvengono in quei primi anni: le nasconde solamente. Le ferite non vengono perse, diventano parte del corpo>>.

La neurobiologia come chiave di lettura

Ma cosa sta sotto a queste manifestazioni multiformi? Abbiamo oggi chiavi di lettura unificanti che ci permettono di riconoscerle come le varie espressioni di un unico profilo di funzionamento post traumatico? Abbiamo le prove che davvero queste esperienze sfavorevoli, infantili o più tardive, lascino tanti e così gravi segni?

Oggi abbiamo molte più conoscenze oggettive sui danni neurobiologici che conseguono a esperienze traumatiche, specie croniche.

Si tratta di una materia in grande evoluzione e in cui ci sono ancora aree da esplorare e chiarire. Ma alcuni concetti di base sono ormai provati e indiscutibili. Si cercherà di darne una breve sintesi, segnalando una bibliografia essenziale a cui ricorrere per gli approfondimenti desiderati (Malacrea, 2019; Pagani, Carletto, 2019; Siegel, 2012).

Partiamo innanzitutto dal *funzionamento mentale normale*, per capire poi come le esperienze traumatiche lo alterino.

Mente, cervello e relazioni non sono aspetti separati ma tre aspetti interdipendenti di un'unica realtà. La mente è la centrale di regolazione dei flussi di energia e informazioni che derivano dall'esperienza, di cui le relazioni sono la fonte più importante. Il cervello è la sede corporea in cui questa complessa e continua attività ha sede.

Processo distinto dalle attività mentali, anche se interdipendente con esse, è la *consapevolezza*, essenza della "mente", emergente dai flussi di energia e di informazioni. Tale processo può a sua volta influenzare e plasmare le fonti da cui ha avuto origine: la mente è capace di auto-organizzarsi.

L'esperienza modifica fisicamente il cervello.

Si stima che il cervello conti circa 85 miliardi di neuroni alla nascita, che si riducono a circa 20 miliardi in età adulta (un'alta densità neuronale c'è anche nel cervelletto). Questo processo di potatura (pruning, comincia nell'utero ed è massimo in adolescenza) è attivato dall'esperienza e va in parallelo con la formazione di una fitta rete di connessioni tra neuroni: si stima che esistano nel cervello adulto trilioni di sinapsi, continuamente attivate dall'esperienza e vettori di informazione (intesa come esperienza dotata di significato).

Se il midollo spinale e il tronco cerebrale possono considerarsi già ben sviluppati alla nascita, le regioni limbiche (amigdala, ippocampo, giro cingolato posteriore e anteriore, corteccia prefrontale, insula) sono in quel momento solo parzialmente formate e continueranno a svilupparsi nei primi anni di vita sulla base sia delle informazioni genetiche che di quelle ambientali (esperienza). Analogamente accade per la corteccia

I flussi di informazioni più importanti per la mente derivano dalle relazioni, centrali nei processi di attaccamento. *Ma possiamo dire che il cervello stesso è tutto relazionale, funziona in modo altamente connesso e organizzato.* Oltre alle connessioni 'mirate' relative a singoli compiti, esistono dei network che collegano aree diverse in cui si rileva una attivazione sincrona di milioni di neuroni.

I network più studiati sono: il Default Mode Network (DMN), il Salience Network (SN) e il Central Executive Network (CEN). Il primo sistema è attivato nel riposo passivo, nell'attività autoriflessiva e autobiografica: coinvolge cingolo posteriore, corteccia prefrontale e ippocampo. Il secondo sistema si attiva in alternativa al primo per identificare e selezionare gli stimoli salienti ed è centrale nel governo di funzioni complesse come il comportamento sociale e i processi integrativi cognitivi ed emotivi: coinvolge insula, cingolo anteriore, amigdala. Il terzo sistema si attiva nei comportamenti finalistici, in attività cognitive superiori e nella regolazione top down delle emozioni: coinvolge la corteccia prefrontale dorso-laterale

Come possiamo dedurre dalle strutture attivate, anche nella sua modalità a riposo (Default Mode Network) quando non ci è chiesto di eseguire nessun compito, rimangono tuttavia attive le strutture limbiche, circuiti deputati alla relazione, fonte principale di esperienza. Anche se in quei momenti non c'è altro che la costruzione di un sé (selfing) questo rimane a forte impronta relazionale.

Ecco individuate le regole basilari che presiedono al funzionamento normale del cervello: recettività e flessibilità sulla base della esperienza e modalità di funzionamento altamente integrata. Da cui ricaviamo *le prime due parole chiave: esperienza e integrazione.* La terza parola chiave discende dalla funzione di *consapevolezza*, che è in grado di regolare top-down le reazioni automatiche delle regioni di primo filtro dell'esperienza.

Che accade dunque sotto il peso di esperienze traumatiche?

A prescindere dal fatto che si sia trattato di un solo evento traumatico, di una serie ripetuta di esperienze negative o di un aspetto traumatizzante del contesto di sviluppo legato all'attaccamento, la mancata risoluzione del trauma comporta il permanere di influssi negativi sul funzionamento della mente. Anche esperienze meno gravi, ma che compromettono la comunicazione sintonizzata, possono

ferire il bambino lasciando un segno nella sua vita. Anche questi ‘traumi con la t minuscola’ vanno considerati ferite psicologiche ed esempio di traumi irrisolti.

Partendo da una visione di insieme, è andato in cronaca il dato sui *telomeri* (parti terminali dei cromosomi che si riducono con il numero di suddivisioni della cellula) e all’invecchiamento precoce indotto da vari fattori, tra cui lo stress. Shalev e colleghi nel 2013 hanno pubblicato il primo studio su bambini con una storia recente e/o attuale di maltrattamento e/o violenza domestica. Il gruppo dei soggetti con una storia di due o più tipi di esposizione alla violenza mostrava una riduzione dei telomeri significativamente più marcata dei soggetti di controllo. Gli autori concludono che alcuni dei miliardi di dollari spesi sulle malattie dell’invecchiamento come diabete, malattie cardiache e demenza potrebbero essere meglio investiti nel *proteggere i bambini dai maltrattamenti*.

Guardando più nel dettaglio gli esiti di esperienze traumatiche valutati attraverso le neuroimmagini (per citare le principali: EEG, elettroencefalogramma, coniugato o meno con tecniche di affinamento; MRI, risonanza magnetica, PET, tomografia computerizzata ad emissione di positroni) risulta comprovato che l’esposizione al trauma suscita una cascata di modificazioni neurali. A seconda del *tempo* in cui le esperienze traumatiche avvengono saranno colpite le fibre maggiormente in sviluppo in quel momento.

Tali esperienze alterano struttura e funzionalità cerebrale e a cascata di molte funzioni somatiche. Le convergenze più sicure nei risultati indicano modificazioni post traumatiche strutturali e funzionali in strutture chiave come:

- amigdala (percezione e reazione alla minaccia, memoria emotiva)
- corteccia cingolata anteriore (circuiti della motivazione e altamente connessa con il ‘sistema centrale della paura’)
- corteccia prefrontale mediana (aspetti cognitivi-emotivi)
- insula (altamente connessa con le regioni corticali e limbiche per gli aspetti di elaborazione emotiva e sensoriale)
- ippocampo (processi di memoria episodica e di attaccamento)
- cervelletto (area associativa cognitiva ed emotiva, attenzione)
- densità della sostanza bianca (trasmissione delle informazioni)

Cosa comportano *funzionalmente* queste multiformi alterazioni?

Esse condizionano essenzialmente *il sistema di difesa*, fondamentale per reagire agli eventi minacciosi. Tale sistema ha più forme, che sono connesse tra loro in una precisa gerarchia.

In caso di ambiente minimamente rischioso entrerà in funzione il sistema ventrovagale del tronco encefalico. Si tratta di fibre mielinizzate, che irradiano verso la laringe, il viso e il cuore e che mediano l’impegno sociale e la modulazione dell’arousal attraverso il contatto con l’altro (vista/voce/udito). Quest’ultimo sistema di difesa è strettamente correlato ai processi di attaccamento, modalità evoluta sociale della reazione di difesa, tipica dei mammiferi, che ottengono sicurezza affidandosi a figure protettive.

In caso di ambiente moderatamente minaccioso si attiverà il sistema ortosimpatico con produzione di catecolamine (adrenalina e nor-adrenalina): a un iniziale blocco segue la nota reazione di attacco/fuga.

Nel caso di minaccia soverchiante entrerà in funzione il tratto dorsovagale antico, con produzione di oppioidi endogeni (endorfine) che comportano reazioni di totale disattivazione del sistema di difesa (finta morte, reazione di resa e collasso).

Il maltrattamento nell’infanzia, anche a livelli modesti, altera la capacità del cervello di regolare il circuito della reazione alla minaccia.

Il rilascio, specie se cronico, di noradrenalina (ortosimpatico) può attivare permanentemente l’amigdala con rafforzamento della codifica della paura e degli aspetti fisicamente e psicologicamente dolorosi dell’evento traumatico. La mancata inibizione da parte del giro cingolato e della corteccia prefrontale sull’amigdala provoca l’iper-eccitabilità della stessa e di conseguenza la sintomatologia post-traumatica. Si può dire che negli stati caratterizzati da *sintomi intrusivi* è in atto una ipomodulazione degli stati emotivi (la corteccia prefrontale ‘lavora’ poco).

Ragionando in termini di sistemi, possiamo dire che si verifica una iperattivazione della Salience Network e una ipomodulazione della Central Executive Network e della Default Mode Network.

Esiste tuttavia anche un'altra forma, molto frequente, di disregolazione del circuito di cui sopra, che porta a uno spegnimento del sistema ortosimpatico. Si ipotizza che in un primo tempo l'iperattivazione già sopra descritta potrebbe arrivare a livelli tali da innescare un cortocircuito, quello che viene definito un 'ingorgo talamico', sovraeccitandolo e impedendo la corretta trasmissione al giro cingolato e alla corteccia prefrontale (bottom-up): come quando troppi elettrodomestici attivati producono un blackout elettrico. Ma in un tempo successivo, e con evoluzione purtroppo cronica, il cervello 'impara' a produrre endorfine anche e maggiormente quando non ci si sente al sicuro (produzione paradossa), al contrario di quanto avviene fisiologicamente, impedendosi di riconoscere la minaccia e inibendo il sistema ortosimpatico. La corteccia prefrontale 'impara' cioè a ipermodulare la risposta ortosimpatica deprimendola (top-down). L'esito funzionale è la produzione di *processi dissociativi*.

Anche da questa sintesi semplificata di tutti questi processi neurobiologici alterati, *è di solare evidenza quanto le esperienze traumatiche a buon diritto possano produrre tutte quelle manifestazioni cliniche che caratterizzano il funzionamento post traumatico* e che DSM5 e AACAP hanno descritto.

I professionisti della salute e della cura

Da tempo tutta la letteratura scientifica appare allineata nello sforzo di migliorare la conoscenza precisa dei funzionamenti psicologici post traumatici, della loro base neurofisiologica e della loro espressione in varie costellazioni sintomatiche. Appare anche necessario arrivare a tracciare uno schema operativo di valutazione clinica e di trattamento del paziente che tenga conto delle esperienze di vittimizzazione infantile.

Talvolta è proprio la nuova attenzione degli operatori a questa possibilità che permette da un lato il riconoscimento di funzionamenti psicologici post traumatici nei pazienti e dall'altro al paziente stesso la presa di contatto con il proprio passato di maltrattamento e abuso e il racconto dello stesso. Tale passaggio viene ritenuto essenziale per sviluppare una nuova consapevolezza di sé, delle 'buone ragioni' all'origine della propria sofferenza, della possibilità di mutare i propri modelli operativi appresi e disfunzionali.

Da qui discende *la promozione del perfezionamento di questa sensibilità nei professionisti della cura*, perché sempre più abitualmente tengano conto della alta probabilità che lo stato patologico dei loro pazienti possa riconnettersi a esperienze traumatiche pregresse, accompagnandoli alla elaborazione delle stesse.

Questa pagina di Judith Herman (1992), scritta 30 anni fa, sintetizza suggestivamente questo percorso.

«La conoscenza è potere.

La persona traumatizzata è spesso sollevata semplicemente dal sapere il vero nome della propria condizione: dalla conoscenza della diagnosi del proprio disturbo, comincia per il paziente il processo di padronanza; non più imprigionato nel mondo senza parole del trauma, egli scopre che esiste un linguaggio per la propria esperienza; scopre di non essere solo e che altri hanno sofferto allo stesso modo; scopre inoltre di non essere pazzo perché le sindromi traumatiche sono le normali risposte umane a circostanze estreme.

E scopre, infine, che non è condannato a soffrire questa condizione per un tempo indefinito: può aspettarsi di guarire, come altri sono guariti.»

Sappiamo tuttavia che questa disponibilità dei clinici a lasciarsi interrogare dallo 'stato' del paziente, tenendo aperta la possibilità di un'origine traumatica del suo malessere e dei suoi comportamenti e sintomi disfunzionali, non è un percorso privo di ostacoli.

L'acuta rivisitazione storica di De Zulueta (1993, p. 197-202) delle vicende legate al

riconoscimento dell'abuso sessuale infantile da parte degli psicoanalisti a partire da Freud mette al centro una realtà psicologica profondamente conflittuale da cui i clinici non possono dirsi immuni, neppure con tutto lo sviluppo di conoscenze in proposito che ha attraversato almeno gli ultimi 40 anni (ricordiamo che il DSM include il Disturbo Post Traumatico da Stress nel 1980).

<<Il trattamento psicoanalitico delle persone che hanno subito abusi sessuali durante l'infanzia pone importanti questioni relativamente ai sentimenti provati dai loro terapeuti..... orribili sentimenti di dolore, disgusto e paura..... Ciò che si capisce nel leggere la letteratura sul trauma psicologico è che esso è un argomento che contemporaneamente attrae e respinge..... Appena i clinici sperimentano realmente le emozioni che originano dalle esperienze traumatiche dei loro pazienti, devono fuggirne o difendersi.....Le vittime di trauma hanno fatto capire ai terapeuti quanto essi siano vulnerabili: nella loro identificazione empatica con i pazienti comprendono che ciò che è successo a queste vittime può altrettanto facilmente succedere a chi si occupa di loro. Questa consapevolezza della nostra mortalità e della nostra tremenda vulnerabilità è ciò contro cui la maggior parte di noi ha impiegato la vita intera..... La vittima di trauma ha la consapevolezza che il suo senso di invulnerabilità fosse un'illusione. Inoltre essa non può dare un senso a ciò che le è successo. Poiché la maggior parte di noi vive in un mondo su cui crede di avere un certo controllo, e che è quindi comprensibile, l'esperienza di essere completamente impotenti, nodo cruciale del trauma, manda in frantumi questa seconda illusione. Il trauma psicologico è a un certo livello il risultato della perdita di due assunti di base essenziali per la nostra sopravvivenza psichica. Quindi ciò che il clinico vede nei suoi pazienti è proprio quanto la vita possa essere terribile senza queste illusioni..... Per proteggersi da una "traumatizzazione secondaria", la realtà del trauma deve essere negata e posta in secondo piano: così per molti psicoanalisti il mondo delle fantasie interne assume una posizione centrale. Analogamente, lo psichiatra deve etichettare come "sintomi" e "disturbi" quelle che di fatto sono le disperate difese da parte del Sé della vittima per superare il terrore di disintegrazione.>>

Quanto la De Zulueta definisce "traumatizzazione secondaria" è dettagliatamente messo a fuoco dalla Herman (1992) nel suo capitolo su "Transfert e controtransfert traumatico". In esso sapientemente ci guida a riconoscere, come curanti, tutte le declinazioni di quegli "orribili sentimenti di dolore, disgusto e paura" e soprattutto quali possono essere, al di là della nostra consapevolezza come curanti, le nostre 'naturali' reazioni. Partendo da assunti di base sulla contagiosità del trauma, sul fatto che le reazioni che definisce di 'controtransfert traumatico' sono inevitabili, e che il rapporto terapeutico non può prescindere dalla fattualità dell'esperienza traumatica, l'autrice ne divide gli effetti in tre grandi sottoinsiemi. Il primo deriva da una identificazione emotiva con la vittima e comporta senso d'incapacità di aiutare, impulso di assumere il ruolo del 'salvatore', sperimentare gli estremi della rabbia, fare l'esperienza del dolore profondo. Ma ancora più insidiosa (e chiediamoci dolorosamente quanto è ancora attuale!) appare l'identificazione emotiva con il persecutore. Da essa derivano reazioni di scetticismo e minimizzazione, disgusto e repulsione, critica e disprezzo per l'impotenza della vittima (sovente esteso ai suoi potenziali protettori, specie le madri non abusanti), voglia di sbarazzarsi del paziente (anche mascherato da umiltà nel non considerarsi 'abbastanza esperti'), perfino una fastidiosa sensazione che mima un'eccitazione voyeuristica di fronte a temi tanto intimi. Da ultimo, e non raramente sovrastante, accade una sorta di identificazione emotiva con il testimone inerme. Il terapeuta può allora sentirsi invaso cognitivamente da confusione e impossibilità di soffermarsi sul tema, ed emotivamente da responsabilità eccessiva e frequentemente senso di colpa per provocare dolore durante il trattamento. Alterna inoltre una sorta di 'senso di colpa del sopravvissuto' (perché a lui e non a me ? potrò mai capirlo a fondo ?) al sentirsi vittima del paziente che gli provoca profondo disagio.

Se i traumi sono anche reato

Nonostante la continua conferma nella attività clinica e nella letteratura scientifica del peso dei traumi e della loro vasta diffusione, *periodicamente ritorna alla ribalta il problema dei falsi ricordi*

di tali esperienze traumatiche, in bambini e in adulti vittime nell'infanzia, e del potenziale di suggestione in proposito proprio di quell'ascolto psicologico disponibile e consapevole, già così difficile, che dovrebbe aiutare il paziente a prendere contatto con esse.

A prima vista il problema viene sollevato non tanto in ambito primariamente clinico, ma quando il trauma pregresso, di cui il paziente porta le conseguenze mentali e/o fisiche, configuri anche un reato e diventi quindi oggetto di attenzione in ambito giudiziario: evenienza comune soprattutto riguardo ai *traumi di natura sessuale*.

Nel corso degli anni, la percezione della rilevanza del tema è progressivamente cresciuta, non solo a tutela della vittima, ma più estesamente della società tutta. Aveva profetizzato Kempe, a partire dalla identificazione negli anni '60 della *sindrome del bambino percosso*, che la società civile avrebbe gradualmente giudicato intollerabile la presenza anche di tutte le altre forme di maltrattamento infantile, in un crescendo che come ultima fase avrebbe portato allo scoperto proprio le situazioni più nascoste, odiose e dannose come l'abuso sessuale. E ciò è avvenuto: i riflettori su questa forma di vittimizzazione infantile si sono accesi fin dagli anni '70 negli Stati Uniti, con sconvolgenti scoperte relativamente alla sua diffusione e caratteristiche. L'abuso inizia in età sorprendentemente basse: 3, 8, 11 anni sono state individuate come le età-rischio. Sono una rarità gli episodi unici o sporadici, sono invece la regola le vittimizzazioni croniche, coerentemente al caratterizzarsi dell'abuso sessuale come marcato dal segreto per il bambino e la famiglia, e dalla compulsione per l'abusante: il che differenzia nettamente questo da tutti gli altri tipi di maltrattamento. Il panorama è quindi decisamente allarmante: esperienze di vittimizzazione che dissacrano i legami più stretti sono frequenti, protratte nel tempo e vanno a incidere su giovani soggetti nel pieno del loro percorso evolutivo.

Non può stupire quindi che a tali esperienze possa corrispondere una quantità di manifestazioni sintomatiche, talvolta molto intense. Esse, grazie al segreto che le rende opache, possono anche svilupparsi subdolamente nel tempo, comportando una cronica coartazione delle realizzazioni che sarebbero state possibili a un soggetto con la medesima dotazione affettiva ed intellettuale se non ci fosse stata l'interferenza negativa dovuta al trauma. Sono condizioni di difficile riconoscimento, che portano non raramente alla designazione del bambino come portatore di patologia psichica o di handicap, e a inquadrarlo di conseguenza in un sistema di cure purtroppo totalmente inadeguato alla vera natura del suo malessere e che talvolta contribuisce persino a mascherarla.

Altre volte ancora sembra che l'evento traumatico sia stato ottimamente bilanciato dalle forze sane del bambino, al punto da non dare luogo durante il suo percorso di crescita a sintomi né acuti né cronici: poi, quando neppure la vittima se lo aspettava più, anche a grande distanza dall'evento traumatico, sotto l'effetto di imprevisti trigger di cui la vita non è avara, può succederle di perdere l'equilibrio duramente conquistato e di andare incontro a sintomi o a problemi comportamentali che costringono a riprendere contatto con quella lontana ferita.

Suggestivamente, qualcuno ha definito l'abuso sessuale una "bomba ad orologeria" di cui non è dato conoscere il momento in cui è destinata a scoppiare (Malacrea, 1998; Malacrea, Lorenzini, 2002).

Non a caso, si direbbe, anche nel DSM5, nella definizione di ciò che può essere considerato come evento traumatico, viene esplicitamente e specificamente citata la "violenza sessuale". E mentre per le altre condizioni traumatiche viene posta attenzione al loro grado, includendo solo quelle capaci di indurre un serio vissuto di minaccia alla propria persona, per quanto riguarda la violenza sessuale nessuna specificazione di questo tipo è richiesta.

Tuttavia il fenomeno dell'abuso sessuale ai bambini continua ad essere al centro di una controversa attenzione. Da un lato esso risveglia inquietudine e allarme: siamo in un Paese in cui due leggi emesse a breve distanza di tempo, la n.66/96 sulla violenza sessuale e la n.269/98 sulla pedofilia (successivamente inasprita), attestano crescente preoccupazione per la tutela dei soggetti deboli coinvolti in questo tipo di esperienze traumatiche. Ma all'opposto si assiste anche al crescere di resistenze ad affrontarle. Ciò è comprensibile alla luce del fatto che si tratta di un tema complesso per via della multiformità dell'oggetto, della gravità delle conseguenze dannose, dell'articolazione degli interventi valutativi-terapeutici, per gli interrogativi posti dalla necessità di considerarne sia l'aspetto

di patologia che di reato, e, non ultimo, per la crescita inquietante delle denunce di traumi infantili, sia nell'immediato sia a distanza di tempo nell'età adulta. Se si aggiunge che il tema non può non suscitare forti emozioni e reazioni non sempre razionali, si comprende anche il rischio di creare istintivi schieramenti e radicalizzazioni ben poco utili al fine di una migliore conoscenza dell'oggetto e di una migliore protezione dei minori coinvolti.

Dalla teoria alla pratica

In Italia, dalla legge 66 del 1996¹ c'è stato sul piano legislativo un crescente e irreprensibile impegno non solo a rendere procedibili come reati e a sanzionare severamente i comportamenti maltrattanti nei confronti dei bambini, in particolare se di natura sessuale, ma anche a fare propri i documenti internazionali che si studiano di garantire alla vittima la maggiore tutela possibile all'interno dei percorsi giudiziari, per loro natura basati sul contraddittorio tra le parti. Il risultato, nella pratica di quasi 25 anni, non può certo essere considerato ottimale e spesso la disparità di forze e di competenze tra le parti, abituale quando la parola del bambino presunta vittima è contrapposta alla parola dell'adulto presunto abusante, dà luogo ad esiti largamente insoddisfacenti sul piano della tutela e non raramente generatori di vittimizzazione secondaria.

Benché già deludente e preoccupante, specie quando l'obbligatorietà della azione penale impedisce la scelta di sottrarsi al procedimento giudiziario, e ciò accade nella maggioranza dei casi in cui la presunta vittima è minorenni, la situazione potrebbe trovare un suo compenso *se rimanesse incondizionata la possibilità di ricorrere almeno a un parallelo percorso di cura*. Purtroppo non è così. Anzi: il contraddittorio tipico dell'ambito giudiziario viene per così dire esportato in ambito psicologico, *contrapponendo il mondo della psicologia giuridica a quello della psicologia clinica*, che finiscono per trovarsi su fronti opposti.

Vediamone le possibili declinazioni.

In primo luogo, il diritto a fruire di un *sostegno psicologico* durante la dura prova del procedimento penale (come previsto dalla citata legge all'articolo 609 decies c.p.²) diventa spesso, e proprio da parte anche degli psicologi giuridici, oggetto di interpretazioni arbitrarie e di conglutinazioni di funzioni. Si annulla così la originaria distinzione tra strumenti psicologici a disposizione del magistrato per l'ascolto della vittima - testimone minorenni da quelli a disposizione della vittima stessa, per aumentare il proprio livello di informazione e per rendere l'ascolto in sede giudiziaria il veicolo di una comunicazione davvero consapevole, controllata, motivata (Malacrea, 2007). Il "sostegno" ne risulta non raramente congelato nelle sue funzioni più formali e superficiali, perdendo il suo potenziale di vero affiancamento della vittima minorenni (Malacrea, 2011).

Ma il mondo giudiziario si appoggia a professionisti di ambito psicologico non solo per il sostegno sopra citato, ma anche per funzioni di grande peso e complessità nel decidere *l'idoneità della vittima minorenni a rendere testimonianza*. Anche in questa funzione, la sovrapposizione degli strumenti psicologici utilizzati con quelli abituali nella valutazione a fini terapeutici si risolve spesso in una conglutinazione di piani, attentando alla distinzione doverosa tra ambito clinico e giudiziario, e pretendendo una preminenza del secondo sul primo.

¹ Legge 15 febbraio 1996, n. 66 Norme contro la violenza sessuale.

² art. 609 decies Codice penale.

Quando si procede per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 600, 600 bis, 600 ter, 600 quinquies, 601, 602, 609 bis, 609 ter, 609 quinquies, 609 octies e 609 undecies commessi in danno di minorenni, ovvero per il delitto previsto dall'articolo 609 quater o per i delitti previsti dagli articoli 572 e 612 bis, se commessi in danno di un minorenni o da uno dei genitori di un minorenni in danno dell'altro genitore, il procuratore della Repubblica ne dà notizia al tribunale per i minorenni.... omissis....

Nei casi previsti dal primo comma l'assistenza affettiva e psicologica della persona offesa minorenni è assicurata, in ogni stato e grado di procedimento, dalla presenza dei genitori o di altre persone idonee indicate dal minorenni... omissis , con il consenso del minorenni, e ammessi dall'autorità giudiziaria che procede.

In ogni caso al minorenni è assicurata l'assistenza dei servizi minorili dell'Amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti dagli enti locali.

Dei servizi indicati nel terzo comma si avvale altresì l'autorità giudiziaria in ogni stato e grado del procedimento.

Talvolta quest'ultimo compito non si limita alla valutazione della possibilità cognitiva di ricordare fatti esperienziali e/o di riferirli correttamente. Diventa ancora più complesso e intricato quando si allarga alla valutazione della supposta consapevole volontà di alterare il racconto dei fatti da parte di chi accusa; o della sua convinzione di avere subito esperienze traumatiche, in buona fede ma errata perché poggiata su basi non fattuali: i cosiddetti *falsi ricordi*.

Ed ecco l'incrociarsi di un'altra circostanza. La *lentezza delle procedure giudiziarie* comporta molto spesso che, tra il generarsi del sospetto che un minorenne sia stato oggetto di abuso sessuale a partire dal suo quadro sintomatico e l'inizio delle operazioni di indagine, trascorra molto tempo: nel corso del quale sarebbe omissione di soccorso lasciare il paziente privato di cure. Si fa strada a questo punto la pretesa dell'ambito giudiziario di salvaguardare la "purezza" delle indagini mantenendo nell'attesa il bambino, e i suoi ricordi e racconti dell'esperienza traumatica, in un artificiale "stato nativo", garantito dalla assenza di elaborazione psicologica a qualsiasi titolo, a volte perfino di conversazione sul tema. *Mission impossible*, ovviamente: sia perché comunque fisiologicamente e autonomamente il cervello elabora, classifica, integra i ricordi in sistemi sempre più complessi, come ci insegnano le neuroscienze. Ma anche perché il congelamento forzato del ricordo e del racconto è pure un potente messaggio psicologico, purtroppo negativo e in totale violazione di ogni dettame deontologico: e in ogni caso comunque trasformativo del cosiddetto "stato nativo".

Ma se in ambito clinico si seguisse scienza e coscienza, non abdicando al dovere di prendersi cura durante questa attesa, si incorrerebbe nel rischio che *il diritto del bambino ad essere curato confligga con il diritto ad avere giustizia*, in quanto avere ricevuto cura minerebbe pregiudizialmente la credibilità dei racconti delle vittime, avendone alterato il presunto "stato nativo", con chissà quali interferenze.

E fin qui la descrizione di quanto può avvenire di contraddittorio e confusivo durante lo svolgersi delle operazioni giudiziarie. *Ma ci sono conseguenze più ampie e anche più dannose.*

L'eventuale esito non confermativo del procedimento penale, a qualsiasi titolo, trascina sovente a cascata decisioni in ambito giudiziario civile che si uniformano a quelle adottate in ambito penale, privando la presunta vittima minorenne della possibilità di vedere riconosciuta successivamente *almeno in ambito clinico* la natura post traumatica del suo malessere, e conseguentemente di orientare correttamente il percorso terapeutico. Perché, e le neuroscienze ne danno ragione, *è impossibile curare un soggetto traumatizzato senza prendere in considerazione la sua esperienza traumatica*. Gli psicoterapeuti parlano di 'elaborazione': dietro questa parola ci sta quanto abbiamo visto essenziale per far ritornare un cervello, dai circuiti alterati come sopra descritto, nella sua normale funzionalità. Essa si basa su quelle tre parole chiave: *esperienza, integrazione, consapevolezza*. Esperienza correttiva, perché in sicurezza e in una relazione di attaccamento efficace (quello che si deve verificare in psicoterapia) si possono rivisitare ricordi così dolorosi e incomprensibili, modificando così l'esperienza originaria di solitudine, impotenza, tradimento, vergogna; integrazione, perché finalmente ricordi bloccati a livello subcorticale perché troppo e continuamente attivanti possono riprendere la via delle successive fasi di integrazione neuronale, fino a trovare un posto nella corteccia prefrontale sincrona ed esecutiva; consapevolezza, perché proprio a questo punto l'impotenza viene mitigata o sconfitta, e si può riprendere la modulazione intenzionale di reazioni riconosciute come non più adeguate all'oggi e 'lasciare il passato nel passato'.

"Eppur si muove"

In questo intricato e difficile panorama, in particolare *il tema dei 'falsi ricordi' e del ruolo che rivestirebbe la psicoterapia* nel facilitarli, se non nel generarli, non è nuovo.

Come sappiamo, negli anni '90 ha infiammato soprattutto negli Stati Uniti un aspro dibattito, che si è gradualmente ricomposto perdendo la sua virulenza in una sorta di "patto di non aggressione" e in una rinnovata circospezione nel trattare esperienze traumatiche che possano configurarsi come reato: ma sostanzialmente senza risolversi.

Il tema è ritornato di drammatica attualità in Italia nell'estate del 2019, con la triste vicenda che ha coinvolto i Servizi di tutela dell'infanzia a Bibbiano. La tesi radicale, dichiarata dai magistrati ma sostenuta proprio dai pareri psicologici acquisiti dai propri consulenti, presuppone che il lavoro psicologico comunque fatto con minorenni presunte vittime, che abbia come oggetto e obiettivo l'elaborazione della loro esperienza traumatica, li alteri psicologicamente rendendo impossibile alla giustizia pronunciarsi sull'esistenza di reati di abuso sessuale a loro danno, anche se effettivi. Ciò che più colpisce tuttavia non è la posizione dei magistrati, né dei media che hanno attivato grossolani processi sommari, ma degli psicologi intervenuti a supporto dei magistrati in nome di una presunta scienza che univocamente confermerebbe l'orientamento citato, proprio a partire dal rischio degli interventi psicologici di indurre falsi ricordi.

Ma fortunatamente non siamo più negli anni '90, ed è doveroso tenerne conto. Da allora, specie grazie alle neuroscienze, sappiamo molto di più degli esiti dei traumi sul funzionamento cerebrale e sui meccanismi che presiedono alla memoria a breve e a lungo termine, e delle possibilità di riparare questi malfunzionamenti attraverso interventi mirati e integrati.

Da un lato gli psicologi giuridici continuano a produrre letteratura sul tema, raramente sottoponendo a vero vaglio critico i risultati sperimentali di induzione di false memorie e *come se tutto questo nuovo sapere non avesse cambiato nulla*. Dall'altro gli psicologi clinici si appoggiano spesso alla percezione intuitiva della veridicità delle memorie dei loro pazienti e implicitamente sono stati fortemente indotti a cambiare i propri criteri di diagnosi e cura dal nuovo sapere: ma apparentemente poco si curano di affrontare direttamente il nodo della credibilità delle esperienze traumatiche e del diritto/dovere di rielaborarle.

E' più che mai opportuno fare oggi il punto sul tema, attraverso un'ampia e ragionata revisione bibliografica. Ci ripromettiamo così nei capitoli successivi di rispondere con oggettività a una serie di quesiti, che possiamo così declinare:

- quale è attualmente l'attenzione dei clinici sul rischio di falsi ricordi?
- come vanno rivisitati gli studi sui 'falsi ricordi'?
- cosa sappiamo oggi sul funzionamento della memoria e di cosa può migliorarlo?
- cosa sappiamo dell'effetto del trauma sulla memoria?
- compito della psicoterapia è l'elaborazione della memoria traumatica?
- quali sono gli esiti documentabili di tale processo?
- il processo elaborativo può deformare la traccia mnestica al punto da creare falsi ricordi ex novo di abuso sessuale?
- di quali attività di ricerca abbiamo bisogno oggi sul tema?

Riteniamo che la risposta a questi quesiti possa orientare utilmente gli psicologi, clinici e giuridici, e soprattutto le nuove generazioni, per cui non è facile avere chiari punti di riferimento teorici e applicativi nel rinnovato infuriare della battaglia sul tema.

Parimenti ci auguriamo che possa fornire ai professionisti della legge conoscenze di base utili per una più consapevole interlocuzione con i propri consulenti psicologici.

Bibliografia

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 Psychiatry*, 49,4:414-430.

American Psychiatric Association (2014), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano.

- Bianchi D., Moretti E. (2006), *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*, Quaderno 40, *Centro nazionale Documentazione e Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza*, Firenze.
- De Zulueta F. (1993) *From pain to violence*, Whurr (trad. it.: *Dal dolore alla violenza*, Raffaello Cortina, Milano, 1999).
- Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. (1998), Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 4: 245-58.
- Herman J. L. (1992) *Trauma and recovery*, BasicBooks, USA (trad it.: *Guarire dal trauma*, MAGI, Roma, 2005).
- Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K. (1962), "The Battered-Child Syndrome", *Journal of American Medical Association*, 181, 1: 17-24.
- Lanius R.A., Vermetten E. and Pain C. ,eds. , *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*, Giovanni Fioriti, Roma, (originale 2010).
- Malacrea M. (1998), *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Malacrea M., Lorenzini S. (2002), *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Malacrea M. (2007), *Le professioni d'aiuto (psichiatria, psicologia, scienze sociali) e i crimini a sfondo sessuale contro i minori*. In Musacchio V., a cura di, *Manuale di diritto minorile. Profili dottrinali e giurisprudenziali*, CEDAM, Padova.
- Malacrea M. (2011), *Esperienze sfavorevoli infantili e percorsi giudiziari*. In Bianchi D., a cura di, *Ascoltare il minore*, Carocci, Roma.
- Malacrea M. (2019), *Le esperienze sfavorevoli infantili: l'apporto delle conoscenze neurobiologiche*. In Visci G.F., Masi M., a cura di, *I pediatri e il maltrattamento all'infanzia. Prevenzione, diagnosi e contrasto alla violenza*, Franco Angeli, Milano, 37-76.
- Pagani M., Carletto S., a cura di (2019), *Il cervello che cambia*, Mimesis, Milano.
- Shalev I., Moffitt T.E., Sugden K., Williams B., Houts R.M., Danese A., Mill J., Arseneault L., Caspi A. (2013), Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a longitudinal study, *Molecular Psychiatry*, 18, 576-581.
- Siegel D.J. (2014) *Mappe per la mente. Guida alla neurobiologia interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano.
- World Health Organization (2002) *World report on Violence and Health*, Geneva.