

La memoria, il trauma e i falsi ricordi: da Freud a Loftus

Nel 1999 Berliner e Briere scrivono: *“Ogni particolare memoria è un amalgama fra ciò che è stato codificato al momento dell'evento, le conoscenze di base all'interno delle quali l'evento è stato integrato, l'interpretazione del significato dell'informazione, l'adeguatezza delle strategie di recupero ed il contesto del recupero”*

Il tema della memoria ha suscitato da sempre il massimo interesse in vari settori dell'attività culturale e scientifica dell'uomo: dalla letteratura alla poetica, all'arte pittorica e particolarmente alla psicologia.

La memoria rappresenta per l'uomo il senso della propria identità in quanto attività mentale che più di altre conferisce significato all'esistenza. Oscar Wilde, parlando di memoria, la definisce *“il diario che ognuno di noi porta con sé”*. La valenza personale che ognuno attribuisce agli eventi della propria vita e le conoscenze acquisite influenzano la memoria e di conseguenza il modo di percepire la realtà. I ricordi costituiscono la nostra identità personale e contengono le nostre esperienze del mondo esterno. Ricordare è anche un'attività sociale: parliamo di eventi passati condivisi, raccontiamo storie del nostro passato, usiamo i ricordi degli altri come fonti di informazione.¹

Lo sviluppo di questo articolo nasce dalla consapevolezza che la memoria non è una fotografia oggettiva di eventi reali. E' un dato ormai scientificamente condiviso che le espressioni delle nostre esperienze passate risentono delle valutazioni personali e sono legate al significato e alle emozioni che quelle esperienze ci hanno offerto. In un ricordo non c'è solo quella porzione di realtà che si registra al momento dell'esperienza, ma c'è anche la rielaborazione-ricostruzione che si sviluppa sulla base della nostra personalità, delle

¹ Gathercole S.E., Collins A.F.(1992), “Everyday Memory Research and its Application, in *Applied Cognitive Psychology*, vol. VI

interazioni sociali e delle relazioni significative con ciò che è “altro da sé”. La realtà è definitivamente soggettiva e la memoria, se considerata in termini di ricordi di eventi reali, è una falsa memoria. È stato probabilmente Freud, con la sua “rinuncia” alla teoria della seduzione infantile traumatica e con la conseguente attenzione allo studio della conflittualità della sessualità infantile, a gettare le basi di quella che oggi è chiamata: “False Memory Sindrome”. Strettamente connesso alla sindrome dei falsi ricordi è il concetto di trauma. Janet, con la sua “miserè psychologique” o debolezza psicologica, insegna che la mente può dissociare dalla personalità dell’individuo frammenti di realtà che hanno origine da eventi traumatici; Freud parla di rimozione e della possibilità di recupero di eventi, traumatici, realmente accaduti. Tuttavia, accanto alla dissociazione janetiana e alla rimozione freudiana esistono i falsi ricordi e la falsa memoria.

La soggettività della memoria

Gli studi sulla memoria fanno parte di un’area teorica e applicativa affascinante e complessa il cui approfondimento implica inevitabili rimandi a svariati aspetti, non solo legati alla sfera cognitiva dell’individuo, ma anche alle dimensioni emotivo-affettiva, socio-relazionale, culturale, storica, educativo-formativa.

La memoria è spesso concepita come una sorta di magazzino in cui si depositano i ricordi, pronti per riemergere spontaneamente o per essere richiamati al bisogno. Secondo questa veduta le tracce mnestiche - una volta consolidate - sarebbero piuttosto stabili, salvo che non vi sia un processo di oblio dovuto all’invecchiamento o a qualche malattia degenerativa.

Questa concezione, in effetti, è stata supportata da numerosi esperimenti di neurobiologia condotti su animali. Nel protocollo tipico l’animale, dopo aver acquisito una determinata sequenza comportamentale, era sottoposto a un trattamento in grado di interferire con il

processo di consolidamento della memoria (ad esempio, la somministrazione di una sostanza capace di inibire la sintesi proteica). Dai risultati è emerso che il trattamento impediva il consolidamento di un'esperienza acquisita solo se praticato entro un breve intervallo di tempo dall'avvenuto apprendimento; lo stesso trattamento si rivelava invece inefficace se applicato già dopo alcune ore.

In generale, più lungo era l'intervallo trascorso tra l'apprendimento e il successivo trattamento, più inefficace si rivelava l'effetto amnesico di quest'ultimo. Per Squire e Alvarez, la stabilità nel tempo della sequenza comportamentale (quando il trattamento non era somministrato a ridosso dell'apprendimento) è prova evidente che la memoria sia a quel punto 'fissata' e stabilmente consolidata.²

Tuttavia, i concetti di immutabilità e stabilità della memoria a lungo termine sono stati messi in discussione da una serie di ricerche recenti sul 'richiamo' (retrieval) condotte da Sara, Nader e Le Doux. L' esperimento tipico è consistito nell'esporre un animale, che aveva acquisito e ormai consolidato una particolare sequenza comportamentale, a una condizione ambientale in grado di riattivarla: subito dopo l'animale è stato sottoposto a un trattamento in grado di interferire con il consolidamento mnestico. Da questi esperimenti è risultato che il ricordo (ormai presumibilmente consolidato) dell'esperienza acquisita in precedenza viene in buona parte cancellato se l'animale è sottoposto al trattamento subito dopo la riattivazione del ricordo stesso.

Questi esperimenti rivelano che i ricordi non sono immagazzinati in forma stabile in un archivio, ma che una volta riattivati sono suscettibili all'interferenza da parte di una varietà di agenti amnesici. Ogni operazione di richiamo rende la traccia flessibile e nuovamente soggetta a un processo di riconsolidamento³.

² Squire L.R., Alvarez P. (1995), "Retrograde amnesia and memory consolidation: a neurobiological perspective", In *Current Opinion in Neurobiology*, vol. V

³ Sara S.J. (2000), "Retrieval and reconsolidation: toward a neurobiology of remembering", In *Learning & Memory*, vol.VII

Contemporaneamente, Roediger (2000) e Tulving (2002) hanno attribuito un'importanza fondamentale al processo di richiamo (retrieval), tanto da considerarlo il processo chiave per la comprensione della memoria, soprattutto per quanto riguarda la memoria episodica e autobiografica. Tulving, infatti, ritiene che le scienze che studiano la memoria abbiano per lungo tempo sottovalutato il processo di richiamo e abbiano identificato la memoria soprattutto con l'immagazzinamento. Il richiamo non consisterebbe nella lettura del contenuto immagazzinato nella memoria né coinciderebbe con una riproduzione o con una ricostruzione di questo, bensì, a detta di Tulving, consisterebbe in una vera e propria costruzione⁴. Un ricordo perfettamente fedele in memoria potrebbe essere, in questa prospettiva, una sorta di utopia. L'immagine conservata e, poi, recuperata in memoria non è quasi mai una copia fedele della percezione, ma una vera e propria ri-costruzione di eventi e situazioni. Numerose ricerche hanno dimostrato che la sollecitazione di un atto di immaginazione può invece portare un individuo a produrre anche falsi ricordi, credibili persino all'individuo stesso che li produce, in quanto organizzati in storie possibili.

Il concetto di trauma e il ricordo dell'evento traumatico.

A proposito dei ricordi, Janet scrive: *“Dato che la scoperta di ricordi traumatici è importante per il trattamento e l'interpretazione di certe nevrosi, è assolutamente necessario scoprirli quando esistono; ma poiché continua ad essere scontato che tali ricordi possono essere assenti, bisogna ugualmente cercare in tutti i modi di non scoprirli quando non esistono”*⁵

L'esigenza di ricostruire gli eventi traumatici è diventata, negli ultimi venti anni, il punto centrale degli interventi terapeutici in tutti i disturbi che si suppongono in relazione eziologica con un abuso infantile.

⁴ Leone G.(2002), La memoria autobiografica, Carocci, Roma

⁵ Miti G. (1997), Un'anima divisa in due, in *Psicobiettivo*, Cedis, Roma, vol. XVII

Eppure il trauma, la sua definizione, la sua presenza “reale” o “immaginaria” e il ruolo da esso giocato nello sviluppo della personalità, sono stati al centro del dibattito teorico fin dagli esordi della disciplina psicoanalitica⁶.

Il termine “trauma”(in greco ferita: τραύμα) rende bene il vissuto di discontinuità e di incompletezza che la violenza del mondo esteriore produce nel tessuto psichico di una persona.

Trauma è *“ciò che non può essere rappresentato o detto, è ciò che non è integrato e integrabile perchè soverchia le capacità di legame dell'apparato psichico, è una parte minacciosa ed eccitata insieme dell'esperienza che non entra nel vissuto e nella storia del soggetto, che esprime una crisi radicale del legame evento-senso, anzi una rottura di questo legame, è ciò che fa fallire la capacità della vita mentale di cercare continuamente in un orizzonte di senso il fondo traumatico che lo alimenta”*(Barale F., Uccelli S., 2001)⁷

Tuttavia non è con questo significato che nasce il termine trauma: nella seconda metà dell'ottocento l'idea di “nevrosi traumatica” emerge in ambito neurologico e riflette le trasformazioni della realtà industriale. È probabilmente nelle stazioni ferroviarie, lungo i binari dei treni e nei grandi cantieri dove gli incidenti sono molti, che nasce il significato di trauma. Alcuni di questi incidenti non comportano lesioni fisiche, ma hanno sorprendenti conseguenze psichiche: confusione mentale, agitazione, paralisi, tremori, anestesi, amnesie, ripetizioni di sequenze dell'incidente in stati alterato di coscienza o in sogno. Quella scena dell'incidente che si insedia nella mente della vittima, che sfugge al suo controllo e di cui non è possibile liberarsi, è chiamata “idea fissa”. Da questo momento, nel corso degli anni e con varie vicende, si sono alternate posizioni –come quella freudiana– che tendevano a privilegiare la componente intrapsichica, la fantasia di seduzione, ad altre, Ferenczi prima, Liotti dopo, che

⁶ Bonfiglio B.(1997), “Evoluzione del concetto di trauma e sua utilità nella clinica” in *Rivista di psicoanalisi*, vol. XLIII, Borla, Roma.

⁷ Barale F., Uccelli S. (2001), “Alle fonti delle concezioni psicodinamiche delle psicosi”, in *Rivista di psicoanalisi*, vol. XLVII, Borla, Roma

hanno puntato l'attenzione sul versante ambientale, esterno e "reale" del trauma, sino alle recenti ricerche sul paradigma sperimentale del falso ricordo di un evento traumatico.

Freud ha più volte ridefinito il concetto di trauma, allontanandosi dall'originaria visione di stampo medico (ereditata da Charcot) che attribuiva al trauma il significato di ferita, lesione e brusca rottura della condizione omeostatica, a causa di una seduzione reale, per approdare alle fantasie di seduzione, alla nozione di breccia inferta nella barriera che protegge dagli stimoli dannosi, a quella di trauma generalizzato. Laddove per Charcot l'azione dell'evento traumatico è immediata, per Freud è differita.

È il 1895 quando Freud e Breuer fondano l'eziologia delle nevrosi sulla presenza di un evento traumatico: una seduzione reale. Il trauma è un fattore ambientale che disturba un Io incapace, ancora, di affrontare attraverso l'abreazione, l'intensità dell'afflusso di eccitazioni. Il soggetto rivive, mediante i sintomi, l'evento traumatico rimasto irrisolto.

Due anni più tardi, Freud abbandona la teoria della seduzione reale e parla di fantasie di seduzione, anticipando, così, le argomentazioni sulla costruzione soggettiva della realtà e sull'esistenza dei "falsi ricordi".

In "Introduzione alla psicoanalisi" Freud relativizza ulteriormente l'importanza del fattore traumatico, come evento reale, giungendo ad una riformulazione del trauma in cui esso è visto essere complementare ad altri fattori: costituzione sessuale ereditaria, fantasie primarie, conflitti e vicende dello sviluppo. È così che nella storia della psicoanalisi si consolida l'importanza della vita fantasmatica, rispetto al trauma in sé.

Il trauma si configura, allora, come un concetto ponte, in grado di legare gli eventi della realtà esterna con le conseguenze nel mondo interno⁸

Nella genesi dell'esperienza traumatica entra, prepotentemente, l'importanza dell'assenza, dell'odio parentale e dell'abbandono emotivo. Di abbandono emotivo e

⁸ Haynal A. (1976), Il senso della disperazione, la problematica della depressione nella teoria psicoanalitica, Feltrinelli, Milano

solitudine traumatica parla Ferenczi in “Diario Clinico” del 1932 (aprendo probabilmente la strada ai contributi di autori come Winnicott e Bowlby, che indicheranno come il ruolo delle carenze materne e dell’instabilità dell’attaccamento possano avere effetti patogeni sullo sviluppo). Dobbiamo, infine, a Ferenczi il merito di aver riportato l’attenzione sul fatto che il trauma può essere realmente accaduto e non semplicemente immaginato.

Il trauma, per Ferenczi è tutto ciò che è impreveduto, insondabile, incalcolabile. Traumatico è l’odio parentale, la violenza, la minaccia, l’odio inespresso, l’abuso sessuale.

Dopo Ferenczi, le pubblicazioni relative ai traumi reali, o immaginati, sono scarse, fino a che Winnicott, Sullivan e Bowlby riportano l’attenzione sul ruolo patogeno del trauma infantile. In particolare, sono le forme precoci di perdita o i modelli fallimentari nella cura del bambino ad assumere importanti valenze traumatiche.

Oggi, la teoria del trauma-e con questa la questione del ricordo- è ritornata con estrema forza sulla scena della psicologia, della psicoterapia e delle scienze giuridiche, legata soprattutto ad un ambito di studio particolarmente interessante e attuale, la questione del vero e del falso, della realtà e della ri-costruzione, dell’obiettivo e del soggettivo.

Rimozione, ri-costruzione e valutazione del passato.

Il recupero dei ricordi infantili appare un esercizio pressoché desueto nell’ambito dell’attività psicoterapeutica. La psicoterapia sembra andare, oggi, sempre più nella direzione di privilegiare l’”hic et nunc” e la ri-costruzione e costruzione di narrazioni condivise piuttosto che di stabilire una supposta verità attraverso il recupero di ricordi infantili rimossi. Tuttavia, in un particolare settore, quello del child abuse, si è tornato a parlare di “cura” come ritrovamento della memoria di fatti accaduti, con relativi risvolti legali.

Tra le tecniche più utilizzate per la rievocazione dei ricordi infantili c’è l’ipnoterapia. Spesso, attraverso le tecniche ipnotiche, il terapeuta può avere accesso ad un patrimonio di

conoscenze “rimosse”, segregate in altri stati di coscienza⁹: probabilmente sono queste le conoscenze legate agli eventi dolorosi dell’infanzia.

Ma l’ipnosi è stata sempre oggetto di dure critiche e circondata da controversie. Spesso è stata considerata una modalità di intervento potenzialmente iatrogena, se non addirittura indiziata di produrre un artefatto. Questa teoria, abbastanza seguita per molti anni, attualmente non sembra riscuotere più molti consensi, anche se tuttora esistono numerosi dubbi attorno all’uso dell’ipnosi in ambito terapeutico. Nel 1982, Kluft scrive: “*L’ipnosi è relativamente innocua, ma i terapeuti che la usano possono non esserlo*”. Allora, non sarebbe l’ipnosi di per sé, ma un errato uso di questo strumento la causa dell’aggravamento di un disturbo già esistente.¹⁰ L’ipnosi è lo strumento attraverso il quale si induce, a fini terapeutici, uno stato alterato di coscienza, è una forma particolare, esclusiva, profonda e regressiva di relazione, e la trance ipnotica è uno stato definito “alterato”, diverso sia dalla veglia sia dal sonno. L’uso dell’ipnosi rimane, però, ancorato ad un problema in particolare: quello della veridicità dei ricordi. Attraverso la regressione ipnotica, il paziente ha la possibilità di rivivere i “ricordi dimenticati”, così come spiega Janet: “*Rievocare in trance gli eventi traumatici e correggerli con allucinazioni del ricordo che configurino un superamento dell’esperienza traumatica*”¹¹.

L’ipnosi favorisce i processi di recupero di memorie, ma ricordiamo l’“immagine” proposta da Berliner e Briere, come un amalgama dell’evento reale, l’interpretazione e il contesto nel quale avviene il recupero. Alla luce di queste considerazioni, appare chiaro che non può essere recuperata la fotografia dell’evento reale, ma solo una realtà intrinsecamente e definitivamente soggettiva.¹²

Poiché le esperienze traumatiche possono essere intercorse in fasi evolutive in cui l’aspetto somatico e comportamentale del ricordare è primario, la successiva elaborazione

⁹ Miti G. (1992), *Personalità Multiple, uno studio sui disturbi dissociativi*, Carocci Editore, Roma

¹⁰ Kluft R., Shultz R. (1996), “Disturbi di Personalità Multipla”, in *Adolescenza* vol. VII

¹¹ Ellenberger H (1970), *La scoperta dell’inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino

¹² Berliner L, Briere J. (1999), *Trauma, memory and clinical practice*, In Giannantonio M., “Attaccamento e Psicoterapia ipnotica”, *Rivista Italiana di Ipnosi clinica e Psicoterapia Ipnologica*, 2000

verbale degli eventi può essere rappresentata da notevoli confusioni, errori fattuali, confabulazioni (contenuti psichici che il paziente elabora in maniera distorta nel tentativo di compensare i difetti mnestici)¹³, inclusioni di suggestione provenienti da altre persone, ipnoterapeuti inclusi¹⁴. È di questo che l'ipnosi è oggi accusata: attraverso questo strumento è possibile che si creino dei falsi ricordi.

Nella convinzione erronea che molti dei disturbi psichiatrici siano sempre il risultato di abusi sessuali subiti dai pazienti durante l'infanzia, vi sono stati psicoterapeuti che hanno indotto alcuni, suggestionabili, pazienti a credere di essere stati vittima di violenze sessuali da parte di membri della famiglia, e di avere dimenticato tali abusi.¹⁵

The False Memory Syndrome

I concetti di trauma fantastico e di veridicità dei ricordi sono rimasti fortemente legati, nella letteratura clinica, al concetto di simulazione di trauma e di “creazione” di eventi traumatici mai realmente accaduti; tanto che nel 1993, lo psicologo statunitense Kihlstrom definisce la “*false memory syndrome*”: una condizione nella quale l'identità e le relazioni interpersonali di un individuo sono costruite intorno al ricordo di un'esperienza traumatica che è oggettivamente falsa, ma nel quale l'individuo crede; egli crede in un ricordo stravolto dall'immaginazione, distorto, una menzogna.¹⁶

È in nome della sindrome da falsa memoria che Loftus scrive: “*a volte il trattamento psicoterapeutico, l'ipnosi in particolare è il luogo dove si fabbricano falsi ricordi di abuso, i casi di recupero mestico ritardato del trauma sono costituiti da eventi mai verificatisi*”. Loftus racconta che le presunte vittime degli abusi sono così profondamente traumatizzate dai loro “nuovi ricordi” da arrivare al suicidio. Tutto questo solo in base a quello che raccontano su

¹³ La Barbera D., Varia S. (2003), Percorsi clinici della psichiatria, Medical Books, Palermo

¹⁴ Miti G. (1997), “Un'anima divisa in due”, in *Psicobiettivo*, Cedis, Roma

¹⁵ Liotti G. (a cura di) (1999), Le discontinuità della coscienza, etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi, Franco Angeli, Milano

¹⁶ Lingiardi V. (2001), La personalità e i suoi disturbi, Il Saggiatore, Milano

sollecitazione dello psicoterapeuta. Senza prove, senza controllo, ma con un drammatico sospetto: che i ricordi non siano veri.¹⁷

La sindrome da falso ricordo è un disturbo psichiatrico che si sviluppa principalmente nei giovani e negli adulti di mezza età, nella maggior parte di sesso femminile. La manifestazione principale è la convinzione persistente di essere stati abusati sessualmente nel corso dell'infanzia. Le principali manifestazioni sintomatiche di questa sindrome comprendono:

- Convinzione persistente di essere stati abusati sessualmente nell'infanzia;
- Elementi impossibili e/o assurdi;
- Convinzione che il presunto perpetratore sia un familiare;
- Convinzione che uno o più membri della famiglia abbiano favorito l'abuso sessuale;
- Rievocazione nel contesto della terapia;
- Impegnarsi in discutibili tecniche terapeutiche per facilitare la rievocazione di ricordi

sessuali rimossi;

- Idealizzazione del terapeuta;
- Adesione al concetto di "iata della memoria" (memory-free hiatus);
- Reclutamento di una cricca di sostenitori;
- Convinzione che l'abuso sessuale sia stato la causa della maggior parte dei problemi

nella vita del paziente;

- Convinzione che i ricordi di un'infanzia felice debbano essere falsi;
- Assenza di sensi di colpa;
- Isteria;
- Paranoia;
- Variazioni;
- Disturbo da personalità multipla;

¹⁷ Loftus E.F. (1997), "Come si creano i falsi ricordi", In *Le Scienze*, vol. I

➤ Disturbo post-traumatico da stress¹⁸;

I sintomi della false memory syndrome, generalmente, si manifestano in una situazione in cui il falso ricordo viene facilitato dalla lettura di materiale che divulghi la nozione che un ricordo debba rispecchiare la realtà, e/o un tipo di psicoterapia nella quale il terapeuta agisca secondo questo stesso principio. Inoltre, i sintomi, generalmente compaiono a gruppi. Spesso il ricordo dell'abuso è legato ad un genitore, il padre in primis. Talvolta le accuse si allargano a zii, nonni, amici e vicini di casa. Nel racconto dell'evento traumatico, il paziente, si basa sul principio che *“se si ha un pensiero, allora questo deve essere vero, altrimenti da dove avrebbe origine?”*¹⁹, questi sentimenti, impressioni e congetture trasformano l'immaginazione in realtà.²⁰

I pazienti affetti dalla sindrome della falsa memoria, spesso, presentano amnesia nei confronti di tutti gli eventi positivi che potrebbero essere capitati, oppure potrebbero ritenere di avere avuto l'illusione di una infanzia felice, mentre in realtà sarebbe tutto un “insabbiamento”. Esiste, in questa sindrome, una dolorosa ri-scrittura della storia del paziente: se esiste un ricordo felice, questo è soltanto un'illusione, una copertura per il dolore e la sofferenza sperimentati. La persistente convinzione da parte del paziente di essere stato abusato sessualmente durante l'infanzia non è un pensiero isolato, ma una preoccupazione persistente. Le false accuse includono elementi che sono altamente improbabili, evidentemente assurde, illogiche, impossibili. Ad esempio, una donna può ricordare di avere avuto un rapporto sessuale con il padre, quando aveva sei mesi. Ma, a quell'età la memoria umana non è affidabile.²¹ Un'altra caratteristica legata a questa sindrome è che tali pazienti interpretano

¹⁸ Gardner, R.A. (2002). *Sex Abuse Trauma? Or Trauma from Other Sources?*. Cresskill, NJ, Creative Therapeutics

¹⁹ Gardner R. (2004), “La relazione tra la sindrome di alienazione genitoriale e la sindrome da falso ricordo”, In *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, Vol. VII

²⁰ Gardner, R.A. (2002). *Sex Abuse Trauma? Or Trauma from Other Sources?*. Cresskill, NJ, Creative Therapeutics

²¹ Gardner R. (2004), “La relazione tra la sindrome di alienazione genitoriale e la sindrome da falso ricordo”, In *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, Vol. VII

frequentemente la negazione dell'abuso da parte della madre come parte di una coalizione per nascondere questo segreto familiare. Comunemente, quando l'accusa è falsa, il ricordo dell'abuso sessuale emerge per la prima volta nel corso della terapia, anche se non vi erano veri e propri ricordi di un abuso sino a quando il paziente non ha iniziato la terapia. Le donne che accusano falsamente spesso mostrano una profonda convinzione nel concetto di "iato della memoria". Credono che ci possa essere un ampio lasso di tempo tra la cessazione degli abusi e la loro rievocazione, e che nell'arco di questo lasso di tempo sia possibile non avere alcun tipo di ricordo dell'abuso e neanche un indizio di questo.

Queste donne sostengono che se qualcuno, nel corso del periodo di amnesia, avesse chiesto loro se fossero state abusate sessualmente nell'infanzia, avrebbero risposto negativamente.

Vi sono poi, accanto ai pazienti che soffrono della sindrome della falsa memoria, numerosi sostenitori, i quali accettano come valide le accuse di abuso sessuale. I terapeuti che si specializzano nel recupero dei ricordi rimossi, spesso, conducono delle terapie di gruppo aggiuntive con i "sopravvissuti" all'abuso sessuale. Può, allora, accadere che alcuni dei membri di questi gruppi siano stati davvero abusati sessualmente. Tuttavia, comunemente, accade che donne non abusate siano coartate e indotte a ritenere che siano state abusate. Sono i sostenitori che avallano il ricordo e di conseguenza radicano questa errata convinzione. In questo doloroso scenario clinico e sintomatologico, il ricordo dell'abuso viene considerato un punto di svolta nella vita del paziente; adesso che l'evento traumatico è stato ricordato, tutte le domande non risposte relative al benessere psicologico possono trovare una risposta. Tutto ora è "tornato al suo posto", tutti gli anni di agitazione emotiva, di cure psichiatriche, di ospedalizzazioni, di matrimoni falliti, vengono improvvisamente compresi e l'abuso sessuale diventa la causa di tutti gli anni di dolore. I ricordi falsi sono, spesso, di natura visiva. Poiché

potrebbe non esserci alcun reale ricordo visivo delle loro esperienze sessuali, le donne che emettono false accuse modificano frequentemente il loro racconto da versione a versione.

È il 1992, quando a Philadelphia, nasce la “False Memory Syndrome Foundation”; nasce con lo scopo di dimostrare come gran parte dei racconti di abusi sessuali subiti durante l’infanzia siano in realtà basati su falsi ricordi, indotti dai terapisti o dovuti ad una sorta di autosuggestione.

Da questo anno il panorama eziologico e terapeutico di tanti disturbi clinici si arricchisce di un importante novità concettuale che in sé contiene problematiche di natura medico-legale.

Per comprendere tali problemi è necessario partire da un dato di fatto: violenze sessuali e incestuose subite nell’infanzia possono condurre a disturbi clinici. In questa prospettiva è emblematico l’esempio dei disturbi dissociativi, in cui *“sembra che nessuno abbia mai preso in braccio il bambino dissociato, o gli abbia asciugato una lacrima, o gli abbia dato spiegazioni per un’esperienza sconvolgente...in modo tipico, le risposte emotive al trauma venivano punite con ulteriore violenza”*.²²

Alcuni pazienti ricordano in parte tali abusi anche prima di iniziare un qualsiasi trattamento psichiatrico; altri invece li hanno del tutto dimenticati, e li rievocano faticosamente e dolorosamente nel corso del dialogo terapeutico.

I terapeuti che ascoltano questi spontanei ritorni alla coscienza di ricordi traumatici, a volte riescono a prendere contatto con alcuni familiari del paziente, e questi familiari confermano i ricordi traumatici. Tuttavia, a volte, accade che i familiari neghino strenuamente il ricordo del paziente, in questi casi è difficile capire se lo facciano per auto-difesa, perché hanno sepolto l’accaduto dietro un’invalicabile barriera di amnesia, o perché il ricordo è falso.

Allora, come può un terapeuta distinguere i casi in cui non vi siano stati abusi, dai casi in cui gli abusi via siano stati e poi dimenticati? È Liotti che, con le dovute cautele, cerca di

²² Mc Williams (1994), La diagnosi psicoanalitica, struttura della personalità e processo clinico, Astrolabio, Roma

fornire una risposta a questo interrogativo, e lo fa riassumendo tali problematiche in 3 categorie: i problemi eziologici, i problemi patogenetici e i problemi terapeutici.

I problemi eziologici pongono la necessità di capire qual è il ruolo delle esperienze traumatiche in alcuni disturbi clinici. Esso appare importante, ma non assoluto.

Se il trauma è realmente accaduto, qual è il ruolo dell'amnesia dell'evento traumatico nella genesi dei disturbi legati ad eventi traumatici, per esempio i disturbi dissociativi? A prima vista sembra un ruolo fondamentale, perché un vissuto traumatico non ricordato comporta una discontinuità della coscienza. Eppure Liotti racconta che esistono pazienti affetti da particolari disturbi psichiatrici che non hanno mai dimenticato le violenze subite. Questo è il problema patogenetico: come l'evento traumatico, anche l'amnesia del trauma è importante, ma non assoluta.

E infine, il problema terapeutico è quello dell'induzione del ricordo traumatico.²³ In questa prospettiva, la sindrome da falsa memoria dimostra che a volte la rievocazione del trauma è sostanzialmente dannosa, perché è sbagliata l'ipotesi del terapeuta, e il paziente "ricorda" solo perché nel suo essere suggestionabile aderisce alle convinzioni del terapeuta²⁴.

Oggi si assiste a un rinnovato interesse per lo studio del funzionamento della memoria e del recupero e costruzione-ricostruzione dei ricordi. Questo interesse è legato, in particolare, all'ambito della psicologia, ma, in relazione a questa, si estende alla psicoterapia e alla psicologia della testimonianza. Se nell'ambito della psicologia clinica o della "terapia", lo studio della sindrome dei falsi ricordi può consentire di trovare e costruire un'area intermedia tra la realtà e la soggettività, nel tentativo di ridurre, così, la dicotomia tra vero/falso; nell'ambito della psicologia forense, tale studio, potrebbe consentire di utilizzare tecniche più appropriate, allo scopo di raccogliere informazioni il più possibile corrette e che interferiscano

²³ Liotti G. (a cura di) (1999), *Le discontinuità della coscienza, etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*, Franco Angeli, Milano

²⁴ Loftus E. F. (1997), "Come si creano i falsi ricordi", in *Le Scienze*, vol. I

in modo controllato, ed il meno possibile, con i ricordi del testimone, andando a crearne di nuovi²⁵.

Nelle psicoterapie che si ispirano al pensiero psicoanalitico, l'effetto curativo connesso al recupero del ricordo e a un sufficiente controllo del proprio percorso esistenziale è uno degli aspetti principali. Tuttavia, la breve sintesi sulla *False Memory Syndrome*, fin qui esposta, suscita non pochi dubbi e punti oscuri legati alla natura di tale connessione. Lo studio di tale sindrome potrebbe confermare che il trattamento, come ri-attualizzazione del dramma personale e il trattamento, come recupero di contenuti rimossi, non sempre coincidono.

Alla luce di quanto esposto appare auspicabile che lo studio psicoterapeutico si avvalga del contributo di ricerche condotte nell'ambito della psicologia dello sviluppo e di quella cognitiva. Alla ricerca cognitivista è assegnato il compito di definire limiti e convergenze tra il passato "vero" e reale e quello costruito (proprio l'area sulla quale la psicoanalisi si ferma). Gli studi, finora condotti in tale ambito, hanno dimostrato che cognizione e memoria sono sottoposte a trasformazioni radicali durante l'infanzia e che tali trasformazioni ci impediscono di ricordare gli eventi del passato, così come li avevamo vissuti. Durante lo sviluppo si impone una riorganizzazione dei ricordi delle esperienze precoci (immagazzinate come esperienze sensoriali e percettive e non ancora codificate in forma verbale e linguistica) e di queste esperienze, durante lo sviluppo rimane una pallida traccia della forte qualità esperienziale che avevano quando accaddero. Sono queste le tracce che, probabilmente, riemergono come tracce di falsi ricordi.

È probabile che falso non sia il ricordo in sé, ma l'intensità del vissuto, che diventa distorto. Alla luce di queste considerazioni, nella rielaborazione del ricordo, all'interno di un contesto relazionale nuovo, formato da terapeuta e paziente, l'obiettivo prioritario non deve

²⁵ Mazzoni G., (2003), *Si può credere a un testimone?*, Il Mulino, Bologna

essere la ricostruzione di una verità storica di eventi, ma la ricomposizione della verità soggettiva narrata.²⁶

Mentre la dimensione terapeutica, allontanandosi dall'essenzialità della realtà obiettiva, vuole una ricomposizione della verità soggettiva, nell'indagine peritale il recupero dei ricordi attiene in maniera specifica alla distinzione vero/falso. Tuttavia, nella terapia e nella psicologia giuridica lo studio dei meccanismi che stanno alla base della falsa memoria costituirebbero elementi fondamentali per la creazione di una comune intenzione, quella di comprendere le dinamiche che regolano il recupero dei ricordi e dei processi che mediano i rapporti tra memoria e suggestionabilità.

Il processo di comprensione e di analisi del funzionamento mnestico, nei due ambiti, avviene con diverse metodologie e procedure di lavoro, entrambi, però, richiedono un'adeguata formazione professionale e personale e la consapevolezza dei potenziali danni che derivano dalla non conoscenza degli effetti suggestivi che possono prodursi proprio all'interno della psicoterapia o degli interrogatori in sede legale.

Ci sembra opportuno soffermare l'attenzione sull'aspetto peritale, che in maniera ancora più evidente rispetto a quello terapeutico, è investito dalle implicazioni derivanti dagli studi sulla falsa memoria. La consulenza in sede penale, in quanto indagine che ha come obiettivo prioritario il conseguimento di un giudizio su specifiche situazioni di natura legale, contiene in sé le medesime fasi di uno studio scientifico. Si parte, infatti, da un'ipotesi la cui veridicità deve essere dimostrata; si procede all'analisi degli eventi e delle circostanze in grado di convalidare o falsificare l'ipotesi, si giunge, infine, all'elaborazione dei dati e alla scrittura della perizia. In questo scenario il testimone assume l'indispensabile funzione di strumento di misura, per mezzo del quale (insieme agli altri strumenti a sua disposizione), il giudice può valutare i fatti, le circostanze, le testimonianze e quanto il teste abbia registrato attraverso i

²⁶ Bleichmar, H. (1997), *Avances en psicoterapia psicoanalítica*, Paidós, Barcelona

propri sistemi sensoriali, elaborato cognitivamente a livello percettivo e richiamato o recuperato attraverso le abilità mnestiche.²⁷ Ma è proprio nei processi di riconoscimento e recupero che la dimensione giuridica assume una connotazione di aleatorietà; il testimone, pur configurandosi come strumento di misura, non risulta dotato di completa dignità scientifica. La sua testimonianza non è una fotografia esatta di ciò che ha vissuto e i suoi ricordi non costituiscono contenuti obiettivi e inalterati della realtà. Il primo passo da compiere è dunque valutare l'attendibilità del teste, accertando, inizialmente, la presenza o meno di alterazioni dei processi psichici in grado di interferire sulla precisione delle attività percettive, della conservazione e della rievocazione. Il passo successivo consiste nel focalizzare l'attenzione sul contenuto specifico del racconto-testimonianza. Entrano in gioco due fattori: l'accuratezza e la credibilità della testimonianza²⁸. Il primo fattore è legato alla sfera del funzionamento percettivo, cognitivo e mestico. Sull'accuratezza del racconto influiscono diverse variabili, da quelle che interessano in maniera specifica la condizione del teste in quanto persona (età, sesso, presenza di eventuali deficit del funzionamento mentale, presenza di eventuali pregiudizi e stereotipi), a quelle variabili che invece si legano alla situazione oggetto della deposizione, quali lo stress, la possibile influenza di sostanze stupefacenti, la complessità dell'evento, il tempo intercorso dal fatto, le tecniche di interrogatorio, e tutta una serie di fattori che possono agire da interferenze al momento della percezione dell'evento, dell'immagazzinamento, del recupero della "memoria" e della riproduzione del ricordo.

La credibilità del testimone interessa, invece, aspetti di natura più specificamente motivazionale. Questa dimensione è legata non solo alla prospettiva del testimone, che focalizza l'attenzione sui comportamenti adottati con lo scopo di risultare convincente, ma si lega anche alla prospettiva dell'ascoltatore, che esamina i diversi meccanismi messi in atto da chi valuta l'accettabilità del teste e dei suoi racconti. Nella prospettiva del testimone è

²⁷ Gulotta G., (1986), *Psicologia della testimonianza e prova testimoniale*, Giuffrè, Milano

²⁸ *Ibidem*

fondamentale la fiducia che lui stesso ripone nel proprio ricordo; spesso anche in assenza di dati certi che ne confermino il contenuto, la fiducia manifestata sembra suggerire la direzione per valutare come attendibile o meno una testimonianza.²⁹ Dal momento che un elevato grado di certezza nella propria memoria, alla luce di quanto esposto, può essere infondato è evidente come tale valutazione possa essere facilmente contaminata da fattori non oggettivi.

Infine, la dimensione dell'ascoltatore può essere contaminata o influenzata dalle convinzioni che l'ascoltatore stesso ha; tali convinzioni possono spaziare dal comune pregiudizio nei confronti di una determinata situazione, alle personali opinioni circa il funzionamento dei processi mnestici e le condizioni ideali per favorire il recupero di uno specifico ricordo.

La questione della memoria e dei falsi ricordi pone ulteriori punti di problematicità nel caso della testimonianza infantile. Il riconoscimento del minore in quanto testimone potenzialmente attendibile è materia recente: esso è stato portato in luce dagli eventi di cronaca più attuali, che troppo spesso vedono i minori nel ruolo di vittime di abusi o maltrattamenti. In questo ambito, la ricerca si è orientata verso l'individuazione di criteri che possono incidere sull'affidabilità delle testimonianze, avvalendosi dei contributi delle moderne acquisizioni della psicologia dello sviluppo e privilegiando paradigmi sperimentali quanto più simili a situazioni di vita reale³⁰, piuttosto che basati sulla somministrazione di paradigmi neutri. La maggior parte dei lavori sull'adeguatezza delle competenze cognitive dei minori nel campo della testimonianza concorda nel ritenere i bambini testimoni notevolmente migliori rispetto a quanto si riteneva tradizionalmente. Queste considerazioni trovano conferma nel fatto che le capacità di osservazione, percezione e memoria non sono dissimili dalle capacità degli adulti; inoltre, nei bambini più piccoli gli schemi preformati e i pregiudizi non sono

²⁹ Bellusi F., (2004), *L'intervista del minore. Aspetti teorici e casi pratici*, Giuffrè, Milano

³⁰ Mazzoni G., (2000), *La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori: la memoria, l'intervista e la validità della deposizione*, Giuffrè, Milano

ancora tanti, né tanto pervasivi da inficiare la correttezza del ricordo. In generale, i dati indicano che i bambini sono testimoni potenzialmente “buoni”, tuttavia, il recupero dei loro ricordi appare più vulnerabile alle varie influenze distorcenti nella situazione di intervista rispetto al recupero degli adulti.

In particolare, vi è un aspetto che esercita un peso notevole sulla rievocazione dei ricordi effettuata dai bambini e che è legato al modo in cui essi vengono interrogati: la suggestione³¹. Le ricerche in questo senso hanno evidenziato l'esistenza di condizioni che possono aumentare la suscettibilità dei bambini alle suggestioni e che sono potenziali cause della creazione di falsi ricordi. Alcune di queste condizioni sono: l'età del testimone –solitamente i più piccoli sono più suggestionabili-, le differenze individuali, le abilità dell'intervistatore nel condurre il colloquio e le tecniche utilizzate per ottenere informazioni dal bambino. È di notevole importanza che i minori siano intervistati nel modo più appropriato possibile. Questo comporta l'esigenza di educare coloro che lavorano con i bambini a riconoscere i limiti e i fattori situazionali che facilitano o impediscono un resoconto accurato da parte loro, e le differenze individuali dei bambini nella percezione e nel ricordo delle loro esperienze.

Con connotazioni e conseguenze diverse l'ambito forense e quello terapeutico risentono dell'influenza dei falsi ricordi. Entrambi si collocano lungo il percorso dell'aleatorietà e della possibilità di distorsione ed entrambi devono tener conto del fatto che il ricordare fa parte di un meccanismo ricostruttivo³² e non riproduttivo e che la descrizione di un evento accaduto è il risultato della combinazione di informazioni accumulate in memoria in tempi diversi.

31 Mazzoni G., (2000), *La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori: la memoria, l'intervista e la validità della deposizione*, Giuffrè, Milano

32 Terr L., (1994), *Il pozzo della memoria*, Garzanti, Milano

Bibliografia

- Barale F., Uccelli S. (2001), “Alle fonti delle concezioni psicodinamiche delle psicosi”, in *Rivista di psicoanalisi*, vol. XLVII, Borla, Roma;
- Bellusi F., (2004), *L'intervista del minore. Aspetti teorici e casi pratici*, Giuffrè, Milano;
- Berliner L, Briere J. (1999), Trauma, memory and clinical practice, In Giannantonio M., “ Attaccamento e Psicoterapia ipnotica”, *Rivista Italiana di Ipnosi clinica e Psicoterapia Ipnotica*, 2000;
- Bleichmar, H. (1997), *Avances en psicoterapia psicoanalítica*, Paidós, Barcelona;
- Bonfiglio B, Gathercole S.E., Collins A.F.(1992), “Everyday Memory Research and its Application, in *Applied Cognitive Psychology*, vol. VI;
- Bonfiglio B.(1997), “ Evoluzione del concetto di trauma e sua utilità nella clinica” in *Rivista di psicoanalisi*, vol. XLIII, Borla, Roma;
- Ellenberger H (1970), *La scoperta dell'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino;
- Gardner R. (2004), “La relazione tra la sindrome di alienazione genitoriale e la sindrome da falso ricordo”, In *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, Vol. VII;
- Gardner, R.A. (2002). *Sex Abuse Trauma? Or Trauma from Other Sources?*, Cresskill, NJ, Creative Therapeutics;
- Grimaldi S., (1996), *Adozione: teoria e pratica dell'intervento psicologico*, Franco Angeli, Milano;
- Gulotta G., (1986), *Psicologia della testimonianza e prova testimoniale*, Giuffrè, Milano;
- Haynal A. (1976), *Il senso della disperazione, la problematica della depressione nella teoria psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano;
- Kluft R., Shultz R.(1996), “Disturbi di Personalità Multipla”, in *Adolescenza* vol. VII;
- La Barbera D., Varia S. (2003), *Percorsi clinici della psichiatria*, Medical Books, Palermo;
- Leone G.(2002), *La memoria autobiografica*, Carocci, Roma;
- Lingiardi V. (2001), *La personalità e i suoi disturbi*, Il Saggiatore, Milano;

- Lingiardi V., Filippucci L. (2002), "Trauma e memoria tra psicoanalisi e neuroscienze", in *Maltrattamento e abuso all'infanzia* vol. IV, Franco Angeli;
- Liotti G. (a cura di) (1999), *Le discontinuità della coscienza, etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*, Franco Angeli, Milano;
- Loftus E.F. (1997), "Come si creano i falsi ricordi", In *Le Scienze*, vol. I;
- Mazzoni G., (2000), *La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori: la memoria, l'intervista e la validità della deposizione*, Giuffrè, Milano;
- Mazzoni G., (2003), *Si può credere a un testimone?*, Il Mulino, Bologna.
- Mc Williams (1994), *La diagnosi psicoanalitica, struttura della personalità e processo clinico*, Astrolabio, Roma;
- Miti G. (1992), *Personalità Multiple, uno studio sui disturbi dissociativi*, Carocci Editore, Roma;
- Miti G. (1997), "Un'anima divisa in due", in *Psicobiiettivo*, Cedis, Roma, vol. XVII;
- Sara S.J. (2000) "Retrieval and reconsolidation: toward a neurobiology of remembering", In *Learning & Memory*, vol.VII;
- Squire L.R., Alvarez P. (1995), "Retrograde amnesia and memory consolidation: a neurobiological perspective", In *Current Opinion in Neurobiology*, vol. V;
- Terr L., (1994), *Il pozzo della memoria*, Garzanti, Milano.