

Esperienze traumatiche e ricordi: implicazioni in campo clinico e legale



Marinella Malacrea*, Francesco Felis**, Marco Pagani***,
Isabel Fernandez****

*Ricevuto il 10 marzo 2022
Accettato il 27 maggio 2022*

Sommario

L'articolo ha l'obiettivo di fare il punto su quanto sappiamo sulla memoria traumatica e sull'eventuale possibilità di alterarla producendo "falsi ricordi", dal punto di vista sia della psicologia clinica che della psicologia giuridica. Negli ultimi anni ci sono state molte pubblicazioni e ricerche su come le esperienze traumatiche sono immagazzinate e codificate in memoria e sulle reazioni post-traumatiche che presentano le persone esposte a situazioni da stress estremo. Questo ha avuto un effetto importante nel campo della psicoterapia e del trattamento dei disturbi post-traumatici, contribuendo alla loro comprensione e dando strumenti utili per la loro risoluzione. Allo stesso tempo, negli anni '90 è nato un movimento opposto, chiamato "false memory syndrome", dove spesso gli psicoterapeuti venivano accusati di produrre falsi ricordi di abusi sessuali nei loro pazienti. Sotto accusa erano finiti metodi come l'ipnosi, le terapie di gruppo, le tecniche di immaginazione guidata o di interpretazione dei sogni: ma in generale sotto accusa era finita l'attività psicoterapeutica in ogni sua forma. Ad oggi il dibattito continua, sollevando dubbi specie sulle psicoterapie mirate

* Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, via Giuseppe Frua 15 – 20146 Milano; e-mail: marinella.malacrea@gmail.com.

** Psicologo Clinico, via Ruttoli 4 – 00020 Agosta (RM); e-mail: felis.francesco@gmail.com.

*** Primo Ricercatore – Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione – CNR, Roma; Via S. Martino della Battaglia 44 – 00185 Roma; e-mail: marco_00198@yahoo.com.

**** Psicologa Psicoterapeuta – Direttrice Centro Studi e Ricerca in Psicotraumatologia, Milano; Via Caretta, 1 – 20131 Milano; e-mail: isabelf@emdritalia.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 50/2022
DOI: 10.3280/qpc50-2022oa14085*

alla risoluzione degli esiti post traumatici. L'articolo percorre i vari aspetti di questa diatriba e cerca di fare luce sulla comprensione degli aspetti clinici particolarmente complessi di situazioni traumatiche croniche, rispondendo agli autori che sostengono che la psicoterapia può creare falsi ricordi.

Parole chiave: memorie traumatiche; memorie recuperate; EMDR; credenze sulla memoria; memory wars.

Abstract

Traumatic experiences and memories: implications in clinical and legal contexts

This article is focused on the state of the art of what we currently know about traumatic memories and the eventual possibility to modify them, creating “false memories”. This has great implications from the point of view of both, the clinical psychology and from forensics psychology fields. In the last decades there has been a great body of publications and research on how traumatic experiences are stored and encoded in memory and also on the post-traumatic reactions that subjects exposed to extreme stress situations present. This knowledge has had a great impact on the psychotherapy field and on the treatment of post-traumatic disorders, contributing to the understanding of these clinical pictures and giving useful tools to resolve them. At the same time, in the 90s, an opposite movement called “false memory syndrome” was born, where often clinicians were accused of producing in their clients false memories of having been sexual abused. Specifically, methods like hypnosis, group therapy, guided imagery techniques or dream interpretation were under attack. The discussion has continued until today, where treatments for post-traumatic disorders have been on trial. The article analyses the different aspects of this debate and tries to shed light on the understanding of those complex clinical mechanisms involved in chronic traumatic experiences, replying to those authors that advocate that psychotherapy itself can create false memories.

Keywords: traumatic memories; recovered memories; EMDR; memory beliefs; memory wars.

La stessa storia?

Un recente libro, *Ricordi traumatici. Vecchi dubbi, nuove certezze*, a cura di Malacrea (2021), si è misurato con l'obiettivo di fare il punto su quanto sappiamo della memoria traumatica e della possibilità di alterarla producendo “falsi ricordi”. Il mondo della psicologia giuridica e della psicologia clinica si trovano non raramente su fronti opposti sul tema, turbando il clima di sereno confronto che certo gioverebbe alla ricerca e aiuterebbe le professioni di cura nel misurarsi con la sofferenza dei pazienti vittime di esperienze traumatiche.

Abbiamo già visto uno degli effetti di questi irrigidimenti su fronti opposti all'epoca della "false memory syndrome", negli anni '90 del secolo scorso, quando gli psicoterapeuti erano stati accusati di produrre falsi ricordi di abuso sessuale nei loro pazienti.

Sotto accusa erano finiti metodi come l'ipnosi, le terapie di gruppo, le tecniche di immaginazione guidata o di interpretazione dei sogni: ma in generale sotto accusa era finita l'attività psicoterapeutica in ogni sua forma.

Allora non pochi tra i clinici avevano preso decisamente le distanze dai ricordi traumatici dei pazienti, ponendo un importante limite alla loro funzione terapeutica. Molti altri, pur continuando in gran parte a ritenere utili quelle tecniche per il benessere del paziente e a credere sostanzialmente ai suoi ricordi traumatici, avevano comunque cercato di raccomandare cautele anche attraverso Dichiarazioni di consenso di alcune loro società scientifiche. Troviamo un'utile sintesi particolarmente rappresentativa di quel clima nell'articolo di Courtois (2001). In esso vengono commentate le linee guida dell'American Psychiatric Association (1993), dell'American Psychological Association (1994), della British Psychological Association (1995), del Royal College of Psychiatrists (1997). Le loro raccomandazioni sono largamente sovrapponibili, e si orientano alla prudenza innanzitutto nel contesto clinico. Si riteneva che la prima preoccupazione dello psichiatra fosse il benessere del paziente. Molto restava da comprendere sui processi della memoria trauma-correlata (amnesia e recupero), in particolar modo nel trauma complesso. Sembrava necessario informare il cliente che il recupero dei ricordi di eventi passati non è necessariamente una prova oggettiva di quanto realmente accaduto e che occorre essere prudenti se le informazioni che emergono dal trattamento rappresentano una potenziale minaccia per la vita familiare e per la rete sociale più stretta. Si riteneva meglio non incoraggiare o suggerire alcuna iniziativa legale, notando che i processi legali in merito all'argomento avevano reso ancora più complessa la controversia sul tema.

Successivamente anche Francine Shapiro, standardizzata la terapia EMDR, si allinea allo stesso orientamento. Ecco letteralmente le sue parole:

Falsi ricordi possono essere creati durante l'infanzia da una varietà di cause. Oltre agli abusi, i bambini possono ascoltare una storia, vedere qualcosa in tv e credere che sia accaduto loro. Tali esperienze immaginarie possono essere conservate. L'elaborazione EMDR può consentire a queste immagini di annullarsi quando il cervello fa le connessioni appropriate. Nelle terapie basate sullo scambio verbale, i falsi ricordi possono essere creati attraverso i suggerimenti involontari del terapeuta; ciò è improbabile durante l'EMDR in cui l'input clinico è minimo mentre il cervello del paziente esegue le opportune connessioni interne (Shapiro, 2018).

I traumi producono sofferenza psichica

Questo atteggiamento prudente è continuato nel tempo, ma non ha potuto impedire il progredire della consapevolezza che le esperienze traumatiche dei pazienti possono avere un importante ruolo nelle loro sofferenze successive. Infatti, 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 (1998) e che hanno dato il via all'ormai storico ACE (Adverse Childhood Experiences) Study (Felitti *et al.*, 1998), continuamente aggiornato, hanno messo in evidenza come svariate e gravi malattie organiche e mentali hanno alle spalle una concomitanza di Esperienze Sfavorevoli Infantili, che ne costituiscono il fertile terreno.

Anche il DSM-5 (2013) 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 a 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. Menzionando a grandi linee le aree, ne fanno parte molti disturbi caratterizzati da ansia, depressione, dissociazione, sia mentale che connessa alla identità corporea, nonché patologie dei comportamenti sessuali, alimentari e quelle che implicano l'abuso di sostanze stupefacenti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha approvato nel 2018 la versione 11 della Classificazione Internazionale dei Disturbi (ICD). Oltre all'individuazione di una categoria separata per i disturbi specificamente associati allo stress, novità saliente è stata l'introduzione di una tipologia di stress caratterizzato da continuative condizioni di vita sfavorevoli, ancora assente nel DSM-5. Viene introdotto quindi il PTSD complesso da trauma cumulativo, con caratteristiche identiche al PTSD complesso descritto da Herman (1992) (fattori di stress multipli, gravi e prolungati, con conseguenti difficoltà nella regolazione emotiva, un sentimento di sé come sminuito e sconfitto e difficoltà relazionali). Si raccomanda di operare una corretta diagnosi differenziale con altre categorie nosografiche (per esempio disturbi di personalità) poiché ciò apre a una migliore risposta a metodi terapeutici specifici.

Per i bambini, 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 si indicava implicitamente la multiformità di espressioni sintomatiche delle esperienze traumatiche.

Inoltre, gli studi fatti sulla memoria traumatica già negli anni '80 e '90 del secolo scorso (cfr. la rassegna in Malacrea & Lorenzini, 2002) ne avevano già ampiamente esplorato i meccanismi, rassicurando sulla sua sostanziale affidabilità. Sapevamo che la memoria è ricostruttiva e non riproduttiva. Tra l'evento e il ricordo ci sono operazioni mentali in continuità tra loro che presiedono alla codifica, all'immagazzinamento e al recupero delle informazioni. Ciascuna fase comporta una inevitabile modificazione della "fotografia" dell'episodio, modificazione nella maggior parte dei casi funzionale all'organizzazione mnestica.

C'è quindi il rischio di una certa quota di distorsione del ricordo, ma non sembra giustificata una preoccupazione a tutto campo sulla precisione della stessa, in quanto proprio i processi descritti sono solitamente del tutto funzionali a ottimizzarne il funzionamento.

Molte evidenze provavano che il trauma in se stesso può distorcere il ricordo. Già ricerche neuro-funzionali documentavano che le esperienze traumatiche comportano il rilascio di una grande quantità di neurotrasmettitori che hanno effetti bidirezionali sull'ippocampo e l'amigdala, e i ricordi possono permanere nello stato frammentato e sensoriale iniziale. Si poteva a ragione concludere che, mentre appare poco discutibile il fatto che il trauma modifica il naturale processo della memoria, è poco prevedibile il suo effetto, che dipende dalla combinazione di molti fattori. In particolare, l'intensità e la qualità della traccia mnestica possono essere inversamente proporzionali, e l'effetto della ripetitività delle esperienze può funzionare sia come attivatore che desensibilizzatore dei ricordi.

In questa complessità si ravvisa almeno un punto fermo: la persistenza o recuperabilità delle parti centrali del ricordo delle vicende traumatiche.

Va inoltre considerato l'effetto sui ricordi traumatici degli intensi stati emotivi, che innescano numerose dinamiche psicologiche volte a mantenere l'equilibrio personale in presenza dell'esperienza traumatica. Da ciò deriva una potente interferenza con i processi puramente cognitivi di immagazzinamento e rievocazione della traccia mnestica, già intaccati dal trauma in sé. Nello studio di questi fenomeni vengono via via formulati i concetti di repressione, rimozione, dissociazione, negazione (Malacrea, 2002, pp. 188-191).

Va sottolineato che nessuno di questi meccanismi impedisce di ricordare, ma può diventare una strategia attiva: tentare di dimenticare può sembrare una “buona scelta” difensiva, anche se i notevoli sforzi di evitamento e soppressione non preservano da scarico sintomatico a livello cognitivo, emotivo o comportamentale.

Il ricordo di eventi traumatici, anche a distanza di tempo dall’esperienza, non è un accadimento del tipo “tutto o niente”, ma un processo complesso e continuativo. Il riaffiorare di un ricordo è generalmente determinato da uno stato emotivo, da una situazione, o da un particolare stimolo, che può sia costituire un rinforzo della traccia mnestica, sia allentare i meccanismi difensivi che la bloccavano in precedenza.

Circa l’influsso della psicoterapia nel facilitare l’affioramento dei ricordi traumatici, le ricerche (Rogers, 1995; Malacrea, 2002, pp. 191-195) dicevano che solo il 15% dei soggetti ha recuperato ricordi di abuso durante la psicoterapia. Resta il dato che il trattamento psicologico risulta, in una certa quota di casi, una sorta di preconditione facilitante l’accesso a memorie traumatiche (Rogers, 1995).

Il dibattito continua

A distanza di più di 20 anni dalle *memory wars* americane, che sembravano essersi concluse con una “pace” prudente, il rischio di una riapertura del conflitto è continuamente risorgente e presente. Ciò è particolarmente plausibile quando i ricordi traumatici comportano l’individuazione di un colpevole. Così la contrapposizione tipica dei contesti giudiziari si espande a inquinare anche il pensiero teorico e a ostacolare a volte drammaticamente il compito di chi dovrebbe proteggere e curare.

Per avere uno spaccato dello stato dell’arte è significativo guardare a quello che in Europa sembra delinarsi come un centro accademico particolarmente attivo nel tenere viva quella contrapposizione, l’università di Maastricht (a cui Otgaar *et al.* appartengono). Nel mirino della sua produzione abbondante (24 articoli soltanto nel 2020-21) finisce anche e specificamente l’EMDR: cosa prevedibile, vista l’ormai consolidato riconoscimento del metodo come specifico per la risoluzione dei vissuti post traumatici e il grande numero di pubblicazioni e raccomandazioni di linee guida internazionali per la sua efficacia e validità.

Va subito notato che l’attacco alla psicoterapia (EMDR, ma anche altri metodi) in quanto, secondo loro, “fiancheggiatore” o addirittura induttore, di “falsi ricordi traumatici” che potrebbero rovinare la vita di innocenti accusa-

ti, si iscrive in una serie di concettualizzazioni coerenti tra loro che danno l'impressione di un assedio a suo modo organico e sistematico.

È sembrato opportuno fare una analisi di dettaglio dell'intera produzione più recente, anche se temi e argomentazioni non si discostano da quanto già in precedenza analizzato nel libro *Ricordi traumatici* (Malacrea, 2021) a cui rinviamo.

Cominciamo dal raggruppamento per temi ricorrenti:

1. *Studi sui falsi ricordi* (Calado *et al.*, 2021; Irwanda *et al.*, 2021; Mangiulli *et al.*, 2021; Merckelbach *et al.*, 2021; Schopen *et al.*, 2021)
2. *Studi sulla dissociazione traumatica* (Dodier *et al.*, 2021; Lynn *et al.*, 2019; Mangiulli *et al.*, 2021a; Mangiulli *et al.*, 2021b; Otgaar *et al.*, 2020; Otgaar *et al.*, 2021a; Otgaar *et al.*, 2021b; Patihis *et al.*, 2021)
3. *Effetti del mentire sulla memoria* (Battista *et al.*, 2020; Battista *et al.*, 2021; Otgaar *et al.*, 2020)
4. *Potenziabile effetto iatrogeno della terapia* (Van Helvoort *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2021)
5. *Studi sugli effetti dell'EMDR* (nello specifico, dei movimenti oculari) (Houben, *et al.*, 2020; Houben *et al.*, 2021a; Houben *et al.*, 2021b; Kenchel *et al.*, 2020; Otgaar *et al.*, 2021)

Anche solo leggendo i titoli e i sottotemi, ancor più leggendo gli articoli – come abbiamo fatto –, si percepisce che ogni concetto è funzionale agli altri nel costruire un sistema di pensiero. E che tutta questa insistente “passione” è piuttosto inusuale sulla scorta di interessi puramente scientifici.

Dagli Stati Uniti all'Europa

Ma occorre fare un altro passo indietro, considerando un commentario citato in uno dei più significativi tra gli articoli sopra elencati e che già porta un titolo che non lascia spazio a equivoci: *The Recovered Memory Debate Continues in Europe: Evidence From the United Kingdom, the Netherlands, France, and Germany* (Shaw & Vredeveldt, 2019). Le autrici, che operano tra Gran Bretagna e Olanda, analizzano il tema dei “ricordi recuperati” (*recovered memory*) di abuso sessuale, inteso come sinonimo di *repressed memories*.

Subito compare l'affermazione che le memorie recuperate nella stragrande maggioranza compaiono in soggetti che hanno fatto una psicoterapia (in Inghilterra, l'84,31% di 153 figlie che hanno accusato il padre di abuso ses-

suale; in Olanda 10 su 13 casi analoghi). E benché siano elencate le tipologie di indirizzi psicoterapeutici collegati ai campioni presi in considerazione, come «general psychotherapy, counseling, hypnosis, and regression» oppure come «da EMDR fino a New age therapy e Reincarnation Therapy», poco dopo compare il termine cumulativo di “recovered memory therapy”. Ed ecco confezionato un salto logico, che porta alle conclusioni che qui traduciamo integralmente:

nonostante il fatto che il concetto di “repressed memories” sia stato ampiamente criticato dalla maggioranza degli scienziati che studiano la memoria (e qui compare un altro interessante elemento, cioè l’individuazione di una categoria di ricercatori che si autodefiniscono “memory expert”) c’è evidenza che tra i terapeuti rimanga un fenomeno prevalente in varie parti d’Europa l’assunto relativo alle memorie represses e l’uso di tecniche “of memory-recovery”.

Tutta questa apparente “prudenza scientifica” appare meno asettica quando nella seconda parte dello stesso commentario compare il riferimento a specifiche strutture associative analoghe alla False Memory Syndrome Foundation americana, ormai chiusa nel 2019. In Olanda questa associazione di “esperti” si è guadagnata per legge (1999) il ruolo di primo vaglio di default di ogni nuova denuncia di abuso sessuale, con il risultato di bloccare sul nascere qualsiasi atto di portare i ricordi di abuso in tribunale.

Situazione analoga, con precisa indicazione delle associazioni che si incaricano di contrastare l’emergere di ricordi di abuso sessuale in tribunale, esistono in Germania (False Memory Deutschland) e in Francia (PSYFMFrance, Alerte Faux Souvenirs Induits, Mémoire Traumatique et Victimologie). In Inghilterra, afferma Shaw, oltre che sulla British False Memory Society che opera dal 1993, si può contare sulla riluttanza di polizia, avvocati, giudici, giurati nell’acceptare le testimonianze di soggetti con memorie di abuso recuperate. Meccanismo non perfetto, notano con rammarico le autrici, in quanto ancora un certo numero di casi arriva in tribunale.

Il quadro, per come è presentato, si commenta da solo.

Va spontaneo il pensiero alla situazione italiana, dove nessuna associazione si è chiaramente esposta come dichiarazione di scopo circa il tema, ma la scelta sembra essere stata di occupare ampiamente gli spazi della psicologia giuridica sia in ambito accademico che giudiziario.

Entriamo ora nell’analisi critica dei contenuti di quella produzione di articoli.

Studi sui falsi ricordi

Nel volume “Ricordi Traumatici” sono già stati passati al vaglio la maggior parte dei punti di criticità dei più importanti studi prodotti negli ultimi 30 anni-sulla possibilità di creare falsi ricordi, specie in psicoterapia, tramite stimoli suggestivi, seguendo una classificazione proposta da Brewin e Andrews (2017), basata sul metodo suggestivo utilizzato.

I punti di criticità dei metodi usati in questi studi sono stati:

- La grande distanza dal contesto terapeutico, che permane da un trentennio e resiste a ogni critica anche quando sono i ricercatori stessi a definire il loro studi “far removed from clinical practice”.
- Il fatto che gli studi in questione venissero impostati sulla precisa volontà di suggestionare i soggetti, con metodi molto “convincenti” (come la complicità dei genitori dei soggetti) e in alcuni casi particolarmente subdoli (ad esempio l’utilizzo di riprese video dei soggetti che venivano poi “ritoccate”). I risultati non indicano nulla di significativo già presi così, anche senza tenere conto che l’intenzione di suggestionare i pazienti non appartiene alla psicoterapia.
- La ricorrente ambigua sovrapposizione fra “falsa credenza”, dunque il credere che qualcosa può essere successo anche senza conservarne alcun ricordo, e il “falso ricordo”, dunque la presenza di effettivo materiale mnestico legato a fatti mai accaduti. Nella maggior parte degli studi si sostiene di aver creato con successo un falso ricordo quando si riesce a far credere a dei soggetti che un evento inventato sia invece accaduto loro nel corso dell’infanzia.
- I discutibili salti logici con cui da modesti risultati su soggetti convinti di aver vissuto esperienze comuni e poco traumatiche (Loftus & Pickrell, 1995), da convinzioni scaturite da false indicazioni mediche o da questionari proposti dopo la visione di video di incidenti o furti (vedi studi gruppo di Maastricht), si passa ad affermare che sia possibile convincere in psicoterapia una persona di aver subito un abuso sessuale. Altro esempio è la tesi per cui se si riesce, tramite l’installazione di false credenze (ad esempio le false indicazioni mediche, vedi Bernstein), a modificare l’atteggiamento delle persone, allora è possibile produrre sintomi post-traumatici legati all’abuso sessuale. Questa è la loro conclusione.
- Vengono ignorate ed eluse le strategie inferenziali (Ghetti, 2003; Ghetti & Alexander, 2004). Esse sono alla base della capacità degli individui di affermare che una data informazione *non* ha riscontro in un’esperienza vissuta. Sono quindi strategie naturali che proteggono rispetto alla possi-

bilità di formazione di falsi ricordi, tanto più quanto più gli eventi sono “non plausibili”, come le esperienze traumatiche. Comportano la capacità di valutare un’informazione come memorabile (“se fosse successo me ne ricorderei”) e sottolineano l’utilità della salienza per inferire l’esistenza o meno di un ricordo. Va notato che le sperimentazioni sulla induzione di “falsi ricordi” si basano sempre, senza dichiararlo, sulla elusione delle strategie inferenziali proponendo misinformazione a partire da eventi “plausibili”.

- Considerare sullo stesso piano l’impatto sulla memoria di stimoli verbali o visivi e di effettive esperienze fisiche, definite dal DSM-5 (2014) esperienze da stress estremo.
- Il totale rifiuto di riconoscere un qualunque tipo di peculiarità al meccanismo di formazione dei ricordi di eventi traumatici, anche a fronte di una letteratura in costante espansione che punta sempre di più in questa direzione. Esso procede in parallelo al rifiuto del fenomeno della dissociazione traumatica, di cui ci occuperemo in seguito.
- L’insistente preoccupazione, in tutta la gamma di possibili falsi ricordi traumatici, solo per i falsi ricordi di abuso sessuale: non a caso proprio quelli perseguibili penalmente.

Venendo ora alla produzione recente del gruppo di Maastricht, ritroviamo ancora una volta tutta la serie di assunti (il)logici qui evidenziati.

A un paio di studi che indagano la propensione a produrre falsi ricordi in base alla fascia d’età e al metodo suggestivo utilizzato (Schopen *et al.*, 2021; Irwanda *et al.*, 2021), che presentano le stesse criticità sopra descritte, segue uno studio che si propone di fare un passo successivo rispetto alla letteratura precedente.

Nello studio di Calado e coll. (2021) si prova a impiantare nei soggetti falsi ricordi autobiografici per eventi ripetuti nel tempo, con l’obiettivo di provare, per analogia, che è possibile convincere un soggetto di aver subito abusi reiterati (come è spesso il caso in contesti intra o perifamiliari). Lo studio segue la stessa “logica” del famoso esperimento del “perdersi nel centro commerciale”, di Loftus e Pickrell (1995). Lo studio ha coinvolto 120 studenti universitari, divisi in tre gruppi. I ricercatori, con l’aiuto dei genitori dei soggetti, hanno raccolto per ognuno tre storie riguardanti eventi effettivamente accaduti nella loro infanzia, a cui hanno aggiunto la narrazione del falso episodio riguardante l’aver perso un elefantino di peluche all’età di 4 anni. Le narrazioni, vere e false, venivano poi presentate ai tre gruppi in modo diverso per tre volte ognuno, specificando che si trattava di racconti riportati dai loro genitori: ai primi veniva detto sempre solo che l’evento

era capitato loro in passato, ai secondi che era capitato più di una volta, ai terzi veniva detto inizialmente soltanto che era capitato, mentre nelle altre due interviste che era capitato più di una volta. Veniva poi somministrato un questionario che indagava quanto il soggetto ricordava gli eventi presentati e quanto credeva fossero successi. I risultati, più o meno coerenti ai precedenti studi sui falsi ricordi (25,64% dei partecipanti nel primo gruppo hanno creduto alle false narrazioni, 34,14% nel secondo e 36,84% nel terzo), non mostrano una differenza significativa fra i risultati dei vari gruppi, anzi c'è una leggera maggioranza di risultati positivi nei gruppi degli eventi ripetuti rispetto al gruppo standard (abbastanza prevedibile, in quanto la suggestione diventa più invasiva sostenendo la pluralità degli eventi). Gli autori vantano di aver ottenuto la prima dimostrazione che ricordi di falsi eventi, anche accaduti più volte, possono essere impiantati nella memoria delle persone e che, dedicando altre ricerche al tema, si potrà (e qui il vertiginoso salto logico) salvare il destino di molte persone accusate ingiustamente di aver commesso abusi sessuali.

Si può notare con speranza che dall'impostazione del questionario finale si evince almeno il fatto che gli autori hanno chiaro che “credere” e “ricordare” non sono la stessa cosa, ma gli aspetti apprezzabili si concludono qui. Lo studio presenta tutte le falle logiche e le inconsistenze dello studio di Loftus e Pickrell (1995) e dei molti che lo hanno seguito. Sembra, per gli autori dello studio, che il cervello umano sia pronto a considerare possibili ricordi di elefanti di peluche persi e di stupri ripetuti alla stessa maniera, opponendo le stesse (basse) resistenze.

A ulteriore riprova di quanto sopra merita un approfondimento anche l'articolo di Mangiulli *et al.* (2021), che sia pure tangenzialmente può riguardare il tema della labilità e manipolabilità della memoria, e quindi dei falsi ricordi. L'interesse nasce dal titolo (*Crime-Related Scenarios Do not Lead to Superior Memory Performance in the Survival Processing Paradigm*) che pare precludere alla dimostrazione sperimentale che la memoria suscitata da eventi criminosi non sia più precisa di quella suscitata da altri eventi. Nel contesto degli obiettivi del gruppo di Maastricht, questo poteva far pensare all'intenzione di contrastare quanti sostengono che la qualità emotiva e minacciosa degli eventi sperimentati possa imprimere tracce molto significative nella memoria, difficili da alterare. In realtà il lungo articolo, che descrive tre diverse situazioni sperimentali, non porta a nulla di conclusivo ma soprattutto ricalca lo stile di distanza dalla realtà di tutti questi disegni sperimentali. Si parte da una premessa che fa riferimento a un articolo di Nairne *et al.* (2007), da cui sembrava di poter dedurre che contesti che mettono in gioco la sopravvivenza producono una traccia mnestica supe-

riore ad altre situazioni ugualmente turbative. Attenzione però: non si tratta di sperimentare ma soltanto di immaginare scenari e di confrontarsi con sequenze di parole, su cui si testerà poi la memoria. I soggetti vengono prima invitati a immaginare di perdersi in una pianura sconosciuta e di doverci permanere per alcuni mesi senza risorse per la sopravvivenza (scenario della sopravvivenza); poi confrontati con una lista di parole a cui dovranno dare un punteggio di rilevanza relativamente alla situazione immaginata; e infine, dopo un distrattore di 5 minuti, riconfrontati con la lista di parole presentata in precedenza per vedere quante ne ricordano. Lo stesso processo avviene per gruppi paralleli, che sono invitati in prima battuta a immaginare di trasferirsi in un luogo di abitazione sconosciuto oppure semplicemente a valutare la spiacevolezza di alcune parole della lista. Mangiulli *et al.* (2021) introducono un quarto scenario da immaginare in partenza, che prevede di essere un drogato o un giocatore che si troverà nel futuro a doversi procurare soldi attraverso assalti e rapine (esperimento 1 e 2 che differiscono solo per numero di partecipanti, sempre studenti universitari che ne otterranno crediti) oppure di essere vittime dei suddetti aggressori (esperimento 3). Contrariamente all'ipotesi che gli autori volevano verificare, non viene replicato per lo scenario criminoso il vantaggio mnemonico che i precedenti studi avevano evidenziato per gli scenari di sopravvivenza. "E quindi?", ci chiediamo relativamente al contesto di studi in cui questo articolo si inserisce circa il dibattito sulla manipolabilità dei ricordi di vittime di esperienze traumatiche. Fortunatamente, gli autori si fermano prima dell'implicito ennesimo salto logico e a un certo punto avanzano l'ipotesi che «la debole prestazione mnemonica dei partecipanti al gruppo "crimine" possa riflettere la mancanza di una elaborazione che comporti un coinvolgimento personale»: in sostanza, di nuove condizioni sperimentali lontanissime dalle reali esperienze traumatiche.

Studi sulla dissociazione

Come già descritto nel volume *Ricordi traumatici* (Malacrea, 2021), uno dei grandi cavalli di battaglia della corrente di pensiero che sta dietro agli studi sui falsi ricordi, partiti dagli anni '90 in poi, è la posizione secondo cui i soggetti che riportano a distanza di tempo ricordi di abusi sessuali, che erano stati precedentemente "rimossi" dalla memoria, in realtà operano un gran lavoro di fantasia: non è possibile che ricordi del genere vengano repressi, rimossi, o quant'altro. Pertanto, le dichiarazioni riguardanti abusi subiti riportate a distanza anche di anni non sono riferite a eventi reali,

ma sono frutto di falsi ricordi, prodotti spontaneamente o indotti tramite suggestione. Al contrario nel volume sopra citato, attraverso una revisione dei principali testi clinici che trattano di trauma e abusi, si conferma decisamente che il fenomeno della dissociazione esiste, è complesso ed è correlato ai vissuti traumatici; e sappiamo oggi che si tratta di uno stato ampiamente corroborato anche da evidenze in campo neurobiologico (Lanius *et al.*, 2012).

Ancora nel 2021 (Otgaar *et al.*, 2021) la produzione che fa capo al gruppo di Maastricht si sforza invece con paziente insistenza di sostenere che la ricerca dimostra che il 30% dei soggetti entrati negli studi sperimentali altera i propri ricordi autobiografici, che si possono impiantare falsi ricordi con facilità, anche di eventi ripetuti, che non occorre ricorrere a strani meccanismi post traumatici (leggi: dissociazione) per spiegare affermazioni che portano a (false) accuse di pregresso abuso sessuale. Anzi (Mangiulli *et al.*, 2021, 2c) la letteratura sulla amnesia dissociativa (60 pubblicazioni tra il 2000 e il 2020) viene criticata e ritenuta non sufficientemente documentata, riferita a casi non confrontabili tra loro; e soprattutto che non sia stata fatta a dovere una diagnosi differenziale con spiegazioni alternative assai più semplici, come pura dimenticanza o finzione.

Tutto quanto sopra, abbiamo visto nel paragrafo precedente da quali “pseudo dimostrazioni” sostenute, viene definito “scienza”, con la conseguente raccomandazione di diffonderla nelle aule di giustizia per evitare drammatici errori giudiziari.

Ma in altri scritti la strategia negatoria assume altri aspetti. Accade così che soprattutto quando altri autori, ad esempio Brewin *et al.* (2017) e Piedfort-Marin *et al.* (2021), confutano le loro tesi, portando avanti una visione della dissociazione traumatica come una condizione clinicamente esistente e molto complessa, partono disquisizioni sui termini con cui se ne parla, invece che sulla sostanza della condizione clinica. Il primo passo è separare il punto relativo alla memoria. Così la dissociazione viene spesso ridotta dagli studiosi dei falsi ricordi a “memory repression” o a “unconscious repression”, attaccando la validità di questi concetti semplificati. Stupefacente è lo studio di Otgaar *et al.* (2021), in cui si tende a dimostrare attraverso una inchiesta se la popolazione generale (1.015 partecipanti della più varia estrazione) creda: 1) che le memorie traumatiche siano spesso represses, e 2) se in questo caso siano accessibili o inconsce durante la repressione. Le percentuali di risposta indicano che “la gente” crede in larga maggioranza che esistano memorie traumatiche non controllate dalla coscienza (89,5%); e che sovrappone il concetto di “inaccessibile” con il concetto di “inconscio”, visto che poco più e poco meno dell’80% di chi ha risposto

affermativamente alla domanda 1 sostiene ciascuna delle due definizioni. La cosa, che per gente comune è più che plausibile, scatena invece l'allarme perché potrebbe aprire spazio a «tecniche terapeutiche suggestive finalizzate a far emergere memorie di trauma altrimenti inaccessibili». Da cui l'avvertimento a ricercatori, professionisti legali e ai clinici di rifuggire dal concetto di “repressione inconscia” nel loro lavoro. Altri tre articoli, tutti del 2021, insistono sul punto, a partire da analisi differenziate dello stesso campione. Ne ricavano che:

1. anche “studenti e clinici EMDR”, cioè persone con maggiori specifiche conoscenze, continuano a credere alla repressione inconscia dei ricordi (Otgaar *et al.*, 2021);
2. tra i 17 “memory expert” del campione alcuni rimangono aperti alla possibilità di memorie represses, anche se in maggioranza concordano con il rischio che ciò comporta (Patihis *et al.*, 2021);
3. 1 su 10 affermava di aver sofferto di amnesia dissociativa per eventi autobiografici, tra cui anche episodi traumatici (come violenza sessuale), e in questo gruppo era ancora maggiore la percentuale di quelli che credono che l'amnesia dissociativa possa davvero esistere! (Mangiulli *et al.*, 2021). Agli occhi degli autori questa diffusa credenza rappresenta una vera catastrofe da arginare per evitare disastri giudiziari.

Ma in altri scritti viene tentato un atteggiamento più interlocutorio. Viene ripreso il dibattito da tempo sostanzialmente cristallizzato intorno a due concettualizzazioni del fenomeno dissociativo: il Trauma Model, che sostiene che la dissociazione sia uno stato alterato della mente e della memoria correlato a esperienze traumatiche davvero subite; e il Socio-Cognitive Model, adottato da questo gruppo (precedentemente indicato come Fantasy Model, più semplificato), che sostiene che la dissociazione sia uno stato di varia origine e che la produzione di ricordi traumatici sia l'esito sintomatico patologico (e falso) di tale stato dissociativo. Queste affermazioni, ricordiamo, sono in netta contrapposizione con quanto descrivono il DSM-5 e il ICD 11.

Se nei suoi scritti Loftus bollava senza appello la dissociazione (anzi, la “repressione”) come un'invenzione senza fondamento, negli studi recenti è più presente un atteggiamento che potremmo riassumere come «non neghiamo che la dissociazione possa esistere, ma potrebbe trattarsi di tutt'altro».

Tale posizione è rinvenibile in un gruppo di articoli prodotti dal gruppo di Maastricht. Per esempio prima Lynn *et al.* (2021) e poi Dodier *et al.* (2021)

ritornano sul Socio Cognitive Model, sostenendone la maggiore obiettività descrittiva dei problemi di memoria connessi alle esperienze dissociative, che sono ridotti a «propensione alla fantasia, influenza mediatica, suggestionabilità, fallimenti cognitivi». Ma si spingono oltre, circa altre espressioni sintomatiche non relative alla memoria, che i sostenitori del Trauma Model fanno tutte derivare dall'unica origine traumatica: e cioè «disturbi del sonno, iper ideazione, slittamenti di contesto, deficit nella meta-coscienza e inadeguata autoregolazione». Anche queste potrebbero a loro avviso essere espressioni di una personalità borderline o schizofrenica, senza componenti traumatiche originanti. Ma perfino per la dissociazione nelle sue forme più estreme (DID), che a volte potrebbe anche derivare da esperienze traumatiche, si deve accettare che «la tendenza a confabulare e altre variabili cognitive e socio culturali possono contribuire allo sviluppo di un Disturbo Dissociativo dell'Identità».

Eppure, gli autori concludono che si potrebbero «sovrapporre temi di interesse per una potenziale collaborazione tra i due campi teorici in lotta» e utilizzare «una visione più equilibrata, accurata e comprensiva del Socio Cognitive Model». Ci si chiede come questo possa avvenire, quando sembra di solare evidenza l'impossibilità a comunicare tra i due "Model", uno nettamente opposto all'altro nella individuazione del legame causa-effetto.

Effetti del mentire sulla memoria

Gli studi sulla induzione di falsi ricordi degli anni '90 del secolo scorso dimostravano che «anche dopo pesante suggestione da "misinformation" il nucleo del ricordo originario veniva conservato» e poteva riaffiorare una volta finito il pressing fuorviante (in proposito, si veda il già citato *Bambini abusati*, 2002).

Il gruppo di Maastricht torna sul tema con tre articoli.

Quelli del 2020 sono costruiti su gruppi sperimentali (studenti universitari) a cui è imposto di mistificare attivamente e volontariamente il loro ricordo degli stimoli forniti nel test. Gli stimoli sono come sempre associazioni di parole, neutrali o emotivamente negative, o ricordi di dettagli periferici visti in un video ("l'elettricista ladro") chiaramente fittizio. E come sempre si parte da quel che avviene in test mnemonici così costruiti per dedurre processi che coinvolgono la memoria di fatti traumatici accaduti e sperimentati.

Possiamo osservare con maggior dettaglio il contenuto dell'articolo più recente (Battista *et al.*, 2021), dove il materiale stimolo utilizzato è sempre lo

stesso video, il film di un finto crimine a basso coinvolgimento emotivo (lontanissimo dall'impatto che possono generare esperienze reali traumatiche), dove il compito si concentra su dettagli che non vanno a toccare il "core" degli eventi.

L'ipotesi iniziale degli autori è che quando una menzogna coinvolge poche risorse cognitive (come nelle false negazioni o nella finta amnesia) l'effetto sulla memoria sarà di tipo omissivo (dettagli dimenticati), mentre quando le risorse impiegate nella menzogna sono maggiori (*fabrication*) l'effetto sarà di tipo commissivo, riportando dettagli parzialmente o completamente falsi.

In una prima fase è stato testato se effettivamente l'azione volontaria di distorcere parzialmente il ricordo comportasse un diverso impiego di energie mentali rispetto alla semplice invenzione. La verifica è stata effettuata confrontando i tempi di reazione dei soggetti sperimentali di fronte alla richiesta finale di recuperare i dettagli del vero ricordo di quanto visionato, dopo averli volontariamente dovuti distorcere o inventare nella fase precedente dello studio. Il risultato ha avvalorato l'idea che distorcere il ricordo richiede meno energie mentali che produrlo in modo completamente falso.

Ma quando comincia effettivamente lo studio su 159 studenti (sottoposti al video dell'elettricista ladro, richiesti di distorcere o inventare dettagli, con ulteriore rinforzo attraverso una conversazione specifica su questi falsi dettagli, e poi richiesti di recuperare i veri dettagli), sembra che l'atto di generare informazioni completamente nuove o di distorcerle abbia un effetto simile sulla dimenticanza del vero ricordo e che i soggetti sperimentino uguale confusione. Una differenza c'è, in quanto chi ha dovuto distorcere il ricordo, nel richiamo mnemonico ricorda più spesso come vero quanto aveva distorto, rispetto all'altro gruppo: cosa del resto prevedibile vista la maggiore vicinanza al vero del racconto di chi ha dovuto solo distorcerlo. Quanto al credito dato alla propria memoria, non si rileva alcuna differenza tra i due gruppi, e neppure con un terzo gruppo che per compito doveva rispettare la verità.

In definitiva nessuna delle complicate ipotesi degli autori risulta confermata e la conclusione rinvia a «usare in futuri studi uno stimolo più realistico per ulteriormente indagare questo tema»: posizione che un po' conforta.

Non di meno, a fronte della pochezza dei risultati dopo uno studio sperimentale complicato, multifasico e pesantemente manipolatorio della memoria, gli autori estraggono questo pensiero finale, banalissimo, per i professionisti di area legale: «è chiaro che quando un testimone mente circa un evento le sue affermazioni successive potrebbero essere contaminate».

Potenziale effetto iatrogeno della terapia

Su questo tema risultano prodotti soltanto due articoli, uno nel 2019 e uno nel 2021, ma il tema è particolarmente insidioso in quanto va a colpire al cuore la psicoterapia, ribaltandone l'obiettivo di lavorare per il benessere dei pazienti.

Sembra che il focus qui non sia tanto la memoria di fatti quanto i significati attribuiti ai fatti (i propri sintomi, piuttosto che la percezione di pericolo legata a certi comportamenti). Siamo nel preciso ambito delle “false credenze”, già ampiamente affrontato nel libro *Ricordi traumatici* (già citato: come nell'esperimento, già analizzato, di suggestione circa la pericolosità di certi cibi, che induce successivo evitamento di quei cibi nel soggetto).

Vediamoli comunque nel dettaglio.

Il primo articolo (Van Helvoort, *et al.*, 2019) espone un esperimento eseguito su 80 studenti universitari, a cui veniva somministrato un test per accertare presenza e frequenza di sintomi psicosomatici di lieve entità, ad esempio mal di testa, sonnolenza o mal di pancia (tra l'altro sintomi comunissimi fra studenti universitari). Essi venivano poi messi di fronte a un falso software, creato ad hoc, che fingeva un'analisi dei dati e dava loro come responso che nella loro vita essi devono aver sofferto frequentemente di due fra sei sintomi selezionati fra i 39 del test. Gli studenti dovevano rispondere se erano d'accordo o meno col responso. Poi veniva riproposto il test e avveniva un confronto degli esiti per vedere se dalle risposte degli studenti che erano stati d'accordo col finto software risultavano valori aumentati di sintomi psicosomatici. Dall'analisi dei dati, con il solito salto logico, gli autori deducono che la psicoterapia può far sì che i pazienti, sottoposti a determinati feedback sui loro malesseri, esagerino nel valutare la gravità dei sintomi, con danno del loro benessere.

Il secondo articolo (Wang *et al.*, 2021) sembra alludere a un possibile effetto di distorsione del “circuito della paura”, che sappiamo di fondamentale importanza regolatoria del comportamento. Infatti, le domande da cui partono gli autori sono: «Le memorie relative alla paura possono essere manipolate? E il comportamento condizionato della paura può subirne l'impatto?». Ricompare in apertura l'affermazione che la memoria può essere facilmente manipolata, con la citazione di precedenti esperimenti del gruppo che fa capo a Loftus, circa gli effetti di tecniche di disinformazione aggressiva. Ne deducono che è lecito domandarsi se dando falsi feedback sia possibile manipolare il comportamento di evitamento della paura e la valutazione soggettiva della stessa.

Guardando nel dettaglio l'articolo, sorprende come il disegno sperimentale, che ha coinvolto 52 studenti, sia lontano dal poter dare risposta a quel

quesito. Per “paura” gli autori intendono la risposta condizionata di evitamento indotta dalla percezione di un rumore che dura due secondi, che compare a seguito di una scelta sbagliata del soggetto dell’esperimento: e già la distanza da condizioni in cui davvero si mette in moto il “circuito della paura” appare siderale. La scelta che i soggetti dovrebbero operare per evitare il rumore consiste nell’associare “correttamente” un’immagine a una figura geometrica circolare variamente ornata. Niente infatti negli stimoli dati nel compito di apprendimento della “risposta giusta” richiama minimamente contenuti legati alla paura: richiama più un esperimento per animali da laboratorio che per esseri umani. L’apprendimento è impedito dal fatto che i tentativi del soggetto di trovare una correlazione tra associazione di stimoli e comparsa del rumore sono ostacolati dall’esaminatore che dà feedback intenzionalmente fuorvianti e non traducibili in altre ipotesi di “corrette” associazioni di stimoli. Dopo un po’ i soggetti non ricordano le associazioni precedenti che avevano ritenute corrette né mostrano fiducia in esse, ma soprattutto smettono di mostrare comportamenti evitanti del rumore. Questo esito diremmo che non stupisce, trattandosi di soggetti sperimentali umani, e non topi, che possono adattarsi a un disturbo leggero (che ben poco ha a che fare con la paura...), sapendo che con ciò otterranno crediti per i loro studi universitari.

Ma gli autori invece sostengono che questo studio «potrebbe avere qualche implicazione clinica su come interrompere la generalizzazione della paura senza modificare i ricordi originali di apprendimento della paura». Fanno con ciò riferimento al fatto che essendo il compito assegnato complesso e avendo manipolato soltanto l’associazione al rumore della coppia immagine-figura geometrica, può rimanere nei soggetti il ricordo delle “risposte corrette” individuate quando lo stimolo era relativo solo all’immagine e non era ancora intervenuta la manipolazione dell’esaminatore. Ne deriva un suggerimento non troppo implicito ai terapeuti di lavorare con i pazienti senza “mettere le mani” nei ricordi, ma agendo soltanto sui riflessi condizionati: suggerimento che a nostro avviso si commenta da sé.

Studi sugli effetti dell’EMDR (nello specifico, dei movimenti oculari)

Come premessa va notato che gli autori citati prima, con EMDR intendono l’utilizzo di movimenti saccadici oculari meccanici, avulsi da tutto il protocollo e dal senso dello stesso in una realtà clinica. Dato che questi aspetti non rappresentano la terapia EMDR, le loro affermazioni hanno dei bias importanti. L’applicazione, in una realtà da laboratorio cogni-

tivo, coinvolge in prevalenza un campione di studenti, che vengono messi a confronto con un compito associativo di parole (sulla base del paradigma Deese-Roediger-McDermott¹) o un materiale video evidentemente filmico (non legato a situazioni reali ma fittizie), con un basso coinvolgimento emotivo. In uno studio del 2019 dello stesso gruppo di ricercatori, precedentemente rivisto per il libro *Ricordi traumatici* (Malacrea, 2021), l'ipotesi da dimostrare era la maggiore suggestionabilità dei soggetti sottoposti a movimenti oculari se confrontati con quelli che non erano stati sottoposti ai movimenti oculari prima del compito richiesto (ricordo corretto di dettagli periferici del video di un incidente d'auto, dopo lettura di uno script falsato sull'evento). Uno studio successivo di un altro gruppo di ricercatori, con un campione più numeroso e lo stesso disegno sperimentale, smentiva del tutto le conclusioni del gruppo di Maastricht.

Rivediamo sommariamente i contenuti degli articoli recenti che convergono su questa tematica.

Uno è una sorta di indagine conoscitiva circa le credenze degli psicoterapeuti a riguardo dell'esistenza di "memorie repressate" nei loro pazienti (Houben *et al.*, 2019). Contrariamente a quanto il titolo suggerisce, non si rilevano differenze tra il gruppo che pratica l'EMDR e chi utilizza altri metodi terapeutici. Un altro, che utilizza il paradigma DRM (Houben *et al.*, 2020), viene definito dagli autori stessi come «far removed from clinical practice». Un terzo (Kenchel *et al.*, 2020) introduce l'idea che occorre stare in guardia perché non è chiara la connessione tra EMDR e falsi ricordi, senza aggiungere altro. E un quarto (Houben, *et al.*, 2021) avanza una critica al protocollo EMDR così come proposto in Olanda (fra l'altro non utilizzato in altri Paesi perché consiste in una distorsione del protocollo riconosciuto di Shapiro, come già spiegato in precedenza), per l'uso che viene fatto di termini che nel contesto del metodo hanno un chiaro significato metaforico, ma qui sono interpretati in modo letterale come una imposizione al paziente di pensare per immagini fotografiche.

Nel protocollo modificato da ten Broeke e de Jongh (2016) il paziente viene invitato a guardare il film di tutta la sequenza del ricordo dall'inizio

¹ Il paradigma DRM (prende il nome dai suoi creatori, Deese, Roediger e McDermott) nasce allo scopo di studiare il fenomeno della suggestione e la sensibilità che le persone hanno ad essa. Consiste nella presentazione di una lista di parole a cui seguirà un compito di rievocazione in cui le parole presentate verranno presentate insieme a nuove parole, tra cui sono presenti delle parole "critiche", ovvero legate concettualmente alle parole della lista iniziale. Il soggetto deve discriminare le vecchie parole da quelle nuove, indicando se ricorda chiaramente di averle già sentite prima o se sa di averle sentite, ma non riesce a richiamare dettagli del ricordo. Si può eseguire anche in versione "visiva", con immagini al posto delle parole.

alla fine e di identificare l'immagine peggiore. Si chiede al paziente un'immagine in cui vede se stesso. Se il paziente non visualizza se stesso nell'immagine, gli viene chiesto "Dove ti vedi nell'immagine?". Invece, nel protocollo standard di Francine Shapiro viene semplicemente chiesto l'immagine peggiore del ricordo, oppure la più rappresentativa.

La conseguenza, secondo Houben e colleghi, sarebbe la falsa aspettativa del paziente di vedere materializzarsi davvero nella sua mente nitidi fotogrammi degli eventi traumatici target: cosa che potrebbe indurlo ad arricchire di falsi dettagli il suo reale materiale mnestico sulla base della aspettativa indotta dal terapeuta (cosa che non avviene in una terapia EMDR che segue il protocollo di Francine Shapiro). Ma se si guardano i risultati dello studio sperimentale, l'ipotesi paventata non sembra abbia riscontri. Infatti gli autori presentano ai soggetti sperimentali, con mezzi più o meno incisivi (video, foto, o secondo il solito), le istruzioni che li indurrebbero a supporre di poter avere una memoria fotografica e verificano quanto i soggetti si attendono di recuperare in modo vivido un ricordo traumatico e quanto giudichino attendibili le istruzioni e il terapeuta stesso. La sorprendente conclusione è che solo i soggetti che hanno ricevuto le istruzioni con il video sono più propensi ad aspettarsi il recupero mnemonico vivido. Ma quanto ci credano davvero e basino su questo il giudizio sulla affidabilità del terapeuta è «at chance level», casuale. Il che porta a supporre che questo aspetto non sia determinante né nell'approccio alle proprie memorie né nel percorso terapeutico, contraddicendo l'azzardata ipotesi degli autori che possa indurre addirittura una produzione di falsi ricordi (di quest'aspetto non c'è peraltro traccia nel disegno sperimentale). Ma l'articolo più significativo e che raccoglie tutte le "non dimostrazioni" contenute nei precedenti articoli citati, definite come "corpus of research", è quello di Otgaar *et al.* (2021). Esso ha l'esplicito intento di frenare il credito che l'EMDR sta ottenendo presso i clinici e nella ricerca, scoraggiandone in ogni modo l'utilizzo in vista di una eventuale comparsa del paziente in procedimenti legali. Gli autori, che si definiscono "memory experts", puntano il dito su diverse componenti dell'EMDR che possono minare l'accuratezza della memoria.

Anche se sarebbe già motivo di riflessione il riferimento a quel "corpus of research" di cui non vediamo una chiara consistenza, abbiamo esaminato nel dettaglio le argomentazioni presentate. Ne deriva una serie di supposizioni, il cui risultato globale non è solo scoraggiare l'EMDR, ma anche qualsiasi terapia che comporti una ristrutturazione cognitiva del paziente, in vista di eventuali procedimenti legali.

Di base, viene adottata come definitiva l'ipotesi che l'effetto dell'EMDR derivi da un sovraccarico della memoria di lavoro connesso al doppio com-

pito di ricordare e di eseguire movimenti saccadici. A seguito di ciò si verificherebbe una deflazione della immaginazione, nella sua vividezza ed emozionalità, come in altri metodi dual-task. Benché la ricerca sia in ancora in corso, sappiamo oggi che esistono altre teorie circa il funzionamento dell'EMDR, più illuminanti e convincenti perché integrate alle conoscenze sulla particolarità neurobiologica delle memorie traumatiche, con prove sperimentali e neurofunzionali ben più complesse. Infatti, la quasi totalità degli studi di neuroimmagini identifica nell'amigdala la regione cerebrale che invariabilmente si attiva nel momento in cui un paziente viene confrontato con la propria memoria traumatica e questo fenomeno è tanto più intenso quanto più la stessa memoria è datata e intrusiva. D'altra parte, è stato ampiamente dimostrato come l'EMDR contribuisca a fare migrare l'engramma di queste memorie traumatiche, patologicamente ritenuto nelle regioni limbiche, verso regioni della neocorteccia nelle quali le stesse vengono correttamente elaborate, contestualizzate e cognitivizzate, processo che va di pari passo con la remissione dei sintomi (Pagani *et al* 2012; Pagani *et al* 2015; Landin-Romero *et al* 2018). Sorprende che gli autori scelgano di ignorare questi studi di neuroimmagini funzionali che dimostrano il solido fondamento neurobiologico della terapia. Tuttavia, seguendo il loro ragionamento, l'EMDR sembrerebbe rappresentare un pericolo di disinvestimento e riduzione del contenuto mnestico.

Successivamente si avanza invece la preoccupazione che l'EMDR possa dar luogo a qualcosa di opposto, che viene presentata come una nuova sindrome, *la SIRE*: ovvero Saccadic-Induced Retrieval Enhancement, cioè facilitazione del recupero mnemonico provocato da movimenti saccadici, produttore di falsi ricordi spontanei. Gli studi su cui si basa questa conclusione, sempre prodotti dallo stesso gruppo, utilizzano come test di memoria o il paradigma DRM (cioè test mnemonici su associazioni di parole) o la discriminazione tra immagini di visi leggermente differenti per dettagli. Non si riscontrano nell'immediato differenze di prestazioni tra il gruppo che riceve i movimenti oculari (e non: EMDR) e quello che non li riceve; ma a distanza di 24-48 ore il gruppo che ha ricevuto i movimenti oculari ha prestazioni inferiori. Gli autori segnalano questo come un risultato particolarmente interessante in quanto nella realtà raramente i pazienti effettuano terapia EMDR o vengono intervistati come testimoni subito dopo avere vissuto un'esperienza, ma potrebbero avere effettuato EMDR prima di essere intervistati dalla polizia. Subito dopo affermano che, come un altro autore segnala, «i movimenti oculari probabilmente non incidono sulla suscettibilità alla disinformazione, né sembrano facilitare la memoria, ma sembrano aumentare falsi ricordi spontanei». Non si può fare a meno di notare che, pur cercando

di considerare con serietà l'insieme di queste supposizioni e ragionamenti di apparente significato opposto e poco congruente, la tenue base sperimentale lontanissima dalla realtà effettiva dei soggetti che subiscono esperienze traumatiche, la parificazione di errori di memoria su dettagli periferici in condizioni di laboratorio alla produzione di falsi ricordi di aver subito abuso sessuale, compongono un quadro tanto inconsistente da sembrare surreale.

Ma non basta. L'argomentazione successiva riguarda il fatto che «un importante polo in questo dibattito è la prevalenza di persone che credono nel concetto controverso di memorie represses». Vengono qui ripresi i loro articoli in cui veniva fatta una indagine relativa alla diffusione, tra gente comune e professionisti, di questa credenza pericolosa: che concludeva che essa era presente molto spesso tra terapeuti EMDR. A ciò si aggiunge che quando vengono recuperati in terapia ricordi di abusi precedentemente ignorati, cosa che riguarda una bassa percentuale di pazienti, i metodi terapeutici comprendono anche l'EMDR. Mettendo insieme questi dati, gli autori suggeriscono che *credere alle memorie represses* potrebbe condurre i terapeuti a cercare di far affiorare suggestivamente ricordi nascosti, cosa che potrebbe alla fine condurre alla creazione di falsi ricordi di abuso sessuale. In giudizio queste memorie riaffiorate susciterebbero diffidenza e conflitto tra terapeuti e psicologi giuridici.

Anche qui, prendiamo atto che, tra i ricordi eventualmente riaffiorati in terapia, quelli che preoccupano sembrano essere soltanto quelli di abuso sessuale, che appunto con più probabilità conducono ad azioni giudiziarie: e, va sottolineato, non tanto per scelta delle vittime quanto per la maturata percezione della società e del legislatore di questi come crimini particolarmente odiosi e da reprimere. Circa l'individuazione proprio dell'EMDR come maggiormente pericoloso su quel punto, i dati citati sembrano forzati, in quanto la credenza che esistano ricordi traumatici bloccati è diffusa in varie categorie di persone e negli psicologi clinici in generale; e i ricordi traumatici recuperati in terapia, almeno stando allo studio francese da loro citato, fanno riferimento in generale a terapia cognitivo comportamentale e a terapie centrate sul trauma, tra cui anche l'EMDR. Resta poi la questione di fondo, sul fatto che non viene considerata l'annosa contrapposizione tra il loro Modello Socio-Cognitivo della dissociazione e il Modello Basato sul Trauma, praticamente condiviso da tutto l'ambito clinico e oggi sostenuto anche da studi neurobiologici. Per quale ragione dovrebbe quindi essere pericoloso accettare letture dei funzionamenti psichici così ampiamente sostenute e documentate?

Viene poi ripresa la critica al protocollo EMDR in uso in Olanda (Dutch protocol), di cui si è già parlato.

Parte poi un attacco a tutto campo a “certe terapie”. Anche senza pressioni suggestive del terapeuta il semplice aiuto a riformulare cognitivamente i ricordi e l’attribuzione di significato agli stessi, operazione che sappiamo fondamentale e proficua in ogni terapia specie se di tipo cognitivo, potrebbe alterare la memoria e portare quindi alla produzione di falsi ricordi.

L’ultimo attacco è segnalare che “certe terapie” possono fare star male il paziente, proprio per l’emergere di spiacevoli ricordi durante la cura, cosa che secondo una citazione degli autori riguarderebbe un terzo circa dei pazienti. Anche qui appare surreale che queste evenienze assai comuni non siano viste come la via faticosa attraverso cui sarà possibile passare dallo scarico sintomatico alla integrazione mentale e quindi a un maggior benessere, accompagnati dal terapeuta, ma come un danno in sé inutilmente inferto ai pazienti.

La parte finale dell’articolo riassume tutte le precedenti considerazioni, definendo ciò che direbbe un “memory expert” se interrogato circa le memorie traumatiche delle vittime («e.g. of childhood abuse», ribadendo la principale preoccupazione degli autori) dopo terapia con EMDR. Vengono considerati i due scenari possibili: ricordi già presenti al paziente prima della terapia e ricordi emersi durante la terapia. In ambedue i casi fare una terapia è sinteticamente indicato come un fattore di rischio per la credibilità del paziente, con ovvie ripercussioni sul procedimento giudiziario.

Alla luce di tutto quanto già sopra dettagliato, possiamo dire che questo articolo, così carente sul piano della solidità delle argomentazioni, ha almeno il merito di fornire un panorama esaustivo di come vengono condotte in tribunale le battaglie su questi aspetti, minando l’idoneità a testimoniare della presunta vittima. Non resta che augurarsi che anche chi opera in campo giudiziario non venga indotto a sopravvalutare ipotesi e sperimentazioni che hanno molti limiti, come quelle che abbiamo analizzate in modo approfondito in questo articolo.

Il punto di vista clinico

Vediamo ora il punto di vista di chi fa psicoterapia e in particolare utilizza l’EMDR.

È indubbio che un terapeuta di qualsiasi approccio che induca ricordi o suggestioni in un paziente non fa il suo lavoro in modo etico e potrebbe essere considerato un comportamento di malpractice: ciò è valido per tutte le psicoterapie.

Tuttavia, è altrettanto indubitabile che i ricordi del paziente e il loro flusso negativo ancora nel presente sulla sua visione di sé, della vita, delle

relazioni siano al centro di tutte le psicoterapie. Usuale è poi il fatto che il paziente arrivi alla psicoterapia con una serie di ricordi e di valore attribuito agli stessi non raramente impreciso e falsato, e che nel corso della terapia il curante si trovi a seguirlo e accompagnarlo nello sviluppo di catene mnestiche più complesse e a volte impreviste, la cui meta finale è mentalizzare e ri-narrare la propria esperienza in modo da non esserne più ferito e sopraffatto. Questo modello operativo è già descritto magistralmente da Freud nel suo primo periodo, quando era fermamente convinto che i ricordi di traumi reali stessero alla base dei sintomi (vedi come esempio la stupefacente conferenza tenuta alla società di psichiatria e di neurologia di Vienna nella primavera del 1896). Ma anche con tutte le revisioni e gli sviluppi successivi, rimane vero che il ruolo terapeutico è basato sul paziente, sui suoi bisogni e sulla sua storia. La maggior parte dei terapeuti potrebbe riportare eventi che il paziente condivide nell'ambito della terapia, dove si trovano esempi di esperienze di trascuratezza, maltrattamenti, abbandoni, abusi psicologici o emotivi, oltre a volte molestie e abusi sessuali. Questo è un lavoro molto comune a quasi tutti gli approcci in psicoterapia e riguarda tutte le sindromi patologiche. Per esempio, quando si lavora con un paziente che ha sviluppato una depressione, nella formulazione e concettualizzazione del caso si cerca di capire cosa ha contribuito a questo disturbo e spesso troviamo una storia complessa, con esperienze di abbandono, maltrattamenti, lutti, ecc. Questo tipo di lavoro e di raccolta anamnestica per capire la storia del paziente e comprendere come ha sviluppato certi sintomi o difficoltà viene fatto di routine e precede ogni lavoro terapeutico con qualsiasi approccio, al fine di identificare i fattori di rischio, predisponenti e precipitanti di certi disturbi mentali e/o del disagio psicologico. Nel 2013 il DSM-5 indica di cercare proprio i fattori che possono aver contribuito a far sviluppare i vari disturbi.

È evidente che la psicoterapia non può cambiare la storia del paziente o cancellare i ricordi o formare falsi ricordi di eventi che il paziente non ha vissuto. L'obiettivo generale di qualsiasi psicoterapia non dovrebbe essere quello di modificare i ricordi, ma di trasformare il vissuto a essi correlato e la prospettiva con cui si guarda la propria storia e il proprio valore come persona.

Il materiale mnestico rilevante del paziente può essere costituito da ricordi riferiti dall'inizio al terapeuta, come anche da ricordi recuperati successivamente all'interno del lavoro terapeutico, in assenza di sollecitazioni e senza che venga detto al paziente che i suoi sintomi potrebbero essere il risultato di ricordi "rimossi" di esperienze traumatiche pregresse, inconcepibile in una pratica clinica etica e rispettosa.

Tuttavia, che esistano le cosiddette "repressed memories" (ricordi rimosi) non è neanche più un tema controverso, in questo momento, dato che dal

punto di vista diagnostico, clinico e della ricerca, ci sono stati molti sviluppi confermativi. Il DSM-5 (2013) riporta nel capitolo sui Disturbi Dissociativi alcuni sintomi e aspetti di questi disturbi che rientrano nella definizione di Amnesia Dissociativa. A pagina 345 si legge: «L'amnesia dissociativa consiste molto spesso in un'amnesia circoscritta o selettiva per uno/alcuni specifico/i evento/i». In particolare descrive l'*amnesia sistematizzata* dove i ricordi di esperienze traumatiche (in genere abusi sessuali) vengono dissociati dalla coscienza e inquadrati nella diagnosi di Disturbi Dissociativi. «Nell'amnesia sistematizzata, l'individuo perde il ricordo di una specifica categoria di informazioni (per es. tutti i ricordi relativi ad abusi sessuali nell'infanzia)» (p. 346). Tra le caratteristiche associate a supporto della diagnosi di Amnesia dissociativa, il DSM-5 afferma: «Sono comuni storie di traumi, abusi infantili e persecuzione. La durata degli eventi dimenticati può variare da minuti fino a decenni. Alcuni individui possono gradualmente ricordare i ricordi dissociati anni dopo». Per quanto riguarda i fattori di rischio riporta: «È più probabile che l'amnesia dissociativa si verifichi in presenza di un alto numero di esperienze avverse nell'infanzia, in particolare abuso fisico e/o sessuale» (p. 347). Quindi, stiamo parlando di un inquadramento diagnostico riportato non solo dal DSM-5, ma anche dal ICD 11: per questo motivo i terapeuti che identificano questi sintomi non lo fanno per via di una loro "credenza" ma per una doverosa capacità diagnostica e clinica. Stupisce che ci siano ancora posizioni contrarie alla possibilità che ci siano ricordi dissociati e che ignorano questi meccanismi e questi disturbi.

Se dalla teoria passiamo all'esperienza clinica, constatiamo che la maggior parte dei terapeuti dei diversi approcci trova nei processi terapeutici dei ricordi che all'improvviso emergono nei pazienti durante la terapia. Questo meccanismo in genere è dato dal fatto che la terapia è per definizione un "setting sicuro", che contiene, risolve e riduce il disagio e le emozioni negative, e quindi questo facilita l'emergere di ricordi, di emozioni, di frammenti di vita e di eventi in modo naturale e spontaneo. Questo non riguarda l'azione del terapeuta, ma un meccanismo molto conosciuto e comune che si osserva in molte terapie.

L'EMDR

Quanto alle specificità dell'EMDR nel suo rapporto con le memorie del paziente, sappiamo che questo metodo terapeutico si basa sul trattamento dei *ricordi* di esperienze traumatiche (incidenti, lutti, aggressioni, ecc.), e non viene applicato se il ricordo non c'è o non è accessibile. Tipicamente in una

terapia con EMDR, il paziente riferisce nell'anamnesi gli eventi che possono aver contribuito al disturbo che lo porta in terapia. Dopo un'attenta raccolta anamnestica e formulazione del caso, nell'ambito della relazione terapeutica e degli obiettivi terapeutici si può procedere con l'elaborazione dei ricordi di quelle esperienze traumatiche "chiave" nella storia del paziente che sono legate al suo problema attuale. Per fare un esempio, in un caso di ansia sociale, si elaborano ricordi di esperienze di bullismo, di umiliazioni in pubblico, di critiche, ecc. che il paziente può riferire come collegate al suo problema attuale, nel senso che abbiano potuto contribuire a sviluppare la sua ansia sociale nel tempo.

L'elaborazione durante la terapia EMDR porta a distanziare le immagini più traumatiche, man mano che il processo di elaborazione fa fare al paziente dei collegamenti più adattivi, più funzionali e più risolutivi.

Il terapeuta non suggerisce né ha un atteggiamento suggestivo, anzi viene insegnato nei corsi di formazione sulla terapia EMDR a non intervenire durante il processo di elaborazione del paziente, in modo da non interferire con esso. Francine Shapiro afferma che il terapeuta dovrebbe evitare categoricamente di chiedere dettagli a proposito di un evento o di interpretarlo. È importante che siano i pazienti a trarre le loro conclusioni sui propri ricordi, senza essere influenzati dal terapeuta (Shapiro, 2019). Il terapeuta non mette in discussione quanto riferito dal paziente. Anche se questo è confuso, impreciso, con lacune e sovrapposizioni, si affida al tempo la possibilità di acquistare maggiore lucidità e oggettività. Nel protocollo standard di Francine Shapiro non vengono date delle istruzioni di vedere tutto come se fosse un video dell'evento e non si creano aspettative su quello che deve succedere, come spiegato in precedenza, ma viene chiesto soltanto di identificare l'immagine peggiore dell'evento oppure la più rappresentativa.

È quindi molto improbabile che nella terapia EMDR si creino dei falsi ricordi perché l'input da parte del terapeuta è minimo, il paziente è quello che durante la seduta fa collegamenti interni e si osservano spesso degli insight spontanei.

L'obiettivo di un terapeuta che lavora con EMDR è arrivare a elaborare le informazioni immagazzinate in modo disfunzionale in memoria (ricordi di esperienze traumatiche ancora non elaborate), a cui il paziente accede e che condivide con il terapeuta nell'ambito della psicoterapia. Una volta che vengono focalizzate le esperienze che hanno portato a far sviluppare nel tempo un disturbo, nel caso dell'EMDR viene applicato il protocollo per rielaborare il ricordo di queste esperienze, con l'obiettivo di desensibilizzare la parte emotiva (la vergogna, il senso di impotenza o rabbia che il paziente può sentire quando ricorda l'evento) ancora attuale e di aiutare così a cambiare la prospet-

tiva cognitiva su di sé (in termini anche di ristrutturazione cognitiva). Infatti, la persistenza di una intensa carica emotiva nel presente non è più adattiva: al paziente non è funzionale provare lo stesso dolore, rabbia o vergogna su ricordi di esperienze avvenute molti anni prima, su questo non c'è controversia.

Nell'elaborazione tipica di un ricordo traumatico con l'EMDR, le immagini, le convinzioni e credenze e le emozioni negative diventano sempre più neutre, il ricordo perde la sua carica emotiva negativa, risultando in un processo di desensibilizzazione. Allo stesso tempo il paziente discrimina meglio quello che è successo ed è consapevole dei propri processi. Al termine della seduta di EMDR l'evento viene re-immagazzinato e codificato in memoria in forma più adattiva, sana e non stressante.

In una terapia EMDR non vengono ricercati ricordi "nascosti" o "rimossi", ma esperienze di vita che possono aver contribuito al problema che porta il paziente in terapia (per es. capire le esperienze che hanno contribuito a formare certi schemi cognitivi disfunzionali come "non valgo" o "sono inadeguato").

L'EMDR altera i ricordi?

È fondato il dubbio che con l'EMDR, e in particolare con l'utilizzo dei movimenti oculari, ci può essere un pericolo specifico di alterazione del contenuto dei ricordi del paziente?

Come descritto prima, i movimenti oculari nel protocollo EMDR riducono la vividezza e l'emotività di esperienze traumatiche. Infatti, è noto nei disturbi post-traumatici il problema dell'intrusività e il rivivere a livello emotivo immagini e riattivatori (reminders) del ricordo dell'esperienza traumatica. Il protocollo EMDR permette di desensibilizzare e rielaborare il ricordo, in questo modo il paziente dopo il trattamento riesce a pensare e a ricordare quello che è successo senza riviverlo e con una prospettiva più costruttiva. Questo permette la risoluzione dei sintomi del disturbo post-traumatico, in quanto il paziente non avrà più l'intrusività delle immagini dell'evento traumatico (flashback, incubi, ecc.).

Notiamo che molti ricordi traumatici nel tempo perdono la loro carica emotiva e la loro vividezza spontaneamente, anche in assenza di una psicoterapia. Questo è un processo naturale e adattivo, che avviene regolarmente anche senza movimenti oculari, il nostro sistema innato di elaborazione delle informazioni porta nel tempo a ridurre la vividezza e la carica emotiva dei ricordi di alcune esperienze. Lo sperimentiamo quando dopo qualche tempo o anni ricordiamo esperienze negative che sono state vissute, ma le vediamo più lontane, con una carica emotiva minore (per esempio ricordi dell'adole-

scenza, di umiliazioni, ecc.): ciò dipende dalla naturale capacità di guarigione del nostro cervello. Non si tratta di una compromissione della memoria, ma di un processo adattivo e funzionale per la persona; men che meno può preludere alla creazione di falsi ricordi.

Inoltre, i movimenti oculari sono dei meccanismi fisiologici e innati, legati a molte funzioni cognitive. L'utilizzo durante il protocollo EMDR semplicemente accelera questo processo naturale.

Gran parte della ricerca sull'EMDR, attraverso randomized controlled trials fatti sulla componente dei movimenti oculari, ha sempre indicato che essa crea una riduzione della vividezza dei ricordi negativi (Hout *et al.*, 2001), un aumento della focalizzazione su informazione positiva e un aumento nella valutazione di informazioni false, incrementando la precisione del richiamo di informazioni corrette.

In una loro pubblicazione Propper and Christman (2008) analizzano 9 ricerche che avevano studiato i vari effetti dei movimenti oculari. Hanno dimostrato molto chiaramente che i movimenti oculari facilitano il recupero di informazioni corrette e riducono il recupero di informazioni non corrette (Parker *et al.*, 2008). Molti altri studi in questo campo sono stati pubblicati negli anni successivi, confermando le stesse osservazioni, cioè che i movimenti oculari facevano discriminare meglio le informazioni corrette da quelle non corrette. In un altro studio, Lyle *et al.* (2008) dimostrarono che c'era un richiamo di informazioni più precise dopo una serie di movimenti oculari.

È stato anche ampiamente dimostrato che i movimenti oculari possiedono un ruolo associato a processi cognitivi e alle funzioni corticali di ordine superiore (Amadeo & Shagass, 1963; Antrobus *et al.*, 1964; Fisher *et al.*, 1978; Monty, 1976; Ringo *et al.*, 1994) e che tale ruolo è correlato a un cambiamento a livello di prospettiva cognitiva (Antrobus, 1964).

In questo contesto de Voogd *et al.* (2018) hanno dimostrato come l'estinzione della paura possa essere accelerata con i movimenti oculari che innescano una temporanea soppressione dell'attività dell'amigdala (de Voogd *et al.*, 2018). D'altra parte, i movimenti oculari stimolano l'attività colinergica a sua volta associata a processi di apprendimento ed elaborazione delle informazioni a livello corticale superiore (Elofsson *et al.*, 2008).

Il punto di vista giudiziario

Un discorso a parte richiede l'incrocio tra esigenze terapeutiche ed esigenze giudiziarie. Sappiamo infatti che una certa quota delle esperienze sfavorevoli dei pazienti è l'esito di azioni colpevoli, perseguite per legge.

Il ruolo di uno psicoterapeuta non è centrato sullo stabilire la verità e sulle colpevolezze o condanne in tribunale. E non è neppure comune che il paziente arrivi alla terapia con l'obiettivo di portare in tribunale un suo familiare o altri per gli eventi che ha vissuto, anche se fossero penalmente perseguibili. Tuttavia, può accadere che nel corso del trattamento maturi nel paziente l'esigenza di trovare riconoscimento anche in giustizia; e ancor più cogente diventa la situazione se il paziente è minorenne e ancora sottoposto alla convivenza con l'autore delle sue esperienze traumatiche. Sappiamo che conciliare compiti di cura e di protezione del paziente, impedendo almeno la continuazione delle esperienze sfavorevoli che già l'hanno segnato, sono compiti imprescindibili del sistema di cura (Herman, 1992; Malacrea, 1998). E anche se non è il terapeuta ad agire in prima persona, la sua posizione non può sottrarsi a quella qualità di "testimone clinico" della natura post traumatica del malessere del suo paziente, pena sottrarsi al sostegno che gli è dovuto in una relazione terapeutica.

Per quanto possibile, una posizione prudente è consigliabile, nell'interesse anche del paziente e del processo di cura e riparazione delle ferite, interesse preminente rispetto all'impegnarsi in una battaglia spesso molto incerta per ottenere riconoscimento dei danni subiti. Ma a volte (vedi la situazione delle vittime minorenni) è impossibile evitare un coinvolgimento.

A questo punto, dato che per i reati sessuali è ammesso basare il giudizio soltanto sulla testimonianza della presunta vittima, per via del carattere segreto degli eventi, è necessario sapere che il campo di battaglia sarà il paziente, la sua testimonianza, e quindi i suoi ricordi; e la psicoterapia come ambito di legittimazione degli stessi e di sostegno. L'articolo ampiamente sopra analizzato di Otgaar e colleghi (2021), come si diceva, presenta proprio l'arsenale con cui si combatte questa battaglia legale (cfr. pp. 21-24).

Nel suddetto articolo, il lavoro terapeutico con qualsiasi approccio viene visto come negativo, introducendo il dubbio che potrebbe distorcere i ricordi o modificarli, e in generale creare dei danni alla memoria, anche se, come abbiamo dettagliato, non ci sono basi scientifiche al riguardo: men che meno per la terapia EMDR. Ciò vale non solo per i ricordi che emergono all'improvviso in terapia, ma anche per i ricordi di cui il paziente è consapevole, che ha presente da sempre nella sua storia e che riferisce in ambito psicoterapeutico.

Shapiro (2019) nel suo manuale EMDR, Principi fondamentali, protocolli e procedure, sconsiglia di fare EMDR nel caso in cui la persona debba testimoniare in un processo, oppure di farlo dopo aver depositato i verbali, ecc. Durante il trattamento con EMDR, l'immagine rappresentativa dell'evento potrebbe sbiadire o vedersi più lontana, anche se il paziente sarà ancora in grado di riferire quello che è successo.

Quando ci sono procedimenti legali in corso (o in previsione) è pertanto necessario ottenere il consenso informato di tutte le parti in causa². I terapeuti dovrebbero spiegare che dopo il trattamento con EMDR il paziente potrebbe: 1) non essere in grado di avere accesso a un'immagine vivida dell'evento, 2) non raccontare più l'evento con estrema partecipazione emotiva (Shapiro, 2019, p. 128).

La stessa raccomandazione viene fatta nelle formazioni ufficiali di EMDR.

Queste raccomandazioni non devono tuttavia ingenerare l'idea che utilizzare l'EMDR possa danneggiare la memoria di un paziente, né portargli danno sulla sua capacità testimoniale. Né esimono il terapeuta da personali e complesse valutazioni nell'interesse clinico del paziente.

Soprattutto il terapeuta, e questo è l'obiettivo di questo articolo, può poggiare con tranquillità sulla convinzione che, per quanto certe tesi possano avere credito in ambito giudiziario, non è stata prodotta ad oggi letteratura scientifica fondata rispetto alla possibilità di alterare veri ricordi traumatici in una psicoterapia correttamente attuata, producendone addirittura di falsi.

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.
- Amadeo M. & Shagass C. (1963). Eye movements, attention and hypnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 136(2): 139-145. DOI: 10.1097/00005053-196302000-00004.
- Antrobus J.S., Antrobus J.S. & Singer J.L. (1964). Eye movements accompanying daydreaming, visual imagery, and thought suppression. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(3): 244-252. DOI: 10.1037/h0041846.
- APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association. (trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- Battista F., Mangiulli I., Herter J., Curci A. & Otgaar H. (2020). The effects of repeated denials and fabrication on memory. *Journal of Cognitive Psychology*, 32(4): 369-381. DOI: 10.1080/20445911.2020.1767626.
- Battista F., Mangiulli I., Riesthuis P., Curci A. & Otgaar H. (2021). Do liars really remember what they lied upon? The impact of fabrication on memory. *Memory*, 29(8): 1076-1090. DOI: 10.1080/09658211.2021.1960380.

² Ovviamente riferito a un contesto giudiziario diverso da quello italiano e inapplicabile se la vittima è minorenni.

- Bernstein D.M., Laney C., Morris E.K. & Loftus E.F. (2005). False memories about food can lead to food avoidance. *Social Cognition*, 23(1): 11-34.
- Brewin C.R. & Andrews B. (2017). Creating Memories for False Autobiographical Events in Childhood: A Systematic Review: Creating false childhood memories. *Applied Cognitive Psychology*, 31(1): 2-23. DOI: 10.1002/acp.3220.
- Calado B., Luke T.J., Connolly D.A., Landström S. & Otgaar H. (2021). Implanting false autobiographical memories for repeated events. *Memory*, 29(10): 1320-1341. DOI: 10.1080/09658211.2021.1981944.
- Courtois C.A. (2001). Implications of the Memory Controversy for Clinical Practice: An Overview of Treatment Recommendations and Guidelines. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(3-4): 183-210. DOI: 10.1300/J070v09n03_09.
- de Voogd L.D., Kanen J.W., Neville D.A., Roelofs K., Fernández G. & Hermans E.J. (2018). Eye-Movement Intervention Enhances Extinction via Amygdala Deactivation. *The Journal of Neuroscience*, 38(40): 8694-8706. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.0703-18.2018.
- Dodier O., Otgaar H. & Lynn S.J. (2021). A Critical Analysis of Myths About Dissociative Identity Disorder. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, S0003448721003395. DOI: 10.1016/j.amp.2021.10.007.
- Elofsson U.O.E., von Schëele B., Theorell T. & Söndergaard H.P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4): 622-634. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.05.012.
- 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. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4): 245-258. DOI: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8.
- Fisher D.F., Monty R.A. & Perlmutter L.C. (1978). Visual recognition memory for binary pictures: Another look. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 4(2): 158-164. DOI: 10.1037/0278-7393.4.2.158.
- Freud S. (1968). Opere 1892-1899, *Progetto di una psicologia e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ghetti S. (2003). Memory for nonoccurrences: the role of metacognition. *Journal of Memory and Language*, 48: 722-739.
- Ghetti S. & Alexander K.W. (2004). «If It Happened, I Would Remember It»: Strategic Use of Event Memorability in the Rejection of False Autobiographical Events. *Child Development*, 75(2): 542-561. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00692.x.
- Herman J.L. (1992). *Trauma and recovery*. London: Basic Books (trad. it.: *Guarire dal trauma*. Roma: MAGI, 2005).
- Houben S.T.L., Otgaar H. & Roelofs J. (2021). Psychological Myths as Therapeutic Instructions in Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *The Journal of Psychology*, 155(2): 129-139. DOI: 10.1080/00223980.2020.1839374.
- Houben S.T.L., Otgaar H., Roelofs J., Smeets T. & Merckelbach H. (2020). Increases of correct memories and spontaneous false memories due to eye movements when memories are retrieved after a time delay. *Behaviour Research and Therapy*, 125: 103546. DOI: 10.1016/j.brat.2019.103546.
- Houben S.T.L., Otgaar H., Roelofs J., Wessel I., Patihis L. & Merckelbach H. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) practitioners' beliefs about memory. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 8(3): 258-273. DOI: 10.1037/cns0000211.

- Hout M., Muris P., Salemink E. & Kindt M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(2): 121-130. DOI: 10.1348/014466501163571.
- Irwanda D.Y., Maulina D., Sekarmewangi T.H., Putri K.M. H., Otgaar H. & Bücken C. (2021). The effect of different delivery modes of misinformation on false memories in adolescents and adults. *Journal of Cognitive Psychology*, 1-9. DOI: 10.1080/20445911.2021.1994980.
- Kenchel J.M., Domagalski K., Butler B.J. & Loftus E.F. (2020). The messy landscape of eye movements and false memories. *Memory*, 1-8. DOI: 10.1080/09658211.2020.1862234.
- Landin-Romero R., Moreno-Alcazar A., Pagani M., Amann B.L. (2018). How does Eye movement desensitization and reprocessing therapy work? A systematic review on the proposed mechanisms of action. *Frontiers in Psychology*, 9, art. 1395. DOI:10.3389/fpsyg.2018.01395.
- Lanius R.A., Brand B., Vermetten E., Frewen P.A. & Spiegel D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications: Dissociative Subtype of PTSD. *Depression and Anxiety*, 29(8): 701-708. DOI: 10.1002/da.21889.
- Loftus E.F. & Pickrell J.E. (1995). The Formation of False Memories. *Psychiatric Annals*, 25(12): 720-725. DOI: 10.3928/0048-5713-19951201-07.
- Lyle K.B., Logan J.M. & Roediger H.L. (2008). Eye movements enhance memory for individuals who are strongly right-handed and harm it for individuals who are not. *Psychonomic Bulletin & Review*, 15(3): 515-520. DOI: 10.3758/PBR.15.3.515.
- Lynn S.J., Maxwell R., Merckelbach H., Lilienfeld S.O., Kloet D. van H. der & Miskovic V. (2019). Dissociation and its disorders: Competing models, future directions, and a way forward. *Clinical Psychology Review*, 73: 101755. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.101755.
- Malacrea M. (1998). *Trauma e riparazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Malacrea M., Lorenzini S. (2002). *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazional*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Malacrea M. (a cura di) (2021). *Ricordi Traumatici. Vecchi dubbi, nuove certezze*. Milano: FrancoAngeli.
- Mangiulli I., Hover N., Howe M.L. & Otgaar H. (2021a). Crime-Related scenarios do not lead to superior memory performance in the survival processing paradigm. *Journal of Cognitive Psychology*, 1-13. DOI: 10.1080/20445911.2021.2010737.
- Mangiulli I., Jelicic M., Patihis L. & Otgaar H. (2021b). Believing in dissociative amnesia relates to claiming it: A survey of people's experiences and beliefs about dissociative amnesia. *Memory*, 29(10): 1362-1374. DOI: 10.1080/09658211.2021.1987475.
- Mangiulli I., Otgaar H., Jelicic M. & Merckelbach H. (2021). A Critical Review of Case Studies on Dissociative Amnesia. *Clinical Psychological Science*, 216770262110181. DOI: 10.1177/21677026211018194.
- Merckelbach H., Otgaar H. & Lynn S.J. (2022). Empirical research on fantasy proneness and its correlates 2000-2018: A meta-analysis. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 9(1): 2-26. DOI: 10.1037/cns0000272.
- Monty R.A. (2017). *Eye Movements and Psychological Processes*. Routledge. DOI: 10.4324/9781315438054.
- Nairne J.S., Thompson S.R. & Pandeirada J.N.S. (2007). Adaptive memory: Survival processing enhances retention. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 33(2): 263-273. DOI: 10.1037/0278-7393.33.2.263.

- Otgaar H., Houben S.T.L., Rassin E. & Merckelbach H. (2021). Memory and eye movement desensitization and reprocessing therapy: A potentially risky combination in the courtroom. *Memory*, 29(9): 1254-1262. DOI: 10.1080/09658211.2021.1966043.
- Otgaar H., Howe M. L., Dodier O., Lilienfeld S.O., Loftus E. F., Lynn S.J., Merckelbach H. & Patihis L. (2021). Belief in Unconscious Repressed Memory Persists. *Perspectives on Psychological Science*, 16(2): 454-460. DOI: 10.1177/1745691621990628.
- Otgaar H., Howe M.L., Mangiulli I. & Bücken C. (2020). The impact of false denials on forgetting and false memory. *Cognition*, 202, 104322. DOI: 10.1016/j.cognition.2020.104322.
- Otgaar H., Howe M.L. & Patihis L. (2021). What science tells us about false and repressed memories. *Memory*, 1-6. DOI: 10.1080/09658211.2020.1870699.
- Otgaar H., Wang J., Dodier O., Howe M.L., Lilienfeld S.O., Loftus E.F., Lynn S.J., Merckelbach H. & Patihis L. (2020). Skirting the issue: What does believing in repression mean? *Journal of Experimental Psychology: General*, 149(10): 2005-2006. DOI: 10.1037/xge0000982.
- Pagani M., Di Lorenzo G., Monaco L., Daverio A., Giannoudas I., La Porta P., Verardo A.R., Niolu C., Fernandez I. & Siracusano A. (2015). Neurobiological response to EMDR therapy in clients with different psychological traumas. *Frontiers in Psychology – Psychology for Clinical Settings*, 6, art. 1614. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01614.
- Pagani M., Di Lorenzo G., Verardo A.R., Nicolais G., Monaco L., Lauretti G., Russo R., Niolu C., Ammaniti M., Siracusano A. & Fernandez I. (2012). Neurobiology of EMDR – EEG imaging of treatment efficacy. *PLOS ONE*, 7: e45753.
- Parker A., Relph S. & Dagnall N. (2008). Effects of bilateral eye movements on the retrieval of item, associative, and contextual information. *Neuropsychology*, 22(1): 136-145. DOI: 10.1037/0894-4105.22.1.136.
- Patihis L., Ho L.Y., Loftus E.F. & Herrera M.E. (2021). Memory experts' beliefs about repressed memory. *Memory*, 29(6): 823-828. DOI: 10.1080/09658211.2018.1532521.
- Piedfort-Marin O., Rignol G. & Tarquinio C. (2021). Le trouble dissociatif de l'identité: Les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(4): 374-385. DOI: 10.1016/j.amp.2021.02.026.
- Propper R.E. & Christman S.D. (2008). Interhemispheric Interaction and Saccadic Horizontal Eye Movements Implications for Episodic Memory, EMDR, and PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4): 269-281. DOI: 10.1891/1933-3196.2.4.269.
- Ringo J.L., Sobotka S., Diltz M.D. & Bunce C.M. (1994). Eye movements modulate activity in hippocampal, parahippocampal, and inferotemporal neurons. *Journal of Neurophysiology*, 71(3): 1285-1288. DOI: 10.1152/jn.1994.71.3.1285.
- Rogers M. (1995). Factors influencing recall of childhood sexual abuse, *Journal of Traumatic Stress*, 8(4): 691-713.
- Schopen K., Otgaar H., Howe M.L. & Muris P. (2021). Effects of forewarnings on children's and adults' spontaneous false memories. *European Journal of Developmental Psychology*, 1-21. DOI: 10.1080/17405629.2021.1904877.
- Shapiro F. (2014). *Getting past your past: Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*. Rodale: Macmillan.
- Shapiro F. (2019). *EMDR il manuale: Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Shaw J. & Vredeveltdt A. (2019). The Recovered Memory Debate Continues in Europe: Evidence From the United Kingdom, the Netherlands, France, and Germany. *Clinical Psychological Science*, 7(1): 27-28. DOI: 10.1177/2167702618803649.

- ten Broeke E., de Jongh A., Hornsveld H. (2016). *EMDR STANDAARDPROTOCOL*, testo disponibile al sito: www.emdr.nl/wp-content/uploads/2016/03/EMDR-STANDAARDPROTOCOL-2016-DEF-laatste-versie.pdf.
- van Helvoort D., Otgaar H. & Merckelbach H. (2020). Worsening of Self-Reported Symptoms Through Suggestive Feedback. *Clinical Psychological Science*, 8(2): 359-365. DOI: 10.1177/2167702619869184.
- Wang J., Smeets T., Otgaar H. & Howe M.L. (2021). Manipulating Memory Associations Minimizes Avoidance Behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 15: 746161. DOI: 10.3389/fnbeh.2021.746161.
- WHO – World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision), testo disponibile al sito: icd.who.int/.