

Domande e risposte sul tema delle memorie traumatiche. Intervista di Angelo Zappalà alla Prof.ssa Giuliana Mazzoni



Giuliana Mazzoni*, Angelo Zappalà**

In che modo il trauma influenza la memoria di quell'esperienza traumatica ed esistono tecniche per facilitare l'accesso alle memorie traumatiche?

Su questo aspetto in realtà vi sono diverse posizioni in letteratura; da una parte ci sono quelli che sostengono che il trauma influenzi la memoria, ossia che la blocchi o ne modifichi il percorso di codifica, per cui l'esperienza veramente traumatica viene codificata non tanto attraverso un percorso che coinvolge l'ippocampo, quanto piuttosto attraverso un percorso che coinvolge l'amigdala. Questo comporta che coloro che hanno una posizione un po' estrema sostengono la presenza di memorie non verbalizzabili. Per cui non rimane una memoria di tipo dichiarativo, ma una memoria "del corpo". Il trauma verrebbe quindi codificato e memorizzato più come emozione e come esperienza corporea che poi crea problematiche psicologiche, piuttosto che come possibilità di descrivere verbalmente quello che è successo. In realtà, però, se uno guarda la letteratura, questa posizione è solo in parte confer-

* Ph.D., Prof. psicologia generale, Sapienza, Università di Roma; via dei Marsi 78 – 00185 Roma; e-mail: giuliana.mazzoni@uniroma1.it.

** Ph.D., psicoterapeuta, criminologo clinico, direttore CBT.ACADEMY (Scuola di psicoterapia cognitiva comportamentale in ambito clinico e forense); Via della Rocca 2 – 10123 Torino; e-mail: direttore@cbt.academy.

mata; i lavori più recenti a proposito della codifica dicono che le emozioni molto forti per esempio coinvolgono anche l'ippocampo oltre all'amigdala, e ciò comporta che una componente dichiarativa comunque rimanga. Quindi questo che cosa vuol dire? Significa che è vero che esiste un coinvolgimento dell'amigdala, quindi c'è una "memoria del corpo", ma vuol dire che sono proprio casi estremi quelli in cui non c'è la possibilità di ricordare in modo dichiarativo l'avvenimento. Quindi quando si va a esaminare un trauma, per esempio nei casi di abuso, nei casi di maltrattamento, nei casi di violenza domestica, non è vero che le persone non ricordano il trauma, è vero però che hanno delle componenti emotive, non verbali, corporee, ma non è vero che non ricordano niente. Queste amnesie da trauma avvengono soltanto in casi peculiari, ma ci sono condizioni specifiche perché avvenga un fenomeno del genere. Ciò non vuol dire che parlare di un avvenimento traumatico sia facile, vuol dire soltanto che non si è dimenticato, che di solito non c'è un'amnesia, quindi è potenzialmente parlabile e potenzialmente descrivibile. Anche se non è descrivibile in tutti i dettagli, perché è comunque una situazione traumatica che, come tutte le situazioni emozionalmente molto forti, fanno sì che l'attenzione si direzioni su alcuni elementi e altri vengano omessi, non elaborati, non codificati o codificati in maniera più superficiale e che quindi non siano ben presenti e ben integrati nella memoria. Parlare quindi di una situazione traumatica comunque rappresenta il parlarne dal punto di vista del dichiarato, rappresenta una narrativa che è comunque potenzialmente lacunosa, potenzialmente focalizzata su elementi che sono probabilmente molto accurati se l'attenzione è stata messa a fuoco proprio lì, mentre altri elementi che potrebbero essere anche molto importanti potrebbero essere omessi, sbagliati o in qualche modo frutto di attività successive di inferenza e di interpretazione.

Per riassumere, i punti che ho trattato fino adesso sono: non è vero che il trauma lo si dimentica *tout court*, ma ci sono dei casi in cui il trauma crea amnesia. Di solito del trauma si può parlare, ma questo non vuol dire che parlarne sia facile e che il ricordo del trauma sia particolarmente accurato, ci possono quindi essere omissioni ed errori di commissione, quindi parti di errori che in realtà derivano da interpretazioni successive di quanto accaduto, e dalle considerazioni che uno fa. Ci sono poi delle tecniche che sono state messe in piedi anche dalla polizia. Ce n'è una per esempio della polizia del New Jersey (attualmente ho ancora poca familiarità con quelle dell'Italia ma mi sto aggiornando anche su quelle), vere e proprie linee guida su come intervistare ad esempio donne vittime di violenza domestica. Quello che indicano queste procedure è come intervistare e come considerare le vittime di trauma, su che cosa insistere, su cosa non insistere,

che cosa dire, come tranquillizzare, come entrare in relazione, come fare in modo che raccontino a qualcuno totalmente sconosciuto un avvenimento molto personale, sconvolgente, intimo; quindi ci sono tutta una serie di tecniche proprio per facilitare la comunicazione dell'avvenimento traumatico. Il compito della polizia ad esempio in questi casi non è assolutamente quello dello psicologo. Qui in Italia con il codice rosso viene utilizzata la figura dell'ausiliario di polizia, si tratta di solito di psicologi, spesso psicologi clinici, ma totalmente impreparati. Alcuni sanno quello che fanno, ma molti in realtà scambiano questo tipo di attività come un'attività di presa in carico di un paziente e questo è molto sbagliato perché non è la presa in carico di un paziente, ma è l'ascolto di un avvenimento con conseguenze penali, e quindi occorre che uno sappia come condurre questo ascolto. Ripeto, ci sono anche linee guida della polizia, come quella del New Jersey, ma uno deve comunque sapersi porre ai fini dell'intervista in una maniera che sia da un lato adeguatamente empatica, dall'altro adeguatamente neutrale, dubbiosa e consapevole dei propri processi mentali di completamento delle situazioni. Nel senso che se una donna ti dice: "È successo A, poi è successo C", automaticamente ci viene da inserire un avvenimento B che può seguire A e spiegare C, ma non è necessariamente vero che questa interpretazione sia corretta, poiché il B è frutto delle nostre operazioni mentali che tendono a completare il quadro di un accadimento. Noi psicologi che svolgiamo questo tipo di funzione come ausiliario di polizia giudiziaria dobbiamo in realtà essere consapevoli di questi processi automatici che mettiamo in atto. L'altra cosa di cui gli ausiliari di polizia giudiziaria che sono psicologi clinici devono essere consapevoli sono vari altri fenomeni, quali ad esempio in che misura uno sposi la tesi della vittima, quanto la vittima richiama temi che possono coinvolgere chi svolge l'intervista, quanto la vittima fa compassione, quanto in realtà fa sì che chi ascolta richieda giustizia per lei. Gli psicologi clinici su questi aspetti dovrebbero essere più preparati rispetto ad altri tipi di psicologi, e riconoscere con facilità i casi in cui vengono attivati i propri vissuti emotivi, personali e mentali che poi vengono riversati in interviste su casi di abuso e violenza, anche se invece sarebbe necessario evitare di sentirsi coinvolti ed essere consapevoli di questo fenomeno. E questo perché può accadere che chi svolge l'intervista completa lei/lui il narrato della vittima, e sposa la tesi della vittima, diventa colei/colui che chiede giustizia per chi ha subito violenza. In realtà questo non è davvero il ruolo di chi conduce un'intervista, che deve invece mantenere un ruolo molto neutro, di chi ascolta, di chi prende appunti, di chi cerca di capire, di chi mette la persona a suo agio e così via.

Ma è vero che i ricordi di esperienze traumatiche spesso non sono accessibili alla coscienza perché la “mente” è in grado di bloccare inconsciamente le memorie di esperienze traumatiche a causa del loro contenuto doloroso?

Nella letteratura sulla memoria sono stati studiati gli effetti del blocco intenzionale di contenuti ed è questo il paradigma di Mike Anderson detto “Think no Think”. Con questo paradigma ho lavorato anche molto ed è in effetti un fenomeno che esiste, nel senso che effettivamente si possono bloccare contenuti della memoria utilizzando per esempio delle strategie di pensiero diversivo. Quindi se quel contenuto che voglio evitare sta per venirmi in mente, io penso a qualcos’altro. Ci sono dei lavori che dicono che si può in qualche modo non dico bloccare il ricordo, ma comunque rendere il ricordo meno facilmente accessibile. È però vero che questi lavori sono fatti su materiale neutro, ovvero su parole come potrebbero essere “cane”, “bottiglia”, “quadro” e “penna”, quindi parole fondamentalmente di tono emozionale neutro. Ci sono anche dei lavori fatti con parole emozionalmente cariche, o che ricordano potenziali situazioni traumatiche tipo “sangue”, “botte”, “ematomi”, “ferite”. In questi casi, secondo Mike Anderson, si trova un effetto simile, quindi di blocco, ma in realtà io ho lavorato su questi aspetti e non ho mai pubblicato nulla perché è un effetto *flimsy* si dice in inglese, ovvero un effetto che va preso proprio con le molle, nel senso che lo si ottiene soltanto se proprio lo si vuole ottenere, se si utilizza esattamente la stessa procedura, dettaglio dopo dettaglio, come fatto da Anderson. Si tratta quindi di un effetto che non è così forte e solido da poter dire: “Sì, uno assolutamente riesce a bloccare il ricordo”. No, è un effetto che si “trova ogni tanto, e in modo relativamente debole, quindi fondamentalmente la mia risposta è: “Potrebbe anche essere, ma per adesso non c’è nessuna dimostrazione adeguata”.

I ricordi di esperienze traumatiche possono rimanere inaccessibili alla coscienza per anni e poi improvvisamente essere ricordati? Quali sono a suo avviso le competenze specifiche che lo psicologo dovrebbe avere per l’ascolto dei minori ai fini delle indagini preliminari e quanto è importante adottare un protocollo per intervistare i minori presunti abusati?

Anche in questo caso ci sono due schieramenti opposti, e poi persone che hanno posizioni più moderate e io faccio parte di queste ultime perché non credo nella verità di posizioni estreme dato che nella scienza le posizioni estreme non esistono, si tratta troppo spesso solo di soltanto posizioni ideologiche. Quindi, sempre attenendomi ai fatti, è importante considerare i dati,

e i dati ci dicono che uno dei fenomeni della memoria è il “Cued recall”, ossia il ricordo con gli agganci. Questo tipo di procedura aiuta a riportare alla memoria cose che in realtà non sarebbero state ricordate tramite il ricordo libero, quindi il “Cued recall” porta ad avere una quantità maggiore di ricordi oppure più dettagli rispetto al “Free recall”, quando invece il ricordo è libero (in risposta a richieste del tipo “Raccontami quello che vuoi”). Con il ricordo “suggerito”, ad esempio, se viene chiesto di ricordare qualcosa in relazione alla parola “cane” vengono in mente dettagli sul cane. Quindi è vero che il dare suggerimenti, o il trovarsi in un contesto specifico, può riattivare dei ricordi altrimenti non accessibili. Secondo me c’è però un salto di qualità tra il dire che si possono riattivare dei ricordi quando la situazione ha degli agganci e dire “Mi sono dimenticata per 30 anni qualcosa e poi me lo ricordo”. In realtà nei casi giudiziari che ho seguito il fenomeno che ho trovato è che questi ricordi recuperati non sono necessariamente dei ricordi, nel senso che sono degli affioramenti di immagini mentali che poi vengono interpretati, elaborati, ripensati ecc., dopodiché dopo tre mesi, un anno, diventano un ricordo. Ma questo ricordo non è più dal mio punto di vista un ricordo, è un’elaborazione a posteriori di qualcosa che forse sarà anche un ricordo, ma che a quel punto non sappiamo cosa sia perché c’è stato tutto il lavoro di elaborazione, e questo lavoro di solito nei casi giudiziari che ho conosciuto è un lavoro di interazione in cui il terapeuta aiuta nell’interpretazione. Parlando di questo “aiuto” del terapeuta, trovo questo tipo di procedura pericolosissimo perché il terapeuta tende a mettere in bocca al paziente dei contenuti che in realtà non provengono genuinamente dal vissuto del paziente stesso, ma da quello che noi li spingiamo a dire. Li spingiamo in una certa direzione quando il paziente in realtà vorrebbe andare probabilmente in un’altra, per cui sono un prodotto anche nostro questi ricordi del paziente, e per questo invito ciascun terapeuta alla responsabilità e alla cautela. A questo proposito vorrei menzionare anche il problema della reificazione del narrato in terapia. Su questo vorrei fare un esempio che secondo me è illustrativo; una cosa è se un paziente mi dice: “Io mi ricordo dei grandi vermi bianchi nella mia vasca da bagno, mi facevano schifo”. Come terapisti prendiamo queste affermazioni come metafora di un vissuto, di un’esperienza, di un’emozione, di un rapporto precedente, e quindi andiamo a esplorarne il significato come metafora, considerandolo quindi non come un avvenimento reale ma come un messaggio che ci viene mandato. Se una persona invece ci dice “Mi ricordo quei due orsi bruni che erano nella macchina 500 di mia mamma e che tutte le volte che ci entravo mi facevano terribilmente paura”, come terapisti tendiamo a reificare questo ricordo, nel senso che consideriamo questo ricordo come più reale di quello precedente, in cui l’orso diventa

l'uomo cattivo o gli uomini cattivi che entravano nella 500 della mamma e facevano paura al bambino. Andiamo quindi a cercare un fondamento di realtà vissuta in una situazione che invece secondo me ha la stessa valenza dei grandi vermi bianchi nella vasca da bagno. A seconda della comunicazione del paziente noi terapisti siamo portati ad interpretare in modo diverso qualcosa che invece dovremmo interpretare nello stesso modo, come una comunicazione di un disagio o di un vissuto che il paziente ci fa, ci propone e che quindi noi dobbiamo cercare di esplorare con le cautele del caso e con la saggezza, la competenza necessaria per capire che cosa ci vuol comunicare questo paziente. Poi può anche darsi che in tutti e due i casi la cosa si riferisca ad aver assistito all'abuso sessuale, ad aver subito violenza da parte di adulti di sesso maschile, qualunque cosa, ma non è corretto usare due pesi e due misure nella comunicazione di un paziente che resta la comunicazione di un vissuto soggettivo piuttosto che di un avvenimento realmente accaduto. Vorrei fare anche un altro esempio, di Janet, e del suo intervento con Marie, una paziente che soffriva come molte donne a quel tempo di forme isteriche (di somatizzazione) gravi, perché si trattava sempre della *fin du siècle* nella quale isteria e disordini somatici erano molto di moda. Janet aveva ipnotizzato Marie e usato la regressione di età per portare la paziente nel momento in cui sarebbe avvenuto il trauma infantile, per recuperarne il ricordo. Allo stesso tempo Janet poi, una volta recuperato il ricordo, utilizzava esattamente la stessa tecnica per modificare questo ricordo e renderlo meno traumatico. Se si pensa bene, questa è una sorta di contraddizione nei termini perché la prima volta considerava il ricordo recuperato come ricordo vero, la seconda volta sapeva perfettamente che, utilizzando la stessa tecnica, stava inducendo un ricordo falso. Questo è l'altro esempio che volevo usare per raccomandare cautela, considerando il ruolo che noi abbiamo come terapisti, e la responsabilità che abbiamo nei confronti di un paziente quando ci comunica qualcosa. Certamente noi possiamo formulare ipotesi e avere dei sospetti, e dobbiamo approfondire le ipotesi ed eventualmente indagare sui sospetti, ma dobbiamo farlo con tutta una serie di consapevolezza, di filtri di consapevolezza relativa ai nostri vissuti e ai nostri processi mentali che talvolta invece mancano. Secondo me le guerre tra quanti hanno posizioni estreme sul tema della domanda sono dovute al fatto che i terapisti si sono mossi come un elefante in un negozio di porcellane, in modo molto maldestro e in un qualche senso facendo anche errori molto importanti. Può darsi che alcuni di questi casi clinici fossero in realtà anche vere situazioni di trauma dovuto a violenza e abuso, ma a un certo punto la realtà dei fatti è indeterminabile perché l'intervento del terapeuta è un intervento determinante, un intervento che guida, un intervento che direziona.

A volte i pazienti, durante la psicoterapia, ricordano di aver subito abusi sessuali durante l'infanzia. Di questi eventi precedentemente non avevano nessun ricordo. Cosa ci può dire su questo fenomeno e cosa dovrebbe fare, e non fare, uno psicoterapeuta che si trova di fronte a questa situazione.

In grandissima parte su questo ho già risposto e ripeto che ci sono delle situazioni in cui effettivamente una persona improvvisamente ricorda qualcosa, ma bisogna fare estrema attenzione tra quello che una persona ricorda e la funzione che ha quel ricordo in quella fase specifica della terapia, in quella fase dello sviluppo del rapporto terapeutico eccetera eccetera, ma queste sono cose che gli psicologi clinici sanno molto bene.

Sempre rispetto ai ricordi di presunti abusi....cosa fare quando non emerge un vero e proprio ricordo, ma solo una memoria di tipo sensoriale. Come deve trattarla lo Psicoterapeuta? Se fosse solo un'impressione o una suggestione? Come si può contenere il rischio di stimolare nel paziente un falso ricordo?

Che cosa si fa? Uno nota le manifestazioni del paziente, nel senso che assolutamente non ometterei questo come segnale possibile che indica abuso, ma non spingerei e soprattutto non lo interpreterei necessariamente e immediatamente come segnale d'abuso. Anche in questo caso le faccio un esempio, ci sono tante situazioni in cui quando un bambino ha forme di diarrea frequente, mal di pancia, incubi e qualche disturbo di apprendimento, quando insomma comincia a trovarsi male a scuola, nasce il sospetto è che ci sia stato un abuso, abuso sessuale. In realtà non è necessariamente l'interpretazione corretta, e neppure quella che deve essere ipotizzata con maggiore frequenza. Occorre infatti fare in modo serio una diagnosi differenziale e verificare se c'è un'infezione virale oppure no, se ci sono delle condizioni organiche che potrebbero spiegare quanto accade al bambino, Se dall'altra parte si trattasse solo di sintomi psicologici, bisognerebbe comunque capire se effettivamente l'unica spiegazione debba essere l'abuso, oppure se per esempio possa essere il fatto che è nato un fratello, che ha cominciato andare a scuola, che la madre ha iniziato a lavorare, che il padre ha abbandonato la famiglia, che è cambiata l'insegnante a scuola, che può essere arrivato un bambino che lo morde in faccia, ecc. Quindi quello che io di solito suggerisco in questi casi è di formulare un ventaglio di possibilità esplicative, delle quali una è l'abuso sessuale, ma non è l'unica come non è necessariamente quella vera. E in terapia andrei a esplorare queste varie possibilità. Eventualmente, oltre

che con i bambini, parlerei anche con i genitori, con gli insegnanti, mi attivei anche in altri sensi, ma soprattutto è proprio l'impostazione mentale del terapeuta che non deve essere a tunnel, ovvero considerare quell'unica ipotesi perché in questo momento mi è attiva in mente (seguendo un processo di pensiero che è stato ben illustrato da Daniel Kahneman quando parla dell'euristica della disponibilità per cui un'ipotesi più pensata viene in mente prima, o quando parla dell'euristica della rappresentatività, per la quale l'abuso sessuale è l'elemento più rappresentativo di una certa categoria di disturbi). Occorre mantenere un pensiero aperto, critico sulla situazione, formulare quindi tutta una serie di ipotesi che vanno valutate un po' come fa uno scienziato. Va considerato per esempio che il Base Rate dell'abuso sessuale è molto basso. È disponibile una ricerca dell'Istituto degli Innocenti di Firenze, come anche una ricerca del Cismai, Terre Des Hommes, quindi svolta da professionisti che credono anche in una prevalenza alta dell'abuso sessuale, e i risultati di queste ricerche mostrano che in campione di bambini attenzionati dagli assistenti sociali, quindi bambini in situazioni di rischio, l'abuso sessuale è il 4% sul 100% dei disturbi, mentre, se non ricordo male, la percentuale relativa al maltrattamento sarebbe superiore al 60%. Questi dati ci dicono che l'abuso sessuale esiste, ma non è il problema principale e quindi se un bambino sta male uno pensa prima a cause che sono più frequenti nella popolazione, che non sono necessariamente l'abuso sessuale.

Esistono dei modi per riconoscere le false memorie? In altre parole, è possibile discriminare i falsi ricordi dai ricordi genuini?

Io credo sia importante distinguere tra la menzogna e le false memorie. La menzogna è caratterizzata dal fatto che uno sa di mentire, ovvero intenzionalmente mente, crea una realtà alternativa credibile all'ascoltatore. Quindi vengono messi in atto tutta una serie di processi mentali abbastanza complessi all'interno della creazione di una menzogna, ma soprattutto c'è l'intenzionalità e il fatto che la persona sia consapevole del fatto che sta creando una realtà alternativa che sia convincente, e questo è stato documentato anche in bambini. I falsi ricordi invece sono caratterizzati dall'inconsapevolezza, nel senso che pur essendo ricordi falsi vengono considerati come ricordi veri. Poi in alcune circostanze, e io sono stata tra i primi a studiare queste cose, le persone si rendono conto che sono ricordi falsi perché ci sono contraddizioni forti, perché sono impossibili, perché altri affidabili negano che siano accaduti. Ad esempio, esistono persone della mia età che si ricordano di essere state in campo di concentramento, un fatto che non è assolutamente possibile perché sono troppo giovani. Tuttavia sono ricordi molto vividi, pur

non essendo veri. Si possono trovare anche aneddoti riferiti da Janet, o da Oliver Sacks, per esempio, e racconti di persone che ad esempio dicono: “Mi ricordo quando sono stata inseguita da un dinosauro, me lo ricordo benissimo, ma ho imparato quando avevo 10 anni che i dinosauri non esistono”. Il ricordo però resta vivissimo. Altri ricordano: “Mi ricordo quando volavo con le ali, poi ho capito che non poteva essere possibile, quindi ho smesso di crederci, ma me lo ricordo benissimo”. Esistono quindi molti ricordi falsi di cui una persona si rende conto a posteriori quando si incontrano informazioni che rendono i ricordi impossibili, o contraddittori rispetto alla realtà, ma che, finché non c'è contraddizione con la realtà, vengono considerati da chi ricorda come ricordi di avvenimenti realmente accaduti. Soggettivamente sono ricordi veri e quindi la persona ci crede, li considera parte del proprio vissuto, proprio come accade per un ricordo di una cosa effettivamente avvenuta. Per questo motivo quindi identificare un ricordo falso è difficilissimo proprio perché non è una bugia, non è una menzogna intenzionale, è una costruzione mentale che sembra decisamente vera. Chi ascolta sta ascoltando un ricordo ritenuto vero da chi lo racconta.

Prima di testimoniare in audizione protetta i minori devono essere valutati idonei a testimoniare. Quali strumenti e quali dimensioni è necessario indagare per rispondere al quesito sull'idoneità a testimoniare nei casi di presunte vittime di abuso sessuale.

Questa è una domanda che implica una risposta molto lunga, ma purtroppo le devo rispondere a questo punto molto brevemente. L'idoneità a testimoniare secondo me non dipende tanto dall'individuo, ma dalla circostanza, nel senso che, a meno che non ci siano delle patologie conclamate, patologie neurologiche, patologie dello sviluppo, patologie psicologiche eccetera eccetera, tutti siamo idonei in principio a testimoniare. Ma siamo tutti idonei a testimoniare sulla situazione X? Questo dipende dall'iter della situazione. Ad esempio consideriamo l'ipotetico caso in cui sia io a dover testimoniare. Sono certamente *compus mea*, nel senso che so di che cosa parlo e di solito ne parlo anche con competenza, ho un contatto buono con la realtà, e quindi sono idonea a testimoniare. Ma se nel corso delle indagini (e anche prima che si svolgano le indagini ufficiali) sono sentita molte volte da più persone, le domande che mi sono state fatte hanno deformato la mia interpretazione delle cose, sono stata forzata a dire cose non vere, mi sono stati portati argomenti che mi fanno pensare che le cose devono essere diverse, se mi hanno detto “Immagina” e poi hanno lavorato su queste mie immagini mentali, io, anche se in principio come persona sono idonea a testimoniare, per quella

situazione in realtà non sono più realmente idonea. Manca in questo caso l'idoneità specifica a testimoniare per quella specifica situazione. Ritengo quindi che l'idoneità a testimoniare sui fatti dipenda dall'iter della testimonianza, da quante volte una persona è stata sentita e come. Come è stata sentita? Cosa le è stato suggerito? Cosa le è stato detto? Secondo me appunto la cosa importante è valutare questo iter per capire poi se una persona può testimoniare su una certa cosa, sia bambino che adulto. E i bambini in realtà possono testimoniare, i bambini anche molto piccoli possono testimoniare, basta che vengano ascoltati in modo aperto, chiedendo un ricordo libero, invece di ricevere domande suggestive dopo essere stati ascoltati molte, troppe volte, da genitori, insegnanti, assistenti sociali ecc.

Secondo lei è meglio posticipare l'intervento terapeutico sulla presunta vittima in un momento successivo all'audizione protetta?

Anche questo è un argomento abbastanza complesso ma per questioni di tempo fornisco una risposta molto semplice. In primis, la persona che svolge l'ascolto sui fatti non può essere il terapeuta, ci deve essere assolutamente una completa divisione dei ruoli, non può nemmeno essere la stessa persona che svolge due ruoli diversi. I due professionisti, diversi, secondo me non devono neppure comunicare troppo tra di loro, perché chi si occupa dell'ascolto deve apprendere quanto accaduto dal testimone, e non dalla collega che ha in terapia il testimone. Certamente un testimone può anche andare in terapia prima di essere ascoltato, ed essere in terapia quando poi si svolge l'incidente probatorio, ma occorre che il terapeuta non lavori sugli avvenimenti che sono oggetto di indagine, ossia è importante che non vada a cercare che cosa è realmente accaduto, e che non suggerisca al bambino o all'adulto avvenimenti, interpretazioni, e cose non accadute. Quindi la situazione ideale sarebbe un'audizione protetta immediata e poi terapia perché questo potrebbe proprio di per sé completamente evitare, bloccare ogni forma di commistione, questa sarebbe la situazione ideale. Certamente l'audizione protetta dovrebbe essere fatta molto rapidamente perché non si possono lasciare persone che hanno bisogno di terapia per tempi lunghi senza aiuto, senza essere accolte, senza essere prese in carico. Ma il momento dell'incidente probatorio rappresenta di per sé un tema complesso che qui non posso trattare.