

# **IL PROCESSO AL DR. FOTI: UN PROCESSO ALLA PSICOTERAPIA DEL TRAUMA**

## **INDICE**

### 1. LE ACCUSE E I REATI

- 1.1. “Frode processuale” comunque ...
- 1.2. “Lesioni gravissime”
- 1.3. La ritrattazione di Veronica

### 2. LA CONDIZIONE DELLA PAZIENTE ALL'INIZIO DELLA PSICOTERAPIA

- 2.1. Il confronto tra la Veronica rappresentata dai servizi e la Veronica che emerge dalle sedute videoregistrate.
- 2.2. Le stigmate emotive dell'abuso
- 2.3. I sintomi di ripetizione
- 2.4. La dialettica del trauma e le difese dissociative

### 3. L'ESAME DELLE SEDUTE VIDEOREGISTRATE

- 3.1. Un compito peritale non rispettato
- 3.2. La madre di Veronica smentisce se stessa
- 3.3. Borderline a seguito di una psicoterapia?
- 3.4. La psicoterapia che fa stare peggio?
- 3.5. Il convincimento di Veronica sull'abuso infantile patito e la condivisione partecipe della madre
- 3.6. La “seconda violenza” subita da Veronica
- 3.7. Veronica smentisce se stessa
- 3.8. La psicoterapia del dr. Foti: l'escalation delle accuse
- 3.9. La negazione della problematica sessuale di preesistente alla psicoterapia
- 3.10. La negazione del trauma e dei suoi effetti
- 3.11. La teoria del falso ricordo
- 3.12. L'utilizzo dell'EMDR

### 4. LA CONFUSIONE TRA L'INTERVENTO TERAPEUTICO E IL L'INTERVENTO PSICOLOGICO-FORENSE

- 4.1. L'incomprensione della specifica finalità di cura della terapia
- 4.1. La mancanza di empatia verso le vittime
- 4.2. L'intelligenza emotiva: agli antipodi della suggestione
- 4.3. La Carta di Noto

## 5. CONCLUSIONI. IL PROCESSO A GALILEI. LE RICADUTE CULTURALI E PROFESSIONALI DEL PROCEDIMENTO

### 1. LE ACCUSE E I REATI

#### 1.1. Frode processuale comunque...

Il dr. Foti è accusato di “frode processuale” e di “lesioni gravissime” in un procedimento penale che presenta aspetti di persecuzione ideologica ai suoi danni. Il procedimento riguarda una paziente Veronica Soletti, che è arrivata dai Servizi Sociali della Val d'Enza in quanto a loro affidata con provvedimento del 09.04.2015 del TM di Bologna. Lo stesso TM di Bologna, in data 05.11.2015 decideva la sospensione della potestà genitoriale del padre nonché l'immediata sospensione dei rapporti della minore con il padre, disponendo che *“il servizio sanitario metta a disposizione delle minori psicologico o psicoterapeutico, prescritto dalle norme, per la cura dei traumi in età evolutiva”*. Questo mandato dunque presupponeva da parte del Tribunale il riconoscimento dell'esistenza di un trauma da curare. Il dott. Foti si è pertanto impegnato a rispondere a questo mandato che gli veniva richiesto dal servizio sociale affidatario e dalla AUSL di Reggio. L'esigenza di lavorare sul trauma si mostrava confermata dalle informazioni che provenivano al dr. Foti dalla precedente psicoterapeuta della ragazza e risultava inoltre del tutto coerente con le richieste e i bisogni che la madre della paziente e la figlia all'epoca gli rivolgevano.

A partire dal mese di febbraio 2016 pertanto **il dr. Foti ha dato seguito a quanto disposto dal Tribunale dei Minori di Bologna** perseguendo l'unica ed esclusiva finalità di portare avanti un trattamento del trauma, ascoltare le problematiche della paziente, rispettando le sue emozioni e i suoi bisogni, aiutarla ad affrontare i ricordi non elaborati capaci di sostenere la sua sintomatologia.

Non c'è un passaggio in tutte le sedute videoregistrate della psicoterapia in cui il terapeuta faccia riferimento ad un procedimento giudiziario o alla definizione di una strategia processuale con la paziente, perché ben altri sono i problemi di quest'ultima.

Nel luglio 2019 il Tribunale della libertà fa cadere l'accusa di *“frode processuale”* perché sottolinea che il procedimento penale a carico del padre e di un amico del padre è stato archiviato pochi mesi dopo l'avvio della psicoterapia, per cui il trattamento da parte del dr. Foti non poteva essere finalizzato ad ingannare i giudici.

**Ma la Procura della repubblica di Reggio rilancia l'accusa di “frode processuale”**: è vero - dice la Procura - che il procedimento penale in cui Veronica avrebbe potuto essere ascoltata è stato archiviato, ma restava aperto un fascicolo civile presso il Tribunale per i minorenni sulla richiesta di ripristino della patria potestà.

C'è da precisare però che Veronica Soletti il giorno 27 luglio 2015 (otto mesi prima che conoscesse Foti) era stata già ascoltata dal Tribunale per i Minorenni.

Il procedimento civile in ogni caso si chiude con Decreto Definitivo del 28 settembre 2017 che dichiara il “non luogo a procedere” riguardo a Veronica in quanto la ragazza era diventata, nel frattempo, maggiorenne.

Secondo la Procura la psicoterapia centrata sulle esperienze traumatiche avrebbe potuto alterare lo stato mentale della paziente condizionandone potenzialmente una

testimonianza in sede civile, anche se in questo caso la ragazza dopo la psicoterapia non è mai stata ascoltata in alcun procedimento. La logica accusatoria è dunque quella che una psicoterapia del trauma di un minore non può svolgersi, pena il rischio della *“frode processuale”*, non solo in presenza di un procedimento penale, ma anche in presenza di un procedimento civile, nel quale il minore stesso potrebbe essere audito. Non importa se il minore verrà ascoltato oppure no, non importa se nella suddetta psicoterapia si faccia o, come nel caso della psicoterapia del dr. Foti con Veronica, non si faccia affatto riferimento al procedimento civile in corso.

Siccome – dice l’ordinanza di arresto del GIP degli indagati di Paesello – ci trova di fronte ad un *“reato di pericolo”*, in ogni caso *“le condotte poste in essere hanno indubbia portata di elevata probabilità di incidere”* sui minori alterando la loro mente e dunque non risulta *“necessario che sia dimostrata alterazione dello stato psicologico del minore tale da indurre il ricordo effettivo di un reato inesistente... o che sia provata l’effettiva influenza”* su un’audizione o su una perizia in programma o in corso di svolgimento.

In base alla logica accusatoria (vedi ordinanza del GIP che ha disposto gli arresti<sup>1</sup>) *“attribuire credibilità e attendibilità al racconto dei minori circa gli abusi subiti”* significa in ogni caso *“influenzare... le disposte o disponende perizie”* a prescindere dal fatto che l’abuso sia avvenuto o meno. La medesima Ordinanza parla di *“influenza dei medesimi minori nel senso di accreditare in modo univoco e unilaterale la tesi della sussistenza di reati sessuali ai loro danni, perché hanno immutato o concorso a immutare lo stato psicologico dei minori”* (“immutare” = latinismo che sta per mutare, modificare).

Dunque, se uno psicologo ascolta e prende sul serio una rivelazione di abuso e partecipa con empatia ad una sofferta rivelazione inevitabilmente *“immuta” “lo stato psicologico e personologico dei minori medesimi”*.

In altri termini **prendere sul serio i bambini li altera per definizione**, senza prove che l’alterazione sia avvenuta.... A nulla serve che si dimostri che non ci sia stata suggestione o che il bambino si dimostri non suggestionabile. Semplicemente lo psicologo non deve metterci le mani e non diagnosticare con certezza l’abuso in presenza di un procedimento penale o civile, qualunque sia nello specifico il suo operato. Peraltro, in presenza di un procedimento di qualsiasi tipo, ogni psicoterapia risulterebbe illecita, perché il compito della psicoterapia è quello di “immutare” migliorandolo lo stato mentale del paziente. Quanto al superiore interesse del fanciullo, c’è da domandarsi: **quanto “immuta” non credergli nel caso la sua rivelazione sia fondata?**

## **1.2. “Lesioni gravissime”**

La psicoterapia del dr. Foti si svolge in due tranches: la prima, quasi completamente videoregistrata e dunque facilmente analizzabile, avviene nel corso del 2016 fino ad ottobre-novembre presso l’AUSL di Reggio in un contesto che prevede anche l’assistenza e la formazione di alcuni psicoterapeuti dell’AUSL. La seconda tranche inizia presso la Cura di Paesello nell’aprile del 2017 circa sei mesi dopo la fine della prima tranche e si prolunga nel corso del 2018 in una situazione di nuove problematiche relazionali e familiari della paziente.

Dopo che la difesa del dr. Foti ha consegnato le videoregistrazioni attinenti la prima tranche, la Procura non ha rinunciato al suo aprioristico intento accusatorio. Da un lato

---

<sup>1</sup> Tribunale di Reggio Emilia, Giudice per le indagini preliminari, Ordinanza di applicazione di misura coercitiva, art. 252 c.p.p.

non ha preso atto che gli interventi del terapeuta sono caratterizzati da una posizione di ascolto rispettoso e attento alle emozioni della paziente e da domande aperte, non suggestive, poste con curiosità partecipe. Dall'altro non ha considerato la vicenda familiare e la storia traumatica riferita nella prima seduta dalla madre di Veronica, né le narrazioni che Veronica stessa compie nel corso delle sedute sulle numerose esperienze traumatiche da lei vissute.

Al contrario sulla base di quelle videoregistrazioni e di due perizie di consulenti del TM viene mossa al dr. Foti la nuova accusa di "lesioni gravissime".

Il Dr. Foti viene accusato di aver provocato volontariamente danni iatrogeni sulla paziente. La sua psicoterapia avrebbe indotto false memorie e prodotto malattia nella ragazza, facendole sviluppare un Disturbo di Personalità Borderline (BPD), "**correlato alle induzioni poste in essere dagli operatori, che hanno creato dubbi sulla sua identità e sulla sua storia di vita**"<sup>2</sup>, secondo quanto afferma il perito del PM, dott.ssa Rossi.

Il perito del PM ricorre ad una spiegazione del disturbo dissociativo della paziente, secondo un modello iatrogeno, del tutto irrilevante nella letteratura scientifica, un modello in base a cui è il terapeuta che fa ammalare il paziente, nella misura in cui tenta di riesumare traumi dimenticati e finisce per impiantare false memorie.

In realtà il dr. Foti, come meglio vedremo, si ritrova di fronte ad una sintomatologia post-traumatica e dissociativa. Incaricato di curare il trauma dai servizi che ne avevano ricevuto ordine dal Magistrato, altro non ha fatto che occuparsi di eseguire una psicoterapia del trauma secondo le linee guida internazionalmente riconosciute.

Una vastissima letteratura scientifica<sup>3</sup> afferma che per trattare un disturbo dissociativo occorre comprendere ed intervenire sul trauma che ha generato quel disturbo e lavorare sui ricordi non elaborati del paziente. E' acclarato che **i traumi non vengano integrati nel sistema psichico della persona rimanendo dissociati** dalla sua esperienza emotiva causando la sintomatologia psicopatologica. Inoltre un dato scientificamente riconosciuto, al di fuori da ogni possibile dubbio, è che la dissociazione sia uno stato psicobiologico o tratto, che funziona come una risposta protettiva alle esperienze travolgenti o traumatiche. Cioè, la dissociazione consente una difesa dalle informazioni e dalle emozioni troppo disturbanti, allontanando dalla coscienza ordinaria l'impatto e il pieno significato dell'esperienza traumatica.

**Invece il costrutto "sindrome della falsa memoria", come costrutto clinico, non è mai stato studiato a fondo, operazionalizzato e validato.<sup>4</sup> Non a caso i due codici scientifici diagnostici del mondo, DSM e ICD, non riportano la sindrome della falsa memoria" mentre riportano con dovizia di particolare la sindrome dissociativa.**

La psicoterapia del trauma deve dunque trattare le difese dissociative ed aiutare il paziente ad integrare gradualmente i ricordi non elaborati e tutto questo non può essere a nessun titolo confuso con una tecnica induttiva.

---

<sup>2</sup> Dott.ssa R. Rossi, *Consulenza tecnica su Soletti Wanda e Soletti Veronica*, pag.67.

<sup>3</sup> Da Pierre Janet (*Trauma, coscienza, personalità, Scritti scelti* Cortina) fino ai giorni nostri con le opere di Judith Herman (*Guarire dal trauma*, Magi), di Bessel Van der Kolk (*Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Magi) di Onno van der Hart (*Fantasma del Sé, trauma e trattamento nella dissociazione strutturale*, Cortina), Francine Shapiro (*Lasciare il passato nel passato: tecniche di auto-aiuto nell'EMDR*, Astrolabio) e moltissimi altri.

<sup>4</sup> Loewenstein RJ., Frewen PA., Lewis-Fernández R. Dissociative Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol 1. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkens. 2017:1866–1952.

### 1. 3. La ritrattazione di Veronica

La ritrattazione di Veronica si presta a dare forza alle accuse contro il terapeuta. Il caso in questione rinvia a vicende che si sono ripetute negli Stati Uniti, dove i “recanting patients”, i pazienti ritrattanti e i genitori accusati di abuso hanno promosso una serie di cause legali contro gli operatori della salute mentale, accusando i clinici di aver impiantato false memorie di abuso sessuale e aver creato diagnosi iatrogene di disturbo dissociativo. Nacque anche una Fondazione per la sindrome del falso ricordo, costituita non solo da “esperti” ma anche da genitori che erano imputati di violenze sui figli con la finalità di dimostrare l’infondatezza dei ricordi e delle accuse di abuso.<sup>5</sup> Sin dalle primissime sedute della psicoterapia nel 2016 Veronica aveva elencato con spontaneità e determinazione gli abusi sessuali patiti e le vicende sfavorevoli e traumatiche della propria infanzia e della propria adolescenza. La psicoterapia finisce nel novembre 16, riprende nell’aprile 2017. Alla fine del 2018 la psicoterapia in corso di svolgimento con il dr. Foti viene bruscamente interrotta perché il centro “La cura” viene chiuso. La ragazza va nei mesi successivi a vivere con il padre e ritratta tutto.

La ritrattazione è un comportamento che non è certo raro nei minori vittime di traumi e di abusi infantili. Il processo di elaborazione del trauma è un processo tutt’altro che breve e tutt’altro che indolore. Non può essere portato a termine se il soggetto non è adeguatamente accompagnato dal terapeuta e da una rete di sostegno attorno a lui. In un saggio importante della letteratura del child abuse Sorensen e Snow riferiscono di una ricerca<sup>6</sup>, che ha analizzato la testimonianza di 116 casi di minori abusati nei quali l’abuso è stato accertato in sede giudiziaria (l’imputato ha confessato, oppure è stato condannato, oppure ancora ci sono referti medici che comprovano inequivocabilmente l’abuso). A seguito di questa accurata analisi gli autori arrivano ad affermare che il minore nel corso della rivelazione attraversa quattro fasi: 1) *rifiuto*: il piccolo testimone in questa fase di solito nega l’abuso sia con i familiari che con gli operatori; 2) *svelamento*, a sua volta suddiviso in due sottofasi, e cioè *svelamento per tentativo* e *svelamento attivo*: nella prima sottofase, quando il minore incomincia a rivelare, il racconto è vago, parziale con ammissioni vacillanti e solo successivamente, quando il bambino entra nella sottofase dello svelamento attivo, il racconto si fa più preciso; 3) la *ritrattazione totale o parziale* (nel campione della ricerca sono state ben 22% del totale); 4) la *riaffermazione*: la rivelazione dell’abuso viene riconfermata in una fase successiva nel 93% dei casi della ricerca.

I ritrattanti adulti rappresentano una tipologia ancora più complessa e variegata dei minori ritrattanti di cui si occupa la ricerca di Sorensen e Snow. La fase della *riaffermazione* può essere più frequente per i minori perché la rete di sostegno può riattivarsi più facilmente.

---

<sup>5</sup> Coffari A., *Rompere il silenzio. Rompere il silenzio. Le bugie sui bambini che gli adulti si raccontano*. Laurana, 2018

<sup>6</sup> Sorensen T. e Snow B. (1991), “How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse”, *Child Welfare*, vol. 70, n. 1, gen- feb. 1991, pp. 3-15.

In ogni caso **la ritrattazione risulta una scelta difensiva comprensibile ai fini della sopravvivenza, nel caso tutt'altro che raro, in cui la vittima dopo l'interruzione della violenza, viene lasciata da sola, non viene accompagnata in una rielaborazione adeguatamente approfondita** della penosissima vicenda traumatica da lei vissuta e viene nuovamente esposta alla sfera relazionale d'influenza degli abusanti e alle loro proposte di riaggancio.

Con la *ritrattazione* la vittima ricorre alla dissociazione del proprio passato in una situazione in cui il sostegno del sistema curante si frammenta o viene meno e lo psicoterapeuta viene spesso attaccato, squalificato e messo fuori gioco.

Esattamente ciò che è accaduto con la terapia di Veronica. La psicoterapia con il dr. Foti (in particolare nella prima tranche) produce la remissione di molti sintomi, ma è mancato il tempo e la possibilità di portare a termine il processo di recupero dei ricordi non elaborati, di rafforzamento dell'istanza di consapevolezza della paziente, di superamento delle caratteristiche personologiche post-traumatiche. Nella seconda tranche della psicoterapia la madre, signora Adriana Santi, riduce il proprio sostegno, entra più fortemente in conflitto con le istanze di indipendenza della figlia e compare una rete di amici di Veronica che fanno uso di sostanze.

Ora le videoregistrazioni riguardanti la prima tranche della psicoterapia con Foti (da marzo a ottobre-novembre 2016) rappresentano un **materiale conoscitivo particolarmente prezioso non solo per chiarire la vicenda processuale che ma anche per studiare la psicologia della ritrattazione.**

Questo materiale consente di verificare che l'applicazione nel percorso di cura di Veronica dei principi della psicoterapia del trauma produce in qualche misura effetti di integrazione e miglioramento sintomatico: risulta evidente che nel percorso terapeutico all'avvio dell'elaborazione dei ricordi traumatici di Veronica conseguono nella paziente cambiamenti emotivi, mentali e comportamentali rilevanti, anche se non si determina un cambiamento risolutivo di struttura di personalità tale da realizzare un equilibrio psichico al riparo da cadute regressive.

## **2. LA CONDIZIONE DELLA PAZIENTE ALL'INIZIO DELLA PSICOTERAPIA**

### **2.1. Il confronto tra la Veronica rappresentata dai servizi e la Veronica che emerge dalle sedute videoregistrate**

L'obiettivo del CT del PM è dimostrare il carattere suggestivo dei colloqui degli operatori del Servizio Sociale e dunque l'inautenticità delle dichiarazioni della ragazza riportate tra virgolette nelle relazioni del Servizio stesso. Ma soltanto cestinando le videoregistrazioni delle sedute di Veronica con il dr. Foti si può insinuare il dubbio che le dichiarazioni di Veronica agli operatori del Servizio Sociale possano essere riportate in modo inautentico. **Se non si scotomizzano queste videregistrazioni compare una Veronicache dice cose del tutto analoghe a quelle riportate nel virgolettato delle relazioni del Servizio Sociale.** Nelle sedute il racconto della ragazza mostra una forte coerenza narrativa ed emotiva rispetto alle dichiarazioni riportate dal Servizio e le espressioni del viso e della

voce in maniera convergente segnalano la spontaneità e l'autenticità della sua comunicazione.

Il confronto fra la Veronica che emerge nelle relazioni del Servizio Sociale e quella che emerge nelle videoregistrazioni del dr. Foti porta a constatare una forte **coincidenza di atteggiamenti mentali e personologici, di conflitti intrapsichici, di contenuti narrativi e di vissuti emotivi che accompagnano il racconto.**

In altri termini la Veronica che descrivono gli assistenti sociali e gli psicologi del Servizio è la stessa Veronica che si esprime sin dalle prime sedute con il dr. Foti. Il terapeuta si trova già una paziente segnata da un preciso quadro dissociativo, da ricordi traumatici non elaborati, da sintomatologie e tensioni intrapsichiche laceranti, da pesanti vissuti di autodeprecazione e di stigmatizzazione: **un quadro, la cui determinazione non può essere imputata al dr. Foti, per il semplice ed evidente fatto che il terapeuta si imbatte in questo quadro all'inizio del suo intervento.**

La suddetta coincidenza può essere verificata in particolare su tre aspetti.

- a) i vissuti di rabbia e di rifiuto verso il padre;
- b) la personalità di Veronica;
- c) il ricordo dell'abuso infantile.

#### a. I vissuti di rabbia e di rifiuto verso il padre

La rabbia e il rifiuto di Veronica verso il padre che vengono descritte dall'analisi del Servizio Sociale si ripropongono in forme ripetute e marcate nel corso della psicoterapia: la ragazza comunica da un lato ambivalenza, dall'altro rabbia ed anche odio verso la figura paterna. Questi vissuti conflittuali sono associati a ragioni profonde ed emergono dalla sua soggettività talvolta in forme tanto intense ed esplicite quanto spontanee.

La relazione del Servizio Sociale del 4 /11/2015 (a firma dr. Camaldoli e dr.ssa Greggio) in riferimento al padre riporta questa affermazione di VERONICA: *"Lui è quello che mi ha gettato nel fango e mi ci ha lasciato affogare (...) lui è il collegamento tra il compare del padre il mio malessere e Rubio"* (citato a pag.7 della rel. dr.ssa Rossi) Un collegamento identico viene fatto da Veronica nella nona seduta con il dr. Foti.

Secondo quanto riporta la relazione del Servizio Veronica stabilisce un nesso tra le tre figure del socio del padre, di Rubio e del padre stesso come figura fondamentale di collegamento. Nel corso della psicoterapia ripropone e riesprime sul piano logico ed emotivo il nesso tra queste tre figure vissute dalla ragazza come violente. In particolare la paziente fa derivare il proprio vissuto di crescente benessere dalla distanza fisica – ma certamente anche mentale – che è riuscita a stabilire rispetto a tutt'e tre le figure da lei associate alla violenza sessuale subita (il padre, il compare del padre, e il ragazzo da cui sente di essere stata violentata da ragazzina). La comprensione del nesso tra la crescita della sicurezza e la lontananza fisica e mentale da queste tre figure emerge spontaneamente dalla consapevolezza di Veronica (cfr. Trascrizioni<sup>7</sup>, pp. 225-226)

Nell'ultima seduta prima delle vacanze l'emozione con cui Veronica va via è quella di *"felicità"*... la ragazza dice di sentirsi bene perché sta superando i vissuti di dipendenza infantile: *"Diciamo che mi sento bene, non sento che dipendo da qualcuno"* (pag. 268-269). La ragazza esprime la profonda soddisfazione per l'indipendenza raggiunta: implicitamente ripropone il bisogno di garantirsi la distanza fisica dalla figura paterna e di superare quella dipendenza dal padre, che rimprovera invece alla madre.

Contenuti analoghi emergono anche a riguardo di altre figure maschili. Per quanto riguarda il ragazzo da cui Veronica afferma di essere stata "violentata" il racconto della

---

<sup>7</sup> Trascrizioni autorizzate dalla Procura della Repubblica di Reggio Emilia, testo da file audio.

ragazza, riferito dagli operatori, è identico a quello che esce dalla viva voce di Veronica nel corso sedute videoregistrate con il dr. Foti.

## b. La personalità di Veronica

Nella relazione del Servizio Sociale viene descritta la personalità della ragazza attraversata da pesanti vissuti di stigmatizzazione. Veronica, secondo la relazione del Servizio del 4/11/2015 (a firma dr. Camaldoli e dr.ssa Greggio), afferma che rispetto a quello che le è capitato con il ragazzo quindicenne **il papà spesso l'ha insultata dandole della puttana**, *"lui mi dice che sono cicciona e anche puttana... ma lui è siciliano e ha una mentalità così"* (pag.6)

D'altra parte nelle sedute iniziali della psicoterapia si ritrova in Veronica lo stigma della "puttana" che rappresenta un **elemento fondamentale dell'immagine colpevole e degradata di sé**. Per es. nella quinta seduta lo **stigma della "puttana"**, evocato dal racconto iniziale di Veronica circa i giudizi che la madre ha dato nei confronti della propria amica (*"La chiama in un altro modo però vuole dire che è tipo una prostituta"*) (Trascrizioni, pag. 122) e nei suoi stessi confronti, ritorna con grande disagio nel sogno, dove, riferendosi al ragazzo aggressore Veronica, dice (*"in qualche modo mi ha dato della ... poco di buono"*) (Trascrizioni, pag. 139).

Nella segnalazione del Servizio Sociale del 24/3/2015 su Veronica emerge che la ragazza ha incontrato il 18 marzo 2015 gli operatori del Servizio Sociale e ha raccontato, dopo aver fatto uscire la madre, l'episodio in cui il ragazzo quindicenne l'avrebbe violentata. In particolare manifesta **l'angoscia di non riuscire a reggere il peso dei ricordi** e delle sensazioni che potevano emergere nel narrare quella situazione di cui preferiva cancellare ogni traccia (rel. Servizio, pag. 3). D'altra parte il conflitto tra **il desiderio di recuperare i ricordi traumatici e nel contempo la paura e l'angoscia di avvicinarsi a contenuti troppo pesanti e dolorosi** sarà un tema ricorrente di tutte le sedute di psicoterapia con Foti. In particolare nelle sedute iniziali Veronica comunicherà **il vissuto in base a cui si sente essa stessa in prima persona colpevole degli episodi di violenza narrati**. Gli operatori del Servizio riportano che Veronica manifesta il timore di non essere creduta (...) sentendosi essa stessa in prima persona colpevole (rel. Servizio, pag.4). Un'identica paura e un identico senso di colpa compariranno sin dall'inizio nelle sedute con il Dr. Foti.

Inoltre nella relazione Servizio Sociale (a firma Camaldoli – Alfieri) del 23/07/2015 emerge come alla lettura del Decreto del Tribunale per i Minorenni di Bologna, Veronica manifesti una serie di vissuti di altissima sofferenza legati alla propria storia di vita, affermando: *"Devo tenere a distanza gli altri perché altrimenti rovino tutti quelli a cui voglio bene"* e comunicando di patire **"un senso di schifo per il proprio corpo"** (rel. Servizio Soc., 23/07/2015, pag. 4).

D'altra parte i vissuti di autodeprecazione e della ragazza emergeranno ripetutamente ed intensamente nel corso della psicoterapia. In Veronica ricompare l'identico tema: **l'esplicitazione dello "schifo" in connessione alla rappresentazione del Sé e della propria vita**.

Dunque la rappresentazione del Sé di Veronica associata ad uno **"schifo"** era presente prima della psicoterapia e ricompare nelle sedute iniziali della psicoterapia. Solo nello sviluppo del percorso della psicoterapia (nel corso del 2016) crescerà l'autostima della ragazza, si modificherà l'immagine di sé, non compariranno più forme di disprezzo e di odio per se stessa e verrà meno il tema dello schifo associato alla propria persona.



### c. Il ricordo dell'abuso infantile

Nella relazione del Servizio sociale del 4 /11/2015 (a firma dr. Camaldoli, dr.ssa Greggio) si legge che Veronica ha recuperato la memoria di alcune immagini relative all'abuso subito quando aveva quattro anni che descrive in questo modo:

*"Non so dire quanti anni avevo... più o meno tra i 5 e 7 anni. Mi ricordo ancora il vestito che avevo e ricordo la stanza della casa di Aristide; mi vedo come dall'esterno, sono di fronte alla scena... sono di fronte a me stessa; sono in braccio ad Aristide, seduto sul divano che mi mette le mani nei genitali... Non ho mai sopportato andare a casa di Aristide e neanche sua moglie mi piace... ho sempre avuto delle sensazioni brutte in quella casa... come una cappa... angoscia qui nel petto. Mio padre ci ha sempre obbligati ad andare a trovarlo perché è un suo amico".*

Nella relazione si specifica subito dopo che Veronica non sa dire però se ricordi che ha sono veri o se sono frutto di un errore della sua mente e ha molta paura di mettere nei guai gli altri (rel. Servizio sociale 4 /11/2015, pag. 6).

Nella psicoterapia con il dr. Foti il ricordo del contatto sessuale con l'amico del padre è più sfumato e il terapeuta accoglie e rispetta ciò che emerge. Comunque **vengono fuori incontrovertibilmente dalle videoregistrazioni gli stessi elementi descritti nelle relazioni dei servizi: stessa struttura della narrazione, stessa percezione della scena raccontata dall'esterno, stessa qualità delle espressioni emotive (il vissuto di sofferenza, angoscia, incertezza e conflitto).**

Riguardo al rapporto fra Veronica e il padre, nella suddetta relazione del Servizio emerge fortemente la paura di ricordare il proprio passato traumatico, una paura che nel corso della psicoterapia verrà esplicitata ripetutamente dalla ragazza. Si legge inoltre che Veronica ritiene di non avere possibilità di ricontattare ciò che nel passato avrebbe potuto accadere e che potrebbe spiegare il suo dilagante stato di dolore, pensando che solo il padre possa essere il custode di un simile segreto. La relazione parla di ricordi scissi che condizionano in modo fortissimo la serenità presente di Veronica. Si afferma infine che la minore dichiarava di sentirsi dilaniata tra il volere raccontare e il non farlo (rel. Servizio, pag. 5). D'altra parte il conflitto tra il parlare e il tacere, tra il voler recuperare i ricordi e l'averne paura ritorna insistentemente in diverse comunicazioni della paziente nel corso delle sedute videoregistrate.

**In conclusione risulta palese che i temi che descrivono la personalità di Veronica e che compaiono nelle relazioni del Servizio Sociale si ritrovano tali e quali sin dalle sedute iniziali della psicoterapia con Foti. Le relazioni del Servizio comprovano che il dr. Foti si è già trovato di fronte ad una problematica post-traumatica della paziente quando ha iniziato il suo lavoro e d'altra parte ciò che emerge nella psicoterapia dalla viva voce di Veronica dimostra la credibilità delle relazioni del Servizio.**

## 2.2. Le stigmati emotive dell'abuso

Nel lavoro diagnostico del dr. Foti sin dalle prime sedute emergono in maniera massiccia e ricorrente gli stati mentali specifici del minore che ha subito un trauma sessuale :

- a) vissuto di impotenza;
- b) vissuto di tradimento;
- c) vissuto di sessualizzazione traumatica
- d) vissuto di stigmatizzazione.<sup>8</sup>

#### a) Il vissuto post-traumatico di impotenza

L'impotenza viene vissuta ed esplicitata con chiarezza da Veronica nei confronti della propria **storia, percepita quasi come un destino schiacciante**, e nei confronti dei ricordi che pesano e che tormentano ("**si perché comunque ho una famiglia e un passato così... e mi sento anche un po' impotente**", Trascrizioni, pag. 85).

Significativo inoltre è l'atteggiamento nei confronti del ragazzo che le stava addosso e la molestava nel vecchio istituto, fino a costringerla a trasferirsi in un altro istituto per sfuggire alle sue avance aggressive e disturbanti. Veronica non è riuscita a chiedere direttamente aiuto nel contesto scolastico e solo grazie all'interessamento della madre i servizi sociali sono intervenuti convincendo Veronica alla scelta di cambiare scuola ad anno scolastico già avviato.

Quando il dr. Foti indaga sull'atteggiamento attuale verso il ragazzo che l'ha violentata all'età di 13 anni il vissuto d'impotenza è ben esplicitato.

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

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

*DR. FOTI: A...?*

*VERONICA: A reggere*

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

*VERONICA- A reggere l'incontro.*

*DR. FOTI - A reggere l'incontro.*

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

*(Trascrizioni, pag. 209-210)*

#### b) Il vissuto post-traumatico di abbandono/tradimento.

E' un vissuto che presenta nella teorizzazione di Filkhenor e Browne questa duplice faccia che impone alla vittima contemporaneamente una perdita della relazione e una perdita della fiducia. L'adulto che dovrebbe proteggere tradisce perché opera violenza o comunque non protegge dalla violenza.

Il padre è vissuto come figura abbandonica e nel contempo associata ad un tradimento della fiducia: in relazione al ricordo, pur confuso e non pienamente integrato, della "prima violenza" ai quattro anni, subita a casa del "compare" del padre, Veronica sente che: 1. il padre l'ha portata a casa dell'amico nonostante il disagio che lei bambina esplicitava, 2. non le ha creduto quando ha parlato della violenza subita dal "compare", 3. in alcune sedute successive ha addirittura l'impressione che il ruolo del padre si confonda con quello dell'abusante. Il vissuto post-traumatico di tradimento viene rivissuto massicciamente da Veronica nel corso della vittimizzazione sessuale subita a 13 anni dal

---

<sup>8</sup> Cfr. D. Finkelhor, A. Browne, *Initial and Long-term Effects. A conceptual framework*, in D. Finkelhor et al., *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*, SAGE Publication, Beverly Hills, California.

ragazzo quindicenne: descrivendo il proprio vissuto nel corso della violenza la ragazza afferma:

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

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

VERONICA- Sì. (Trascrizioni, pag. 207)

Con grande sofferenza e in tono lamentoso Veronica prosegue:

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

c) Il vissuto di **traumatizzazione sessuale.**

E' implicito nella rappresentazione di un maschile pericoloso. Il bisogno affettivo e relazionale verso l'altro sesso è ostacolato dal forte timore di andare incontro alla reiterazione di un danno. Veronica **già in prima seduta** dice di provare verso tutte le figure adulte un senso di terrore, ***"io già quando vedo un uomo più grande e sono da sola già ho il terrore, con i ragazzi un po' meno"*** (Trascrizioni pag. 44).

L'intimità con il maschile risulta fortemente conflittualizzata:

DR. FOTI - *Questo bisogno affettivo che tu dalla figura maschile non hai trovato, qualche volta fai la fantasia di poterlo trovare da un fidanzato, da un marito? Oppure questa fantasia non c'è?*

VERONICA- *(guarda in alto) mmh... un pochino... però comunque io ho già pensato di non volermi sposare e quindi... però comunque sì. (...) Perché **comunque gli uomini mi han fatto anche del male**, quindi sono anche combattuta su questa cosa perché penso che cercare affetto... non lo so... forse hanno un radar queste persone, per capire le persone deboli... non lo so però comunque se ne approfittano mi sa... quindi sono combattuta.* (Trascrizioni, pp. 83-84)

Veronica stessa chiarisce in termini inequivocabili che la sessualità per un lungo periodo sia stata per lei una dimensione da cui tenersi distante perché associata sia al dolore che all'allarme. **Se si avvicinava alla sessualità si sentiva male e si metteva a piangere** (cfr. Trascrizioni, pp. 371-372).

La madre d'altra parte descrive un quadro dove compare un tratto distintivo della sindrome post-traumatica da trauma sessuale: **una marcata tendenza alla rivittimizzazione sessuale ed una marcata difficoltà a difendersi dall'iniziativa sessuale invadente dei maschi**

DR. FOTI - *E da quando ha notato questo peggioramento?*

MADRE -- *Ma nell'ultimo mese... dicembre, da quando è cominciata poi... **cioè già dall'inizio dell'anno aveva problemi con questo ragazzo che mi aveva accennato. Poi da dicembre ho visto che ... cioè era peggiorata la sua voglia di andare a scuola** (...) E che **questo ragazzo tutti i giorni le dava fastidio. Le metteva le mani addosso comunque anche nelle sue zone intime, le ha infilato le mani e mia figlia ... cioè l'intimità per mia figlia è una cosa molto molto riservata.*** (Trascrizioni, pag. 9)

d) **Il vissuto post-traumatico di stigmatizzazione**

Si tratta di un complesso emotivo sfaccettato, costituito da vergogna, senso di colpa, disistima di sé, ansia di inadeguatezza, percezione di una diversità in termini negativi fra

sé e i coetanei, fra il sé e gli altri. E' un vissuto specifico della piccola vittima di abuso sessuale.

E' un vissuto si esprime in Veronica, in quasi tutte le sedute. Si manifesta nella ricorrente **autodeprecazione e nella percezione di sé in quanto soggetto colpevole**, nell'immagine di sé, segnata da un profondo disvalore.

Nel primo colloquio, in relazione all'approccio sessuale aggressivo, subito dal compagno di scuola, il dr. Foti chiede a Veronica come ci è rimasta.

**VERONICA- Ma abbastanza male, cioè sporca anche (...) mi sento anche in colpa perché penso che sia stata colpa mia (...) ... cioè penso di essere stata io a istigarlo.** (pp. 42-43)

Sempre nel primo colloquio la ragazza afferma:

**“Io non potevo prevederlo però comunque... cioè mi son già successe queste cose e quindi dovrei stare attenta a chi mi si avvicina comunque. (...) E quindi dovevo tenerlo a distanza e basta”** (pag.44), **“Io penso che la mia vita non valga niente...”** (pag. 52), **“Io penso solo che la mia vita non vale e se morissi adesso non importerebbe”**. (Trascrizioni, pag.54)

Compagno spesso in Veronica la paura profonda di essere una “poco di buono”, l'angoscia di essere colpevolizzata in quanto “puttana”, un'immagine **fortemente negativa e degradata di sé, associata oltretutto alla sporcizia e alla colpa relativa alla sessualità**. E' inevitabile pensare ad una problematica post-traumatica ed in specifico ad un trauma sessuale.

E ancora: **DR. FOTI: ... Mi ha colpito, faccio un passo indietro, con questo ragazzo ti senti sporca. Tu provi solo senso di colpa nei suoi confronti o anche rabbia?**

**VERONICA- Ehm ... no, solo senso di colpa. (...) Io non ce la faccio a prendermela con qualcun altro. (...) Cioè arrabbiarmi, preferisco dare la colpa a me stessa.** (pag. 51)

**VERONICA- Mh... boh, mi sembra di aver fatto qualcosa di male siccome mi sono capitate tutte a me. (pag. 106) “Non posso fare a meno di darmi io la colpa di qualcosa, non ce la faccio a non darmi la colpa. Forse perché mi sento meglio a dare la colpa a me stessa.”** (Trascrizioni, pag. 111)

### **2.3. I sintomi di ripetizione**

Il quadro di personalità post-traumatico della paziente emerge con nettezza già nei primi quattro colloqui iniziali per la **presenza di ricordi opprimenti e spiacevoli, di vissuti e di pensieri penosi ed intrusivi connessi al passato traumatico** (cfr. criterio diagnostico B, indicatore 1 della sindrome post-traumatica da stress, descritta dal DSM V).

Già nel primo colloquio:

**DR. FOTI: Appesantita, c'è un peso, è un peso, c'è un peso che ti dà tristezza. Se te la senti, sennò va bene così...che qualcosa... pesante, cioè un peso...cos'è sto peso?**

**VERONICA: Beh, son tutte le cose messe insieme brutte che mi sono successe.** (Trascrizioni, pag. 39)

Veronica soffre per i ricordi non elaborati:

DR. FOTI: Un tuo disagio interno di fronte...una tua sofferenza, un tuo problema, più rilevante, quale può essere? O quello che ti viene in mente in questo momento...

VERONICA: Mh...**il non riuscire a superare le cose (...)** come posso spiegare?

...cioè, non riesco a non soffrire per quello che mi è successo. Cioè, io vorrei ricordare senza stare male. Possiamo metterla così? (...) **cioè ci soffro molto, quando ripenso a quello che mi è successo, a..., a tutta, tutta la mia vita (...)** ad ogni cosa brutta che mi è successa, tipo i miei abusi, cioè le perdite che ho avuto, la sofferenza, anche della mia famiglia .... (quarta seduta)

Il peso del passato traumatico condiziona il bilancio dell'esistenza di Veronica ("uno schifo di vita") e la sua percezione di un presente negativo e deprimente.

VERONICA- Mh, ieri ho fatto una **specie di resoconto della mia vita** di tutto quello che...ho fatto (con il dito disegna un cerchio nell'area)

DR. FOTI - ... sì, una specie di resoconto...

VERONICA- Sì, ho pensato a tutto quello che ho passato cose così ehm... boh cioè ho pensato che io ho avuto alla fine **uno schifo di vita** proprio, cioè e...

(...) DR. FOTI - "Uno schifo di vita", da cosa da cosa lo ricavi?

VERONICA- **Beh, dall'infanzia che ho avuto, dal padre che ho avuto, da tutto quello che mi è successo dalle persone che ho incontrato.** (Trascrizioni, pp. 92-93)

Veronica afferma, come s'è visto, che quando vede un uomo più grande ed da sola ha già il terrore. Questo dato clinico può costituire un indicatore post-traumatico, "**l'intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i**" (indicatore 4 criterio diagnostico B della sindrome post-traumatica da stress DSM V): in altri termini la figura maschile "più grande" risulta un fattore che elicitava vissuti emotivi del passato di sofferenza e terrore, che si riattivano nel presente. L'uomo "**più grande**" percepito da Veronica evoca o assomiglia alla figura maschile terrorizzante percepita nella propria infanzia.

Il peso di esperienze sessuali traumatiche pesa indubbiamente su Veronica, come dimostra anche questo altro passaggio della seconda seduta:

VERONICA- ... a me già fa male sentire la parola... **stupro e ehm** ... e tutto il resto. E visto che già mi fa sentir male la parola... è un po' complicato (abbozza una risata).

(...) DR. FOTI - Il tema che abbiamo toccato ti ha fatto sentire un qualche disagio nel tuo corpo?

VERONICA- Sì... sono un pochino angosciata

DR. FOTI - E l'angoscia dove l'hai sentita? Dove si localizza

VERONICA- Qua (si tocca il centro del petto e torna con le braccia incrociate) (Trascrizioni, pp 75-76)

Va premesso che in questo passaggio la parola "stupro" viene in mente a Veronica e non era stata utilizzata dal dr. Foti nelle sequenze dialogiche precedenti. La paziente afferma che per lei è sufficiente ascoltare la parola "stupro" per sperimentare una riattivazione emotiva del disagio e dell'angoscia, derivanti evidentemente da esperienze sessuali in qualche modo vissute e/o temute.

**Qualsiasi simbolizzazione dello stupro (per es. attraverso un film) costituisce per lei un "trigger", un evocatore di sofferenza post-traumatica.** ("VERONICA- Sì, è una cosa abbastanza dolorosa, soprattutto quando si parla ... ad esempio **quando guardo un film con mia madre dove una ragazza è stata stuprata io mi sento... sofferente.**

(Trascrizioni, pag. 209)

Tutti i sogni risultano riconducibili ad angosce profonde. Emerge dunque un ulteriore chiaro indicatore diagnostico della sintomatologia post-traumatica “di ripetizione” della paziente: la presenza di **“ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati agli eventi traumatici”** (cfr. DSM V) sperimentati. Un sogno raccontato nella sesta seduta è un vero e proprio incubo attraversato da una dilagante angoscia di morte:

VERONICA- *“Eravamo all’aperto, in una specie di balcone, però molto grande, nei campi (indica con il dito di fronte a sé) e c’era questa persona da lontano che cercava di, di **spararmi** (gesticola con la mano). C’erano tante persone, solo che loro non si accorgevano di niente, loro continuano la loro via, continuano a parlare di cose così mentre **lui mi sparava** (ripete il gesto con la mano) e io cercavo di evitarlo. Poi, quando si è avvicinato a me e io cercavo di nascondermi (gesticola molto con la mano) cose così e gli altri **continuavano a fare quello che facevano.**”* (Trascrizioni, pp. 152-53)

Anche nella fase inoltrata della psicoterapia quando si rafforza un evidente miglioramento psichico e comportamentale appare evidente in Veronica il funzionamento psicologico post-traumatico della paziente. Il dr. Foti sottolinea spesso il **trend positivo del vissuto della paziente** ed esplora in secondo luogo se sia presente e come si manifesti la componente psichica di disagio che le appartiene.

VERONICA- *Mh portandomi l’angoscia e **facendomi sentire il nulla.***

DR. FOTI - *Il nulla... vediamo se riesci a descrivermi concretamente cosa succede... e quando bussava alla porta?*

VERONICA- *Quando... faccio degli esempi?*

DR. FOTI - *Esempi, sì grazie.*

VERONICA- *Ad esempio quando litigo con mia madre pesantemente oppure con il mio ragazzo oppure... cioè cose così... oppure **quando vedo qualcuno che mi ricorda qualcosa che mi è successo e mi fa arrabbiare.*** (Trascrizioni, pag. 188)

Anche in presenza di un trend positivo alla crescita Veronica continua ad essere in qualche misura esposta alle riattivazioni post-traumatiche. Per l’ennesima volta la ragazza chiarisce che **i ricordi intrusivi del passato le inducono sofferenza e rabbia e le generano un vissuto di annientamento.**

Va citata infine l’indubbia consistente presenza di **“persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a se stessi”** che rinvia al quadro della sindrome post-traumatica da stress (criterio diagnostico D indicatore 2).

Nella seconda seduta emerge per es. una comunicazione della paziente che veicola una rappresentazione del Sé fortemente negativa e depressiva.

VERONICA- *Cioè io comunque ho anche pensato di **mollare tutto** e di dire “basta” però comunque alcune volte ci tengo un po’ alla mia vita. Però sono rare quelle volte....*

DR. FOTI - *Sono rare quelle volte... e mollare tutto cosa sarebbe per esempio?”*

VERONICA- *Mh... **porre fine alla mia vita.***

DR. FOTI - *Hai fatto qualche volta la fantasia brutta del suicidio?*

VERONICA- *Mh...sì... **ma più che altro che qualcun altro mi uccidesse....*** (Trascrizioni, pp. 86-87)

## **2.4. La dialettica del trauma e le difese dissociative**

Judith Herman, grande studiosa del trauma, citando vari autori tra cui Kardiner, Spiegel, Horowitz, afferma che **la dialettica tra stati psichici opposti** ed in particolare tra la tendenza della mente a rivivere ricordi spiacevoli del trauma e la tendenza a restringere la memoria e ad allontanare la consapevolezza dei ricordi è *“forse l’aspetto più caratteristico della sindrome post-traumatica”*<sup>9</sup>. L’autrice definisce questo conflitto **“dialettica del trauma”**: *“Le due risposte di intrusione e di restrizione stabiliscono un ritmo oscillante”*<sup>10</sup>.

La paziente comunica che la memoria degli eventi del passato si ripropone in lei **in modo ricorrente e spiacevole**, evidenziando così la tendenza ripetitiva e la natura stressante e post-traumatica dei suoi ricordi. Nel contempo descrive anche la tendenza psichica opposta a cercare di allontanarsi in ogni modo dai ricordi penosi che le risultano opprimenti ed inelaborabili, e che costituiscono un peso da cui non ci si può liberare. Veronica sta cercando di spiegare perché le è venuto in mente di chiedere ai servizi sociali di essere allontanata dalla famiglia e di essere inserita in comunità:

**VERONICA-** *Mh, per stare lontano ... da tante cose. Cioè, tipo allontanarmi da quella che è la mia vita.*

**DR. FOTI -** *Allontanarti da quella che è la tua vita. Una fantasia di allontanamento, di fuga. Di aver un po’...girare pagina, girare un po’ pagina. Però, ti è venuto da dire che è più una fantasia che un progetto reale.*

**VERONICA-** *(Annuisce con la testa)*

**DR. FOTI -** *Cambiare un po’ la tua vita. Allontanarti un po’. Non mi è ancora chiaro, allontanarti da cosa? Capisco che certe volte si ha bisogno di cambiare un po’ tutto, voltare pagina. Allontanarti soprattutto da che cosa? **Che cosa è che è pesante nella tua vita?***

**VERONICA-** *Beh, tutte le cose che mi sono successe*

**DR. FOTI -** *Ah, i ricordi. Allontanarti dai ricordi*

**VERONICA-** *Sì, però comunque penso che non ci si può allontanare da quello che è successo. Te lo porterai sempre dietro.* (quarta seduta, parte non trascritta).

In altri termini la paziente vive in maniera strutturale il conflitto intra-psichico tra il bisogno di integrare la propria memoria traumatica per poterla padroneggiare e la tendenza al distanziamento difensivo e alla dissociazione: Veronica ha bisogno di ricordare, ma nel contempo paura di incontrare la sofferenza traumatica connessa ai ricordi: La memoria traumatica è penosa, intrusiva, non intenzionale. Veronica aspirerebbe ad una memoria consapevole, integrata e priva di sofferenza.

**VERONICA-** *Mh...cioè, non riesco a non soffrire per quello che mi è successo. Cioè, io vorrei ricordare senza stare male. Possiamo metterla così?*

Più oltre ribadirà il medesimo tema:

**DR. FOTI -** ***Qual è la cosa più brutta che potrebbe capitare?***

**VERONICA-** *Ricordare.* (Trascrizioni, pag. 166)

Nel momento in cui recupera i ricordi traumatici Veronica sperimenta nel “qui ed ora” la pena connessa agli eventi del passato e dunque in qualche modo se ne ritrae. Si registra una costante oscillazione nel corso delle sedute tra il bisogno di contattare il passato e il bisogno di allontanarsene, di spostare il focus, di coprirsi gli occhi, (anche in senso letterale, nelle ultime sedute). Un tale conflitto non riguarda solo l’atteggiamento di Veronica nel “qui ed ora” di quel che avviene in terapia. Un conflitto analogo si registrava

---

<sup>9</sup> Herman J., *Guarire dal trauma*, Magi, 2007, pag. 68

<sup>10</sup> *ivi*

nelle situazioni traumatiche del “là ed allora” che vengono ricordate dalla paziente sotto forma di conflitto tra la consapevolezza di quanto stava vivendo e il bisogno di restringere la consapevolezza dell’evento traumatico al fine di ridurre la sofferenza.

Sono numerose le situazioni del passato che la ragazza descrive di aver vissuto con reazioni emotive di spaesamento, distanziamento e di vera e propria dissociazione. Per es. Veronica parla del momento peggiore della violenza subita ai tredici anni dal ragazzo quindicenne con cui era fidanzata:

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

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

*VERONICA- Sì. (Trascrizioni, pag. 206)*

In relazione alla “prima violenza”, risalente ai 4 anni, che viene più volte ricordata dalla paziente emergerà un ricordo dove il conflitto tra il bisogno di consapevolezza e la restrizione difensiva della consapevolezza risulterà drammatico: Veronica ricorda il momento in cui da bambina ha cercato di rivelare alla zia di essere stata toccata da un adulto. Ricorda in particolare di non essere riuscita a precisare chi era questo adulto, perché continuava a ripetere: “E’ lui, è lui, è lui”. Voleva indicare la persona che aveva toccata nelle parti intime, **senza riuscire a specificare allora - e senza riuscire a precisare oggi - il nome di questa persona**. Oggi le rimane il dubbio che il viso dell’abusante potesse essere quello del compare del padre o del padre stesso.

### **3. L’ESAME DELLE SEDUTE VIDEOREGISTRATE**

#### **3.1. Un compito peritale non rispettato**

Il compito di un consulente tecnico, chiamato a pronunciarsi in ambito giudiziario, è innanzitutto quello di esaminare il materiale documentativo a sua disposizione. La dr.ssa Rossi dichiara di avere esaminato le trascrizioni delle video registrazioni delle sedute intervenute tra Veronica e il dr. Claudio Foti nel 2016.

Ma risulta significativo che non vengano assolutamente mai riportate dal perito le affermazioni e le emozioni di Veronica e di sua madre nel corso della psicoterapia del 2016, perché **tali affermazioni ed emozioni nella loro coerenza ed intensità smentiscono pesantemente e per certi versi ridicolizzano il tentativo del 2019 di dimostrare che, prima della psicoterapia, Veronica stava benissimo, che non c’erano in lei ricordi di abuso né vissuti ostili verso il padre e che sarebbe stato l’intervento della psicoterapia ad aver provocato i ricordi traumatici, le problematiche sessuali e i vissuti di terrore verso le figure maschili e aver creato così la confusione mentale in Veronica.**

In realtà le comunicazioni verbali ed emotive di madre e figlia nel corso del 2016 evidenziano in modo incontrovertibile tante cose: **che Veronica, prima della**



**psicoterapia, stava malissimo, che la madre e la figlia esprimevano un convincimento profondo sulle plurime violenze sessuali e non sessuali patite dalla ragazza dall'infanzia all'adolescenza, che l'area della sessualità di Veronica era già associata ad espressioni di inibizione, sofferenza ed allarme ben prima della psicoterapia, che Veronica aveva già un marcato rifiuto e un indubbio terrore nei confronti del padre e delle figure maschili prima di conoscere il dr. Foti, che il percorso della psicoterapia del trauma del 2016 ha prodotto miglioramenti evidenti e cambiamenti psicologici consistenti, esplicitati dalla stessa Veronica.**

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

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

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

### **3.2. La madre di Veronica smentisce se stessa**

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

*"Prima di svolgere la psicoterapia mia figlia era una **ragazza solare ed estroversa** per quanto sempre ribelle a qualsiasi regola le davo. Dopo la psicoterapia tuttavia è diventata completamente un'altra ... la ragazza purtroppo vede ogni figura maschile come una minaccia e come una fonte di molestie sessuali e **questo è un atteggiamento che ha maturato dopo la psicoterapia**".*

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

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

*(...). **Non vuole neanche andare a scuola** ... cioè il fatto di dover andare a Castelnuovo Monti per lei... (Trascrizioni, pag. 7)*

La madre descrive con precisione un **quadro depressivo** della figlia.

*DR. FOTI - E quindi lei diceva che la vede giù...*

*MADRE - **Molto, molto triste.** (...) Non ha energie. E' sempre stata molto pigra però ultimamente **quando andava ancora a scuola non si voleva neanche alzare** cioè proprio...". (Trascrizioni, pag. 8)*

Tre anni dopo questo colloquio la madre di Veronica fornirà un quadro idilliaco e distorto della situazione psicologica di Veronica prima della psicoterapia, al fine di attribuire al dr. Foti l'origine dei problemi della figlia? Ma procediamo nell'analisi del colloquio del 16 febbraio 2016. A questo colloquio con la madre partecipa anche la dott.ssa Greggio, la psicologa del Servizio che aveva già avuto in carico Veronica. Questa psicoterapeuta presenta il caso di Veronica in questi termini:

*“E’ in un momento in cui vuole riuscire a saltar fuori dai suoi problemi e **vuole affrontare un po’ tutte le robe brutte che gli sono capitate a partire dall’abuso quando aveva quattro anni, a quest’ultimo episodio e tanti problemi coi ragazzi sempre relativi alla sessualità, spesso si trova maltrattata, usata, coinvolta in relazioni sessuali un po’ burrascose.**”* (Trascrizioni, pp. 3-4)

L’abuso sessuale, avvenuto ai quattro anni, è presentato dunque dalla dr.ssa Greggio come un fatto assodato con cui Veronica vorrebbe fare i conti. Un’altra constatazione della psicoterapeuta circa la situazione di Veronica riguarda *“i problemi coi ragazzi sempre relativi alla sessualità”* e il fatto che la figlia *“si trova **maltrattata, usata, coinvolta in relazioni sessuali un po’ burrascose**”*. La madre di Veronica, non solo non contesta questa presentazione del caso, ma porta nel corso del colloquio elementi che la confermano. La dott.ssa Greggio aveva parlato di relazioni burrascose e maltrattanti da parte dei ragazzi. A tali relazioni la signora Adriana Santi connette con certezza il peggioramento della figlia:

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

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

*DOTT. FOTI - L’aveva ridotta ulteriormente. E quindi?*

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

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

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

Emerge nel colloquio del 16 febbraio 2016 che le esperienze del passato avevano reso la figlia non solo triste, ma anche arrabbiata, che la rabbia di Veronica verso la madre era precedente alla psicoterapia, che **i segni del malessere di Veronica datavano da tempo,**

Tre anni dopo la signora Adriana tenta di accreditare un **racconto fiabesco** in base al quale la figlia prima di conoscere il dr. Foti era *“solare ed estroversa”*, non era affatto condizionata dalla tristezza, non aveva tendenze aggressive nei confronti della mamma, ma solo un lieve conflitto, e non aveva vissuti di terrore, né un atteggiamento conflittuale e diffidente verso le figure maschili. Tre anni dopo la madre di Veronica vuole dimostrare che i problemi della figlia sono derivati dalla psicoterapia, e che l’atteggiamento della

ragazza verso la figura maschile come portatrice di una minaccia e di un rischio di molestie sessuali sarebbe derivato solo a seguito dall'intervento del dr. Foti. Nel febbraio 2016 il convincimento della madre circa la violenza patita da Veronica è profondo. E' preoccupata "che possa incontrare sempre delle persone sbagliate" (Trascrizioni, pag. 13), teme per Veronica perché vede negli uomini soggetti potenzialmente violenti e perversi ed è **ben consapevole delle esperienze negative e violente che hanno segnato la vita della figlia.**

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

Il dr. Foti chiede poi alla madre di Veronica che idea si è fatta degli uomini.

*MADRE - Che son molto strani, hanno una mente molto strana, magari non tutti non voglio creare (...) **una mente molto molto strana (...) Delle volte molto perversa.***

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

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

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

E' paradossale che per l'accusa non sarebbero questi fattori traumatici o potenzialmente traumatici ad essere all'origine della problematica psichica attuale di Veronica.

### 3.3. Borderline a seguito di una psicoterapia?

L'accusa di "lesioni gravissime" è fondata sulla diagnosi di Disturbo di Personalità Borderline, effettuata dalla dott.ssa Rossi su Veronica Soletti. Il disturbo viene messo in relazione al lavoro degli operatori ed in particolare alla psicoterapia del dott. Foti. Ma ogni clinico sa che la sindrome borderline per realizzarsi ha bisogno di prodromi e informazioni neuropsicobiologiche che partono dal modello di attaccamento e dalla storia dei primi anni di vita, della prima infanzia, infanzia, preadolescenza ed adolescenza. Occorrono spesso decenni per generare un Disturbo di Personalità Borderline. Borderline a seguito della psicoterapia? Veronica è un soggetto che viene da una famiglia e da una vicenda multi problematica. **Basta dare uno sguardo alla storia di questo caso, per rendersi conto di quanto sia inappropriato e fuorviante attribuire la diagnosi di borderline ad un evento terapeutico, per giunta condotto con delicatezza e competenza.** Non è possibile ignorare la genesi e la clinica delle psicopatologie e quanto scritto su tutti i trattati di psicopatologia esistenti.

Un importante articolo di Manna, Daniele e Pinto<sup>11</sup> con una bibliografia di ben 210 voci sul tema stabilisce chiaramente quali siano i fattori eziopatogenetici del Disturbo di Personalità Borderline, senza peraltro citare gli ipotetici interventi iatrogeni della psicoterapia ed affermando invece:

*"Le conclusioni sono che il BPD, Disturbo Borderline di Personalità, vede concause: eventuali cause neurobiologiche da danno cerebrale funzionale, **genitori con stesso disturbo che hanno provocato traumi soprattutto nei primi anni di vita, ivi compreso traumi sessuali**, una predisposizione genetica nel campo del controllo degli impulsi. (...) una predisposizione genetica, la contemporanea presenza di un disturbo affettivo, o di una vulnerabilità psicotica, ma anche **le conseguenze di un'esperienza traumatica, episodica o ripetuta nel tempo**, potrebbero condurre allo sviluppo di una personalità borderline".*

L'insorgenza del BPD può essere spiegata con la "teoria biosociale". L'aspetto biologico determina la predisposizione genetica alla vulnerabilità emotiva, mentre l'ambiente invalidante rifiuta o punisce l'espressione delle emozioni e dei pensieri del bambino. Dati sperimentali hanno peraltro indicato che la percentuale di persone con il **Disturbo Borderline di Personalità e storia di abuso sessuale** varia dal 40% al 76%.<sup>12</sup>

Due grandi studiosi del trauma come Judith Herman e Bessel van der Kolk da tempo hanno posto l'attenzione sul rapporto tra traumi infantili e sviluppo del BPD.

*"La nostra ricerca (Herman, van der Kolk, 1987) ha dimostrato che molti pazienti psichiatrici avevano subito traumi, ma che **i pazienti affetti da BPD si distinguevano per aver subito le violenze più gravi: più della metà dei pazienti affetti da BPD avevano subito violenze fisiche o sessuali prima ancora di aver compiuto i sei anni di età.** (...) Tra i soggetti dello studio di pazienti che soddisfacevano i criteri del BPD, il 13% non ha riferito di aver subito traumi da bambino: la metà di questo 13% era però affetto da amnesie che riguardavano quasi tutta*

---

<sup>11</sup> Manna V., Daniele M.T., Pinto M., "Fattori eziopatogenetici del disturbo borderline di personalità", *Journal of psychopathology, official journal of the Italian Society of Psychopathology.*

<sup>12</sup> Crowell, S.E., Beauchaine, T.P. & Linehan, M.M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135(3): 495-510.

*l'infanzia (...) Questi soggetti raccontavano di essere stati timidi o spaventati da bambini. La spiegazione che avanzammo fu che il BPD sia una funzione dell'essere stati terrorizzati in maniera cronica in una fase precoce dello sviluppo.*"<sup>13</sup>

In Italia Luigi Cancrini ha studiato il rapporto tra il mondo, molto vasto e molto sofferente, dei pazienti psichiatrici, definito "borderline" e le storie infantili di questi pazienti.<sup>14</sup>

Un'amplessissima letteratura scientifica concorda nell'indicare come un fattore importante di rischio per l'insorgenza del BPD un'infanzia trascorsa in un ambiente invalidante cioè in un contesto in cui il soggetto può aver subito maltrattamenti e abusi sessuali oppure aver subito esperienze sfavorevoli di vario genere. Nelle storie dei pazienti affetti da BPD sono particolarmente comuni le cosiddette ACE (*Adverse Childhood Experiences*, o esperienze infantili avverse)<sup>15</sup>, nelle quali un soggetto può aver patito separazioni e divorzi conflittuali, può essere vissuto con un familiare con un disturbo mentale o tossicodipendente, può essere stato esposto ad una svalutazione dei propri stati mentali (pensieri, emozioni e sensazioni fisiche), può essere stato coinvolto in interazioni caotiche ed inappropriate, può essere stato privato delle cure necessarie, può aver assistito a violenza domestica o a imprevedibili esplosioni d'ira. E' indiscutibile che **la vicenda personale e familiare di Veronica ha collezionato tante situazioni del suddetto elenco.**

**La letteratura più recente ha approfondito lo studio del legame fra Disturbo di Personalità borderline e i traumi concentrandosi in particolare sugli effetti degli abusi fisici e sessuali.** Per alcuni autori sarebbe meglio ripensare il BPD inquadrandolo come un disturbo dello spettro post-traumatico, dal momento che BPD e disturbo da stress post-traumatico presentano forti somiglianze.

In ogni caso l'approfondimento del quadro diagnostico di fronte ad un paziente affetto da BPD *"non può prescindere da una raccolta dei principali eventi traumatici di vita (violenze, malattie, lutti, incidenti) e da un'analisi dettagliata della qualità dei primi legami di attaccamento in termini di sintonizzazione emotiva, corrispondenza dei bisogni primari di cura, nutrimento e protezione, presenza di vissuti di pericolo o minaccia nelle relazioni intra-familiari."*<sup>16</sup>

Le ricerche più recenti hanno approfondito l'**indagine sul rapporto tra il trauma infantile (in particolare l'abuso sessuale), e l'insorgenza del Disturbo Borderline di Personalità con risultati sorprendenti e sostanzialmente convergenti.** Molto significativa risulta questa tabella.

---

<sup>13</sup> van der Kolk, B., La complessità dell'adattamento al trauma, in van der Kolk, B., McFarlane, A.C., and Weisaeth, L. (Eds). (1996) *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guildford Press, Stress traumatico, Magi, 2004, pag. 208.

<sup>14</sup> Cancrini L., *Oceano borderline*, Cortina, 2006. Cancrini L., *Infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, Cortina, 2014.

<sup>15</sup> Felitti V. J. et al., Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, *American Journal of Preventive Medicine* Volume 14, Issue 4, May 1998, Pages 245-258

<sup>16</sup> Marzocchi C., *Disturbo di Personalità Borderline o dissociazione traumatica*, POL.it, *Psychiatry On Line*

**RICERCHE SUL TRAUMA INFANTILE  
NEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA'** <sup>17</sup>

<b>RICERCHE</b>	<b>DATI EMERSI</b>
Zanarini (1)	40-70% di abuso sessuale nell'infanzia nel Disturbo Borderline di Personalità
Battle et al. (2) Cohen (3) Rogosch e Chiccetti (4) Yen et al. (5)	Correlazione positiva negli studi prospettici tra abuso sessuale, maltrattamento fisico nell'infanzia e Disturbo Borderline di Personalità
Silk et al. (6) Zanarini et al. (7) Sansone et al. (8)	Correlazione positiva tra gravità dell'abuso sessuale, gravità dei sintomi borderline e comportamento auto- distruttivo
Johnson et al. (9)	Le persone con abuso sessuale o trascuratezza hanno probabilità 4 volte maggiori di ricevere una diagnosi di disturbo di personalità
Battle et al. (2)	73% di abuso sessuale nell'infanzia, 82% di trascuratezza nei pazienti con BPD
Graybar e Boutilier (10)	60-80% di maltrattamento fisico e verbale, abuso sessuale e trascuratezza nei pazienti con BPD
Laporte e Guttman (11)	Il Disturbo Borderline di Personalità presenta eventi traumatici multipli e più di un tipo di abuso
Goodman e Yehuda (12)	40-70% di abuso sessuale nell'infanzia nei pazienti con BPD
Golier et al. (13)	52,8% di maltrattamento fisico nell'infanzia o nell'adolescenza nei pazienti con BPD
Fossati et al. (14)	Metanalisi che mostra un'evidenza di effetti dell'abuso sessuale nell'infanzia nei pazienti con BPD

La consulente del PM avrebbe almeno dovuto dar conto di queste ricerche e di questa convergenza nella letteratura scientifica. Non esistono affatto o comunque non sono rilevanti ricerche su campioni di pazienti affetti da BPD sul rapporto tra presunti interventi

---

<sup>17</sup> Tabella citata in D. Mosquera, A. Gonzalez- Vazquez, Disturbo borderline di personalità, trauma e EMDR, *Borderline Personality Disorder, trauma and EMDR*, in *rivistadipsichiatria.it*

iatrogeni della psicoterapia ed insorgenza della patologia. Indubbiamente la consulente del PM è piuttosto isolata nel sostenere che un disturbo di personalità tanto profondo e radicato nelle basi profonde della mente e della storia del soggetto, come il BPD, possa essere “correlato” ad alcuni presunti interventi iatrogeni di operatori e di uno psicoterapeuta!

### **3.4. La psicoterapia che fa stare peggio?**

Sia la madre che la figlia affermano oggi che con la psicoterapia Veronica stava sempre peggio. Ma cosa si può constatare dall'analisi delle sedute videoregistrate della psicoterapia con Foti nel 2016? Emerge chiaramente che la paziente:

- fa un elenco delle esperienze sfavorevoli e traumatiche patite nell'infanzia e nell'adolescenza e collega questa serie di esperienze all'“onda” che il padre ha creato;
- esprime rabbia ed anche odio nei confronti della figura paterna e chiarisce con intensità e spontaneità che l'unica persona per cui prova rabbia è il padre,
- recupera aspetti importanti della violenza sessuale subita quando aveva 13 anni da parte di un ragazzo che aveva qualche anno più di lei (ricorda di avergli detto di no, che mentre lui la violentava le diceva “Ti amo” e di aver vissuto l'esperienza in uno stato di “assenza”;
- allo stesso modo recupera aspetti importanti dell'esperienza traumatica patita ai 4 anni in cui vede se stessa bambina dall'esterno e la mano di un adulto dirigersi verso la sua zona genitale;
- riconosce di aver vissuto quelle esperienze traumatiche con forti vissuti di spaesamento e disorientamento;
- ad un certo punto della psicoterapia afferma che la maggiore sicurezza e il benessere che ha raggiunto sono derivati dal fatto di riuscire a non incontrare più il padre e le altre figure che associa alla violenza subita;
- come ogni vittima di violenze migliora la propria fiducia in se stessa e il proprio funzionamento psicologico in misura direttamente proporzionale alle distanze che stabilisce con le persone che le hanno fatto del male;

In base all'analisi delle sedute videoregistrate **mano a mano procede il percorso di elaborazione dei ricordi traumatici si verifica nella paziente un rilevante processo di cambiamento**, che certo non realizza e non può realizzare una trasformazione stabile della sua struttura di personalità, ma produce una maggiore coesione del Sé e favorisce l'affiorare di cambiamenti di stato. Il processo di cambiamento della paziente si blocca definitivamente, quando il percorso di consapevolezza e di rielaborazione del trauma di Veronica viene forzatamente interrotto perché il centro “La cura” di Paesello, a seguito dell'inchiesta giudiziaria, a fine del 2018 viene chiuso.

Nella prima tranche della psicoterapia compaiono trasformazioni non solo sul piano dei contenuti espressi, ma anche sul piano dell'atteggiamento emotivo e dell'aspetto fisico della paziente. Risulta palese che la psicoterapia fa crescere l'autostima della paziente, la aiuta a superare i vissuti depressivi e suicidari, le trasmette energia e le rinforza il senso di indipendenza e il vissuto di autonomia psichica.

Tali cambiamenti, testimoniati dall'evoluzione della paziente a cui si assiste nelle sedute videoregistrate del 2016, consistono in processi di trasformazione:

- a) **dal senso di colpa schiacciante e dall'autoaccusa per gli abusi subiti alla comprensione benevola** della propria situazione di soggetto traumatizzato;

- b) **dalla depressione (pensieri suicidari) ad un superamento dei vissuti depressivi** e ad una crescita della vitalità;
- c) **dal senso di disvalore della propria vita alla voglia di impegnarla** su obiettivi importanti ed altruistici;
- d) **da atteggiamenti di sottomissione passiva ad atteggiamenti di assertività** e indipendenza con lo sviluppo di una capacità di negoziare le relazioni nel rapporto con il maschile;
- e) **da una rappresentazione della sessualità, associata a sofferenza e pericolo, ad una ben diversa rappresentazione della sessualità, associata all'affetto e all'intimità.**

In realtà tutte le 14 sedute videoregistrate (tranne una nella quale il lavoro di elaborazione del trauma inevitabilmente è stato più sofferto) **si concludono con riscontri espliciti di soddisfazione, di benessere, di crescita ed in qualche caso di gioia e di felicità da parte di Veronica**). I cambiamenti non riguardano soltanto il piano dei vissuti e delle ideazioni, ma coinvolgono anche il piano comportamentale ed energetico.

All'inizio della psicoterapia la ragazza viene descritta dalla madre come segnata da un quadro depressivo profondo, che viene confermato nelle prime sedute da Veronica stessa. La signora Adriana racconta che la figlia fa fatica al mattino ad alzarsi e a trovare la forza per andare a scuola. Con il sostegno del Servizio Sociale e della psicoterapia la ragazza trova la motivazione e la forza per recarsi ogni mattina a Castelnuovo Monti dove si trova il nuovo istituto scolastico dove viene iscritta, facendo quotidianamente un lungo percorso di circa un'ora in macchina e autobus. Veronica viene promossa. Trova inoltre anche la motivazione e la forza per non mancare mai alla seduta di psicoterapia con Foti. Veronica si impegna per essere presente agli appuntamenti: talvolta, senza avere il tempo di mangiare, dopo l'uscita di scuola, fa un viaggio di 50 km per arrivare all'AUSL di Reggio, dove si svolgono le sedute.

Analogamente nel corso della psicoterapia Veronica trova la motivazione e la forza per allontanarsi da casa per alcune settimane per recarsi a Roma per svolgere un intervento di volontariato presso la Caritas. In questa esperienza, che appare evidentemente come gratificante, la ragazza evidenzia una capacità di adattamento e un atteggiamento di impegno altruistico. Migliora inoltre la sua vita di relazione affettiva e la capacità di autodeterminarsi e difendersi nelle relazioni con le figure maschili.

### **3.5. Il convincimento di Veronica sull'abuso infantile patito e la condivisione partecipe della madre**

Nel colloquio preliminare alla psicoterapia nel 2016 la madre esprimeva con forza la propria piena convinzione relativa all'abuso comunicato dalla figlia.

La signora Adriana descriveva una figlia - prima che Veronica conoscesse il dr. Foti - **fortemente bisognosa di essere creduta dalla madre e di ricevere da lei vicinanza emotiva rispetto alla violenza narrata** (*"Mia figlia vuole essere creduta e sa che io credo a mia figlia e glielo anche detto, che le credo in quello che dice e penso che voglia che partecipi in questa...in questa cosa qua."*)

La madre mostrava dunque di intuire che la figlia, in quanto vittima, aveva bisogno di essere creduta e di sperimentare da parte della madre stessa un atteggiamento di partecipazione affettiva ed empatica.



Di fronte al perito del PM la posizione attuale della signora Adriana è del tutto cambiata. Il ricordo penoso di Veronica non sarebbe mai appartenuto alla ragazza stessa, Veronica non avrebbe mai richiesto alla madre un atteggiamento di condivisione partecipe sulla sofferenza traumatica patita, bensì tale ricordo sarebbe stato introdotto *“in modo sbagliato”* nella mente della figlia dagli operatori.

L'analisi di cosa dice Veronica nelle sedute videoregistrate avrebbe potuto consentire di verificare che le sue affermazioni sono attraversate dal riproporsi spontaneo ed insistente dell'idea di un padre abusante. Veronica è tormentata dall'idea di un possibile abuso sessuale perpetrato dal padre su di lei quand'era bambina. Questa idea non si appoggia soltanto ai racconti che le sono stati fatti dalla madre e dalla zia circa la rivelazione da lei compiuta ai 4 anni, ma si basa su sensazioni e frammenti di ricordo avvertiti soggettivamente.

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

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

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

Veronica è tormentata dall'idea che la sorella abbia potuto essere abusata sessualmente dal padre. O potrà esserlo in futuro. E' convinta che la sorella voglia rivedere il padre perché è ancora attaccata a lui, nonostante il padre abbia fatto del male, non solo a lei, ma alla sorella stessa (Trascrizioni, pag. 330).

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

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

Ora è vero che nelle sedute videoregistrate non compare in Veronica un ricordo completo e preciso del trauma infantile, ma è altrettanto vero che compaiono senza dubbio nella mente della ragazza numerose ed importanti **percezioni, sensazioni ed emozioni** che la portano a credere al fondamento del racconto da lei fatto da bambina alla zia e che le è stato riportato dalla madre.

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

- la sensazione di disagio che c'è sempre stata connesso alla figura del compare del padre (*“Di quando ero piccola non mi ricordo niente. C'è però comunque la*

*sensazione di disagio quando ero in sua presenza, c'è sempre stata, io infatti ho sempre cercato di dire a mio padre che non ci volevo andare*” (Trascrizioni, pag. 307);

- un ricordo di cui parla a diverse riprese: nella terza seduta dice di avere *“un’immagine stampata in testa”* di lei piccolina che è sul divano *a fianco all’amico del padre con un vestitito rosa e con la sensazione di essere disorientata* (Trascrizioni, pag. 100); nella dodicesima seduta – prima del trattamento EMDR - ricorda una situazione spiacevole di lei seduta sul divano con la mano di un adulto che si avvicinava alla sua zona genitale:
- Veronica vede la mano (ma non il volto) di un adulto proiettata verso la sua zona genitale. *“DR.FOTI - Tu cosa ricordi, che immagini hai? - VERONICA- Che io sono in casa sua, di questo qua e lui vicino a me, penso. **Cioè che mette la mano qui vicino (indica la zona che va dalla pancia ai genitali) però non ... cioè io lo sto ... non lo so come lo sto vedendo, cioè non sono io che sto guardando.**”* ( Trascrizioni, pp.304-305, cfr. inoltre pag.322); anche il ricordo di questo episodio, come già successo per l’episodio dell’abuso ai 13 anni, è caratterizzato da un movimento dissociativo che porta Veronica a vedere la scena dall’esterno;
- l’immagine di sé è quella di una bimba *“molto piccolina (...) con un’aria innocente”* ( Trascrizioni, pag. 324), una bambina **sprovveduta – come precisa la stessa Veronica- che non capisce che le persone le stanno facendo del male** ed è incapace di difendersi (Trascrizioni, pag. 337);

Con l’applicazione dell’EMDR si aggiungono “a grappolo” altri quattro contenuti:

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

II – l’uomo sul divano, di cui non vede il volto, la chiama a sé e le chiede se le vuole bene, lei voleva rispondergli di no, ma non ricorda cosa poi è riuscita a dirgli e cosa è successo: ***“Non riesco a vedere la sua faccia però mi ha chiamato sul divano, mi ha fatto così (un cenno con la mano) ‘Siediti’ ....” . Mi ha chiesto se gli voglio bene.... lo nella mia mente gli ho detto di no. Però non lo so***”. (pp. 342 -343)

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

IV – Veronica recupera un aspetto drammatico del ricordo, nel quale la zia chiede ripetutamente: *“Ma chi è lui, ma chi è lui?”* e Veronica bambina risponde: *“Lui, è lui, è*

lui...”, non riuscendo a superare il blocco psichico e comunicativo a specificare di chi si trattava.

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

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

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

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

L'ipotesi che ci si trovi di fronte ad un falso ricordo, esclusivamente generato da elementi esterni alla memoria della paziente (per es. dall'aver sentito da altri, dalla madre o dalla zia il racconto dell'abuso, di cui sarebbe stata vittima) può essere pienamente falsificata. In realtà il racconto della madre e della zia sono un elemento esterno che ha sempre agito da conferma delle tracce interne di memoria che sin da bambina sono state presenti nella mente di Veronica e che l'hanno portata con convinzione a validare come fondato il resoconto della zia e della madre circa quanto da lei raccontato alla zia stessa quando aveva 4 anni.

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

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

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

### **3.6. La “seconda violenza” subita da Veronica**

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

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

*VERONICA- Mm... beh... mi è successo quando avevo 13 anni, era il mio ragazzo diciamo e quella lì è stata la seconda... e ...basta (la parola basta è sussurrata)*

*DR. FOTI - E questo ragazzo, se adesso stiamo facendo questo resoconto ma perché proprio cerco di farlo, anche se capisco che ti può creare malessere, proprio per vedere se posso aiutarti a*

fare un **lavoro di recupero della memoria che ti possa aiutare a star bene**. Questo ragazzo cosa ti ha fatto? Questo lo ricordi? Oppure anche questo è confuso nella nebbia?

VERONICA- No, mi ricordo.

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

VERONICA- Beh, **mi ha violentato** possiamo dire.

(Trascrizioni, pag. 104)

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

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

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

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

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

VERONICA- E' stato un po' tutto però, **la mia assenza proprio**. Non è che mi vedo lui davanti **io sono tipo uscita, però non lo so che cosa sarebbe stato meglio ricordarmelo da fuori o da dentro**. (Trascrizioni, pag. 206)

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

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

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

VERONICA: Sì. (Trascrizioni, pag. 207)

Con grande sofferenza e in tono lamentoso Veronica prosegue:

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

5. A questo punto il dr. Foti cerca di approfondire il vissuto emotivo della paziente nei confronti del ragazzo senza alcuna suggestione. Emerge che Veronica se lo incontrasse non si sentirebbe di reggere l'incontro perché si sentirebbe "**come un animale in trappola**". (Trascrizioni, pag. 210)

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

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

DR. FOTI: *Quindi senti che stai andando avanti?*

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

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

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

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

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

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

DR. FOTI: *... **li senti collegati tuo padre e il suo compare?***

VERONICA: *Sì.*

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

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

DR. FOTI: *Non lo vedi più?*

VERONICA: *No, è questa è una cosa positiva.* (Trascrizioni, pp. 225-226)

Spontaneamente la paziente fa derivare **il vissuto di sicurezza dalla distanza fisica e dalla distanza psicologica nei confronti delle figure da lei associate ad esperienze traumatiche: il padre, l'amico del padre e Rubio.** Tutt'e tre queste figure in qualche modo sono associate alla violenza. Fra loro indubbiamente Veronica stabilisce un legame che a che fare con il male da lei subito.

### **3.7. Veronica smentisce se stessa**

Al proposito del padre Veronica dichiara al perito, sottolineata dalla dr.ssa Rossi: **“Loro mi avevano detto che non era la persona più brava del mondo neanche con mia madre, e io mi sono allarmata per questo”.**

Ma la Veronica del 2016 smentisce clamorosamente la Veronica del 2019. Risulta evidente che la sua rabbia e il suo odio verso il padre sono radicate nella sua soggettività e nella sua emotività e non sono un semplice frutto di informazioni sbagliate provenienti dall'esterno.

Se il perito avesse minimamente considerato le sedute videoregistrate avrebbe potuto confrontare Veronica con il suo passato ed almeno dubitare della ritrattazione della ragazza. L'analisi di queste sedute evidenzia che la rabbia e l'odio di Veronica verso il padre si manifestano in forme ripetute e marcate, hanno ragioni profonde ed emergono dalla sua soggettività talvolta in forme tanto intense quanto inattese. **Il padre è l'unica**

**persona verso cui prova rabbia.** Nel cercare di chiarire perché non prova rabbia verso i ragazzi che l'hanno molestata o abusata Veronica afferma: *“L'unica persona per cui io provi rabbia è mio padre. A lui do la colpa di ogni cosa ecco perché non sono arrabbiata con nessun altro.”* (pag. 211) Questa comunicazione spontanea che esce dalla bocca di Veronica viene ripresa dalla ragazza stessa quando il terapeuta le chiede cosa l'ha colpita maggiormente nella seduta: **“Che non riesco a provare rabbia per nessun altro che non sia mio padre”.** (pag. 214)

In un litigio con la madre – riferisce Veronica- afferma in riferimento al padre: *“Speriamo che muoia”* (pag.228). In seduta Veronica dichiara: *“A me sinceramente non mi interessa di rivedere mio padre, per me potrebbe anche morire sinceramente non mi importerebbe...”* (pag.256).

Riconduce spesso il disagio che vive nell'attualità a pensieri ricorrenti che riguardano il padre. Dice di provare non solo rabbia ma – sente spontaneamente il bisogno di precisare -*“un po' di odio”* (pag. 300). Dimostra di comprendere la differenza tra rabbia e odio. **Odia il padre** *“perché i padri si comportano in modo diverso”* (pag. 299).

Vorrebbe recuperare il ricordo infantile relativo all'abuso sessuale subito ai 4 anni, ma ha paura che un ricordo più chiaro la porterebbe ad **“odiare troppo”** il padre e il suo compare (pag. 320).

Contro la figura paterna Veronica rovescia quella tendenza psichica che la fa sentire colpevole di tutto: **“A lui do la colpa di ogni cosa ecco perché non sono arrabbiata con nessun altro”** (pag. 211). Il padre è innanzitutto associato all'**abbandono** patito quando lei e la sorella erano piccole e i genitori si sono separati (pag. 96). Il padre viene visto da Veronica- in un resoconto sulla propria vita che ella ha compiuto e che sente spontaneamente il bisogno di riportare al terapeuta - come principale responsabile dello **“schifo di vita”** che pensa di aver vissuto (pp. 82-83). Contesta al padre di **fare la vittima** (pag. 229 e pag. 301), di cercare di farla sentire colpevole e cattiva in vari modi per es. con un pianto insincero (pag. 230). Quando Veronica viene a sapere della tendenza di Valentina all'automutilazione sente rabbia all'idea che dietro il malessere e la sintomatologia della sorella **“ci sia una persona che già odio abbastanza”** (pag. 365), ovvero ci possa essere una qualche responsabilità del padre. Il padre inoltre viene visto come un bambino caparbio, che tende a vedere le figlie come **“un capriccio”** e non come persone (pag. 301).

Veronica non prova verso la sorella un sentimento di rabbia bensì di tristezza **“perché anche lei ha passato brutte cose”**: la paziente non avrebbe voluto che questo capitasse alla sorella. La rabbia è rivolta invece alla persona che potrebbe esserci dietro.

Veronica specifica che questa persona potrebbe essere il padre.

**“DR. FOTI - E questa persona chi è che già hai un sentimento ostile, questa persona che temi possa esserci dietro...?”**

**VERONICA: Ho paura che possa essere ancora mio padre.”** (pag.365)

### 3.8. La psicoterapia del dr. Foti: l'escalation delle accuse

Una volta liquidate le comunicazioni che Veronica effettua nel corso della prima tranche della psicoterapia, diventa possibile rivolgere tutte le critiche possibili ed immaginabili al lavoro terapeutico del dr. Foti. L'analisi del percorso terapeutico nel corso del 2016 consente di constatare che tale percorso sviluppa nella paziente **una crescita della serenità, dell'autonomia, dell'assertività e dei processi di cambiamento.** La

consulente del Pubblico Ministero non lo rileva, perché tende a criminalizzare in blocco le sedute, senza esaminarle in modo specifico. La dr.ssa Rossi è concentrata sulla “*confusione mentale*” di Veronica, una paziente che ha interrotto il proprio percorso di consapevolezza e di elaborazione del trauma. In tale confusione, sostiene la dr.ssa Rossi:

*“un ruolo significativo sembrano averlo rivestito le induzioni trasmesse nel corso della psicoterapia dal dr. Foti che hanno **veicolato a Veronica il convincimento di essere stata oggetto di plurimi abusi sessuali e vessazioni psicologiche da parte di figure maschili** intese come pericolose in assenza di alcune protezioni da parte della figura materna, intesa come figura femminile assoggettata.”* (rel. dr.ssa Rossi, pag.67)

L’analisi delle sedute in realtà evidenzia chiaramente che il dr. Foti non veicola affatto a Veronica con alcuna forma di convincimento circa l’esistenza di plurimi abusi perché tale convincimento esiste già nella paziente. La rappresentazione della propria vicenda come storia di plurime sofferenze traumatiche e di plurimi abusi viene esplicitata da Veronica stessa già nella terza seduta (Trascrizioni, pag. 92 e sgg.), nella quale la ragazza sente il bisogno di elencare le violenze subite, definendole lei stessa “*la prima violenza*”, “*la seconda violenza*”...

E’ Veronica stessa che stabilisce più volte un collegamento tra le plurime esperienze di violenza da lei patite. In una comunicazione sentita e spontanea Veronica afferma di considerare il padre responsabile dell’*“onda”* che a partire dall’abuso infantile ha influenzato il suo rapporto con la sessualità e ha favorito il succedersi degli abusi che dalla sua infanzia si sono reiterati ai suoi danni (Trascrizioni, pag. 311).

In maniera altrettanto spontanea Veronica sente il bisogno di associare a Rubio il numero ordinale degli autori delle violenze sessuali da lei subite nel corso della propria vicenda. VERONICA - *Beh, reincontrare Rubio, il primo (..) cioè no poi era il secondo che mi ha fatto del male perché siccome è molto vicino a me io ho sempre il terrore di incontrarlo.* (Trascrizioni, pag. 156) Rubio è stato “*il primo*” – dice Veronica, anzi – precisa immediatamente – “*il secondo*” che gli ha fatto del male, perché in coerenza con quanto già narrato in precedenza, prima di Rubio, quand’era bambina, c’è stato un autore o ci sono stati più autori che le hanno fatto violenza.

C’è un altro passaggio importante, nel quale Veronica sente il bisogno di collegare spontaneamente le figure associate alla violenza subita.

Veronica nella nona seduta comunica di star meglio, di sentirsi diversa, di sentirsi più al sicuro (pag. 224) ed è convinta che questo vissuto di maggiore sicurezza che riconosce dentro di sé sia dovuto alla possibilità di non avere “*più contatti*” con il padre (pag. 227), di “*stare a distanza*” da lui (DR. FOTI - *Cos’è che ti fa sentire al sicuro, rispetto a cosa?* VERONICA - *Mh...beh, allora stare a distanza da mio padre,* pag. Trascrizioni, pag. 225). **La paziente fa derivare il proprio vissuto di crescente benessere dalla distanza fisica – ma certamente anche mentale – che è riuscita a stabilire rispetto a tutt’e tre le figure da lei associate alla violenza sessuale subita (il padre, il compare del padre, e il ragazzo da cui sente di essere stata violentata da ragazzina).** Fra queste tre figure indubbiamente Veronica stabilisce un legame che a che fare con il male da lei subito. La comprensione del nesso tra la crescita della sicurezza e la lontananza fisica e mentale da queste tre figure emerge spontaneamente dalla consapevolezza di Veronica. (Trascrizioni, pp. 225-226)

E’ Veronica stessa che introduce a proposito della propria esperienza la parola “*stupro*” (Trascrizioni, pag. 75) e a parlare spontaneamente della propria sofferenza associata al

tema dello stupro tutte le volte quando guarda un film con la madre dove una ragazza è stata stuprata. (Trascrizioni, pag. 209)

Analogamente il dr. Foti non veicola affatto a Veronica alcuna forma di convincimento di essere stata oggetto di plurime vessazioni psicologiche da parte di figure maschili intese come pericolose. Questo convincimento sussiste già nella ragazza. E Veronica che introduce spontaneamente il tema del suo proposito di non volersi sposare. Pensa che ricercare affetto sia rischioso perché gli uomini le hanno fatto del male e ci sono persone che possono intuire come con un radar la sua debolezza ed approfittarne. (Trascrizioni, pp. 83 -84)

La madre di Veronica ha affermato nelle sue dichiarazioni SIT del 4 febbraio 19:  
*“Veronica purtroppo vede ogni figura maschile come una minaccia e come fonte di molestie e questo è un atteggiamento che ha maturato dopo la psicoterapia”*. Ma non può essere stato il dr. Foti ad aver inciso nella rappresentazione da parte di Veronica di una figura maschile minacciosa e terrorizzante. Risulta evidente che un’evocazione di pericolo associata alla figura maschile è già presente prima di qualsiasi intervento del dr. Foti. Veronica **già in prima seduta** dice di provare verso tutte le figure adulte un senso di terrore, **“io già quando vedo un uomo più grande e sono da sola già ho il terrore, con i ragazzi un po’ meno”** (Trascrizioni pag. 44). E’ Veronica a parlare del suo “terrore” verso l’ex ragazzo Rubio e verso le figure maschili. E’ un “terrore” che evidentemente non è stato trasfuso dall’esterno dal dr. Foti, perché appartiene allo psichismo profondo di Veronica ed è un vissuto esteso, in qualche misura, a tutte le figure di uomini adulti.

Verso il padre la ragazza ha sempre provato terrore:

*DR. FOTI - Che cosa in particolare se posso chiederti, che cosa di tuo padre Valentina non sa?*

*VERONICA - Che diciamo io ho sempre avuto il terrore.* (Trascrizioni, pag. 254).

Veronica non riesce a comprendere le radici di questo terrore, anche se è sempre associato al rischio di una violenza sessuale.

Il desiderio di morte nei confronti del padre è una componente estrema, poco elaborata dello psichismo profondo di Veronica che si collega ad una componente più evoluta: un bisogno di distanziamento e di indipendenza dalla figura paterna: *“lo gliel’ho detto [si riferisce alla madre] che comunque noi non dipendiamo da nostro padre. Perché per me cioè può anche non esistere, a me non interessa.”* (Trascrizioni, pag. 262)

Per quanto riguarda l’atteggiamento di Veronica verso la madre, la dr.ssa Rossi afferma:

*“Nelle sedute di cui dispone della registrazione e della trascrizione, realizzate dal dr. Foti, Veronica viene incitata a non soccombere al potere maschile e dunque alle norme paterne, ma anche a rifiutare il modello femminile della madre che in quel momento era l’unica figura che poteva guidare e sostenere la madre.”* (pag.61)

Questa affermazione è assolutamente infondata e distorcente. In primo luogo l’analisi delle sedute videoregistrate consente di verificare che il dr. Foti non incita proprio a niente.

**Il trattamento si fonda prevalentemente sull’ascolto, sulla validazione delle emozioni, sulla riformulazione di ciò che Veronica esplicita.**

In secondo luogo, in base a quanto afferma la signora Adriana al dr. Foti nell’incontro videoregistrato del 16 febbraio 2016, la rabbia di Veronica verso la madre era precedente l’avvio della psicoterapia. Semmai le sedute videoregistrate dimostrano che **la psicoterapia ha contribuito a stemperare quella rabbia.**



VERONICA - Non voglio essere in guerra con mia madre

DR. FOTI - Certo, certo, Stare in guerra non fa mai bene, non fa mai piacere, insomma. E momenti di tensione non si sono più verificati. Si sono verificati di meno con tua madre?

VERONICA - Sì, ma comunque sono litigate leggere per delle cose un così. ma penso che anche lei si...perché non la vedo poi così nervosa, la vedo più rilassata, comunque anche per questo.

DR. FOTI - Ah, ah, **è più attraente come figura materna, se è meno nervosa, se è più tollerante da quello che capisco.**

VERONICA - Sì. (Trascrizioni, pag. 252)

Dunque è assurdo affermare che il dr. Foti mirava a distruggere la figura materna. Il dr. Foti empatizza più volte con il desiderio di Veronica di migliorare la relazione con la madre. Erano i comportamenti poco empatici e soffocanti della madre a sollecitare spesso la protesta della figlia. **Quando nel corso della psicoterapia del 2016 è cresciuta in Veronica l'autostima, la ragazza sviluppa una propria autonomia e contesta sempre più nettamente l'atteggiamento di sottomissione della madre nei confronti del padre.** Veronica è profondamente colpita e dispiaciuta nell'apprendere dalla madre stessa che quest'ultima ha subito varie forme di violenza dal padre.

Le sedute videoregistrate mostrano che la rabbia della paziente verso la madre si attenua sensibilmente nella prima tranche della psicoterapia (2016). La contrapposizione alla madre riesploderà invece nel 2017, comparando intensamente all'inizio della nuova tranche e contribuendo poi al ricorso reattivo da parte di Veronica a comportamenti trasgressivi e all'abuso di sostanze. Peraltro il dr. Foti ha cercato di effettuare nella seconda tranche della psicoterapia diversi incontri madre-figlia nel tentativo di ridurre la rigidità emotiva ed educativa della signora Adriana e favorire un'interazione più positiva tra la madre e Veronica.

Un'altra accusa infine che viene rivolta dal perito al dr. Foti è quella di interpretare e di trasformare tutte le situazioni in "stupro" e in "abuso".

Ma è la stessa Veronica che, già nella terza seduta, fa l'elenco di quelle che lei stessa qualifica come le violenze che ha subito. La ragazza riprende la situazione di bullismo e molestia patita da un compagno di scuola, situazione di cui ha già parlato e per cui ha dovuto cambiare istituto scolastico. Risulta in questo caso evidente l'**atteggiamento rispettoso di ascolto** del dr. Foti ben diverso da quello chi vuole leggere gli eventi sempre e comunque in termini di abuso.

VERONICA - Poi ti ho già raccontato quello che mi è successo quest'anno.

DR. FOTI - Sì, sì, con questo ragazzo, sì.

VERONICA - Sì.

DR. FOTI - Questa come la definisci una violenza? Un "mi ha messo le mani addosso"? come la definisci?

VERONICA - Mi ha messo le mani addosso.

DR. FOTI - Ti ha messo le mani addosso. **Quindi una mancanza di rispetto, una grave mancanza di rispetto.** (pp. 105-106)

### 3.9. **La negazione della problematica sessuale di Veronica preesistente alla psicoterapia**

Il perito, senza considerare cosa emerge chiaramente nelle trascrizioni a sua disposizione, intende dimostrare che il dr. Foti ha determinato un danno iatrogeno gravissimo alla sua paziente e alla sua vita sessuale:

*“Risulta molto rilevante cogliere come Veronica, attraverso gli operatori, si sia convinta che il suo primo rapporto sessuale, al quale aveva accondisceso per accontentare il fidanzato era stato una violenza. **Il danno, tuttavia, provocato dalle induzioni poste in essere in tal senso, non è limitato ad alterare il significato del ricordo di quello specifico evento, ma è esteso a tutta la vita sessuale di Veronica, non più in grado di comprendere quando un interesse sessuale nei suoi confronti da parte di un ragazzo possa costituire un tentativo di coercizione.**” (Relazione dr.ssa Rossi pp. 42- 43)*

In realtà, come si è visto, Veronica porta nelle sedute videoregistrate frammenti di ricordi che rinviano ad un abuso infantile. Parla in maniera spontanea di una violenza ai 13 anni subita da un ragazzo che lei ha ancora terrore di incontrare, che, se incontrasse, si sentirebbe come *“un animale in trappola”*. Parla di un’esperienza sessuale violenta che ha vissuto in maniera dissociata, *“dal di fuori”, “in assenza”,* parla di un’esperienza bruttissima e confusiva, perché il fidanzato mentre la costringeva al rapporto le diceva: *“Ti amo”*. Ma tutto questo non viene osservato, né considerato. Per la consulente del PM la vita sessuale di Veronica sarebbe stata alterata, non già dagli eventi traumatici che hanno condizionato la sua sessualità, non già dalla *“prima”* e dalla *“seconda violenza”* patite dalla ragazza, bensì dall’ascolto che il dr. Foti compie della sua vicenda traumatica e dai successivi interventi tesi alla comprensione e all’elaborazione di quella vicenda.

Ma è la paziente stessa che chiarisce le origini traumatiche delle sue difficoltà nella vita sessuale. **In passato – quando il dr. Foti non era neppure conosciuto dalla ragazza - la sessualità per Veronica rappresentava un pericolo da cui tenersi distante, essendo associata a negatività, a dolore ed allarme.**

*DR. FOTI - Tu da cosa ricavi la sensazione che può esserci stato qualcosa che ha disturbato la tua innocenza?*

*VERONICA- Mh, beh sicuramente comunque è stato il fatto che io mi tenevo abbastanza lontano dalla attività sessuale (...) E diciamo che, se c’ero molto vicina...ehm ... mi sentivo male. (...) Mi mettevo sempre a piangere.*

*DR. FOTI - Quindi come se ti avvicinassi a qualcosa di penoso e non di gioioso, di pericoloso e non di rassicurante. E caspita, caspita, ti mettevi a piangere mh... ehm...come se ci fosse nell’attività sessuale più un dolore o più un allarme? O tutte e due?*

*VERONICA- Io penso entrambe le cose. (Trascrizioni, pp. 371-372)*

Da dove ha tratto origine l’inibizione (*“Mi tenevo abbastanza lontana dall’attività sessuale”*), da dove hanno tratto origine il dolore e l’allarme associati alla sessualità (*“Mi mettevo sempre a piangere”*), la paura di essere abbandonata ed ingannata (***“Quando qualcuno dice che mi ama penso sia una cosa falsa”***) ? (Trascrizioni, pp. 372-373))

La risposta della dr. ssa Rossi è chiara: sono state prodotte dalle induzioni degli operatori e del dr. Foti in particolare! *“Le induzioni rivolte a Veronica– afferma la consulente - sono state così pesanti e protratte nel tempo che ancora oggi la ragazza risulta molto confusa rispetto all’area della sessualità”* (rel dr.ssa Rossi, pag. 57)

Dunque le responsabilità del dr. Foti, che ha ascoltato il trauma di Veronica, sarebbero paradossalmente equivalenti a quelle di chi ha agito gli abusi!

Se si ascolta invece cosa dice Veronica risulta invece chiarissimo che il suo disagio nella vita sessuale è nato prima della psicoterapia da esperienze penose e confusive che hanno condizionato la sua sessualità. Risulta assai discutibile **in un lavoro peritale non considerare tutte le informazioni, pur disponibili, che avrebbero potuto dimostrare le origini traumatiche del disagio e della confusione che hanno condizionano l'area della sessualità di Veronica.**

Oggi Veronica nega che le esperienze del passato abbiano avuto un qualsiasi ruolo nell'attuale malessere e punta il dito sulle responsabilità degli operatori e del dr. Foti che l'avrebbero convinta di aver patito violenze immaginarie. L'atteggiamento di Veronica è diventato pesantemente proiettivo. Nega qualsiasi contenuto tra quelli espressi nel corso della psicoterapia e nega la propria responsabilità nelle affermazioni compiute ed **attribuisce ogni colpa a "loro"**, agli operatori e al dr. Foti. Ha una propria teoria sul falso ricordo: *"Magari mi è stato creato perché io mi sono convinta e l'ho detto a loro e loro mi hanno anche convinta di più"* (rel. Rossi pag. 59). A proposito del padre afferma che *"loro mi avevano detto che non era la persona più brava del mondo neanche con mia madre, e io mi sono allarmata per questo"*. Al dr. Foti ha parlato *"di una cosa che ho detto che loro mi hanno tirato fuori" ... "Mi hanno detto ero stata toccata dall'amico del padre"*.

### **3.10. La negazione del trauma e dei suoi effetti**

Nel corso delle sedute videoregistrate Veronica ripetutamente parla con intensità emotiva dell'esperienza del rapporto sessuale con il suo ragazzo quindicenne, dicendo che non è stato affatto *"intrattenuto"*, ma pesantemente subito senza che in nessun modo sia stata suggestionata dal dr. Foti a qualificarlo esplicitamente in questi termini. Nel ricordare il fatto che mentre veniva *"violentata"* il ragazzo le diceva *"Ti amo"* Veronica ha un forte momento di commozione senza, ovviamente, che nessuno le abbia detto di manifestare in quel modo ed in quel momento la propria sofferenza.

La stessa Veronica nel corso di un colloquio di approfondimento con la dr.ssa Rossi, esplicita un ricordo infantile, descritto in questi termini dal perito:

*"A riprova della confusione mentale della ragazza tutt'ora sperimentata, si consideri che Veronica, nel corso del colloquio, ha chiesto di poter rilevare alla scrivente qualcosa che in realtà non aveva mai riportato agli psicologi che si erano interfacciati con lei: 'Cioè io da piccolina per esempio mi strisciavo sulle cose ... quindi non so se questa cosa c'entri o no...sinceramente ... facevo fare sesso alle bambole, le Barbie, così mi strisciavo sui peluche ... però non lo sapevo se era una cosa sbagliata o no' "* (Rel. dott.ssa Rossi, pag. 58)

L'ipereccitazione sessuale di Veronica bambina descritta in questo ricordo si può ritrovare con una frequenza statistica significativa nella popolazione dei bambini abusati, mentre non compare con la medesima frequenza statistica in un gruppo di controllo, composto da una popolazione indifferenziata di bambini<sup>18</sup>. Ma la dr.ssa Rossi non riconosce nel ricordo la possibile traccia di un'esperienza traumatica.

Ma c'è un'altra affermazione della dr.ssa Rossi che merita una particolare attenzione perché dimostra **una sottovalutazione ed un'incomprensione gravissime di cos'è un**

---

<sup>18</sup> Friedrich W.N. (1997), *CSBI, Child Sexual Behavior Inventory. Professional Manual*, Psychological Assessment Resources, Odessa.

### **trauma e una vera e propria negazione di quali possono essere i suoi effetti.**

Parlando del possibile abuso sessuale subito da Veronica ai 4 anni, la consulente del PM afferma:

*“Un episodio che, anche qualora fosse accaduto, secondo la modalità descritta dalla signora Adriana (un tocco alla patatina di una bambina di meno 4 anni) **non poteva avere una carica lesiva così importante** da condizionare la salute psichica di Veronica, che all’epoca non poteva comprenderne neanche la portata” (rel. dr.ssa Rossi, pp. 16-17)*

Non poteva avere una carica lesiva così importante?!? Si condensano in questa affermazione rozzi pregiudizi del tutto superati dalla letteratura e dall’esperienza clinica sul trauma: **il pregiudizio che una piccola violenza sul piano fisico comporti necessariamente un piccolo danno sul piano psicologico e che la scarsa comprensione cognitiva della portata dell’evento da parte del bambino possa risparmiargli gli effetti eccitanti e scombussolanti di quell’evento sul piano emotivo e fisiologico.**

### **3.11. La teoria del falso ricordo**

La Consulente afferma l’*“assenza di qualsivoglia traccia mnestica dell’esperienza traumatica”* (rel. Rossi, pag. 16) ma questa affermazione prescinde completamente dall’analisi specifica delle sedute videoregistrate che dimostrano invece, come s’è visto, la presenza nella paziente di consistenti tracce mnestiche non solo sul piano delle verbalizzazioni, ma anche sul piano psichico, emotivo, sintomatico.

Dal momento che queste tracce di memoria traumatica sono documentabili, dobbiamo dedurre che ci troviamo di fronte ad un caso, nel quale risulta difficile sostituire l’informazione iniziale ed alterare la memoria della paziente. Lo ammette la stessa dott. Rossi, quando ammette: *“Ove è già presente una traccia mnestica è più difficile che venga ‘sostituita’ da un’informazione post-evento, in assenza di questa è più facile che si insinui una ricostruzione, o meglio, una costruzione, errata.”* (Rel. dr.ssa Rossi, pag. 16)

L’idea del falso ricordo prima di essere una pseudo teoria scientifica, può assolvere per le persone un’importante funzione difensiva di negazione e di proiezione. Per la signora Adriana Santi il ricorso all’idea di un falso ricordo consente di convincersi che non ci sarebbe mai stata alcuna violenza patita dalla figlia e non ci sarebbe stata alcuna carenza nel compito di protezione di Veronica. Veronica non avrebbe mai espresso alcuna richiesta di vicinanza e di solidarietà alla madre, né il bisogno di essere creduta. **In questa maniera per la signora Adriana il problema viene collocato all’esterno, completamente al di fuori di qualsiasi sua responsabilità: dunque la sofferenza e la rabbia di Veronica non si spiegherebbero con la sua storia, ma con le induzioni degli operatori; la colpa sarebbe tutta della zia che ha capito male e soprattutto degli operatori che hanno inoculato dall’esterno il ricordo di una violenza.**

Il perito supporta il ricorso difensivo che la madre di Veronica e Veronica stessa fanno nel 2019 all’idea del falso ricordo, negando le affermazioni emotivamente convinte e fortemente dettagliate che le due donne fanno nel 2016 quando esprimono ricordi vivi e precisi con un forte coinvolgimento emotivo.

I falsi ricordi non s’impiantano come i semi di una pianta. La teoria del falso ricordo ha evidentemente la finalità di trovare una facile ed inconsistente **spiegazione difensiva ai**

**problemi. In realtà non sono sufficienti alcune sedute e alcune domande induttive – che pure in questo caso non si riscontrano - per creare le false memorie.** Ed occorre sempre ricordare che né ICD né DSM riconoscono le false memorie come sindrome esistente.

La teoria del falso ricordo non è fondata su dati scientifici solidi. Di Blasio e Vitali<sup>19</sup>, attraverso un'accurata revisione della letteratura internazionale, arrivano alla conclusione che **non si è mai riusciti a dimostrare in chiave sperimentale la possibilità di instillare un falso ricordo se non riguardante un episodio in qualche modo plausibile, familiare per il soggetto su cui s'intende effettuare l'esperimento.** Non è dunque legittimo affermare che le domande induttive o suggestive abbiano di per sé il potere di costruire un falso ricordo di un episodio implicante un contatto corporeo e violento.

Pedzek, Finger e Hodge<sup>20</sup> nella loro ricerca hanno scelto come falsi eventi da cercare di installare nei bambini un evento "plausibile" (per es. l'essersi persi in un supermercato) e un evento "non plausibile" (aver subito un clistere). Dallo studio è risultato in primo luogo che la maggioranza dei bambini (54%) non ha ricordato nessuno dei due falsi eventi; che alcuni bambini si sono lasciati suggestionare dal racconto, ricordando di essersi persi in un supermercato da piccoli (evento plausibile) ma nessuno ha ricordato di aver subito un clistere (evento non plausibile).

Di Blasio e Vitali concludono che la possibilità di impiantare false memorie nei bambini è legata alla plausibilità dell'evento e ciò sarebbe in relazione alla presenza in memoria di uno *script*, di un copione relativo alla precedente conoscenza di quel tipo di evento (es. per averne sentito parlare anche se capitato ad altri bambini), mentre è risultato che non è possibile impiantare nei bambini la falsa memoria di un evento "non plausibile" riguardante un'intrusione fisica disturbante (nello studio l'aver subito un clistere da piccoli, esperienza simile a quella di un abuso sessuale). Dunque, come affermano Petruccelli et al.<sup>21</sup> "... *i falsi ricordi non hanno probabilità di essere impiantati se coinvolgono eventi che sono realmente non plausibili*".

Inoltre, anche per quanto riguarda gli esperimenti finalizzati ad installare in un bambino un falso ricordo di un episodio plausibile (per es. lo smarrimento in un supermercato) è indispensabile che ci sia un adulto che in modo attivo, continuativo e consapevole collabori all'esperimento non già con un intervento occasionale, bensì con un'azione induttiva intenzionale e prolungata. L'ipotesi di un'intervista con domande mal poste o con interventi inadeguati può risultare deprecabile, ma certamente non ha il potere di alterare la memoria autobiografica, generando nell'intervistato una deformazione del ricordo originario o addirittura la costruzione dal nulla di una narrazione emotivamente coerente di un abuso sessuale inesistente. Di Blasio e Vitali, pur sottolineando l'importanza di non porre ai bambini domande suggestive, a seguito della loro analisi concludono:

- le domande suggestive possono indurre errori solamente nella memoria dei dettagli periferici (il tempo, le caratteristiche dell'ambiente circostante...), mentre non possono impiantare un falso ricordo ex novo (cioè non hanno il potere di determinare un falso ricordo di un evento traumatico);
- la suggestione può interessare eventi plausibili, potenzialmente comuni nella vita e nell'esperienza di un bambino, mentre non esistono prove a sostegno della capacità

---

<sup>19</sup> Di Blasio P., R. Vitali R., "Falsi ricordi e suggestionabilità. Una rassegna degli studi su suggestionabilità e falso ricordo, in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*", in *Maltrattamento all'infanzia*, vol. 6 (1), 2004, p. 73-96.

<sup>20</sup> <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00457.x>

<sup>21</sup> Petruccelli F, Verrastro V, Santilli M.: *Memoria e suggestionabilità nell'età evolutiva*. Franco Angeli Editore, 2007.

suggestiva rispetto a esperienze “sconosciute e rare” nella vita di un bambino ed emozionalmente stressanti e traumatiche.

Ora, siccome la teoria del falso ricordo non è fondata su premesse scientifiche viene descritta dalla dr.ssa Rossi in termini analogici con un linguaggio immaginifico e artistico-letterario: il falso ricordo, secondo la dr.ssa Rossi, “*via via prende forma*”, dunque, come potrebbe succedere alla scultura di un artista. Il dr. Foti – deduciamo - sarebbe l’artista e il falso ricordo verrebbe da lui plasmato piano piano. Ma se avesse esaminato una seduta iniziale, come la terza seduta, la dr. Rossi si sarebbe accorta che non c’è alcuna azione del terapeuta tesa a plasmare la mente di Veronica. **Ben prima di qualsiasi sollecitazione con le tecniche terapeutiche, all’inizio della psicoterapia, c’è nella paziente un ricordo di partenza, radicato, addirittura stampato:** è un ricordo di cui parla a diverse riprese: nella terza seduta dice di avere “*un’immagine stampata in testa*” di lei piccolina, sul divano *a fianco all’amico del padre con un vestitino rosa e con la sensazione di essere disorientata* (Trascrizioni, pag. 100), con un’immagine di sé innocente (Trascrizioni, pag. 324), nel senso che lei stessa specificherà spontaneamente, un’immagine di bimba sprovveduta, incapace di capire che l’adulto si accinge a farle del male, incapace di difendersi (Trascrizioni, pag. 337).

Veronica guarda la scena dal di fuori, come capita quando si è coinvolti pesantemente in una situazione fortemente traumatica. Veronica vede la mano (ma non il volto) di un adulto proiettata verso la sua zona genitale. “*DR.FOTI - Tu cosa ricordi, che immagini hai? - VERONICA - Che io sono in casa sua, di questo qua e lui vicino a me, penso. Cioè che mette la mano qui vicino (indica la zona che va dalla pancia ai genitali) però non ... cioè io lo sto ... non lo so come lo sto vedendo, cioè non sono io che sto guardando.*”) (Trascrizioni, pp.304-305, cfr. inoltre pag.322);

### **3.12. L’utilizzo dell’EMDR**

Nessuna delle sedute videoregistrate è stata analizzata in specifico. Viene citata dalla dr.ssa Rossi un’unica seduta quella in cui viene applicato dal dr. Foti l’EMDR. Viene citata per riportare pari pari tutte le accuse che sono già state formulate nei confronti di questa seduta senza alcun approfondimento e verifica .

“*Si crede - afferma la Consulente del PM – che una seduta fondamentale sia quella del 4/10/ 2016 (pag 328 e seguenti)*”. Ma se è fondamentale perché non viene analizzata per valutare – come dovrebbe fare un perito – se le accuse riportate sono fondate oppure no?

Se avesse analizzato la seduta citata, senza accontentarsi di riportare in modo acritico le accuse già formulate, la dr.ssa Rossi avrebbe potuto accorgersi che il dr. Foti, pur non eseguendo l’intero protocollo dell’EMDR, ne applica e ne rispetta la sostanza, inserendo l’utilizzo della tecnica nella sua linea di psicoterapia del trauma, basata sul dialogo analitico e su un approccio psicodinamico. Avrebbe potuto accorgersi in specifico che il terapeuta **in piena adesione al modello operativo dell’EMDR:**

- parte da un frammento di ricordo più volte esplicitato dalla paziente ed individuato dalla paziente stessa come il più utile da elaborare e da integrare;
- cerca di aiutare la paziente ad individuare il momento peggiore del ricordo che, nel

- caso in questione, coincide con il frammento del ricordo stesso;
- aiuta la paziente a mettere a fuoco sia l'immagine negativa di sé connessa al frammento del ricordo disturbante, sia l'emozione attualmente associata al ricordo disturbante e la localizzazione nel corpo di tale vissuto;
- utilizza correttamente le sollecitazioni previste dalla tecnica con il movimento delle dita poi, con il tamburellamento delle ginocchia;
- non interviene in alcun modo nel corso delle sollecitazioni bilaterali previste dalla tecnica;
- invita la paziente ad osservare ad accogliere ciò che nota nella realizzazione dell'esercizio senza sforzarsi a visualizzare il ricordo e con atteggiamento di accettazione (*“adesso osserva semplicemente ... accetta che succeda quel che può succedere ... Quello che ti viene senza sforzarti, lascia andare, quello che riesci a comunicare”*);
- sollecita la paziente ad accogliere ciò che emerge senza preoccuparsi di valutare il fondamento di realtà di ciò che nota;
- valorizza tutto ciò che la paziente riesce a notare, incoraggiando un atteggiamento di osservazione non giudicante;
- invita a mettere a fuoco il contenuto che di volta in volta emerge nella stimolazione precedente prima di effettuare un'ulteriore sollecitazione;
- riprende e riformula le parole precise che Veronica utilizza;
- incoraggia la paziente a proseguire l'esercizio, pur ricordandole spesso la libertà di fermarsi se non se la sente;
- al termine della seduta indica a Veronica che in caso di necessità, se emerge qualche disagio, può provare a scrivere oppure a telefonargli (e le dà in quest'ottica il suo numero di cellulare).

**La dr.ssa Rossi si limita dunque ad un copia-incolla delle critiche già formulate nei confronti del dr. Foti per il suo utilizzo dell'EMDR.**

La psicoterapia del dr. Foti è stata accusata di aver utilizzato l'EMDR in modo scorretto con l'obiettivo di andare alla ricerca di ricordi traumatici imprecisati, non dichiarati dalla paziente, senza prendere avvio da un chiaro ricordo della paziente stessa.

Se la dr.ssa Rossi avesse analizzato la seduta del 4 ottobre 2016 avrebbe potuto constatare che nel trattamento EMDR svolto su Veronica il dr. Foti parte senza ombra di dubbio da un ricordo **non solo esplicitato dalla paziente, ma anche da lei individuato come il ricordo più disturbante**: si tratta di un ricordo su cui, oltretutto, Veronica insistentemente torna e ritorna, in ben tre sedute, nel corso della psicoterapia.

L'episodio specifico a cui la paziente ha fatto più volte riferimento nelle sedute precedenti e che lei stessa riprende e sceglie consapevolmente di approfondire riguarda un frammento di ricordo **in cui da bambina nella casa del compare è seduta sul divano con un adulto e vede dall'esterno una scena angosciante in cui la mano dell'adulto si avvicina alla sua zona genitale**.

Tale ricordo, su cui viene applicato l'EMDR appare per VERONICA: a) quello maggiormente connotato da malessere; b) quello più lontano nel tempo; c) quello maggiormente non elaborato ovvero associato alla percezione di un blocco emotivo; d) quello su cui la paziente ritorna più spesso.

Nel modello di psicoterapia psicodinamica che segue il dr. Foti il soggetto deve essere certo sensibilizzato, motivato ed incoraggiato a riprendere il contatto mentale ed emotivo

con i ricordi non elaborati, ma il terapeuta non intende somministrare una tecnica in termini direttivi senza rendere il paziente pienamente consapevole del significato, della finalità e di tutte le scelte connesse a questa tecnica all'interno del lavoro di analisi. In questo senso si succedono gli interventi di chiarificazione e di psicoeducazione.

Per tre volte nel corso delle sedute il dr. Foti presenta la tecnica EMDR all'interno dei suoi discorsi di chiarificazione sull'importanza curativa di comprendere la sofferenza infantile rimossa, di sviluppare la consapevolezza e di integrare dei ricordi non elaborati del passato e tutte e tre le volte la possibilità di usare l'EMDR è **strettamente associata dal terapeuta alla necessità di lavorare sul ricordo specifico** che è stato appena esplicitato dalla paziente.

Il dr. Foti prova ad aiutare la paziente a poter **scegliere l'episodio più utile da precisare, da consapevolizzare e da integrare**, facendo emergere nel contempo le difese e le resistenze all'elaborazione del passato. In ogni caso risulta assolutamente chiaro alla paziente che l'EMDR si potrà fare solo a partire dall'individuazione di un ricordo specifico e che occorre compiere una riflessione per individuare un ricordo significativo. Nell'undicesima seduta il dr. Foti suggerisce la possibilità di **contattare i momenti apicali di disagio meritevoli di essere approfonditi e rielaborati con l'EMDR, la qual cosa ulteriormente chiarisce il fatto scontato che questa tecnica ha senso per approfondire un ricordo traumatico presente e palesato dalla paziente.**

Un ultimo sconcertante aspetto delle critiche infondate nei confronti del dr. Foti circa il suo utilizzo dell'EMDR – critiche che vengono riprese tali e quali dalla dr.ssa Rossi senza alcun approfondimento - è dato dall'affermazione in base a cui il terapeuta **non avrebbe svolto formazione avanzata e supervisione**. Ora il dr. Foti è in possesso di documenti a che dimostrano inequivocabilmente la sua formazione avanzata nell'ambito dell'EMDR. Tali documenti attestano:

- che il dr. Foti ha seguito non solo uno, ma due seminari di formazione di secondo livello all'EMDR nel 2002 e di nuovo nel 2012.
- che ha organizzato e seguito come direttore del Centro Studi Hansel e Gretel nel 2005 un seminario di due giorni condotto dalla dr.ssa Fernandez dal titolo *"Il trauma complesso e la complessità delle patologie. Il ruolo dell'EMDR"*.
- che ha organizzato come direttore dell'équipe clinica del Centro Studi Hansel e Gretel una supervisione di gruppo nel 2013, 2014 e 2015 condotta dal Dr. Luca Ostacoli, supervisore EMDR, partecipando personalmente agli incontri continuativi di supervisione nel corso del 2013 e 2014.

## **4. LA CONFUSIONE TRA L'INTERVENTO TERAPEUTICO E IL L'INTERVENTO PSICOLOGICO-FORENSE**

### **4.1. L'incomprensione della specifica finalità di cura della terapia**

Quasi tutte le sedute della prima tranche della psicoterapia del dr. Foti con Veronica sono state videoregistrate e consegnate all'autorità giudiziaria. Il dr. Foti chiarisce bene in una serie di passaggi, che la finalità della sua psicoterapia è totalmente estranea all'obiettivo di



orientare la ragazza a questo o quel comportamento testimoniale in ambito giudiziario. La prospettiva è quella della cura. Il fine è quello di tentare di far stare meglio la paziente.

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

*VERONICA- Mm... beh... mi è successo quando avevo 13 anni, era il mio ragazzo diciamo e quella lì è stata la seconda... e ...basta (la parola basta è sussurrata)*

*DR. FOTI - E questo ragazzo, se adesso stiamo facendo questo resoconto ma perché proprio cerco di farlo?, anche se capisco che ti può creare malessere, proprio per vedere se posso aiutarti a fare un **lavoro di recupero della memoria che ti possa aiutare a star bene.** (Trascrizioni, pag. 104)*

L'impostazione del lavoro del dr. Foti è nettamente **finalizzata ad un'elaborazione terapeutica** che si struttura come **cammino** condiviso tra terapeuta e paziente nel rispetto dei sentimenti che circolano nella relazione, un cammino che non è subordinato alle tempistiche o alle finalità istituzionali - come avviene invece nell'ambito psicologico forense – tempistiche e finalità estrinseche rispetto a quelle che riguardano la relazione terapeutica stessa. Il dr. Foti nel secondo colloquio riprende e sottolinea la parola cammino utilizzata dalla paziente.

*VERONICA- Mh... **ho sentito che stiamo per percorrere un cammino**, comunque è un po' difficile per me, ehm... (...)*

*DR. FOTI - Certo, certo, certo mi piace sai che tu abbia usato la parola cammino, ehm... C'è un cammino, abbiamo un anno di tempo e poi chissà, forse non è detto che poi non ci si possa vedere ancora. Abbiamo senz'altro un anno di tempo e quindi possiamo stare tranquilli e vedere di **camminare, camminare nel rispetto di ciò che senti**, eh? (Trascrizioni, pp.75-76)*

Abbiamo visto che la paziente nel corso delle sedute videoregistrate - in coerenza con ciò che è stato riportato dai servizi, dalla precedente terapeuta e dalla stessa madre - comunica con intensità emotiva e con insistenza vissuti emotivi, ricordi e frammenti di ricordi relativi a violenze infantili, adolescenziali o ad episodi attuali di molestie. La dr.ssa Scali, un altro perito della Procura, afferma senza incertezze che il terapeuta dovrebbe evitare ogni intervento di ascolto empatico e di interazione dialogica su tutte le situazioni e su tutti i ricordi sui quali non c'è stato ancora un accertamento giudiziario. **Uno psicoterapeuta dovrebbe addirittura bloccare e rinviare il proprio compito di ascolto e cura della sofferenza traumatica all'esito dei procedimenti giudiziari.**

In quest'ottica, se Veronica afferma di essere stata violentata da preadolescente dal proprio fidanzato, comunica dettagli drammatici, descrive con coerenza una condizione psicologica di assenza nella quale la violenza si è consumata, lo psicoterapeuta, secondo la dr.ssa Scali, dovrebbe restare distaccato ed impassibile in quanto non c'è stato alcun accertamento giudiziario.

Il terapeuta si trova di fronte nell'ottava seduta alla narrazione spontanea da parte di Veronica di elementi gravi, importanti e psicologicamente intollerabili della vittimizzazione subita a 13 anni da un ragazzo quindicenne (la ragazza ricorda in tono lamentoso il comportamento confusivo del ragazzo che mentre le faceva del male le chiedeva scusa e le diceva di amarla (cfr. Trascrizioni, pag. 208). Veronica, cercando di ricordare, mostra sofferenza, riferisce e in qualche misura rivive la confusione sperimentata. La modalità narrativa della paziente del tutto congrua con la natura traumatica dell'episodio raccontato: Veronica si commuove, ricorre all'evitamento difensivo e peraltro descrive lo stato di assenza nel quale ha subito la violenza.

Ma per il perito tutto questo non conta. Per lei l'esperienza con Rubio non sarà stata bellissima, ma cosa sarà mai stata?!? Non è il caso di darle una connotazione troppo negativa in presenza di un'archiviazione giudiziaria della vicenda!

Dunque, di fronte all'emergenza di un punto di vista sofferto del paziente sulle esperienze traumatiche e sfavorevoli che l'hanno colpito, il terapeuta non dovrebbe manifestare alcuna condivisione e alcuna partecipazione alla sua vicenda umana a meno che si tratti di vicende già acclarate sul piano giudiziario. Sembra una concezione ben strana della psicoterapia, destinata a congelarla e a sopprimerla come percorso di interazione comunicativa autentica, di riparazione e di cura.

Peraltro dobbiamo osservare: **se gli interventi di cura del trauma dovessero legittimarsi solo a seguito di un definitivo accertamento giudiziario, la quasi totalità di coloro che cercano un aiuto dopo un evento traumatico dovrebbero restare senza una psicoterapia.**

L'effetto di questa logica risulta tragico-comico: in base agli schemi del perito il dr. Foti avrebbe dovuto rifiutare la richiesta dei servizi, della madre e della paziente stessa e non prenderla in carico per la cura dei suoi traumi, anche dopo la propria valutazione diagnostica. Avrebbe magari dovuto reagire indignato: "Come osate portarmi una ragazza per il trattamento di traumi che non sono stati ancora accertati sul piano giudiziario. Se la ragazza è depressa, sta male, vive situazioni di malessere e di angoscia di fronte a molestie sessuali, da cui non sa difendersi, che problema c'è? Aspettate l'accertamento giudiziario e poi eventualmente ne parleremo! E se non ci sarà tale accertamento vuol dire che il problema non esiste!"

A scanso di equivoci va chiarito che il terapeuta, lavorando all'elaborazione della storia traumatica, non entra ovviamente in competizione con il giudice, che è l'unico a cui spetta il compito di definire la verità processuale. Lo psicoterapeuta è interessato ad un piano completamente diverso: quello che riguarda la relazione di ascolto e di cura con il paziente e pertanto si impegna nella partecipazione affettiva ed empatica alla problematica del soggetto che ha di fronte.

## **4.2. La mancanza di empatia verso le vittime**

L'attenzione al mondo interno e alla vita emotiva della paziente non merita per la dr.ssa Scali una grande attenzione. Non sono considerati e per questo non sono riportati nel suo resoconto delle sedute vissuti emotivi, sintomi, meccanismi difensivi, verbalizzazioni della paziente, che vanno a comporre un quadro clinico segnato da plurime esperienze traumatiche e da difese dissociative.

Per fare un solo esempio: il resoconto della quinta seduta (cfr. Trascrizioni, pag. 120 e seguenti) centrata sulla drammatizzazione di un sogno e molto densa dal punto di vista clinico e diagnostico, viene liquidata letteralmente con due-tre righe dalla dr.ssa Scali, che sembra ragionare con la logica anti-psicologica e vetero-comportamentista: siccome i sogni non sono oggettivi e non si toccano, se ne deduce che sono irrilevanti.

Un altro esempio: **l'ascolto e il tentativo di elaborazione dell'esperienza di molestia da parte del dr. Foti risultano per il perito sbagliati**, perché "*non si ha notizia di un procedimento penale a carico del compagno di scuola*" (pag. 21, Ordinanza di applicazione di misura coercitiva art. 292 c.p.p., GIP, 25 novembre 2019)

Si noti che:

- di questo fatto parla la madre al dr. Foti nel corso del colloquio del 16 febbraio 2016 con dovizia di particolari anche fisici, che evidentemente le sono stati riferiti dalla figlia ("*questo ragazzo tutti i giorni le dava fastidio. Le metteva le mani addosso comunque anche nelle sue zone intime, le ha infilato le mani...*")

- Veronica fa riferimento all'esperienza di ripetuta aggressione sessuale subita a scuola in modo intensamente sofferto e a distanza di mesi continua a rappresentare l'esperienza di molestia patita di attraverso sogni angoscianti e vissuti penosi ed inequivocabili;
- sempre a causa di questa molestia Veronica ha preso la decisione difficile ed impegnativa di cambiare scuola per iscriversi ad un altro istituto.

Ora c'è un mandato istituzionale preciso del Tribunale per i minorenni e della AUSL di Reggio per cui Veronica deve essere curata per i traumi subiti. Non solo! C'è già stata l'acquisizione da parte del dr. Foti di una massa di elementi diagnostici che rendono comprensibile e clinicamente fondato quel mandato istituzionale. **Eppure la dr.ssa Scali insiste nel considerare deprecabile che il lavoro terapeutico espliciti il riferimento alla condizione post-traumatica della ragazza!** Scrive la CT del PM: *“Anche in questa seduta si rivolge a Veronica riferendosi alle persone che hanno subito traumi”* (pag. 28 rel. Scali), come se questo fosse un crimine! Così come poco prima aveva rimproverato analogamente il dr. Foti di aver utilizzato l'espressione *“Tu sei una sopravvissuta”*, rivolto a Veronica.

Accanto ad una svalutazione diagnostica dei segni del trauma e dell'abuso presenti nel quadro clinico della paziente si assiste nel ragionamento del perito ad una profonda mancanza di comprensione e di empatia per la condizione in cui si può trovare una vittima. Un atteggiamento analogo di forte carenza di sensibilità emotiva nei confronti delle piccole vittime di abuso si registra da parte del perito dopo che la paziente ha comunicato un ricordo in cui da bambina si trovava nella casa del compare del padre ed era seduta sul divano con lui. Verso questa persona Veronica da piccola ha sempre sperimentato un vissuto di disagio, manifestando al padre il desiderio di non andare a casa sua. La paziente comunica un frammento vivido di un ricordo in cui la mano dell'adulto si dirigeva verso la sua zona genitale, esplicitando una sensazione di malessere e l'incapacità di vedere la scena se non dall'esterno.

La dr.ssa Scali fa fatica ad assumere il punto di vista di una vittima. Cosa rimprovera la dr.ssa Scali all'intervento del dr. Foti? *“Di nuovo si dà la connotazione di brutto ricordo”*. C'è allora da chiedersi: come si potrebbe qualificare il ricordo di Veronica bambina seduta vicino ad un adulto che le crea disagio in una casa dove non voleva andarci, quando quest'adulto avvicina la mano alla sua zona genitale? Un bel ricordo?!?

### **4.3. L'intelligenza emotiva: agli antipodi della suggestione**

Il dr. Foti, studioso dell'intelligenza emotiva e direttore di diversi master post-universitari sullo sviluppo e sulla gestione delle risorse emotive<sup>22</sup> utilizza alcune applicazioni della teoria e della pratica dell'intelligenza emotiva nel corso della psicoterapia. Peraltro Il lavoro sulle emozioni si rivela particolarmente utile nella cura dei soggetti traumatizzati.

*“Un aspetto fondamentale del trattamento di un soggetto traumatizzato è costituito dalla capacità di aiutarlo a trovare le parole per descrivere gli stati emotivi. Dare un nome ai sentimenti conferisce al paziente un senso soggettivo di controllo e una flessibilità mentale che facilita il confronto con altre emozioni e altre situazioni. Come è già stato rilevato nei capitoli I, II e XIII, sia i bambini che*

---

<sup>22</sup> I master sono stati organizzati a Torino, Reggio Emilia, Salerno Napoli, Cagliari dal 2015 al 2019 dal Centro Studi Hansel e Gretel Onlus e dall'Università Pontificia in Scienze dell'educazione "Auxilium".

*gli adulti possono apprendere come gestire in maniera efficace le situazioni stressanti imparando a classificare le loro percezioni.”<sup>23</sup>*

L'intervento terapeutico del dr. Foti segue costantemente questo principio guida. In ogni seduta e più volte nella medesima seduta monitora lo stato emotivo del paziente e propone un **“allenamento emotivo”<sup>24</sup>**, cioè sollecita la paziente ad entrare in contatto con il proprio vissuto, aiutandola a comprendere, legittimare e mettere in parola tale vissuto. Su questo terreno unisce le proprie competenze legate all'intelligenza emotiva con la comprensione delle problematiche del soggetto traumatizzato.<sup>25</sup>

La barra del timone della terapia è orientata all'attenzione verso le emozioni della paziente come dato di realtà soggettiva a cui ancorare costantemente la riflessione e sull'ascolto delle emozioni così come sono percepite nel “qui ed ora” e nel corpo.

Il lavoro è continuativamente ispirato all'ascolto empatico con un atteggiamento di interesse e di **accettazione benevola delle emozioni** spesso con la seguente successione di interventi:

- a) una prima esplorazione del vissuto emotivo,
- b) l'impegno a fare attenzione e a riprendere letteralmente il vissuto emotivo emerso dalla paziente
- c) validazione, legittimazione e comprensione empatica delle emozioni
- d) ulteriore approfondimento del significato delle emozioni attraverso interventi di interrogazione

L'atteggiamento clinico basato sull'intelligenza emotiva sollecitando all'esplorazione e al rispetto delle emozioni come emozioni dell'altro da guardare e riguardare, da conoscere e riconoscere si pone agli **antipodi dell'atteggiamento suggestivo ed induttivo** che finisce per intrudere ed immettere nell'altro contenuti estranei alla sua soggettività.

L'**intelligenza emotiva** crea le condizioni affinché l'interlocutore possa sentirsi accettato e spinto ad esprimere la verità emotiva e soggettiva di cui è portatore. Questo fa sì che i contenuti più qualificanti della comunicazioni di Veronica sono espressi spontaneamente senza alcun atteggiamento suggestivo o suggestionante dello psicoterapeuta.

Alcuni esempi. All'inizio della 14ma seduta la paziente, interpellata sugli effetti del lavoro con l'EMDR nell'incontro di due settimane prima, dà un significativo riscontro. Veronica si aspettava avvicinandosi ad un'area della memoria traumatica di stare molto male dopo la seduta. La ragazza precisa che in realtà non è stato così.

*VERONICA- In realtà non ci ho pensato molto. (...) Però comunque cioè non è che mi ha ... ehm ... mi ha fatto, cioè non mi sono sentita peggio sinceramente (...) No, perché comunque... ehm ... **già odio mio padre, quindi non penso che si possa provare qualcosa di peggio, quindi non è che ho avuto ... delle ripercussioni gravi.** (Trascrizioni, pp. 357-358)*

E' la paziente stessa che spazza via ogni dubbio sulla presunta suggestività del'EMDR **escludendo decisamente che il lavoro terapeutico compiuto dal dr. Foti con l'EMDR possa aver introdotto in lei un odio prima inesistente**, verso il padre.

L'utilizzo della teoria e della pratica dell'intelligenza emotiva fanno emergere la soggettività della paziente come componente fondamentale del dialogo terapeutico. Un esempio può essere fornito dal lavoro che il dr. Foti compie per fare emergere l'immagine negativa derivante dall'episodio avvenuto ai 4 anni nella casa del compare del padre. Veronica ha

<sup>23</sup> Mc Farlane, A.C., van der Kolk, B.A. (1996), “Conclusioni e prospettive future” in van der Kolk, Mc Farlane, A.C., B.A., Weisaeth L. (a cura di) *Stress traumatico*, Magi, 2004, pag. 423

<sup>24</sup> Goleman D. (1995), *L'intelligenza emotiva*, Rizzoli, 1996.

<sup>25</sup> Foti C. , *La mente abbraccia il cuore*. Edizioni Gruppo Abele, 2012.

parlato di un'immagine di innocenza, associata all'episodio e il terapeuta la interpreta come immagine positiva di sé. Lucidamente Veronica prende l'iniziativa di precisare che **l'immagine di innocenza per lei è anche un'immagine spiacevole**. Dunque è la paziente in questo passaggio a spiegare meglio il proprio vissuto **orientando ed aiutando il terapeuta**, il quale ascolta e modifica la propria lettura. Qui si può verificare come nell'interazione dialogica con il dr. Foti Veronica abbia tutt'altro che un ruolo passivo. Un dato clinico molto interessante da rilevare è il fatto che il dr. Foti non ha certo rinunciato a fare domande. Ma la sua è una curiosità partecipe e rispettosa. **L'atteggiamento di ascolto benevolo, di validazione e di accettazione delle emozioni che ha coerentemente seguito e che ha preceduto ed accompagnato la modalità d'intervista hanno fatto sì che la paziente non percepisse assolutamente le sue domande come un dato spiacevole o opprimente.**

VERONICA- *Mh ...mh...cioè, non lo so, mi sono sentita più a mio agio.*

DR. FOTI - *Ah ah e vediamo se mi aiuti, vediamo se mi aiuti, Veronica, che cos'è che ti ha fatto sentire a tuo agio?*

VERONICA- *Cioè non lo so, parlare tranquillamente ...*

DR. FOTI: *Parlare tranquillamente, parlare tranquillamente senza che? Mi verrebbe da aggiungere questa espressione per capirti meglio...parlare tranquillamente e non invece, parlare tranquillamente senza....?*

VERONICA- *Domande, domande...*

DR. FOTI - *Ah ah domande sì che vanno a...io qualche domanda te l'ho fatta però evidentemente hai sentito che erano domande non troppo intrusive, non troppo disturbanti?*

VERONICA: *Sì.* (Trascrizioni, pp. 45-46)

Risulta dunque evidente che il dr. Foti ha ottenuto un'importante verifica da parte della paziente sul fatto che la sua modalità dialogica basata sul rispetto delle emozioni e sulla costante chiarificazione di ciò che sta avvenendo nel qui ed ora del colloquio sta producendo nell'interlocutrice agio e tranquillità. **Tale modalità non viene vissuta da Veronica come modalità interrogatoria disturbante, espressione di una curiosità intrusiva.**

#### **4.4. La Carta di Noto**

La contestazione del mancato rispetto della Carta di Noto<sup>26</sup> che è stata rivolta al dr. Foti in relazione alla sua attività di psicoterapeuta è l'espressione di una rilevante confusione tra intervento psicologico-forense e lavoro clinico di psicoterapia .

La Carta di Noto, per gli stessi estensori contiene linee guida che intendono orientare esclusivamente il lavoro psicologico-forense di psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili e non certo il lavoro più propriamente clinico né di assistenza psicologica del minore nel percorso giudiziario. Per lavoro psicologico-forense s'intende l'attività che lo psicologo svolge su incarico e a supporto del magistrato nel contesto giudiziario, assumendo il ruolo di consulente tecnico d'ufficio o di consulente di parte oppure ancora di ausiliario del giudice. Il lavoro clinico invece è un lavoro diagnostico o terapeutico con finalità sanitarie che lo psicologo svolge per aiutare le persone ad affrontare problemi e difficoltà.

La Carta di Noto contiene da un lato contenuti ed indicazioni che trovano ampio consenso, dall'altro contenuti ed indicazioni discutibili e fortemente discusse e criticate, anche in ambito giudiziario. Nella sentenza nr. 42984 del 04/10/2007 la Corte di Cassazione (Sezione III) facendo riferimento alla "famigerata Carta di Noto" afferma che "sviluppa protocolli orientativi e non vincolanti non

---

<sup>26</sup> [Carta di noto IV \(2017\) – DOWNLOAD PDF](#)

*avendo alcun valore rigorosamente scientifico.*” In un'altra sentenza del 8 marzo 2010 n. 9157 la stessa Corte (Sezione III) dichiara che *“le prescrizioni contenute nella c.d. “Carta di Noto” ... rappresentano delle mere indicazioni metodologiche non tassative, con la conseguenza che l'eventuale inosservanza di dette prescrizioni non comporta la nullità dell'esame”.*

La Suprema Corte, con plurime e univoche sentenze, ha sancito che la Carta di Noto non ha alcuna funzione normativa o precettiva. Si riporta dal Fornari<sup>27</sup>: più volte la Suprema Corte di Cassazione (Sezione III, 14/12/2007, n. 6464; 10/4/2008, n. 20568; 16/12/2010, n. 15157) si è espressa sul tema affermando che l'inosservanza dei criteri della Carta di Noto che riguardano la conduzione dell'esame dei minori vittime di abusi sessuali non determina nullità o inutilizzabilità dell'elaborato peritale. Con successiva sentenza del 2014 la Suprema Corte di Cassazione ha ribadito che *«in tema di perizia sulla capacità d'intendere e di volere, l'inosservanza da parte del perito delle linee di condra fissate dalla Carta di Noto per l'espletamento della stessa, non comporta la nullità o la inutilizzabilità della perizia medesima, trattandosi di indicazioni prive di valore normativo»* (Cass. pen., sez. I, 08/09/2014, n. 37244)<sup>28</sup>.

**La Carta di Noto in conclusione non è una legge dello Stato né possiede affatto un valore scientifico assoluto.**<sup>29</sup>

E' comunque impossibile condividere la Carta di Noto quando le indicazioni suggerite si contrappongono al quadro normativo che tutela l'accompagnamento giudiziario del minore. Ciò accade palesemente all'articolo 3 della Carta<sup>30</sup>, quando viene indicato come “opportuno” far mancare al minore fino a dopo l'incidente probatorio (che – lo ricordiamo – nelle nostre prassi giudiziarie può avere luogo anche molti mesi o anni dopo la notizia di reato) il sostegno psicologico che invece gli è dovuto per legge in ogni stato e grado del procedimento (quindi dalla notizia di reato in poi) in primis dall'art. 609 decies del codice penale, nonché dalle leggi che hanno ratificato le convenzioni internazionali, inquadrare coerentemente nell'art 32 della nostra Costituzione (diritto alla salute).

## **5. CONCLUSIONI. IL PROCESSO A GALILEI E LE RICADUTE CULTURALI E PROFESSIONALI DEL PROCEDIMENTO**

Il procedimento al dr. Foti, fa venire in mente, mutatis mutandis, il confronto fra accusa e difesa nel processo a Galileo Galilei. **In questo caso il sole è il trauma, la cui centralità è stata ignorata nella storia della psichiatria e che ha negli ultimi decenni conquistato la posizione fondamentale che era stata misconosciuta per troppo tempo. La terra è la falsa memoria, che i sostenitori del modello iatrogeno, vorrebbero continuare a considerare centrale** e con cui si ostinano a spiegare la problematica dissociativa negando la centralità del trauma.

Per l'accusa è il sole che gira attorno alla terra, è la falsa memoria - che avrebbe causato la patologia indotta dal terapeuta - ad essere centrale. Per la difesa è la terra che gira

<sup>27</sup> Fornari U., *Trattato di psichiatria forense*, VI edizione. UTET Giuridica, 2015.

<sup>28</sup> Mazzeo A. *Il problema della cosiddetta alienazione parentale: breve ricognizione storica e analisi della situazione attuale*, capitolo del libro *L'alienazione parentale nelle aule giudiziarie*, a cura di Cassano G., Grimaldi I. e Cordier P., Maggioli Editore, 2018.

<sup>29</sup> Per una critica ai contenuti della Carta cfr. il documento *Riflessioni e dubbi attorno alla vicenda di Paesello*, <https://riflessionisuPaesello.altervista.org>

<sup>30</sup> Art. 3 *“È opportuno che l'attività di assistenza psicologica o psicoterapeutica del minore - salvo casi di particolare urgenza e gravità - avvenga dopo che questi ha reso testimonianza in sede di incidente probatorio.”*

attorno al sole. E' il sole che sostiene il sistema dei pianeti. E' il trauma al centro della spiegazione. Ciò che spiega la problematica e la sintomatologia di Veronica sono le esperienze sfavorevoli e traumatiche da lei patite. Sono i traumi patiti nei primi 15 anni di vita, gli abbandoni, i tradimenti, gli abusi sessuali, le percosse assistite, il fratello della madre tossicodipendente, etc. che hanno causato la sofferenza della minore che Foti ha cercato di curare.

I sostenitori della spiegazione iatrogena del disturbo dissociativo - che continuano a porre al centro del loro sistema interpretativo la falsa memoria - si rifiutano di ricorrere all'osservazione scientifica, come un tempo il cardinal Bellarmino non volle guardare nel cannocchiale di Galileo: si rifiutano in altri termini di analizzare al di fuori delle preconcezioni la massa di dati clinici che dimostrano il nesso tra il trauma e la dissociazione, fra il trauma e le più varie sintomatologie psichiche e somatiche ed anche tra il trauma e il movimento difensivo della ritrattazione.

Il procedimento al dr. Foti per "frode processuale" e per "lesioni gravissime" genera preoccupanti ricadute che non vanno sottovalutate sul piano psicosociale, sul piano culturale e sul piano operativo. Il procedimento apre una **rischiosa prospettiva di legittimare alcuni presupposti gravemente lesivi della tutela e della cura dei bambini e dei soggetti traumatizzati e della prassi clinica degli psicologi e degli psicoterapeuti.**

1. L'impegno degli operatori a prevenire e a contrastare il maltrattamento e l'abuso sui bambini, ad assumersi le responsabilità professionali dell'ascolto, della segnalazione e della protezione incontra da sempre forti resistenze psicologiche, professionali ed istituzionali. L'inchiesta giudiziaria e il procedimento contro il dr. Foti **hanno già prodotto un preoccupante aumento delle suddette resistenze e sono destinate ad intensificarle ulteriormente.** A seguito di questa inchiesta nei clinici e negli operatori psico-sociale della tutela si è già esteso in modo preoccupante un atteggiamento di ansia e di scarsa disponibilità di fronte ai compiti della segnalazione e della presa in carico nei casi di maltrattamento ed abuso su minori.
2. In specifico la cura dei bambini traumatizzati, questione sociale e sanitaria d'importanza primaria, rischia di essere ulteriormente svalutata e contrastata, più di quanto non sia già ora, dalla spada di Damocle dell'intervento giudiziario contro i clinici e a favore delle persone che risultano disturbate o minacciate dal lavoro terapeutico. **La psicoterapia dei bambini vittime di violenze è uno strumento indispensabile di prevenzione per impedire che il trauma incistato nella loro mente generi inevitabilmente nel tempo sintomatologie gravi** con effetti psicologici e sociali devastanti (disturbi mentali, bullismo, disturbi dell'apprendimento, malattie fisiche, ospedalizzazioni, comportamenti devianti, criminalità, tossicodipendenza, trasmissione intergenerazionale della violenza, ecc..) <sup>31</sup> La comunità sociale tende a lasciare i bambini traumatizzati soli con il peso di una sofferenza che può diventare nel corso della loro evoluzione una bomba ad orologeria. Uno studio di Terre des Hommes e Cismai, compiuto con l'Università Bocconi <sup>32</sup> mette in luce il conto salato della mancata prevenzione. Il maltrattamento durante l'infanzia procura, oltre ai gravi danni di salute mentale e fisica per il minore, anche una spesa rilevante per la società, richiedendo interventi di protezione o cura delle vittime, che si traducono in enormi costi per il bilancio

<sup>31</sup> OMS, Rapporto mondiale sulla violenza e la salute (World report on violence and health)

<sup>32</sup> Terre des Hommes, Cismai, *Studio nazionale "Tagliare sui bambini è davvero un risparmio?" Spesa pubblica: impatto della mancata prevenzione della violenza sui bambini (Tagliare sui bambini studioTDH Bocconi Cismai)*

pubblico. La ricerca ha analizzato una serie di categorie di costi, diretti e indiretti. Tra i costi diretti per la cura e l'assistenza dei bambini vittime di maltrattamento vanno conteggiati la voce ospedalizzazione, la cura della salute mentale, le spese per strutture/prestazioni residenziali, per l'affido familiare e per il servizio sociale professionale. I costi indiretti sono quelli più pesanti: si passa attraverso i quasi 210 milioni di euro spesi per l'educazione speciale, i 326 milioni stimati per la cura della salute da adulti, i 5 miliardi e 380 milioni per spese di criminalità adulta, i 152 milioni per la delinquenza giovanile e 6 miliardi e 648 milioni di perdite di produttività per la società. Sommando le voci dirette e indirette di tali costi si giunge così alla stima di 13,056 miliardi all'anno versati dalla collettività, equivalenti allo 0,84% del Pil.

**L'impegno terapeutico sul terreno del trauma rischia di essere sempre più scoraggiato da vicende giudiziarie, come quella a carico del dr. Foti.** In questa vicenda si afferma che una psicoterapia del trauma diventa scorretta, può essere suggestiva o indurre falsi ricordi se non si svolge su eventi traumatici accertati giudiziariamente. Si apre inoltre per i clinici la prospettiva di essere accusati di frode processuale o di alterazione della memoria del paziente, se essi prendono in carico un minore coinvolto in un procedimento giudiziario di tipo penale o (caso frequentissimo) di tipo civile. Compare il rischio in questi casi di essere criminalizzati, qualora uno psicologo prenda sul serio una rivelazione di abuso e ciò a prescindere dal fondamento della rivelazione e a prescindere dal fatto che il minore possa essere poi effettivamente ascoltato in ambito giudiziario.

3. L'accompagnamento del minore al processo, l'esigenza di non lasciarlo da solo ad affrontare una situazione del tutto nuova e stressante, l'esigenza di fornirgli informazione e sostegno psicologico rappresentano non solo un compito di cura del bambino, clinicamente ineludibile, ma anche un dovere stabilito dalla legge<sup>33</sup> e dagli indirizzi e dalle convenzioni internazionali.

*La convenzione di Lanzarote per es. invita a "vedere tutto il percorso processuale penalistico dal punto di vista del minore, dell'interesse superiore del minore e del rispetto dei suoi diritti (art. 30), con la stessa priorità data all'imputato. (...) L'assistenza educativa e psicologica al minore, la tutela della sua sicurezza, la protezione e l'accompagnamento durante tutto l'iter giudiziario, dalle audizioni alla tutela legale e risarcitoria, il diritto alle cure tempestive e alla terapia sono tutti elementi che devono armonizzarsi con le esigenze del giusto processo"*<sup>34</sup>.

L'inchiesta giudiziaria, che ha colpito il dr. Foti, rischia di trasformare l'impegno doveroso dello psicologo ad accompagnare il minore nel processo giudiziario in una pratica a rischio di incriminazione.

Luigi Canciani  


---

<sup>33</sup> Nella legge 66/1996, "contro la violenza sessuale" particolare attenzione era prevista per la vittima minorenni di violenza sessuale nel suo incrocio con il procedimento giudiziario, come rappresentato nell'articolo 609 decies dal secondo al quarto comma.

<sup>34</sup> Bollini A., "L'assistenza affettiva e psicologica e l'ascolto dei bambini vittime di abusi sessuali", *Prospettiva Persona*, n. 83-84, 2013, pp. 63-70).