

**Theodore J. Gaensbauer**  
*University of Colorado Health Sciences Center*

**REPRESENTATIONS OF TRAUMA IN INFANCY:  
CLINICAL AND THEORETICAL IMPLICATIONS  
FOR THE UNDERSTANDING OF EARLY MEMORY**

Infant Mental Health Journal, 23(3), 259–277

[https://www.researchgate.net/publication/227655234\\_Representations\\_of\\_trauma\\_in\\_infancy\\_Clinical\\_and\\_theoretical\\_implications\\_for\\_the\\_understanding\\_of\\_early\\_memory](https://www.researchgate.net/publication/227655234_Representations_of_trauma_in_infancy_Clinical_and_theoretical_implications_for_the_understanding_of_early_memory)

**LE RAPPRESENTAZIONI DEL TRAUMA NELL'INFANZIA:  
IMPLICAZIONI CLINICHE E TEORICHE PER  
LA COMPrensIONE DELLA MEMORIA PRECOCE**

**Abstract**

Comprendere la natura delle esperienze interne infantili è un requisito essenziale per delineare gli effetti di un trauma precoce sullo sviluppo. In aggiunta, visto che si possono osservare le rappresentazioni interne di un trauma nel tempo, le esperienze traumatiche rappresentano un'opportunità unica per lo studio della memoria precoce. Questo articolo presenterà casi clinici di bambini che hanno subito un trauma nel periodo preverbale e che successivamente testimoniano delle forme di ricordo del loro trauma. Insieme al materiale clinico, verranno discusse delle ricerche sullo sviluppo attinenti ai tipi di ricordi precoci descritti. I dati clinici, rafforzati dalle conclusioni delle ricerche, indicano che bambini preverbali, anche nel primo anno di vita, possono costruire e conservare in qualche modo una rappresentazione interna di un evento traumatico anche dopo significativi periodi di tempo. La specificità e permanenza delle rappresentazioni interne suggeriscono che oltre alle normali rassicurazioni servono degli specifici interventi terapeutici per far riprendere completamente il bambino dal trauma. I risultati clinici sono pertinenti per numerose questioni attualmente in discussione nell'area della memoria infantile, compreso il ruolo delle promemorie nella conservazione in memoria, la natura dei sistemi di memoria precoci, lo sviluppo della memoria autobiografica.

\* \* \*

Quando esposto ad un evento traumatico, cosa capisce il bambino di quello che sta succedendo? Si forma una rappresentazione interna dell'esperienza? Questa esperienza rimane nella memoria? Se sì, per quanto tempo e in quale forma? Tali domande hanno notevole importanza clinica, perché capire la natura delle esperienze interne del bambino è un requisito essenziale per delineare gli effetti di un trauma precoce sul successivo sviluppo del bambino e per progettare metodi di trattamento efficaci. Hanno anche un'importanza evolutiva più ampia nel senso che le discussioni sulla capacità del bambino di ricordare e conservare in memoria gli eventi vissuti non si riferiscono solo alle esperienze traumatiche ma anche agli stimoli ambientali in generale; questi parlano alla natura del mondo interno del bambino. Così, le osservazioni cliniche rivolte a queste domande possono contribuire non solo ad argomenti relativi al trattamento, ma anche all'avanzamento della comprensione del funzionamento della memoria infantile. Dato che i traumi possono essere rappresentati internamente, e dato che queste rappresentazioni possono essere osservate nel tempo, le

esperienze traumatiche costituiscono un'opportunità unica per lo studio della memoria precoce.

Questo articolo raccoglie delle osservazioni cliniche su bambini che hanno subito un trauma durante il periodo preverbale e che successivamente hanno testimoniato qualche forma di ricordo del loro trauma. I dati clinici, soprattutto quando vengono valutati alla luce di ricerche sullo sviluppo emergenti, indicano che, bambini preverbal, anche nel primo anno di vita, possono costruire e conservare in qualche modo una rappresentazione interna di un evento traumatico anche dopo significativi periodi di tempo. La specificità e permanenza delle rappresentazioni interne e i loro effetti sulle risposte affettive del bambino ad eventi successivi, suggeriscono che servono degli specifici interventi terapeutici in aggiunta al normale conforto se un bambino si deve riprendere completamente da un trauma. I risultati clinici sono pertinenti per numerose questioni attualmente in discussione nell'area della memoria infantile, compreso il ruolo delle promemorie nella conservazione in memoria, la natura dei sistemi di memoria precoci, lo sviluppo della memoria autobiografica.

Gli esempi dei casi sono stati presi principalmente dalla mia esperienza clinica, e altri casi presi da discussioni con colleghi o dalla letteratura clinica. Per ragioni di spazio, non si possono descrivere i casi in modo dettagliato. Come spesso succede con dati clinici, le informazioni disponibili sono variabili e naturalmente sorgeranno molte discussioni e domande riguardo le possibili cause di contaminazione e di spiegazioni alternative per le manifestazioni dei ricordi dei bambini. Si possono ottenere maggiori dettagli per quanto riguarda la natura dei ricordi e il modo in cui sono emersi rivedendo i casi pubblicati precedentemente. Visti i rapidi cambiamenti nello sviluppo durante i primi due anni, le presentazioni dei casi sono state raggruppate secondo l'età nella quale è avvenuto il trauma e suddivise in tre periodi di maggiore riorganizzazione evolutiva durante l'infanzia – dai 2 ai 3 mesi, dai 6 agli 8 mesi, e dai 18 ai 24 mesi (Emde, Gaensbauer, & Harmon, 1976). In ogni sezione, si citano delle rilevanti ricerche sullo sviluppo per collocare i casi clinici nel contesto di ciò che attualmente è noto per quanto riguarda il funzionamento della memoria infantile.

## MATERIALE CLINICO

### *Da zero a due mesi*

Dato l'alto numero di neonati che subiscono delle procedure mediche dolorose, la domanda se un neonato può registrare internamente una esperienza traumatica o meno è importante. Sfortunatamente, sono poche le ricerche sistematiche indirizzate a questo argomento. Basandosi sui dati disponibili, comunque, c'è motivo di credere che un neonato sarebbe capace di questa registrazione, benché di natura estremamente rudimentale. I neonati manifestano tutte le cardinali risposte fisiologiche di stress al dolore (Amand & Hickey, 1987; Marshall, 1989). Sono anche capaci di condizionamento sia strumentale che classico (Blass, Granchrow, & Steiner, 1984; DeCasper & Fifer, 1980; Little, Lipsitt, & Rovee-Collier, 1984). Queste capacità indicano che, nelle prime settimane di vita, un bambino sarebbe capace sia di provare una reazione di stress che associarla condizionalmente ad uno stimolo accompagnatorio in modo tale da influenzare successivi comportamenti. Il lavoro pionieristico di Sander ha dimostrato che i neonati sviluppano delle aspettative o dei "gestalt sperimentali-percettivi" (*"experiential-perceptual gestalts"*) (Sander, 1995), in base a precedenti incontri interattivi, e mostrano disturbi affettivi e comportamentali quando queste aspettative vengono violate (vedi anche Slater, 1995). Lo studio di Sander sugli effetti di madri che indossano una maschera da sci quando i loro bambini erano nati da 7 giorni ci offre

un esempio interessante. Quando i bambini sono stati portati al seno e guardavano la faccia della madre, si sono spaventati (*startle response*) e hanno esitato prima di iniziare a mangiare. Nel passaggio al sonno, dopo aver mangiato hanno mostrato un aumento di irrequietezza, vomito, e irritabilità (Sander, 1991, citato in Nahum, 2000).

Ancora più rilevante all'argomento della registrazione di un'esperienza traumatica, Gunter (1961) ha osservato che, neonati che hanno subito una esperienza di ostruzione anossica delle vie respiratorie durante l'allattamento, avrebbero successivamente posto resistenza all'allattamento. Quando costretti, piangevano e combattevano ancora di più. In quei casi dove, la resistenza persisteva anche per due o tre occasioni, il solo posizionare il bambino in preparazione per l'allattamento li faceva iniziare a piangere prevedendo che sarebbero stati portati al seno (p. 38). Un aneddoto che mi ha riferito una madre era compatibile con le osservazioni di Gunther. Quando il suo bambino di 3 giorni aveva difficoltà ad allattarsi, un'infermiera molto aggressiva gli ha tenuto la testa forzandolo ad aprire la bocca, per mettergli il seno della madre in bocca. Il bambino si è sconvolto, aveva conati di vomito, e inarcava la schiena via dal petto della mamma. A questo punto, la balia, che indossava per caso una caratteristica divisa rosa con cuori "rosa fosforescente", è stata chiamata e ha lasciato la stanza. Quando è ritornata 10 minuti dopo, la madre ha riferito che il bambino "ha visto chi era" e immediatamente ha inarcato la schiena e ha spinto contro il corpo della madre con le gambe con così tanta forza da rotolarsi sul letto.

Anche se non sappiamo se e in che modo le "gestalt sperimentali-percettive" di questo periodo precoce possono essere conservate in memoria in forma di schemi interni, è provata la permanenza di ricordi somatici. Per esempio, Fitzgerald, Milard, e McIntos (1989) hanno dimostrato una persistente ipersensibilità cutanea al dolore in seguito a ripetute punture al tallone, mentre Liley (1972) riferisce che bambini che hanno ricevuto solo 10 punture al tallone nei primi tre giorni di vita mostravano angoscia per molte settimane dopo, quando gli venivano afferrati i talloni. Compatibili con questi *reports*, mi sono stati riferiti due esempi di un'ipersensibilità durevole nella regione del tallone in seguito a ripetute punture al tallone subite durante l'infanzia. In un caso, un giovane adulto, inconsapevole del fatto di aver ricevuto da neonato ripetute punture ai talloni al punto da macerargli il tessuto, ha riferito con perplessità ai genitori che quando era sotto stress gli facevano male i talloni. In un secondo esempio, i genitori di una ragazza di quattro anni con un'esperienza simile da neonata, hanno riferito che lei per alleviare sensazioni irritabili quando era a letto batteva ripetutamente i talloni sul materasso. Stranamente, una recente ricerca con dei topi ha fornito un sostegno parallelo all'ipotesi che le sensazioni somatiche del periodo appena dopo la nascita possono permanere. Ruda, Ling, Hohmann, Peng, and Tachibana (2000) hanno scoperto che dei cuccioli di topo esposti a stimoli dolorosi alle zampe nelle prime settimane di vita dimostrano ipersensibilità al dolore da adulti. I topi adulti hanno anche dimostrato un'eccessiva crescita di terminazioni nervose nelle regioni sensoriale afferenti della corda spinale corrispondenti all'arto affetto.

La circoncisione è un'altra comune esperienza di dolore subita nel periodo dopo la nascita degna di attenzione per quanto riguarda i potenziali effetti riportati (*carryover effects*). Anche se numerosi studi hanno dimostrato solo degli effetti comportamentali transitori e lievi (Emde, Harmon, Metcalf, Koenig, & Wagonfeld, 1971; Marshall, Porter, Rogers, Moore, Anderson, & Boxerman, 1982; Marshall, Stratton, Moore, & Baxerman, 1980), uno studio recente ha rilevato delle questioni interessanti relative alla conservazione più durevole. In un gruppo di bambini di 4 e 6 mesi sottoposti a vaccinazioni di routine, Taddiom Kats, Ilersich, & Koren (1977) hanno trovato un aumento di reazioni di stress (valutate dalla mimica facciale e la durata del pianto) nei bambini che erano stati circoncisi appena nati confronto ai bambini non circoncisi. Hanno messo in questione se delle similarità nelle risposte soggettive e/o

fisiologiche ai due stimoli dolorosi hanno provocato una risposta di stress più intensa alla vaccinazione, simile ad una reazione post traumatica da stress.

#### *Da tre a sei mesi*

Il periodo tra i due e i tre mesi è un periodo di grandi cambiamenti evolutivi, perché il bambino sviluppa una nuova consapevolezza del mondo intorno a lui (Emde & Robinson, 1979). Iniziano a fare una reale discriminazione tra *caregivers* e reagiscono differentemente basandosi sulle precedenti interazioni con quel *caregiver* (Robson & Moss, 1970). Riescono ad anticipare dei *pattern* e delle sequenze di stimoli come viene mostrato sia dallo sguardo anticipatorio (Haith, Wentworth & Canfield, 1993) che dalle risposte emotive negative quando le aspettative sociali vengono violate, ad esempio quando la madre mantiene una “faccia di pietra” (*‘stone face’*) (Tronik, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1975). A questa età il bambino impara anche ad apprezzare rapporti mezzi-fini che coinvolgono le loro azioni, o quello che Piaget (1952) chiamava “le procedure per fare durare gli spettacoli interessanti” ed è capace di ricordare queste “procedure” per lunghi periodi di tempo. Ad esempio entro l’età di due mesi il bambino riesce a conservare un’azione imparata, tipo spostare la gamba per far muovere una giostrina. Entro i tre mesi riescono a conservare questo apprendimento fino ad una settimana senza doverglielo ricordare (Hill, Borovsky, & Rovee-Collier, 1988). Entro i cinque mesi il bambino dimostra di ricordare per delle settimane stimoli conosciuti quando gli vengono esposti delle coppie di stimoli visuali da confrontare (Fagan, 1990), un paradigma che dipende dalle strutture cerebrali che tradizionalmente vengono associate alla memoria dichiarativa (McKee & Squire, 1993). Uno studio notevole della conservazione in memoria in questo periodo è quello di Perris, Myers e Clifton (1990). All’età di 6,5 mesi un gruppo di bambini è stato esposto a un test in laboratorio che richiedeva di allungare la mano verso un oggetto che suonava nel buio. I bambini hanno mostrato di ricordarsi quando sono stati esposti ad una situazione di stimolo simile due anni dopo, dimostrato dall’allungamento della mano con sempre più successo e una maggiore tolleranza della situazione sperimentale rispetto a gruppi di controllo senza esperienza. Anche intorno ai tre mesi, stati affettivi distinti come il piacere la paura la rabbia e la tristezza iniziano a emergere (Izard & Malatesta, 1987). Insieme alla capacità sempre maggiore del bambino di registrare degli eventi che lo circondano, questa differenziazione affettiva che emerge permette al bambino di stabilire delle rappresentazioni interne emotivamente significative e specifiche alla situazione. Questi “schemi cognitivi-affettivi” permettono al bambino di riconoscere e rispondere in modo emotivamente adatto agli eventi successivi che hanno una simile configurazione di stimoli (Gaensbauer, 1982).

Tre casi nei quali sono stato coinvolto hanno illustrato la capacità dei bambini dai tre ad i quattro mesi di ricordare gli “schemi cognitivi-affettivi” come questi per un periodo di tempo prolungato. Un bambino, ripetutamente e gravemente maltrattato da suo padre biologico tra l’età di 3 e 10 settimane prima di essere stato affidato, ha mostrato delle reazioni di paura verso gli uomini per molti mesi. Durante il primo mese in affidamento quando suo padre adottivo o suo fratello adottivo adolescente si avvicinavano a lui, piangeva inconsolabilmente. La madre adottiva ha notato anche che trasaliva se lei involontariamente faceva dei gesti improvvisi verso di lui ad esempio mentre gli cambiava il pannolino. Anche se queste reazioni sono diminuite all’interno della famiglia adottiva, a sei mesi quando un maschio adulto che somigliava fisicamente al padre ha tentato di prenderlo in braccio trasaliva immediatamente e iniziava a gridare. A otto mesi durante una visita medica quando il dottore ha fatto un gesto affettuoso con l’intenzione di accarezzargli la testa il bambino ha trasalito così bruscamente che il medico è rimasto sconcertato. Tranne per qualche trasalimento

casuale questo tipo di reazione non è mai stato osservato durante una interazione con una donna adulta. Io l'ho visto per la prima volta a nove mesi (un periodo quando gli sconosciuti spesso creano angoscia). Mentre gli parlavo da una distanza di 1,5 metri sembrava abbastanza spaventato, aveva uno sguardo piuttosto impaurito, la postura rigida, notevole iperventilazione, e ha iniziato a piangere ogni qualvolta cercavo di avvicinarmi (non è stato possibile durante questa visita confrontare le sue reazioni all'avvicinamento di una donna sconosciuta).

Un altro esempio di angoscia da riconoscimento durevole è stato riferito dai genitori adottivi di un bambino tolto a sua madre psicotica all'età di quattro mesi. Fra le diverse azioni traumatiche sua madre delirante lo spogliava e avvolgeva il suo corpo compreso il viso in degli asciugamani bagnati e freddi fino quasi a soffocarlo. Gli teneva le gambe in una posizione rigida e scomoda. Quando è iniziato l'affidamento era spesso angosciato ed era particolarmente sensibile ad essere cambiato. Trascorsi diversi mesi l'angoscia è diminuita. All'età di nove mesi però è stata organizzata una visita supervisionata con la madre naturale. La prima azione della madre è stata quella di iniziare a spogliarlo. Il bambino ha iniziato subito a gridare e la visita è stata subito sospesa. Sembrava che questo breve incontro con la madre avesse riattivato molti dei suoi passati comportamenti e sensazioni traumatiche. Nella settimana successiva ha pianto quasi continuamente e ha tenuto le gambe nella stessa posizione rigida che aveva quando è arrivato nella casa della famiglia adottiva.

Un terzo caso, già riportato (Gaensbauer, 1982), vedeva coinvolta una bambina che aveva subito la frattura del cranio per mano di suo padre all'età di tre mesi. Durante una valutazione, tre settimane dopo, la bambina ha mostrato una paura particolare nei confronti degli uomini. Quando mi sono avvicinato a lei ha mostrato delle risposte facciali transitorie di paura (accertati da un'analisi sistematica della sua mimica facciale) si è angosciata, inarcata all'indietro. Inoltre, ha fatto diversi movimenti con le braccia verso di me, che si potrebbero facilmente interpretare come una imitazione (differita?) di quello che era stato fatto a lei. Quando le si avvicinava una donna sconosciuta non ha mostrato queste risposte e si è lasciata prendere in braccio. Queste reazioni di paura erano provocate anche da segnali uditivi (*auditory cues*). La madre adottiva ha riferito un episodio dove la bambina si è seduta tranquillamente di fianco a un adolescente maschio con i capelli lunghi fino a quando questo ha parlato mostrando una voce maschile dopodiché si è subito messa a piangere.

In aggiunta, ci sono numerosi altri *reports* nella letteratura clinica che descrivono manifestazioni di ricordo di un evento traumatico accaduto nel periodo tra i tre e i sei mesi. Forse la più drammatica è la descrizione di Bernstein e Blacher (1967) di una bambina precoce che ha subito un pneumoencefalogramma all'età di tre mesi. All'età di 28 mesi provocato da segnali (*cues*) provenienti dall'ambiente associati con la precedente esperienza in ospedale (rumori di costruzione) lei ha spontaneamente riferito dei ricordi della visita medica ("*man stuck me in the tushie and knocked my head off,*" cioè le ha fatto male alla testa). Terr (1988) ha descritto una bambina che ha subito degli abusi sessuali prima dell'età di sei mesi che poco prima dell'età di tre anni ha fatto una serie di ricostruzioni (*enactments*) sessuali con le bambole compresa penetrazione vaginale, compatibili con delle foto pornografiche scattate durante il suo abuso sessuale. Recentemente Roy e Russell (2000) hanno riportato di un bambino con una diagnosi di cancro che ha subito una serie di interventi chirurgici dolorosi e delle procedure mediche a partire dall'età di due settimane. All'età di cinque mesi il bambino mostrava dei comportamenti caratteristici del rivivere emotivo del DSPT, incluso, paura del personale ospedaliero, una eccessiva difficoltà a calmarsi anche dopo delle procedure non gravi e indolori, e ipervigilanza.

Nella seconda metà del primo anno inizia un altro periodo di cambiamenti drammatici. Particolarmente rilevanti alla conservazione dei ricordi traumatici e alla capacità di ricostruirli in azioni sono gli studi della capacità del bambino per imitazione differita. Questo compito richiede che il bambino imiti delle azioni specifiche che sono state mostrate a lui precedentemente. Siccome generalmente al bambino non è permesso di toccare gli oggetti usati nelle dimostrazioni e quindi non gli è permesso il vantaggio di un apprendimento procedurale, l'imitazione differita è stata considerata come una misura della memoria dichiarativa (McDonough, Mandler, McKee, & Squire, 1995; Meltzoff, 1995). L'imitazione delle azioni singole con dei giocattoli trascorso un periodo di 24 ore è stato rilevato già dall'età di sei mesi (Barr, Dowden, & Hayne, 1996; Collie & Hayne, 1999). Si osserva in modo consistente nella maggior parte dei bambini testati entro i nove mesi (Meltzoff, 1988). Dopo nove mesi c'è un continuo aumento della quantità di informazioni che il bambino riesce a richiamare e della durata della conservazione del ricordo. Entro gli undici mesi il bambino riesce a mostrare di richiamare immediatamente delle sequenze fatte in due parti sia familiari che nuove (Bauer & Mandler, 1992), il bambino riesce a riprodurre un'azione conosciuta usando un singolo oggetto (dare il biberon all'orsacchiotto) fino ad un anno dopo (McDonough & Mandler, 1994). Entro i 12/13 mesi il bambino riesce a conservare informazioni riguardo l'ordine temporale di una sequenza di azioni multiple, dopo almeno una settimana (Bauer & Hertsgaard, 1993) con delle prove sempre più convincenti della memoria a lungo termine nel corso del secondo anno. La dimostrazione di Meltzoff dell'imitazione differita di bambini di diciotto mesi che erano stati esposti a delle azioni con oggetti singoli quattro mesi prima e la dimostrazione di Bauer, Hertsgaard e Dow dell'apprendimento conservato da bambini di 21 mesi che erano stati esposti a delle sequenze di azione multipla otto mesi prima ci forniscono degli esempi rappresentativi. Il rapporto tra la capacità di memoria non verbale e lo sviluppo del linguaggio è particolarmente interessante durante il secondo anno ed è stato oggetto di tante ricerche. In uno studio recente riguardo l'imitazione differita e il suo rapporto alle capacità verbali in bambini di 13, 16 e 20 mesi che venivano osservati ad intervalli regolari tra uno e dodici mesi, Bauer e Wewerka sono giunti alla conclusione che "non è necessario che nel momento in cui viene vissuto un evento sia disponibile una codificazione verbale per far sì che l'evento venga ricordato a lungo termine o che successivamente il ricordo dell'evento venga esposto verbalmente". Altri ricercatori hanno documentato che il linguaggio si può sovrapporre su precedenti memorie preverbal (Nelson & Ross, 1980; Todd & Perlmutter, 1980). Un esempio drammatico è la relazione di Myers, Clifton e Clarkson di una bambina di quasi tre anni che durante una visita in laboratorio ha indovinato l'immagine dietro ad un pannello. L'ultima volta che aveva visto l'immagine era stato due anni prima quando aveva 40 settimane di età.

In modo simile alle conclusioni delle ricerche sulla memoria sovraesposte, io ho fatto delle relazioni su quattro bambini tra 7 e 13 mesi quando hanno vissuto degli eventi traumatici distinti (Gaensbauer, 1995). Dati dei segnali (*cues*) sotto forma di situazioni ludiche che imitavano il contesto situazionale nel quale è accaduto il trauma, i bambini hanno spontaneamente ricreato gli aspetti salienti del loro trauma ad intervalli che andavano dai 13 mesi ai 7 anni dopo gli eventi stessi. In ognuno di questi casi, le rappresentazioni dei bambini sono state accompagnate da parole o frasi di descrizione delle quali non disponevano al momento del trauma originale. All'età di 23 mesi, un bambino che era stato coinvolto in un grave incidente stradale a nove mesi è riuscito a rappresentare usando bambole e giocattoli la sequenza dell'incidente, compreso come era stata colpita la macchina, come si è rovesciata ed è caduta a terra. Un altro bambino che all'età di 13 mesi era stato portato su un'ambulanza al

pronto soccorso per via di un overdose di droga, a 26 mesi ha fatto una rappresentazione di certi dettagli specifici del viaggio in ambulanza e del trattamento al pronto soccorso. Il terzo caso coinvolgeva un ragazzo che era stato gravemente abusato sia fisicamente che sessualmente dal suo padre durante un periodo di una settimana, all'età di 7 mesi. Quando aveva 8 anni, durante una seduta di terapia con il terapeuta e sua madre adottiva, all'improvviso il bambino è entrato in uno stato delirante e dissociato durante il quale ha drammaticamente ricreato con il suo proprio corpo l'esperienza dell'abuso. Questo comprendeva, urlare dalla paura, dimenare a terra con il sedere in aria, cercare di trascinarsi sotto il divano per scappare dal terapeuta (che in quel momento stava vivendo come se fosse suo padre), e usare le parole per descrivere come gli stava facendo male. Il quarto caso era quello di una bambina che a 12 mesi aveva visto sua madre uccisa da una lettera esplosiva. Sia con le azioni che con i giocattoli, ha ricreato delle rappresentazioni di diversi elementi importanti dell'accaduto, durante una valutazione all'età di 4 anni e mezzo. Quando è stata chiesta come era morta sua madre, è improvvisamente caduta a terra e si è arrovellata in modo frenetico. Più avanti ha improvvisamente portato giù la mano su uno scenario di gioco che ricreava la situazione appena prima dell'esplosione, buttando giù bambole e mobili con un gesto che riusciva a cogliere delle qualità fondamentali dell'esplosione. A 6 anni, durante una seduta di terapia con un altro terapeuta e alla presenza dei genitori adottivi, la bambina ha fornito ulteriori dettagli verbali sull'aspetto di sua madre dopo la bomba, un dato di cui i suoi genitori non erano a conoscenza ma che è stato successivamente confermato dalla polizia.

Un ulteriore caso, di cui sono venuto a conoscenza di recente grazie alla D.ssa Irene Chatoor (comunicazione personale), è compatibile con quelli precedenti. Una bambina è stata portata dalla D.ssa Chatoor all'età di 18 mesi per un grave disturbo alimentare. Si sapeva che la bambina aveva subito degli abusi, con tagli e contusioni documentati sulla faccia, prima di essere posta in affidamento all'età di 10 mesi. Con grandissima pazienza, la madre adottiva aveva aiutato la bambina a sentirsi ad agio nel prendere cibo morbido con la mano o con un cucchiaino, ma non era riuscita a cambiare quella che sembrava essere una reazione fobica al biberon. Anche dall'altra parte della stanza, vedere un biberon provocava angoscia nella bambina. Durante la valutazione a 18 mesi, quando le sono stati dati varie bambole e giocattoli, la bambina ha subito preso in mano una bambola e un biberon giocattolo e ha iniziato a rappresentare l'atto di dare da mangiare mettendo il biberon alla bocca della bambola. Dopo diversi secondi ha iniziato a colpire la bambola in testa con il biberon, rendendo l'origine del suo grave (traumatico) disturbo alimentare e la sua fobia per il biberon drammaticamente evidente. Durante un colloquio successivo, la madre biologica della bambina ha confermato che aveva frequentemente perso il controllo durante il dar da mangiare e avevo colpito la bambina in testa con il biberon.

Esaminando il secondo anno di vita, la crescente capacità per la conservazione in memoria e le abilità verbali sopradescritte potrebbero portare ad aspettarsi non solo delle tracce di memoria sempre più complesse, ma anche dei descrittori verbali sempre più elaborati. In articoli passati (Gaensbauer, 1995, 1997, 2000), ho riportato di tre bambini traumatizzati durante il secondo anno di vita che hanno dimostrato dei ricordi duraturi delle loro esperienze. Una bambina si era rotta la gamba a 15 mesi e aveva subito una serie di trattamenti in ospedale traumatici. A 28 mesi, provocata dall'essere caduta da uno sgabello, ha iniziato a zoppicare come aveva fatto subito dopo la sua guarigione e per la prima volta ha parlato dei suoi ricordi della degenza in ospedale. Gli altri due casi coinvolgevano due bambini, uno di 15 mesi e uno di 22 mesi che parlava ancora con parole singole, che avevano entrambi avuto una necrosi dei tessuti e avevano subito dei trattamenti dolorosi a causa di gravi infiltrazioni intravenose. Il trattamento, iniziato rispettivamente a 18 e a 13 mesi, in seguito al ricovero in ospedale. In terapia entrambi i bambini hanno fatto delle

rappresentazioni non solo degli aspetti importanti dei loro traumi, quali le iniezioni dolorose e sbrigliamenti, ma anche diversi dettagli minori di cui i loro genitori erano certi di non aver discusso durante il periodo intercorso. Un ulteriore esempio di una memoria notevole riguarda una bambina di 30 mesi afflitta per la morte improvvisa della madre un mese prima. I suoi attuali *caregivers* mi hanno riferito che un anno prima quando la bambina aveva 18 mesi (quando parlava con parole multiple ma non aveva ancora ottenuto la fluenza verbale in forma di frasi) erano stati, insieme alla madre della bambina, all'aeroporto in partenza e al ritorno di una vacanza. Dopo il funerale della madre la bambina aveva accompagnato i *caregivers* all'aeroporto per portare un amico. Quando sono arrivati alla zona delle partenze, la bambina ha riconosciuto l'edificio e ha chiamato, "c'è la mamma qui, voglio vedere la mamma."

Anche altri autori hanno raccontato di bambini traumatizzati durante il secondo anno di vita che hanno dimostrato delle capacità di memoria notevoli. Ad esempio, Terr (1988) ha descritto una bambina che aveva subito degli abusi sessuali in un casa di assistenza ai bambini tra i 15 e i 18 mesi. Quando aveva 5 anni, durante una valutazione psichiatrica le è stato chiesto se qualcuno l'avesse mai spaventata, lei ha raccontato che qualcuno l'aveva spaventata una volta con "una parte dito" indicando la parte superiore del suo addome. Successivamente Terr ha ottenuto delle foto pornografiche fatte durante l'abuso sulla bambina che mostravano un pene eretto (la parte dito) che colpiva il punto esatto dell'addome superiore che aveva indicato nello studio del terapeuta. Sugar (1992) ha riportato il caso di un bambino di 16 mesi con capacità linguistiche precoci che era stato coinvolto in un'incidente aereo e all'età di 26 mesi è riuscito a fornire un racconto molto preciso dell'incidente sia tramite una descrizione verbale dettagliata che tramite attività ludica.

#### *Da diciotto a 24 mesi*

Tante ricerche e prove cliniche hanno documentato l'abilità dei bambini tra l'età di 18 mesi e 2 anni, una volta che hanno raggiunto la fluenza verbale, a percepire, ricordare e poi descrivere degli eventi vissuti. Nelson, Fivush e i loro colleghi hanno mostrato in numerosi studi che l'esordio della memoria autobiografica, come tradizionalmente viene concettualizzato (es. il racconto verbale e consapevole di un evento accaduto nel passato) si osserva intorno a questa fascia d'età (Nelson & Fivush, 2000). Molte relazioni cliniche hanno documentato di ricordi duraturi degli eventi traumatici in bambini di questa età che sono verbalmente fluenti (Drell, Gaensbauer, Siegel, & Sugar, 1995; Gislason & Call, 1982; Gaensbauer, 1994; Hewitt, 1994; Osofsky, Cohen, & Drell, 1995; Pruett, 1979; Senior, Gladstone, & Nurcombe, 1982; Sugar, 1992; Terr, 1988; Wallick, 1979; Zeanah & Scheeringa, 1997). Usher e Neisser (1993) hanno dimostrato che si possono ricordare alcuni eventi affettivamente significativi che accadono nel secondo anno di vita, quale la nascita di un fratello o un ricovero in ospedale anche fino all'età adulta.

Due casi dalla mia pratica illustrano l'importanza clinica delle memorie conservate per dei traumi che accadono in questo periodo. Un ragazzo di 9 anni in trattamento per depressione riusciva a raccontare gli eventi avvenuti nel periodo della morte del suo fratellino da SIDS sette anni prima, poco prima del secondo compleanno del paziente. La sua descrizione molto dettagliata, compreso i colori dei vestiti che indossavano lui e sua madre, è stata confermata dai suoi genitori che hanno affermato che lui si ricordava gli eventi meglio di loro. Un secondo caso ha coinvolto una bambina con un problema medico grave che è stata sottoposta ad un intervento chirurgico importante all'età di due anni. A 5 anni ha preso la polmonite, è stata portata in ospedale ed è stata portata d'urgenza al centro di rianimazione sulla barella. Dopo essere stata dimessa dall'ospedale, la madre l'ha trovata a letto una sera

che piangeva. Quando la madre le ha chiesto perché piangeva ha detto “è successa la stessa cosa questa volta dell'altra volta (cioè, quando aveva 2 anni), gli infermieri mi hanno portato via su quella cosa (la barella) e non c'era nessuno con me.”

## DISCUSSIONE

### *Implicazioni cliniche*

I dati clinici i dati delle ricerche indicano che possibilmente nelle prime settimane di vita e senza dubbio entro i 2/3 mesi di età, i bambini riescono a riconoscere stimoli (*stimulus cues*) associati a un'esperienza traumatica e mostrano reazioni da stress e risposte comportamentali. Entro 3/4 mesi di età tale riconoscimento e tali reazioni da stress possono permanere per delle settimane o dei mesi. Entro la seconda metà del primo anno, e soprattutto dai 9 mesi in poi, ci sono dei segni evidenti di una rappresentazione interna degli eventi traumatici che si possono esprimere nel gioco nella forma di una ricostruzione sequenzialmente significativa, in periodi successivi di mesi e anche di anni. Nel corso del secondo anno, anche prima dell'inizio della fluenza del linguaggio, la capacità della memoria diventa ancora più impressionante.

Come osservato sopra, con il materiale che proviene dai casi ci sono molti fattori ignoti che possono influenzare la presentazione clinica, e più di una spiegazione possibile per qualsiasi dato clinico. Una conferma delle osservazioni e delle conclusioni raggiunte dalla presente, necessita di un'indagine più sistematica. Nella maggior parte dei casi (sia quelli miei che quelli riferiti da altri), il rivivere e/o la ricostruzione non erano completamente spontanei, ma invece sono stati stimolati da segnali del contesto (*contextual cues*), o in modo naturale nel proprio ambiente familiare o attraverso l'utilizzo di bambole o giocattoli nel contesto della stanza dei giochi. Spesso le ricostruzioni avevano una portata ristretta, consone alle capacità percettive immature dei bambini. Inoltre, non erano delle riproduzioni veritiere degli eventi. Invece, rispecchiavano un uso creativo e sintetico degli strumenti ludici espressivi e intermodali che hanno colto degli elementi fondamentali del trauma, in particolare gli aspetti concreti vicini all'esperienza che ci si poteva aspettare essere gli aspetti più salienti in termini di percezione. Le forme dell'espressione dei ricordi e la gamma dei segnali (*cues*) che li hanno provocati indicano che i ricordi sono stati registrati non solo a livello visivo, ma anche in modalità sensoriali multiple (uditiva, cinestesica, tattile, e vestibolare). Non dipendevano da un apprendimento verbale anche se, come descritto sopra, quasi tutti i bambini hanno successivamente sovrapposto dei descrittori verbali sui loro ricordi e le loro ricostruzioni ludiche.

Fino a che punto i casi descritti qui sono rappresentativi delle capacità di memoria dei bambini? Senza dubbio ci saranno delle variazioni individuali enormi sia nel funzionamento della memoria sia nell'elaborazione di un trauma. Tuttavia, gli esempi mettono in evidenza la portata delle potenzialità della memoria. Inoltre, anche se i ricordi traumatici sono spesso impressi in memoria più fortemente dei ricordi normali (Pitman, 1989; Terr, 1988), le capacità di memoria dimostrate in queste relazioni cliniche non sono qualitativamente diverse da quelle osservate dai ricercatori dello sviluppo in situazioni di laboratorio più affettivamente neutre. Nella misura in cui queste conclusioni sono tipiche delle capacità dei bambini per la rappresentazione degli eventi e dovrebbero farci rendere più consapevoli della misura in cui i bambini registrano non solo gli eventi traumatici ma anche gli eventi quotidiani. Rafforzano il nostro apprezzamento sempre crescente per le impressionanti abilità di questi “scienziati in

culla” (Gopnik, Meltzoff, & Kuhl, 1999) che attivamente costruiscono il loro mondo interno psicologico tramite la percezione e l’elaborazione in ogni momento degli stimoli ambientali.

Il destino a lungo termine dei ricordi traumatici precoci rimane incerto. Nei limiti delle capacità cognitive e percettive ristrette del bambino, quasi certamente verranno sottoposti ad alterazione, perdita di dettaglio, fondersi con altri ricordi e ad altre forme di mutamento che si vedono nell’elaborazione di qualsiasi ricordo di un evento. Presumibilmente nel tempo verranno dimenticati, conformemente al fenomeno dell’amnesia infantile (anche se ci sono numerose relazioni cliniche nella letteratura della psicoanalisi adulta nelle quali tracce dei traumi subiti nel primo e nel secondo anno di vita si sono manifestate nei sogni e nelle visualizzazioni (*visual imagery*), nelle sensazioni corporee, stati affettivi, e nelle rappresentazioni posturali/ comportamentali – vedi Share, 1994, e Gaensbauer, 1995 per riferimenti). Eppure, anche se le loro origini traumatiche alla fine saranno perse dalla consapevolezza conscia, le immagini, le sensazioni e gli stati affettivi collegati ad un trauma continueranno a riverberare nella mente del bambino. Di conseguenza, avranno un effetto, e potrebbero potenzialmente deformare per lungo tempo, l’interpretazione del bambino dei successivi stimoli ambientali sia direttamente che in modo subliminale. Poiché non si sa molto né dei meccanismi che influenzano l’elaborazione dei ricordi traumatici oltre l’infanzia né del modo in cui si possono intrecciare con altre questioni evolutive nel tempo, future ricerche sono particolarmente necessari.

Nel postulare che un evento traumatico sia stato ricordato, non è necessario ipotizzare che sia stato codificato in un certo momento e poi conservato senza influenza fino al momento in cui viene successivamente espresso. Molti studi hanno dimostrato che essere esposti agli stimoli associati con l’esperienza originale aumenta la conservazione in memoria. Un esempio attinente sarebbe la relazione di Rovee-Collier, Hartshorn e Di Rubbio (1999) di bambini di 2 mesi ai quali è stato insegnato a far muovere una giostrina. I bambini hanno ricevuto un promemoria (*reminder*) della durata di 3 minuti ogni 3 settimane fino all’età di 6 mesi e mezzo, e sono riusciti a mostrare di aver conservato l’apprendimento fino all’età di 7 mesi e un quarto, a quel punto sono diventati troppo grandi per il compito. Siccome è probabile che dei traumi in questo periodo precoce vengono subiti nel contesto delle attività quotidiane, è allo stesso modo probabile che i circuiti neurali dei traumi riceveranno dei segnali (*cues*) frequentemente, se non quotidianamente. Bernstein e Blacher (1967), per esempio, nel caso sopracitato, hanno fatto l’ipotesi che il ricordo della bambina di 28 mesi per la pneumoencefalografia che ha subito a 3 mesi di età potrebbe essere stato rinforzato periodicamente dal fatto che la circonferenza del suo cranio e la sua condizione neurologica erano stati rivalutati ogni 3 mesi dal neurochirurgo all’ospedale. Dato l’efficacia dell’esposizione a delle promemorie nei bambini di 2-3 mesi, Rovee-Collier e Gerhardstein (1997) hanno ipotizzato che “Ripetute riattivazioni potrebbero teoricamente produrre dei ricordi quasi continuamente accessibili, raggiungendo il livello di memoria “semantica” o “generica”.” In modo simile, Bauer (1997) e Meltzoff (1988) hanno proposto che entro l’età di 9 mesi non sembra esserci nessun fattore cognitivo o neurologico di base che limiterebbe il tempo di conservazione del ricordo, soprattutto se quel ricordo venisse regolarmente riattivato.

Una forma di riattivazione che viene spesso citata come una possibile spiegazione per le ricostruzioni dei bambini è fornita dalle conversazioni dei genitori udite per caso (nei miei casi i genitori hanno sempre negato di aver mai discusso il trauma direttamente con il bambino. Anche se io non credo che una conversazione udita per caso possa completamente spiegare le ricostruzioni dettagliate e affettivamente potenti che hanno svolto i bambini nei casi citati, senza dubbio tali conversazioni possono essere evocative. Per esempio, un bambino di 19 mesi con solo 3 parole espressive ma un ottimo linguaggio ricettivo aveva

subito un intervento e numerose visite dolorose e paurose al pronto soccorso tra i 16 e i 17 mesi. Sentendo per caso sua madre dire la parola “ospedale” al telefono si è subito spaventato, ha indicato con il dito la zona del suo intervento, e ha esclamato “no-no-no!”, scuotendo la testa. Per più di un mese, dopo il suo trattamento, il bambino ha urlato quando messo nel seggiolino in macchina, temendo di essere riportato all’ospedale.

Dato che sia probabile che le promemorie verbali e fisiche tengano vivo un ricordo traumatico e possano essere potenzialmente ritraumatizzanti, è importante che i terapeuti e i genitori siano consapevoli della misura in cui i ricordi e le sensazioni traumatiche vengono riaccese dagli eventi quotidiani. Una mancanza di consapevolezza può contribuire non solo ad una perpetuazione dei sintomi, ma anche allo sviluppo di problemi più generali, soprattutto se viene messa in moto un’interazione disadattata con i caregivers. Nel caso della D.ssa Chatoor, nonostante la madre adottiva fosse così sensibile nell’usare metodi alternativi per dare da mangiare alla bambina, è probabile che la sola presenza di un biberon, anche dall’altra parte della stanza, fosse sufficiente a tener vivi i ricordi traumatici e per rafforzare la paura della bambina. Nel caso del bambino la cui madre psicotica lo spogliava e lo soffocava con gli asciugamani bagnati, l’estensione dei suoi sentimenti traumatici sull’essere spogliato non sono stati pienamente compresi e nessuno se ne è occupato in modo sistematico quando è andato in affidamento. Dei contrasti acrimoniosi sul vestirsi e spogliarsi sono stati causa di difficoltà per diversi anni dopo.

Anche se un’esposizione ripetuta è potenzialmente ritraumatizzante, è importante notare che può anche servire a desensibilizzare, modificando le aspettative negative del bambino e diminuendo l’intensità delle reazioni affettive ad ogni esposizione. Se degli stimoli ricorrenti saranno desensibilizzanti o ritraumatizzanti dipenderà dai tanti fattori dinamici che agiscono in ogni caso individuale. Generalmente i genitori risponderanno all’angoscia del loro bambino con empatia intuitiva e conforto, si spera mitigando l’intensità degli affetti traumatici del bambini con una sorte di decondizionamento naturale. Senza essere specificamente consapevoli del rivivere traumatico del bambino, però, gli effetti riportati dal trauma potrebbero non essere pienamente risolti. Il caso descritto sopra del bambino di 7 mesi che era stato gravemente abusato fisicamente e sessualmente dal suo padre biologico serve come esempio di desensibilizzazione naturale efficace nella quale mancavano gli effetti specifici del trauma. Dopo essere stato collocato con la sua famiglia d’adozione, sua madre e sua sorella adottive l’hanno abbracciato quasi continuamente, nonostante resisteva fortemente e piangeva a lungo. Ci sono volute tre settimane prima che si calmasse e riuscisse tranquillamente ad accettare di essere abbracciato. Alla luce della sua esperienza precedente, si potrebbe concettualizzare che ciò che facevano sua madre e sua sorella fosse una forma di terapia implosiva. Probabilmente l’abbraccio ha provocato dei ricordi traumatici e un’angoscia intensa. Con pazienza e perseveranza, però, alla fine queste associazioni traumatiche sono state sovrapposte da altre associazioni più positive. Purtroppo il padre adottivo non ha partecipato, e non sono stati indirizzati degli sforzi particolari in questo primo periodo per superare le associazioni specifiche al fatto che il trauma era stato causato da un uomo. Il suo rapporto con il padre adottivo, un genitore affettuoso e presente, è rimasto un rapporto distante e disagiata fino a quando ha finalmente iniziato a ricevere delle terapie a partire dall’età di 7 anni (Gaensbauer, 1995).

Quindi, anche se è possibile che il rivivere un trauma possa essere attenuato nel corso del *caregiving* quotidiano e delle possibilità di decondizionamento che esse presentano, si può ottenere una risoluzione più rapida e più integrata se vengono fatti degli sforzi diretti per migliorare queste rappresentazioni interne impresse dal trauma. La specificità e la permanenza di queste rappresentazioni del trauma suggerirebbero che i programmi di trattamento anche ad un’età molto precoce devono andare oltre le questioni generali di

accudimento sicurezza e prevedibilità. Devono anche rivolgersi a contesti unici delle reazioni post trauma del bambino tramite l'uso di misure specifiche al trauma che sono state concepite per diminuire l'angoscia del bambino. Di solito nel primo anno di vita sforzi di desensibilizzazione verranno svolti nel contesto dell'interazione *caregiver* – bambino e coinvolgeranno un'esposizione graduale agli stimoli che suscitano l'angoscia. Quindi, nel caso della dottoressa Chatoor, la reintroduzione graduale del biberon in dei contesti piacevoli e senza stress avrebbe potuto aiutare a ridurre le associazioni paurose del bambino a prendere il biberon (Chatoor, 1991). Nel corso del secondo anno di vita, giocattoli bambole e altri materiali ludici rappresentativi diventano sempre più importanti come mezzi per la ricostruzione del trauma giocando. Questo giocare, serve sia allo scopo di desensibilizzazione che ad aiutare il bambino a sviluppare una narrazione più coerente. Inoltre offre la possibilità per degli interventi interpretativi da parte dei terapeuti e dei genitori che affrontano i vari significati che il trauma ha per il bambino. Data la specificità delle rappresentazioni una strutturazione attiva del gioco da parte del terapeuta, ad esempio ricreare la situazione del trauma con giocattoli e bambole e consentire al bambino di ricostruire "cosa succede dopo", può essere particolarmente efficace per ottenere l'accesso a particolari ricordi e sentimenti del bambino. I vari approcci terapeutici al trauma nella prima infanzia sono stati approfonditi in numerose altre pubblicazioni (Gaensbauer, 2000; Gaensbauer & Siegel, 1995; Osofsky et al., 1995; Scheeringa & Gaensbauer, 2000).

### *Considerazioni Teoriche*

Anche se l'esatta natura di queste rappresentazioni interne rimane elusiva, le manifestazioni della memoria descritte qui evidenziano alcune delle difficoltà nella concettualizzazione del funzionamento precoce della memoria. I sistemi della memoria vengono normalmente categorizzati in modo dicotomico – dichiarativi/procedurali, impliciti/espliciti o precoci/tardivi – anche se la questione di quanti sistemi di memoria ci siano è oggetto di molte discussioni (Rovee-Collier, 1997). Inoltre, spesso si discute di questi sistemi dicotomici come se funzionassero indipendentemente uno dall'altro, basandosi su ricerche che dimostrano le capacità per un apprendimento procedurale inconsapevole nei pazienti adulti con una menomazione del lobo temporale mediale bilaterale. I dati clinici, però, non si prestano bene a questo tipo di categorizzazione. Nella vita reale, anche nelle prime fasi di sviluppo, il funzionamento della memoria sembra essere olistico e integrativo, coinvolgendo delle interconnessioni complesse e riverberanti tra molte regioni del cervello. I numerosi canali attraverso i quali le rappresentazioni del trauma sono state registrate, codificate e successivamente espresse in questi bambini (fisiologici, affettivi, plurisensoriali, comportamentali, verbali e simbolici) evidenziano quanto sia difficile nella vita reale racchiudere il funzionamento della memoria in una qualsiasi struttura dicotomica. Né sembra esserci un preciso confine tra l'elaborazione implicita ed esplicita della memoria. Anche se si ipotizza che questi ricordi precoci sono inizialmente codificati in modo implicito e inconsapevole (Siegel, 1995), il fatto che le ricostruzioni fatte dai bambini hanno uno scopo e la abilità dei bambini a sovrapporre dei descrittori verbali sugli eventi preverbalis suggerisce che i sistemi di memoria espliciti hanno accesso ai ricordi impliciti.

Per quanto riguarda lo sviluppo, si è generalmente ritenuto che la memoria implicita o procedurale precede la memoria esplicita o dichiarativa (Bachevalier, 1990; Nadel & Zola-Morgan, 1984; Nelson, 1995; Schacter & Moscovitch, 1984). Come notato da Meltzoff (1995), anche se è difficile applicare i termini che derivano da studi su adulti a studi sulla memoria precoce, gli esempi clinici danno sostegno a quei ricercatori della memoria infantile

che avevano dubitato dell'ipotesi che i sistemi di memoria procedurali e dichiarativi emergano indipendentemente e in sequenza nello sviluppo precoce. Meltzoff (1990, p. 20) per esempio, postula che "Potrebbe non esserci mai un periodo nel quale il bambino è limitato ad una modalità esclusivamente procedurale/di abitudine". In modo simile, Rovee-Collier (1997, p. 491) sostiene: "Se ci sono veramente due sistemi di memoria, allora si sviluppano contemporaneamente e non sequenzialmente dai primi mesi di vita". Le capacità di memoria per degli eventi specifici mostrati nei casi qui riportati fa sorgere la possibilità che questa ipotetica sequenza di sviluppo possa anche essere invertita. Nella misura in cui le abitudini, le capacità apprese, e la presenza di un 'copione inconscio' (*unconscious script*) sono il frutto degli eventi registrati individualmente che vengono accumulati nel tempo e diventano dei circuiti neurali automatici, si potrebbe sostenere che in molti casi la memoria esplicita ed episodica precede la memoria implicita e procedurale, cioè, i ricordi cominciano come dichiarativi e diventano procedurali. Il concetto di Stern (1985) di "RIGs" (Rappresentazioni di Interazioni che sono state Generalizzate), degli schemi globali che emergono da episodi individuali di esperienze interattive, è compatibile con questa idea.

Parte integrante della discussione dei sistemi precoci della memoria è la questione di capire se i bambini abbiano la capacità della memoria evocativa. Se ce l'hanno, come la mostrerebbero? I sistemi di richiamo sono chiaramente immaturi e, nei casi sopracitati, il "rivivere" angosciato e le ricostruzioni in gioco dei bambini sono generalmente stati provocati da degli stimoli (*cues*). Eppure, data la piena disponibilità delle rappresentazioni, sembra probabile che le reti neurali basate sul trauma che possono essere "provocate" ("*cued*") da uno stimolo esterno potrebbero anche essere provocate "spontaneamente" da stimoli interni (compresi gli stati soggettivi e fisiologici). Tali stimoli potrebbero provocare uno scarico neurale sensoriale e/o affettivo derivante dal trauma che il bambino vivrebbe con il tipo di coscienza di cui è capace. In altre parole, c'è motivo per credere che, anche nel primo anno di vita, il bambino faccia esperienze di ricordi evocativi che non dipendono da stimoli esterni. I dati clinici e i dati delle ricerche che emergono, per come li interpreto io, indicano che le differenze tra il funzionamento della memoria precoce e la memoria tardiva è più collegato a delle variabili quantitative quali la complessità degli stimoli, i modi espressivi limitati e la durata della conservazione, piuttosto che da differenze qualitative di come i ricordi vengono fissati e/o evocati.

La questione della memoria di esperienze personali del proprio passato è strettamente legata alla questione della "memoria autobiografica". Nelson (1990) ha messo in discussione che si possano considerare fenomeni della memoria precoce quali l'imitazione differita (e presumibilmente le ricostruzioni in gioco) come "finalizzati", cioè, frutto di una consapevolezza conscia che si tratta di un ricordo. Lei ritiene che la memoria autobiografica emerge nel momento in cui il bambino diventa capace di fornire una narrazione verbale degli eventi che sa che gli sono successi in passato. Applicando questo criterio, le manifestazioni dei ricordi di un trauma precoce qui descritte non verrebbero considerate come memoria autobiografica. I descrittori verbali sovrapposti sui ricordi non-verbali erano generalmente piuttosto limitati, e non erano neanche vicino ad una narrazione completa o intelligibile di ciò che era successo al bambino. Tuttavia, rimane il dubbio se i bambini piccoli possano avere dei ricordi "autobiografici" che non dipendono dal linguaggio. È chiaro che una buona parte della discussione dipende da questioni di definizione (Rovee-Collier, 1997). Se si elimina l'espressione verbale, cosa si qualifica come un ricordo autobiografico? Come definiamo la consapevolezza in un bambino preverbale? Quali sono i criteri adatti per la memoria dichiarativa nello sviluppo precoce? Cosa costituisce una ricostruzione "finalizzata"? Il comportamento del bambino di 9 mesi che ripetutamente teneva le gambe in una posizione fissa per una settimana dopo un solo incontro breve con sua madre dopo una separazione di 5

mesi, è stato un comportamento finalizzato? Era consapevole di un pericolo? Stava vivendo qualche tipo di esperienza visiva interna o qualche altra esperienza sensoriale che gli segnalava il carattere del pericolo?

A questo punto non abbiamo le risposte a queste domande. Tuttavia, il modo finalizzato e spontaneo con cui i bambini ricostruiscono il loro trauma, una volta che hanno i mezzi per tale espressione, suggerisce fortemente che i bambini sono consapevoli di comunicare qualcosa che è successo loro. L'aumento nei sintomi e le varie azioni difensive che quasi universalmente seguono queste ricostruzioni ludiche, soprattutto all'inizio, sono un'ulteriore prova della consapevolezza del bambino che queste ricostruzioni rispecchiano un'esperienza profondamente emotiva. Per esempio, durante una seduta di terapia a 26 mesi d'età, il bambino che era stato portato in ospedale a 13 mesi per overdose ha ripetutamente buttato delle "pillole" (gessetti) nel cestino. Inizialmente io e sua madre abbiamo pensato che questo gioco fosse collegato al ricovero in ospedale del padre in seguito ad una reazione a cure mediche. Però, il gioco era così finalizzato e così inalterato da riferimenti al padre che ci è apparso chiaro che il disfarsi delle "pillole cattive" forse esprimeva dei sentimenti relativi alla propria esperienza. Agendo con questa ipotesi, ho introdotto un bambolotto maschio e un'ambulanza. Ha confermato subito che eravamo sulla pista giusta impegnandosi immediatamente e ricostruendo in modo animato i particolari del suo viaggio in ambulanza e il suo trattamento al pronto soccorso. Con lo sguardo retrospettivo, sia io che sua madre eravamo convinti che con il modo persistente in cui giocava con le pillole cercava intenzionalmente di comunicare con noi riguardo la sua esperienza.

Fino a che punto un bambino può essere consapevole che qualcosa gli sia successo "nel passato" rappresenta una questione intrigante ed estremamente difficile. Che nozione del tempo ha un bambino? Questo argomento è troppo complicato da approfondire qui. Io proporrei, comunque, che nella misura in cui i bambini sono programmati a percepire e ad anticipare delle sequenze e a comprendere causa ed effetto indicherebbe che l'elaborazione temporale nonché una nozione di tempo siano intrinseci al funzionamento neurale (Fitzgerald & Brackbill, 1976). Data questa attitudine intrinseca, non sarebbe irragionevole ipotizzare che il bambino potrebbe avere un senso intuitivo ma conscio che un evento rappresentato internamente è accaduto "prima" del presente (Stern, 2000). Ciononostante, è probabile che questo senso, se presente, sia di natura molto tenue e primitiva, il che contribuisce alla propensione del bambino di sentire le emozioni e/o sensazioni "rivissute" come causate da quello che gli ha provocato nel presente. Aiutare i bambini a capire che le proprie reazioni attuali sono determinate in conseguenza ad un'esperienza precedente è quindi un compito terapeutico importante, anche se intimidisce data la loro immaturità cognitiva.

Come sostenuto da Nelson e altri, la memoria autobiografica come la pensiamo noi da un punto di vista adulto, viene prevalentemente mediata verbalmente e costruita socialmente nel corso della prima infanzia. In modo eloquente lei descrive come "il bambino viene indotto a forme condivise del parlare di esperienze condivise, e arriva ad incorporare i valori degli adulti di parlare di un'esperienza" (Nelson, 1993). L'inizio della fluenza del linguaggio e lo sviluppo della capacità del pensiero simbolico che accadono tra i 18 e i 24 mesi aprono dei mondi nuovi per quanto riguarda il senso di sé e dell'altro del bambino, e contraddistinguono un punto nodale nello sviluppo precoce. D'ora in poi fino all'età adulta ci sarà una fondamentale continuità nel modo in cui gli eventi vengono organizzati e comunicati. Nello stesso tempo, questi progressi rappresentano una disgiunzione significativa con i precedenti modi di fare esperienza. Non sarà facile che le esperienze personali che sono state codificate durante il periodo preverbale in modo affettivo e ad un livello globale vengano incorporate pienamente nella nuova struttura cognitiva e si potrebbe perdere molto nella transizione (Howe & Courage, 1993; Stern, 1985). I genitori e i terapeuti, quindi, hanno un ruolo decisivo

nell'aiutare il bambino a ottenere una comprensione verbalmente mediata di un evento traumatico preverbale. Da un punto di vista terapeutico, stabilire una narrazione verbale rappresenta un risultato terapeutico critico, non solo per aiutare il bambino a trovare un senso nella sua esperienza ma anche per affrontare gli effetti che continuano ad emergere nei periodi evolutivi successivi (Gaensbauer, 2000). La consapevolezza che gli eventi traumatici preverbal hanno una rappresentazione interna e che permangono diventa per terapisti e genitori un motivo convincente per cui sviluppare un dialogo verbale continuo che riguarda tali eventi. I bambini non dovrebbero essere costretti ad affrontare questi ricordi da soli, qualsiasi sia la loro forma.

## BIBLIOGRAFIA

Anand, K.J.S., & Hickey, P.R. (1987). *Pain and its effects in the human neonate and fetus*. New England Journal of Medicine, 317, 1321–1329.

Bachevalier, J. (1990). *Ontogenetic development of habit formation in primates*. In A. Diamond (Ed.), *The development and neural bases of higher cognitive functions*. Annals of the New York Academy of Sciences (vol. 608, pp. 457–484). New York: New York Academy of Sciences.

Barr, R., Dowden, A., & Hayne, H. (1996). *Developmental changes in deferred imitation by 6- to 24-month-old infants*. Infant Behavior and Development, 19, 150–170.

Bauer, P.J. (1997). *Development of memory in early childhood*. In N. Cowan (Ed.), *The development of memory in childhood* (pp. 83–112). Hove East Sussex, UK: Psychology Press.

Bauer, P.J., & Hertsgaard, L.A. (1993). *Increasing steps in recall of events: Factors facilitating immediate and long-term memory in 13.5 and 16.5-month-old children*. Child Development, 64, 1204–1223.

Bauer, P.J., & Mandler, J. (1992). *Putting the horse before the cart: The use of temporal order in recall of events by one-year-old children*. Developmental Psychology, 28, 441–452.

Bauer, P.J., & Wewerka, S.S. (1995). *One-to-two-year-olds' recall of events: The more expressed, the more impressed*. Journal of Experimental Child Psychology, 59, 475–496.

Bauer, P.J., Hertsgaard, L.A., and Dow, G.A. (1994). *Effects of experience and reminding on long-term recall in infancy: Remembering not to forget*. Journal of Experimental Child Psychology, 59, 353–382.

Bernstein, A.E.H., & Blacher, R.S. (1967). *The recovery of a memory from three months of age*. The Psychoanalytic Study of the Child, 22, 156–167.

Blass, E.M., Ganchrow, J.R., & Steiner, J.E. (1984). *Classical conditioning in newborn humans 2-48 hours of age*. Infant Behavior and Development, 7, 223–235.

Chatoor, I. (1991). *Eating and nutritional disorders of infancy and early childhood*. In J. Wiener (Ed.), *Textbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 351–361). Washington, DC: Academy of Child and Adolescent Psychiatry Press.

Collie, R., & Hayne, H. (1999). *Deferred imitation by 6- and 9-month old infants: More evidence for declarative memory*. Developmental Psychobiology, 35, 83–90.

DeCasper, A.J., & Fifer, W.P. (1980). *Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices*. Science, 208, 1174–1176.

Drell, M.J., Gaensbauer, T.J., Siegel, C.H., & Sugar, M. (1995). *Clinical round table: A case of trauma to a 21-month-old girl*. Infant Mental Health Journal, 22, 318–333.

Emde, R.N., & Robinson, J. (1979). *The first two months: Recent research in developmental psychobiology and the changing view of the newborn*. In J. Call, J. Noshpitz, R. Cohen, & I. Berlin (Eds.), *Basic handbook of child psychiatry* (vol. 1, pp. 72–105). New York: Basic Books.

- Emde, R.N., Gaensbauer, T.J., & Harmon, R.J. (1976). *Emotional expression in infancy: A biobehavioral study*. New York: International Universities Press.
- Emde, R.N., Harmon, R.J., Metcalf, D., Koenig, K., & Wagonfeld, S. (1971). *Stress and neonatal sleep*. *Psychosomatic Medicine*, 33, 491–197.
- Fagan, J.F. (1990). *The paired-comparison paradigm and infant intelligence*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 608, 337–357.
- Fitzgerald, H.E., & Brackbill, Y. (1976). *Classical conditioning during infancy: Development and constraints*. *Psychological Bulletin*, 83, 353–376.
- Fitzgerald, M., Millard, C., & McIntosh, N. (1989). *Cutaneous hypersensitivity following peripheral tissue damage in newborn infants and its reversal with topical anaesthesia*. *Pain*, 39, 31–36.
- Gaensbauer, T.J. (1982). *The differentiation of discrete affects: A case report*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 37, 29–66.
- Gaensbauer, T.J. (1994). *Therapeutic work with a traumatized toddler*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 412–433.
- Gaensbauer, T.J. (1995). *Trauma in the preverbal period: Symptoms, memories, and developmental impact*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 50, 122–149.
- Gaensbauer, T.J. (1997). *Traumatic stress disorder*. In A. Lieberman, S. Wieder, & E. Fenichel (Eds.), *Zero to Three: Casebook* (pp. 31–46). Washington, DC: National Center for Infants, Toddlers, and Families.
- Gaensbauer, T.J. (2000). *Psychotherapeutic treatment of traumatized infants and toddlers: A case report*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 373–385.
- Gaensbauer, T.J., & Siegel, C.H. (1995). *Therapeutic approaches to posttraumatic stress disorder in infants and toddlers*. *Infant Mental Health Journal*, 16, 292–305.
- Gopnik, A., Meltzoff, A.N., & Kuhl, P.K. (1999). *The scientist in the crib*. New York: William Morrow and Company.
- Gunther, M. (1961). *Infant behavior at the breast*. In B. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (vol. 1, pp. 37–44). London: Methuen.
- Gislason, I.L., & Call, J.D. (1982). *Dog bite in infancy: Trauma and personality development*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 203–207.
- Haith, M.M., Wentworth, N., & Canfield, R.L. (1993). *The formation of expectations in early infancy*. In C. Rovee-Collier & L.P. Lipsitt (Eds.), *Advances in infancy research* (vol. 8, pp. 251–297). Norwood, NJ: Ablex.
- Hewitt, S. (1994). *Preverbal sexual abuse: What two children report in later years*. *Child Abuse and Neglect*, 18, 821–826.
- Hill, W.H., Borovsky, D., & Rovee-Collier, C. (1988). *Continuities in infant memory development over the first half-year*. *Developmental Psychobiology*, 21, 43–62.
- Howe, M.L., & Courage, M.L. (1993). *On resolving the enigma of infantile amnesia*. *Psychological Bulletin*, 113, 305–326.
- Izard, C.E., & Malatesta, C.Z. (1987). *Perspectives on emotional development I: Differential emotions theory of early emotional development*. In: J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 494–554). New York: John Wiley & Sons.
- Liley, A. (1972). *The foetus as a personality*. *Australian and New Zealand Journal of Psychology*, 6, 99–105. [Cited in Chamberlain, D. (1987). *The cognitive newborn: A scientific update*. *British Journal of Psychotherapy*, 4, 30–71].
- Little, A.H., Lipsitt, L.P., & Rovee-Collier, C. (1984). *Classical conditioning and retention of the infant's eyelid response: Effects of age and interstimulus interval*. *Journal of Experimental Child Psychology*, 37, 512–524.

- Marshall, R.E. (1989). *Neonatal pain associated with caregiving procedures*. *Pediatric Clinics of North America*, 36, 885–903.
- Marshall, R.E., Porter, F.L., Rogers, A.G., Moore, J., Anderson, B., & Boxerman, S.B. (1982). *Circumcision: II. Effects upon mother–infant interaction*. *Early Human Development*, 7, 367–374.
- Marshall, R., Stratton, W., Moore, J., & Boxerman, S. (1980). *Circumcision I. Effects upon newborn behavior*. *Infant Behavior and Development*, 3, 1–14.
- McDonough, L., & Mandler, J.M. (1994). *Very long-term recall in infants: Infantile amnesia reconsidered*. *Memory*, 2, 339–352.
- McDonough, L., Mandler, J.M., McKee, R.D., & Squire, L.R. (1995). *The deferred imitation task as a nonverbal measure of declarative memory*. *Proceedings of the National Academy of Science*, 92, 7580–7584.
- McKee, R.D., & Squire, L.R. (1993). *On the development of declarative memory*. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 19, 397–404.
- Meltzoff, A. (1988). *Infant imitation and memory: Nine-month-olds in immediate and deferred tests*. *Child Development* 59, 217–225.
- Meltzoff, A. (1990). *The implications of cross-modal matching and imitation for the development of representation and memory in infants*. In A. Diamond (Ed.), *The development and neural bases of higher cognitive functions*. *Annals of the New York Academy of Sciences* (vol. 608, pp. 1–37). New York: New York Academy of Sciences.
- Meltzoff, A. (1995). *What infant memory tells us about infantile amnesia: Long-term recall and deferred imitation*. *Journal of Experimental Child Psychology*, 59, 497–515.
- Myers, N.A., Clifton, R.K., & Clarkson, M.G. (1987). *When they were very young: Almost threes remember two years ago*. *Infant Behavior and Development*, 10, 123–132.
- Nadel, L., & Zola-Morgan, S. (1984). *Toward the understanding of infant memory: Contributions from animal neuropsychology*. In M. Moscovitch (Ed.), *Infant memory* (pp. 145–172). New York: Plenum Press.
- Nelson, C. (1995). *The ontogeny of human memory: A cognitive neuroscience perspective*. *Developmental Psychology*, 31, 723–738.
- Nelson, K. (1990). *Remembering, forgetting, and childhood amnesia*. In R. Fivush & J.A. Hudson (Eds.), *Knowing and remembering in young children* (pp. 301–316). New York: Cambridge University Press.
- Nelson, K. (1993). *Events, narratives, memory: What develops?* In C.A. Nelson (Ed.), *Memory and affect in development: The Minnesota Symposia on Child Psychology* (vol. 26, pp. 1–24). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Nelson, K., & Fivush, R. (2000). *Socialization of memory*. In E. Tulving & F.I.M. Craik (Eds.), *The Oxford handbook of memory* (pp. 283–295). New York: Oxford University Press.
- Nelson, K., & Ross, G. (1980). *The generalities and specifics of long-term memory in infants and young children*. In M. Perlmutter (Ed.), *New directions for child development—Children's memory* (pp. 87–101). San Francisco: Jossey-Bass.
- Osofsky, J.D., Cohen, G., & Drell, M. (1995). *The effects of trauma on young children: A case of 2-year-old twins*. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 595–607.
- Perris, E.E., Myers, N.A., & Clifton, R.K. (1990). *Long-term memory for a single infancy experience*. *Child Development*, 61, 1796–1807.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.
- Pitman, R. (1989). *Post-traumatic stress disorder, hormones, and memory*. *Biological Psychiatry*, 26, 221–223.
- Pruett, K.D. (1979). *Home treatment for two infants who witnessed their mother's murder*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 647–657.

- Robson, K.S., & Moss, H.A. (1970). *Patterns and determinants of maternal-infant attachment*. *Journal of Pediatrics*, 77, 976–985.
- Rovee-Collier, C. (1997). *Dissociations in infant memory: Rethinking the development of implicit and explicit memory*. *Psychological Review*, 104, 467–498.
- Rovee-Collier, C., & Gerhardstein, P. (1997). *The development of infant memory*. In N. Cowen (Ed.), *The development of memory in childhood* (pp. 5–40). Hove East Sussex, UK: Psychology Press.
- Rovee-Collier, C., Hartshorn, K., & DiRubbo, M. (1999). *Long-term maintenance of infant memory*. *Developmental Psychobiology*, 35, 91–102.
- Roy, C.A., & Russell, R.C. (2000). *Case study: Possible traumatic stress disorder in an infant with cancer*. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 39, 257–260.
- Ruda, M.A., Ling, Q.-D., Hohmann, A.G., Peng, Y.B., & Tachibana, T. (2000). *Altered nociceptive neuronal circuits after neonatal peripheral inflammation*. *Science*, 289, 628–630.
- Sander, L. (1991). *Recognition process: Specificity and organization in early human development*. Paper presented at the University of Massachusetts conference, *The Psychic Life of the Infant*. [Cited in Nahum, J. (2000). *An overview of Louis Sander's contribution to the field of mental health*. *Infant Mental Health Journal*, 21, 29–41].
- Sander, L. (1995). *Thinking about developmental process: Wholeness, specificity, and the organization of conscious experiencing*. Paper presented at the Division 39 meetings of the American Psychological Association, Santa Monica, CA.
- Schacter, D.L., & Moscovitch, M. (1984). *Infants, amnesiacs, and dissociable memory systems*. In M. Moscovitch (Ed.), *Infant memory* (pp. 173–216). New York: Plenum Press.
- Scheeringa, M.S., & Gaensbauer, T.J. (2000). *Posttraumatic stress disorder*. In C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 360–381). New York: Guilford Press.
- Senior, N., Gladstone, T., & Nurcombe, B. (1982). *Child snatching: A case report*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 579–583.
- Share, L. (1994). *If someone speaks, it gets lighter: Dreams and the reconstruction of infant trauma*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Siegel, D. (1995). *Memory, trauma and psychotherapy: A cognitive sciences view*. *Journal of Psychotherapy and Practice and Research*, 4, 93–122.
- Slater, A. (1995). *Visual perception and memory at birth*. In C. Rovee-Collier & L.P. Lipsitt (Eds.), *Advances in infancy research* (vol. 9, pp. 107–162). Norwich, NJ: Ablex.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (2000). *Putting time back into our considerations of infant experience: A microdiachronic view*. *Infant Mental Health Journal*, 21, 21–28.
- Sugar, M. (1992). *Toddlers traumatic memories*. *Infant Mental Health Journal*, 13, 245–251.
- Taddio, A., Katz, J., Ilersich, A.L., & Koren, G. (1997). *Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination*. *Lancet*, 349, 599–603.
- Terr, L. (1988). *What happens to early memories of trauma: A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events*. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 27, 96–104.
- Todd, C.M., & Perlmutter, M. (1980). *Reality recalled by preschool children*. In M. Perlmutter (Ed.), *New directions for child development—Children's memory* (pp. 69–85). San Francisco: JosseyBass.
- Tronik, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, B. (1978). *The infants' response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1–13.
- Usher, J., & Neisser, U. (1993). *Childhood amnesia and the beginnings of memory for four early life events*. *Journal of Experimental Psychology: General*, 122, 155–165.

Wallick, M.M. (1979). *Desensitization therapy with a fearful two-year-old*. American Journal of Psychiatry, 136, 1325–1326.

Zeanah, C.H., & Scheeringa, M.S. (1997). *The experience and effects of violence in infancy*. In J.D. Osofsky (Ed.), *Children in a violent society* (pp. 97–123). New York: Guilford Press.

(Credits: [files.splinder.com/0f80d33ee06f54f25f43d6abde25dc27.doc](https://files.splinder.com/0f80d33ee06f54f25f43d6abde25dc27.doc))