

PONTIFICIA UNIVERSITA' DELLA SANTA CROCE
Facoltà di Diritto Canonico
Anno Accademico 2024-2025
Corso Q661 – La perizia nelle cause penali di abuso

CONSEGUENZE DEL TRAUMA E INDICATORI DI ABUSO

Cristiano Barbieri

DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

INDICATORI DI ABUSO

- I comportamenti e i messaggi che il soggetto manda in modo più o meno diretto quando è vittima di violenza, o abuso, sono denominati come indicatori.
- Si tratta di segnali per lo più aspecifici, cioè di campanelli d'allarme, che pertanto sono da usare con prudenza e competenza
- Nell'interpretazione di questi indicatori, si deve sempre evitare sia il rischio di una sottovalutazione, sia quello di una sopravvalutazione.
- Essendo il segnale generico, cioè per nulla tipico, si deve sempre cercare un equilibrio tra minimizzare ed enfatizzare il medesimo.

ABUSO PSICOLOGICO

Indicatori fisici

Ritardi dello sviluppo motorio e del linguaggio

Disturbi psicosomatici (asma, ulcere, allergie, cefalee, vertigini)

Ritardi nella crescita, dovuti alla speranza di prolungare i tempi in cui si spera arrivino delle attenzioni affettive

ABUSO PSICOLOGICO

Indicatori comportamentali ed emotivi (I)

Mancata acquisizione o ritorno al non controllo sfinterico

Isolamento e comportamenti antisociali (assunzione di alcool, droghe, furti, atteggiamenti delinquenti, distruttivi, suicidio)

Ansia continua

Atteggiamento passivo e poco interessato

ABUSO PSICOLOGICO

Indicatori comportamentali ed emotivi (II)

Aggressività tesa a umiliare gli altri per sentirsi più forti e meno svalutati

Vittimizzazione, assenza di slancio vitale e autosvalutazione

Disturbi del sonno e dell'alimentazione (anoressia, bulimia, obesità)

Difficoltà di apprendimento

Abitudini anomale (succhiare il pollice, mordere, mangiarsi le unghie, arricciarsi i capelli con le dita)

Indicatori comportamentali ed emotivi di abuso psicologico nel bambino

1. Scarsissima stima di sé oppure, all'opposto, enorme e non realistica stima di sé.
2. Apparente maturità: il bambino vuole assumere ad ogni costo il ruolo di adulto.
3. Bambino infelice, che parla poco, che si tiene tutto dentro.
4. Bambino dai comportamenti rigidi e controllati, senza fantasie, nei discorsi e nei giochi.
5. Bambino che fa di tutto, continuamente, per attirare l'attenzione su di sé; bambino che passa da richieste troppo esigenti ad atteggiamenti di sottomissione per compiacere l'adulto.
6. Bambino molto agitato, con sogni spaventosi e terrori notturni, bambino già grande che "fa la pipì" nel letto.
7. Bambino con comportamenti distruttivi e crudeli, bambino impulsivo con comportamenti di sfida.
8. Bambino con abitudini monotone, ripetitive o strane per la sua età (dondolarsi ripetuto, tic, masturbazione molto frequente ...).

Indicatori di abuso psicologico nel comportamento dei genitori (I)

- 1.** Ignorano i loro bambini quando piangono o reagiscono con estrema impazienza
- 2.** Parlano dei loro figli come di bambini molto cattivi diversi da tutti gli altri
- 3.** Mostrano distacco
- 4.** Mostrano reazioni inappropriate alla situazione (eccessiva o scarsa preoccupazione)
- 5.** Hanno aspettative irrealistiche nei confronti dei figli
- 6.** Sembrano avere comportamenti irrazionali
- 7.** Sembrano essere crudeli o sadici o mancanti di senso di rimorso; Mostrano perdita di controllo o forte timore di perderlo
- 8.** Usano droga o alcool
- 9.** Si lamentano di non avere nessuno che li aiuta
- 10.** Sono riluttanti a dare informazioni

Indicatori di abuso psicologico nel comportamento dei genitori (II)

- 11.** Riferiscono di essere cresciuti in un ambiente violento, giustificandolo
- 12.** Raccontano o danno versioni contraddittorie rispetto agli incidenti del bambino
- 13.** Attribuiscono le cause del maltrattamento ai fratelli o agli altri bambini
- 14.** Ritardano nell'apportare le cure mediche necessarie
- 15.** Si lamentano in continuazione di altri problemi non collegati all'abuso o ai loro bambini
- 16.** Sono contrari e reattivi di fronte all'idea di ricorrere al medico
- 17.** Tendono a portare "testimoni" per provare le loro versioni
- 18.** Riferiscono di incidenti e ferite ripetute
- 19.** Rifiutano il loro consenso ad approfondimenti diagnostici
- 20.** Hospital Shopping

Indicatori di abusi psicologici	<ul style="list-style-type: none"> - Improvvisa modifica del comportamento - Inappetenza e/o insonnia - Paura e rassegnazione - Passività, ripiegamento su se stessi, mutismo, apatia - Sintomi depressivi (di nuova e apparente inspiegabile insorgenza) - Sentimenti d'impotenza, disperazione o angoscia - Dichiarazioni contraddittorie o ambivalenti - Esitazione a parlare, ritiro sociale, paura inspiegabile - Elusione di contatti fisici, verbali e visivi con il <i>caregiver</i>
Indicatori di abusi fisici	<ul style="list-style-type: none"> - Bruciature, ecchimosi, ematomi, graffi - Segni intorno ai polsi o di contenzione rudimentale - Alterazione dello stato di salute della persona non riconducibile alla terapia prescritta o alle condizioni della persona stessa - Lesioni non spiegabili e/o non trattate - Presenza non necessaria o richiesta del <i>caregiver</i> durante l'igiene dell'utente - Cadute inspiegabili - Riscontri tramite test di laboratorio di sovra/sotto dosaggio di farmaci prescritti o presenza di medicamenti non prescritti (sedativi/neurolettici) - Rifiuto del paziente di recarsi nello stesso pronto soccorso per le ferite riportate
Abuso sessuale	<ul style="list-style-type: none"> - Ematomi intorno al seno o ai genitali, all'interno coscia/e - Infezioni genitali o malattie sessualmente trasmissibili - Emorragie genitali non definite - Confidenze e/o tracce di racconto da parte dell'utente

Indicatori di abusi finanziari e materiali	<ul style="list-style-type: none"> - Prelievo atipico di denaro dal conto della persona anziana - Prelievo di denaro non coerente allo stato patrimoniale - Modifica improvvisa del testamento o cambiamento del titolo di proprietà per lasciare dei beni (immobili, auto, gioielli, ecc.) a parenti o nuovi amici - Inspiegabile scomparsa di beni - Transazioni sospette sul conto corrente/ deposito o della carta di credito - Mancanza di uno stile di vita e di cure adeguate ai mezzi finanziari della persona - Eccessiva insistenza nel tenere a domicilio la persona nonostante non vi sia totale o minimo beneficio - Acquisti e regali di beni costosi per terzi - Fatture non saldate, richiami, precetti, sospensione copertura assicurativa cassa malati
Negligenza e/o eccesso delle cure	<ul style="list-style-type: none"> - Non ascoltare, non prendere in considerazione le richieste del paziente - Abitazione trascurata - Condizioni abitative pericolose, non sicure e/o non salubri, sporczia - Piaghe da decubito non trattate - Frigorifero vuoto o con cibi non più commestibili - Condizioni igieniche inadeguate (presenza di animali e di loro escrementi, accumulo di oggetti) - Abiti inadatti alla persona e/o alla stagione - Mancanza di occhiali e ausili (apparecchi acustici o dentiera) - Malnutrizione e disidratazione - Bisogni di base non soddisfatti - Abbandono della persona - Eccesso di cure, zelo come eccessiva igiene, orari rigidi, iper protezionismo da parte di terzi e curanti - Limitazione della libertà a scopo di sicurezza - Cambio frequente del medico e del servizio di aiuto domiciliare

UTILIZZO DEGLI INDICATORI

- La presenza di un singolo indicatore non è sufficiente.
- Bisogna ricercare diversi indicatori, raccogliendo quante più informazioni possibili.
- Bisogna valutare tutta la storia della presunta vittima, collegando i precedenti comportamenti a quelli recenti ed esaminando la continuità, o l'occasionalità, nonché la tipologia dei diversi segnali.
- Se emergono più indicatori, è sempre opportuno confrontare il singolo caso con gli altri, sia con quelli simili, che con quelli diversi.
- Il raffronto critico può evidenziare elementi comuni ed elementi differenti tra i diversi casi.
- Interdisciplinarietà, multidisciplinarietà ed integrazione sono i requisiti fondamentali della valutazione tecnica dell'abuso.

LE CONSEGUENZE DEL TRAUMA

- Gli studi sulle conseguenze della violenza (fisica e/o psicologica e/o sessuale) e le teorie elaborate sul tema evidenziano come il grado di conseguenze negative di una determinata azione possa essere messo in rapporto anche con il significato che l'azione stessa assume per la vittima.
- Nei minori, la percezione e il ricordo di uno o più eventi traumatici, sessuali o di altro tipo, dipendono dal fatto che quanto viene vissuto e ricordato si correla a numerose variabili, tra le quali il livello di conflittualità intrapsichica, interpersonale ed evolutiva del soggetto in quel peculiare momento della sua storia di vita.
- L'esperienza del trauma, il suo impatto sul globale funzionamento psicologico e le memorie di esso saranno inoltre influenzati da fattori post-traumatici.

- Questi ultimi comprendono:
 - le modalità con le quali il minore reagisce e la presenza di una rete nella quale è più o meno integrato costituita da soggetti capaci di sostenerlo nel suo percorso di metabolizzazione dell'esperienza vissuta;
 - il modo in cui gli elementi del trauma vengono elaborati nella fantasia e nel gioco;
 - il modo in cui gli elementi del trauma sono incorporati nei tratti del carattere e nei sintomi, fino a contribuire a determinare successivi disturbi evolutivi (ad es., la regressione a livelli di sviluppo precedenti);
 - il modo in cui le emozioni e i ricordi connessi al trauma sono sottoposti a processi rimozione, deformazione, elaborazione simbolica, trascrizione, significazione e narrazione.

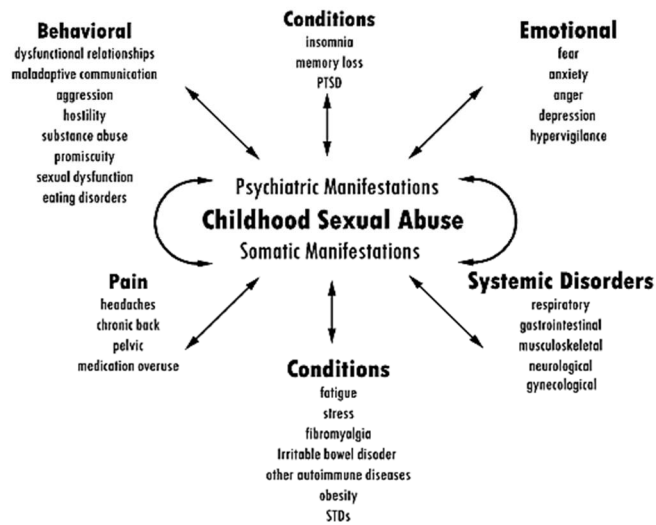
	Maltr. fisico	Maltr. psicologico	Trascuratezza	Abuso sessuale
Prima infanzia	Aggressività, rifiuto pari/ Ritiro sociale, rifiuto pari. Atteggiamenti negativi e poco cooperativi. Comportamenti esternalizzati (maschi) e internalizzati (femmine)	Compromissione del legame di attaccamento (insicuro). Scarsa autostima e fiducia negli altri. Scarso sviluppo delle abilità adattive e sociali.	Compromissione del legame di attaccamento (insicuro). Comportamenti internalizzati (ritiro e isolamento sociale). Scarso controllo dell'emotività e impulsività. Problemi nel linguaggio espressivo.	Comportamenti internalizzati. Forti sentimenti di impotenza, vergogna e colpa. Disturbi psicosomatici.
Seconda infanzia	Ai problemi già presenti nel periodo precedente si aggiungono le difficoltà scolastiche. Errori nel processamento dell'informazione sociale.	Si aggiungono i problemi scolastici, in particolare difficoltà cognitive e di problem-solving. Difficoltà e ritardi nello sviluppo fisico e intellettuale.	Si aggiungono i problemi scolastici (in misura maggiore rispetto alle altre forme), in particolare deficit cognitivi e mancanza di creatività e flessibilità nel problem-solving. Ritiro sociale.	Si aggiungono comportamenti esternalizzati e comportamenti sessuali inappropriati.
Adolescenza	Peggioramento dei problemi scolastici e delle difficoltà relazionali.	Peggioramento dei problemi scolastici, dell'autostima e della fiducia negli altri. Sviluppo di uno stile di interazione passivo, ritirato ed eccessivamente reattivo.	Peggioramento dei problemi scolastici (più che nelle altre tipologie) e in particolare dei deficit cognitivi. Rappresentazione negativa di sé e degli altri. Scarsità di interazioni sociali.	Idee suicide e comportamenti autolesivi. Si aggravano i problemi comportamentali e le difficoltà relazionali.
Età adulta	Permangono i comportamenti internalizzati ed esternalizzati, gli atteggiamenti aggressivi e antisociali e si manifestano depressione e ansia (in particolare nelle donne).	Lo stile relazionale evolve o nella depressione oppure nei disturbi della condotta (iperattività, impulsività). Ulteriore peggioramento della stima in se stessi e della fiducia negli altri.	Isolamento e ritiro sociale. Incapacità di entrare in relazione con gli altri. Profondi deficit cognitivi.	Permangono i comportamenti internalizzati ed esternalizzati, gli atteggiamenti aggressivi ed antisociali e si manifestano depressione, ansia e disturbi somatici (in particolare nelle donne). Difficoltà nelle relazioni intime e nell'assunzione del ruolo parentale. Senso di solitudine e incapacità di utilizzare il supporto sociale.

Esiti dell'abuso sessuale

- Esistono delle variabili che accentuerebbero la gravità degli esiti dell'abuso sessuale, che dovrebbero perciò essere sempre prese in considerazione per prevedere le ripercussioni a lungo termine:
 - età della vittima;
 - età dell'abusante;
 - genere sessuale dell'abusante (i bambini vittime di uomini avrebbero conseguenze più gravi, soprattutto se vi è il ricorso alla forza fisica durante l'abuso; per cui più saranno violente ed invasive le azioni dell'abusante e più gravi saranno le conseguenze);
 - la durata della condotta abusante;
 - la relazione esistente tra vittima e abusante;
 - il numero di abusanti;

- la tipologia più o meno problematica della struttura familiare della vittima;
- la qualità del sistema sociale di supporto nel quale è inserito il minore.
- Più violente ed invasive saranno le azioni dell'abusante e più gravi saranno le conseguenze.
- Il dolore fisico viene sperimentato a livello non solo somatico, ma anche psichico, per cui, se esso è intenso e prolungato, può provocare un grave shock sul funzionamento cognitivo, oltre che affettivo.
- Gli esiti di un abuso non si limitano però ad un'area specifica, ma possono produrre effetti anche sul comportamento, sulle interazioni sociali, sul senso di integrità e di autostima, con conseguenti diversi tipi di disturbi.

Figure 1. Health Consequences. A Holistic View of Health Issues Associated with a History of Childhood Sexual Abuse



Debra Rose Wilson, Health Consequences of Childhood Sexual Abuse, Perspectives in Psychiatric Care, Vol. 46, No. 1, January 2010, pp.56-64

L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry propone un ulteriore schema dei sintomi e dei comportamenti che possono presentarsi nei bambini abusati sessualmente, individuando le seguenti categorie:

- **sintomi da angoscia**, come paura, fobie, insonnia, incubi, problemi somatici (come enuresi, encopresi, prurito vaginale o anale, anoressia, obesità, cefalea, mal di stomaco), PTSD;
- **reazioni dissociative e sintomi isterici**, come periodi di amnesia, sogno a occhi aperti, stati simili alla trance, attacchi isterici, disturbo da personalità multipla;
- **depressione**, manifestata sotto forma di bassa autostima, condotte suicidarie, automutilazioni;
- **disturbi del comportamento sessuale**, che saranno successivamente approfonditi nello specifico.

Considerando il problema da un altro punto di vista, forse maggiormente personale e meno relazionale, si possono notare distorsioni a livello della memoria e del pensiero, connesse all'uso di difese dissociative.

Ci sono tre comportamenti dissociativi molto comuni tra le vittime di abuso:

- **estraniazione**: è probabilmente il più comune e il più semplice, implica una separazione cognitiva dell'individuo dall'ambiente al momento del trauma. Consiste nel ritiro in uno stato di neutralità affettiva e cognitiva, dove i pensieri e la consapevolezza degli eventi sono messi in disparte;
- **distacco/paralisi**: ci si riferisce a quegli stati in cui la persona diminuisce l'intensità delle sensazioni negative associate a pensieri, ricordi o eventi che stanno accadendo, così da potersi dedicare alle attività necessarie senza essere distratto o immobilizzato dall'angoscia;
- **auto-osservazione**: si verifica quando le persone abusate fanno l'esperienza di vedere se stessi dal di fuori negli eventi in cui sono direttamente coinvolti. Nella forma cronica si presenta come una tendenza a evitare di sentirsi direttamente coinvolti in eventi stressanti o traumatici.

- Fin dagli Anni Novanta ci si è posto anche il problema del fatto che i multiformi disturbi psichici dovuti all'abuso sessuale infantile fossero inseriti in categorie descrittive troppo frammentate e perciò inefficaci ai fini diagnostici e terapeutici
- Ecco perché è stata altresì proposta la diagnosi di **disturbo post-traumatico da stress complesso** per indicare il limite estremo di gravità di una vasta gamma di esiti.
- Nonostante tale definizione sia stata da anni proposta all'attenzione dell'APA per l'inserimento nel DSM, non risulta finora accolta.
- Tuttavia, per la precisione e la completezza del quadro diagnostico, nonché per il contributo che fornisce per la comprensione dei soggetti vittime di abusi sessuali nell'infanzia, si ritiene fondamentale.

- **Criteri per DPTSC**

- 1. Una storia di sottomissione ad un controllo totalitario per periodi prolungati (mesi o anni)
- 2. Alterazione nella regolazione degli affetti, inclusi:
 - stato disforico continuo
 - preoccupazione suicidaria cronica
 - autolesionismo
 - rabbia esplosiva o eccessivamente inibita (possono alternarsi)
 - sessualità compulsiva o eccessivamente inibita (possono alternarsi).

- 3. Alterazioni dello stato di coscienza, inclusi:
 - amnesia o ricordi intrusivi degli eventi traumatici
 - episodi dissociativi transitori
 - depersonalizzazione/derealizzazione
 - rivivere esperienze sotto forma sia di sintomi intrusivi da disturbo post-traumatico da stress, sia di ruminazione cognitiva e preoccupazione continua.
- 4. Alterazioni nella percezione del Sé, inclusi:
 - senso d'impotenza o paralisi dell'iniziativa
 - vergogna, colpa e auto-denigrazione
 - senso di contaminazione o di stigmatizzazione
 - sensazione di essere completamente diversi dagli altri (sentirsi speciali, estrema solitudine, senso d'identità non umana).

- 5. Alterazioni nella percezione dell'abusante, inclusi:
 - preoccupazioni nella relazione con l'abusante (inclusi i pensieri di vendetta)
 - attribuzione irrealistica di potere assoluto all'abusante (in effetti, il giudizio di realtà sul potere dell'abusante da parte della vittima può essere più realistico di quello che ha il clinico)
 - idealizzazione o gratitudine paradossale
 - convinzione di intrattenere con l'abusante una relazione speciale o sovranaturale
 - accettazione del sistema di credenze o delle razionalizzazioni dell'abusante.

- 6. Alterazioni nei rapporti con gli altri, inclusi:
 - isolamento e ritiro
 - frantumazione delle relazioni intime
 - ricerca continua di un salvatore (può alternarsi con l'isolamento e il ritiro)
 - fallimenti ripetuti nella capacità di auto-protegersi.
- 7. Alterazioni nel sistema dei significati, inclusi:
 - perdita di un senso di fiducia durevole
 - senso d'impotenza e di disperazione.

Esiti dell'abuso psicologico

- Un dato scientificamente consolidato riguarda il fatto che, nelle vittime di abuso psicologico, appaiono compromesse molteplici aree, con sintomi diversi e manifesti a breve e a lungo termine, quali:
 - enuresi, encopresi;
 - disturbi dell'alimentazione;
 - bassa autostima e dipendenza;
 - instabilità emotiva o ridotta sensibilità emotiva;
 - mancanza di fiducia negli altri;
 - incompetenza e difficoltà nell'apprendimento;
 - depressione;
 - ritardi nello sviluppo;
 - uso di droghe e prostituzione.

- Le correlazioni più frequenti tra i maltrattamenti psicologici e la compromissione di alcune aree di sviluppo sono state riconosciute:
 - nel legame di attaccamento
 - nell'adattamento e nelle competenze sociali
 - nei problemi comportamentali
 - nelle abilità cognitive e nel problem solving
 - nell'apprendimento scolastico
- In particolare è stato osservato come i bambini oggetto di violenza psicologica tendano a sviluppare:
 - un pattern di attaccamento insicuro, o disorganizzato
 - e, per effetto della trascuratezza emotiva, anche deficit nelle abilità cognitive e nella risoluzione dei problemi.

- I principali indicatori fisici comprendono
 - difficoltà di crescita durante la prima infanzia,
 - disturbi nel linguaggio
 - ritardi nello sviluppo nell'età pre-scolare.
- Gli indicatori comportamentali riguardano
 - condotte impulsive
 - iper-adattamento
 - tentativi di suicidio
 - disturbi del sonno
 - depressione
 - paure notturne
 - auto-distruttività

- Nel maltrattamento psicologico sono comprese anche le forme di c.d. **violenza assistita**
- Infatti le conseguenze negative dell'esposizione ai conflitti coniugali e familiari più o meno prolungati chiamano in causa il modo in cui i minori percepiscono il conflitto che o precede, o si accompagna, o segue le situazioni di separazione e di divorzio.
- Inizialmente, il bambino tenta di ricavare informazioni sul grado di negatività e di minaccia della situazione, per verificarne la pericolosità (il tipo di elaborazione è influenzato dal livello di sviluppo del soggetto).
- Quando poi tale valutazione produce un'emozione molto forte, l'elaborazione può sfociare direttamente in un comportamento, o in un sintomo, o può interferire con l'elaborazione delle vicende, provocando altresì interpretazioni abnormi delle vicende.

- In casi molto conflittuali e complessi di separazione, l'abuso psicologico dei minori può altresì consistere in molte azioni intraprese dalle madri, o dai padri, al fine di allontanare fisicamente e psicologicamente il figlio dall'altro genitore, coinvolgendolo in prima persona nel conflitto che hanno ingaggiato gli adulti.
- Si tratta di un comportamento teso a sminuire la figura paterna, o materna, con l'obiettivo di punire l'altro genitore attraverso la privazione della prole.
- Questa situazione, definita altresì come **Sindrome da Alienazione Genitoriale**, è considerata a tutti gli effetti una forma di violenza psicologica sul bambino.
- Diversi possono essere gli effetti di tale comportamento sul minore, a seconda anche delle tecniche utilizzate, dalla loro intensità e durata, delle risorse e dell'età del bambino.

Esiti dell'abuso fisico

- Gli studi sul tema precipuo difficilmente riguardano le conseguenze degli abusi fisici a prescindere da quelle degli abusi psicologici.
- A differenza dell'abuso psicologico, però, l'abuso fisico avrebbe – secondo alcuni studi – effetti maggiori sullo sviluppo di comportamenti aggressivi che diventano poi veri e propri stili di vita ed abituali comportamenti.
- Per le vittime l'aggressività rischia di diventare l'unica via di comunicazione possibile e, man mano che crescono, finiscono per considerare «naturale» tale modello di comunicazione.
- Inoltre, sono stati osservati problemi a lungo termine consistenti in difficoltà scolastiche e nel percorso di l'apprendimento, connesse a bassi livelli intellettivi oppure a problemi sociali ed emozionali.

- Anche in numerosi bambini vittime di maltrattamenti fisici, è possibile assistere allo sviluppo del Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD).
- Manifestazioni caratteristiche del PTSD nel minore sono:
 - ricordi intrusivi del trauma in grado di generare ansia, panico e tentativi di evitamento degli stimoli collegati all'abuso;
 - amnesie lacunari e, più in generale, incapacità nel ricordare elementi importanti dell'esperienza traumatica;
 - aumento dell'ansia e dell'eccitazione accompagnate da esagerate risposte di allarme, irritabilità e difficoltà di concentrazione.

- Il minore inoltre può:
 - o sembrare ipersensibile;
 - o mostrare forme di ritiro affettivo;
 - o rivelare atteggiamenti autolesionistici o di rabbia esagerata e di provocazione;
 - o essere incapace di avanzare adeguate richieste affettive ed opportune istanze di consolazione;
 - o mostrare dipendenza ed insicurezza accentuate.
- A lungo termine, l'esposizione a stili educativi e relazionali basati sull'impulsività, sul disprezzo e sulla collera o caratterizzati da una violenza fisica può sfociare nel bullismo e nella delinquenza.
- A conferma che l'aggressività rappresenta l'esito di una forma di attaccamento abortivo (cfr. De Zulueta F., *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche della aggressività*, Cortina, Milano, II-2009).