

CAPITOLO 1 – IL TRAUMA IN AMBITO CLINICO E FORENSE

1.1 Definizione psicologica del trauma

Nel corso della sua evoluzione, il concetto di **trauma psicologico** ha conosciuto delle trasformazioni significative: da una prospettiva inizialmente legata alla medicina tradizionale, centrata su lesioni osservabili e misurabili, si è passati a una visione più ampia e multidimensionale, che considera gli aspetti neurobiologici, cognitivi, emotivi e relazionali dell'esperienza traumatica (Van der Kolk, 2014).

Il concetto di trauma affonda le sue radici nell'etimologia greca antica, derivando da *traumatismos* (atto di ferire) e *traûma* (ferita, danno o disastro), un'accezione che denota una ferita con perforazione e conseguenze visibili (Asciuti, Busco, Gallo 1995).

Trasposto in psicologia, il termine ha mantenuto tale connotazione: nonostante la diversità di approcci teorici, il trauma psichico è generalmente definito come la trasmissione di uno shock improvviso e violento esercitato da un agente esterno sull'apparato psichico, capace di generare perturbazioni psicopatologiche transitorie o definitive (*ibidem*). L'assunto fondamentale di questa concettualizzazione è che la realtà esterna possa intervenire a un livello di profondità tale da modificare in modo radicale e permanente la biologia e la psicologia dell'individuo (Van der Kolk et al., 2004).

In ambito psicoanalitico, Freud aveva già attribuito al termine "*traumatico*" una connotazione economica, riferendosi a un eccesso di eccitazione che, in un arco di tempo estremamente breve, impedisce l'assimilazione simbolica attraverso i canali normali (Freud, 1989). L'approccio fenomenologico, riprendendo la metafora freudiana, definisce il trauma come un fenomeno di effrazione dello psichismo (*effraction du psychisme*), in cui le difese del soggetto vengono sopraffatte da eccitazioni violente legate a un evento aggressivo o minaccioso per la vita o l'integrità fisica o psichica (Crocq, 2007). Questa effrazione psichica si configura come una ferita che provoca l'incapacità del soggetto di comprendere l'accaduto (*ibidem*). Il trauma può essere dunque descritto come un'esperienza che infrange i presupposti fondamentali dell'esistenza dell'individuo: la sicurezza, la prevedibilità e il senso di controllo.

A livello nosologico, la sua prima formalizzazione avvenne con l'introduzione del **Disturbo Post Traumatico Da Stress (PTSD)** nel DSM III, definito come una specifica risposta estrema a un fattore fortemente stressogeno (American Psychiatric Association, 1984). Il DSM IV ha successivamente

enfaticizzato l'elemento dell'impotenza come connotazione cruciale dell'esperienza potenzialmente traumatica, che si manifesta anche quando l'individuo assiste passivamente a un pericolo vissuto da una persona per lui significativa (APA, 1994).

Per ciò che attiene alla dimensione clinica, a livello neuropsicologico l'esposizione a eventi traumatici può alterare in modo significativo il funzionamento di aree cerebrali chiave, come l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia prefrontale, implicate nella regolazione emotiva, nella memoria e nella risposta allo stress (Porges, 2014). Tali alterazioni costituiscono la base fisiopatologica della sintomatologia post-traumatica, che si manifesta attraverso intrusioni ricorrenti, evitamento, distorsioni cognitive, alterazioni dell'umore e iperarousal.

La **teoria polivagale** di Porges (2011) ha contribuito significativamente alla comprensione delle risposte neurobiologiche al trauma, evidenziando come il sistema nervoso autonomo reagisca alle minacce attraverso una gerarchia evolutiva di risposte, passando dal coinvolgimento sociale alla reazione di attacco-fuga, fino alla risposta di congelamento. Quest'ultima, spesso osservata nei traumi interpersonali, è ancora oggi oggetto di incomprensione e può essere erroneamente interpretata come una forma di consenso o passività.

Le manifestazioni sintomatologiche conseguenti a un trauma psichico riflettono l'incapacità dell'individuo di integrare l'evento e l'esigenza di prosciugare energie psichiche per contenerne la carica emotiva (Janet, 2013; Freud, 1989). Il nucleo centrale del quadro clinico è costituito dai sintomi intrusivi (o di reviviscenza), per cui l'evento traumatico viene persistentemente rivissuto dal soggetto attraverso incubi notturni, timori, ricordi forzati e *flashback*. Tali elementi tentano continuamente di esprimersi, riproponendo l'orrore dell'effrazione traumatica e generando un intenso disagio (Brewin et al., 2010).

In netta opposizione a queste intrusioni si colloca l'evitamento, che si esplica in sforzi attivi per allontanare ricorsi, pensieri, sentimenti, persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni relativi o strettamente connessi al trauma (APA, 2023). Questo può condurre alla rimozione completa o frammentata di aspetti fondamentali dell'evento. Sul piano affettivo e cognitivo, si osserva l'attenuazione della reattività generale, caratterizzata da un significativo intorpidimento emotivo e dalla difficoltà a provare emozioni positive, accompagnata da sentimenti di distacco ed estraneità verso gli altri e da una marcata diminuzione degli interessi (*ibidem*).

L'individuo, bloccato dalla non risposta dell'apparato psichico, sperimenta l'incapacità di simbolizzare l'accaduto, che può causare inibizione intellettuale e affettiva (Janet, 2013), traducendosi

in un declino delle capacità di concentrazione, professionali e personali. Inoltre, la fissazione sull'evento traumatico può portare a sviluppare sentimenti di colpa (in particolare la *colpa del sopravvissuto*) e collera, alterando le relazioni affettive e sociali (Crocq, ibidem).

In questo scenario si inserisce il concetto di **trauma complesso**, una configurazione clinica che si discosta dalla sintomatologia classica del PTSD e che è tipicamente associata a esperienze traumatiche ripetute nel tempo, come nel caso di abusi infantili, violenza domestica e stalking. Tale forma di trauma si manifesta attraverso disregolazione emotiva, difficoltà relazionali, alterazioni dell'autostima e disturbi dell'attaccamento, delineando quadri psicopatologici particolarmente gravi e difficili da trattare (Herman, 2024).

1.2 Trauma sessuale, molestia e stalking

I traumi di natura interpersonale, in particolare l'abuso sessuale, la molestia e lo stalking, configurano una categoria specifica di esperienze traumatiche caratterizzate da una peculiare complessità fenomenologica e clinica.

La loro specificità risiede nella violazione simultanea di molteplici dimensioni dell'esperienza umana: l'integrità corporea, la fiducia interpersonale e il senso di sicurezza ontologica del soggetto (Herman, 2024). Tali traumi si distinguono da altre forme di traumatizzazione per il coinvolgimento di una dinamica relazionale disfunzionale che compromette profondamente i modelli operativi interni dell'attaccamento e la capacità di regolazione emotiva (Van der Kolk, 2014).

L'**abuso sessuale** rappresenta una forma paradigmatica di trauma interpersonale, configurandosi come una violazione dell'autodeterminazione sessuale della persona attraverso l'imposizione di condotte sessuali mediante violenza, minaccia o abuso di autorità. Dal punto di vista giuridico, il nostro ordinamento tutela tale diritto fondamentale attraverso gli *articoli 609-bis e seguenti del Codice Penale*, che sanzionano la violenza sessuale come reato contro la persona e la libertà individuale.

Dal punto di vista clinico, la letteratura scientifica ha documentato come l'abuso sessuale determini alterazioni neurobiologiche durature, in particolare nei sistemi deputati alla regolazione dello stress e dell'*arousal*. Teicher et al. (2016) hanno dimostrato modificazioni strutturali e funzionali in aree cerebrali cruciali quali l'ippocampo, l'amigdala e la corteccia prefrontale, con conseguenti disregolazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene nei bambini abusati. Inoltre, quando ripetuti nel tempo tali abusi si traducono clinicamente in una costellazione sintomatologica complessa che può includere disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, sintomatologia post-traumatica e difficoltà nella

regolazione emotiva in adolescenza ed età adulta (Briere & Scott, 2015a).

La **molestia sessuale**, benché spesso minimizzata nel contesto sociale, costituisce anch'essa una forma significativa di trauma interpersonale. L'*articolo 660 del Codice Penale*, che disciplina la molestia o disturbo alle persone, fornisce un inquadramento giuridico di riferimento, mentre la giurisprudenza ha progressivamente ampliato la tutela attraverso l'interpretazione estensiva delle fattispecie di violenza sessuale.

Dal punto di vista psicologico, la molestia sessuale si caratterizza per la sua natura spesso ambigua e pervasiva, che può generare nella vittima una condizione di confusione cognitiva e dubbio sulla validità della propria percezione. Questa dimensione di ambiguità è particolarmente problematica poiché ostacola i processi naturali di elaborazione traumatica, favorendo lo sviluppo di sintomatologia dissociativa e di difficoltà nell'integrazione dell'esperienza.

Lo **stalking**, disciplinato dall'*articolo 612-bis del Codice Penale* sotto la denominazione di "atti persecutori", rappresenta una forma peculiare di trauma cumulativo caratterizzato dalla ripetitività e persistenza dei comportamenti lesivi. La norma penale tutela la libertà morale del soggetto passivo, sanzionando condotte che, con minacce o molestie, cagionano *“un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero ingenerano un fondato timore per l'incolumità propria”*.

Dal punto di vista clinico, lo stalking genera una condizione di traumatizzazione progressiva caratterizzata dall'impossibilità per la vittima di prevedere e controllare gli eventi stressanti. Walker & Meloy (1998) hanno identificato nel concetto di *learned helplessness* un meccanismo esplicativo centrale nella comprensione degli effetti psicopatologici dello stalking, evidenziando come l'imprevedibilità e l'incontrollabilità delle condotte persecutorie determinino una condizione di impotenza appresa che compromette gravemente il funzionamento adattivo del soggetto.

Un aspetto critico nell'analisi di questi traumi interpersonali è rappresentato dal fenomeno della **vittimizzazione secondaria**, teorizzato da Symonds (1975) e successivamente approfondito dalla letteratura criminologica e victimologica contemporanea. Tale fenomeno si manifesta quando le istituzioni deputate alla tutela della vittima - sistema giudiziario, sanitario, sociale - attraverso atteggiamenti inadeguati, pratiche re-traumatizzanti o forme di *victim blaming*, determinano un ulteriore danno psicologico che può risultare talvolta più devastante del trauma originario.

La vittimizzazione secondaria si configura come un processo multidimensionale che coinvolge diverse componenti istituzionali e sociali. Dal punto di vista fenomenologico, essa si articola attraverso meccanismi di colpevolizzazione della vittima, minimizzazione del danno subito,

stigmatizzazione sociale e inadeguatezza delle risposte istituzionali (Williams, 1984; Orth, 2002). Questo processo determina una doppia esposizione traumatica: da un lato il trauma primario derivante dall'evento criminoso, dall'altro quello derivante dalla risposta inadeguata del sistema sociale e istituzionale.

La ricerca empirica ha evidenziato come la vittimizzazione secondaria si manifesti attraverso diverse modalità operative. In ambito sanitario, la vittimizzazione secondaria emerge attraverso protocolli inadeguati di raccolta delle prove, mancanza di formazione specifica del personale medico-sanitario nell'approccio alle vittime di reato, e carenze nelle procedure di supporto psicologico immediato. Nel contesto giudiziario, essa può concretizzarsi attraverso interrogatori ripetuti e invasivi, tempi processuali dilatati, esposizione mediatica non controllata e confronto diretto con l'aggressore senza adeguate protezioni (Koss, 2000; Campbell & Raja, 2005).

La dimensione di genere assume particolare rilevanza nell'analisi di questi fenomeni traumatici, non soltanto dal punto di vista epidemiologico — dove le statistiche evidenziano una netta prevalenza femminile nelle vittime di violenza interpersonale — ma anche per le implicazioni socioculturali che influenzano tanto la manifestazione quanto il riconoscimento di tali episodi. Secondo i dati dell'Istat relativi all'Indagine sulla Sicurezza delle donne (2014), **la violenza sessuale costituisce un fenomeno di rilevante portata sociale, interessando il 21% della popolazione femminile tra i 16 e 70 anni, corrispondente a 4,5 milioni di donne.** Le tipologie di abuso più frequentemente registrate comprendono le molestie fisiche non consensuali (15,6%), i rapporti sessuali indesiderati (4,7%) e le forme più gravi quali stupro e tentato stupro (5,4% del totale). L'analisi dei dati evidenzia come gli autori di tali violenze siano prevalentemente soggetti appartenenti alla cerchia relazionale della vittima, inclusi partner, ex partner e conoscenti, piuttosto che estranei. Per quanto concerne il fenomeno dello stalking, si registra un'incidenza del 21,5% tra le donne che hanno subito atti persecutori da parte di ex partner, mentre il 10,3% ha esperito tali comportamenti da parte di altri soggetti, per un totale complessivo superiore ai 3 milioni di casi.

Particolarmente critico risulta il dato relativo alla ricerca di supporto istituzionale: il 78% delle vittime di stalking non si rivolge ad alcun organismo competente, solo il 15% contatta le forze dell'ordine e una percentuale minima dell'1,5% accede ai servizi specializzati antiviolenza, configurando una significativa sottostima del fenomeno e la necessità di interventi strutturali per migliorare l'accessibilità ai servizi di tutela.

1.3 Dalla fenomenologia traumatica alla configurazione giuridica del danno

Tradurre la sofferenza psicologica in un danno riconosciuto a livello giuridico costituisce un'operazione complessa di mediazione tra linguaggi e finalità differenti: la scienza clinica dispone di concetti e strumenti per delineare quadri nosografici, decorso e fattori di mantenimento di un disturbo, mentre il diritto richiede categorie operative e soglie di prova; in questi termini la giurisprudenza italiana più recente tende a riconoscere e valorizzare le componenti immateriali del danno alla persona — incluso il danno biologico di natura psichica — come aspetti effettivamente risarcibili (Ponti & Merzagora Betsos, 2019), purché il perito sia in grado di articolare una catena argomentativa che colleghi l'evento traumatico alle modificazioni funzionali osservate.

Nel contesto forense la valutazione dell'impatto di un evento traumatico non può ridursi a una catalogazione meramente descrittiva di fattori isolati, bensì richiede un **approccio euristico e sistemico** che consideri come la storia individuale, le condizioni psicopatologiche pregresse, le relazioni di attaccamento e la qualità delle reti sociali, insieme a variabili quali l'età anagrafica, le modalità e la gravità dell'evento, si intreccino reciprocamente e con risorse intrapsichiche — tra cui resilienza, capacità di regolazione affettiva, strategie di coping e capacità di mentalizzazione — per costruire profili di vulnerabilità o di protezione che modulano profondamente sia l'intensità sia la durata degli effetti psicologici; in questa prospettiva dinamica la perizia deve ricostruire la traiettoria evolutiva del soggetto, mostrando come un'esposizione traumatica possa attivare catene causali che riattivano fragilità non evidenti nella storia clinica precedente oppure, al contrario, essere contenute e compensate da risorse personali e relazionali, con conseguenze non soltanto sull'insorgenza di sintomatologia clinica ma anche sulla modificazione del progetto di vita, dell'autonomia decisionale e delle capacità relazionali dell'individuo.

Il passaggio normativo e dottrinale che ha trasferito la violenza sessuale dall'ambito della moralità pubblica alla sfera della tutela della persona costituisce un mutamento di paradigma che incide in modo diretto sui criteri di lettura del danno: mentre gli ordinamenti novecenteschi, con il *Codice Rocco del 1930* e l'impostazione culturale a esso connessa, tendevano a considerare le condotte sessuali nella logica del bene collettivo e dell'onore familiare — con ricadute processuali e sostanziali come la necessità della querela di parte, la rilevanza del cosiddetto “**matrimonio riparatore**” e l'impiego delle condotte pregresse della vittima come parametro di valutazione della credibilità — le successive riforme, culminate in Italia nella *Legge 66/1996*, hanno operato una riaffermazione della libertà sessuale come diritto fondamentale della persona e una ricollocazione dogmatica della violenza sessuale tra i delitti contro la persona, spostando così il centro di interesse dal valore

collettivo della moralità alla tutela dell'integrità fisica e psichica dell'individuo; questa trasformazione normativa, oltre a influire sulle categorie incriminatrici, ha conseguenze dirette sulla perizia poiché impone di leggere il danno non soltanto in termini di lesione biologica, ma anche in termini di compromissione della libertà di autodeterminazione, della dignità e della possibilità di svolgere progetti esistenziali.

In coerenza con tale orientamento, la giurisprudenza ha ampliato la nozione di violenza includendovi la **dimensione psicologica** della sopraffazione e valorizzando le sue ricadute esistenziali: così si legge, ad esempio, nel principio secondo cui *“il delitto si perfeziona quando la condotta dell'agente sia idonea a determinare nella vittima uno stato di soggezione psicologica tale da alterarne le abitudini di vita”* (Cass. Pen., Sez. V, n. 33436/2018), formulazione che sposta l'attenzione dalla mera forza fisica all'effetto di privazione della libertà volitiva della persona offesa; in linea con questo profilo, la Corte di Cassazione ha altresì affermato che *“ai fini della configurabilità del reato di violenza sessuale è sufficiente qualsiasi forma di costringimento psicofisico idoneo ad incidere sull'altrui libertà di autodeterminazione..., laddove risulti provato che l'agente, per le violenze e minacce poste in essere..., abbia la consapevolezza di un rifiuto implicito”* (Cass. pen., sez. III, 26/02/2020, n. 7590), e ha precisato che *“la nozione di violenza...comprende qualsiasi atto o fatto cui consegua la limitazione della libertà del soggetto passivo”* (Cass. pen. sez. III, 18/02/2010, n. 6643). Insieme, queste affermazioni giurisprudenziali indicano al perito che la valutazione del danno non può ignorare forme di intimidazione e coercizione non necessariamente manifestatesi tramite lesioni visibili, richiedendo invece una lettura approfondita delle dinamiche relazionali e delle reazioni soggettive.

Un parallelo evolutivo si riscontra nell'interpretazione dell'*articolo 612-bis del Codice Penale* in materia di atti persecutori, dove l'attenzione si è spostata verso la protezione della sicurezza percepita e del vissuto d'ansia; la più recente pronuncia della Sezione V della Corte di Cassazione — *sentenza n. 2478 del 21 gennaio 2025* — ha chiarito che per la configurabilità della fattispecie non è necessaria una modificazione oggettiva delle abitudini di vita della vittima, essendo sufficiente che essa sia stata indotta in uno **stato di ansia persistente o di timore grave per la propria incolumità**, e ha sottolineato come le modalità intimidatorie possano operare anche tramite vettori indiretti, con ciò ampliando la nozione di danno tutelabile penalmente e sensibilizzando il perito alla verifica sistematica dell'effetto psicologico della condotta persecutoria anche quando tale effetto non si traduca in mutamenti esteriori immediatamente rilevabili.

La traduzione della sofferenza psicologica in un danno giuridicamente rilevante richiede pertanto una

differenziazione concettuale e metodologica dei profili del danno non patrimoniale, nell'ambito della quale è necessario distinguere e al contempo integrare tre categorie operative: il danno biologico di natura psichica, il danno morale e il danno esistenziale.

Il **danno biologico psichico** si riferisce a compromissioni clinicamente accertabili dell'integrità psicofisica, traducibili in alterazioni funzionali e in riduzioni della capacità lavorativa o di relazione, e la sua identificazione richiede criteri diagnostici rigorosi, compatibilità temporale e relazionale con l'evento e, ove possibile, riscontri oggettivi e strumentali che permettano di quantificare la riduzione funzionale (principi applicati nella prassi peritale e richiamati dalla giurisprudenza).

Il **danno morale** riguarda invece la sofferenza soggettiva, il dolore e l'umiliazione provati dalla vittima quale effetto emotivo dell'evento lesivo; sebbene meno facilmente traducibile in indicatori oggettivi, il danno morale non è per questo meno reale né meno meritevole di tutela, poiché incide sulla sfera affettiva e sulla percezione di sé.

Il **danno esistenziale**, infine, attiene alla trasformazione profonda della qualità dell'esistenza e dei progetti di vita: non sempre coincidente con una patologia psichiatrica, esso si manifesta con la perdita delle attività e delle relazioni che davano senso all'esistenza e con un'alterazione della traiettoria biografica che può risultare duratura e limitante.

Le Sezioni Unite della Cassazione, con la *sentenza n. 26972/2008*, hanno ribadito la necessità di distinguere tra danno biologico psichico e danno morale, mentre la giurisprudenza successiva e la dottrina contemporanea — che includono riflessioni volte a riconoscere la rilevanza risarcitoria delle componenti immateriali del danno (Ponti & Merzagora Betsos, 2019) — hanno reso più esplicito il ruolo del **danno esistenziale quale categoria autonoma** e funzionale alla ricostruzione complessiva dell'offesa alla persona; la Corte di Cassazione, nella *sentenza n. 14402/2011*, ha inoltre sottolineato come il danno non patrimoniale possa manifestarsi anche in assenza di una diagnosi clinica formale, attraverso forme di “*sconvolgimento dell'esistenza*” che alterano profondamente la personalità e i progetti di vita, confermando così che la perizia deve saper cogliere effetti non sempre riconducibili a quadri nosografici tradizionali.

Dal punto di vista metodologico, l'**accertamento del nesso causale** costituisce il fulcro della perizia: in sede civile il criterio è quello della prevalenza della probabilità mentre in sede penale è richiesto il grado di prova di “*oltre ogni ragionevole dubbio*”, per cui il perito deve articolare una motivazione che valuti la compatibilità temporale dell'insorgenza dei sintomi rispetto all'evento, la coerenza qualitativa tra le manifestazioni cliniche e le modalità dell'evento traumatico, la proporzionalità tra