

The sexual crime between psychopathology and demonology. Some reflections from an expertise in canon law

Il reato sessuale tra psicopatologia e demonologia. Spunti di riflessione da un caso peritale in ambito canonistico

Cristiano Barbieri | Ignazio Grattagliano

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: Barbieri C. & Grattagliano I. (2025). The sexual crime between psychopathology and demonology. Some reflections from an expertise in canon law. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIX, 4, 282-294 <https://doi.org/10.7347/RIC-042025-p282>

Corresponding Author: Cristiano Barbieri, email: cristiano.barbieri@unipv.it

Copyright: © 2025 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

© The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Received: 09.11.2024

Accepted: 18.05.2025

Published: 30.12.2025

Pensa MultiMedia

ISSN 1121-1717 (print)

ISSN 2240-8053 (on line)

[doi10.7347/RIC-042025-p282](https://doi.org/10.7347/RIC-042025-p282)

Abstract

We present the case of a woman, in her fifth decade of life, an invalid, with a neuro-psychiatric history in developmental age and a history of repeated exorcisms in adulthood according to the Roman Catholic Apostolic rite. During these activities, the woman also reported episodes of sexual violence suffered during her adolescence by a seminarian, who later became a priest. As a result, the religious man was subjected to an administrative procedure (the so-called *Investigatio praevia diocesana*), preliminary and possibly preparatory to a future canonical criminal trial. In the course of these proceedings, a medico-legal expertise on the alleged victim was also ordered. The case offers significant points for reflection: from the medico-legal point of view, on the technical questions formulated to the expert with reference to the provisions of Canon Law concerning both the suitability of the declared victim to testify and her condition of possible individual vulnerability; from a clinical point of view, on the relations between psychopathology and demonology and on those between psychic trauma and (a)specificity of post-traumatic clinical disorders.

Keywords: sexual violence, psychological trauma, demonic possession syndrome, medico-legal report, Criminal Canon Law

Riassunto

Si presenta il caso di una donna, in V decade di vita, invalida civile, con precedenti neuro-psichiatrici in età evolutiva ed una storia di ripetuti esorcismi in età adulta, nel corso dei quali riferiva anche reiterate violenze sessuali subite in epoca adolescenziale da parte di un seminarista, poi divenuto sacerdote. In conseguenza di ciò, il religioso era sottoposto ad un procedimento amministrativo (la c.d. *investigatio praevia diocesana*), preliminare ed eventualmente propedeutico rispetto ad un futuro processo penale canonico, procedimento durante il quale era disposta perizia medico-legale sulla presunta vittima. La presente fattispecie offre significativi spunti di riflessione non solo sui quesiti tecnici formulati in sede peritale in riferimento a quanto previsto dalla normativa canonistica, tanto sull'idoneità a testimoniare della dichiarata vittima, quanto sulla condizione di vulnerabilità individuale della medesima, ma anche su problematiche come quelle dei rapporti tra psicopatologia e demonologia, nonché tra psico-traumatologia ed (a)specificità della correlata espressività clinica.

Parole chiave: violenza sessuale, trauma psichico, sindrome da possessione diabolica, perizia medico-legale, Diritto Canonico Penale

Il reato sessuale tra psicopatologia e demonologia. Spunti di riflessione da un caso peritale in ambito canonistico

1. Premesse

Prendendo spunto da un caso peritale, nel presente contributo si intende riflettere non solo sui quesiti tecnici formulati in sede giudiziaria in riferimento a quanto previsto dalla normativa canonistica in tema sia di idoneità a deporre in giudizio al momento presente (ex can. n.97¹ e n.99² Codex Iuris Canonici), sia di condizione di soggetto vulnerabile all'epoca dei fatti di causa (ex art. 1 del "Motu proprio" «*Vos estis lux mundi*»), ma anche su alcune problematiche scientifiche, come quelle dei rapporti tra Psicopatologia e Demonologia, nonché tra psico-traumatologia ed (a)specificità dell'espressività clinica della stessa, sottese ad essi. Infatti, la risposta ai predetti quesiti implica l'approfondimento di tematiche di carattere euristico, oltre che storico, come quelle della specificità di quei disturbi clinici non solo cronologicamente successivi, ma anche eziologicamente derivati da traumi di natura psichica, nonché quelle dei rapporti tra esperienze di violenza sessuale ed insorgenza di forme francamente psicotiche; il tutto riportato sempre nella cornice della complessità della comprensione di fenomeni "a ponte" tra una narrazione che risponde ai canoni ed ai limiti del discorso scientifico (cioè della Psicopatologia) ed una che ha che fare con le dimensioni del sacro e del soprannaturale insite in un precipuo credo religioso (cioè della Demonologia). Il caso qui presentato appare assai esemplificativo.

2. Il caso

Trattasi di una donna in V decade di vita, nata e residente nel Sud Italia, invalida civile all'80% all'epoca della valutazione tecnica, nubile, madre di due figlie nate da due differenti padri, con precedenti neuro-psichiatrici in età evolutiva ed una storia di ripetuti esorcismi in età adulta. Durante queste pratiche rituali, ella rivelava alcuni episodi di violenza sessuale sofferti in epoca adolescenziale ad opera di un seminarista, in seguito ordinato sacerdote. In conseguenza di ciò, il religioso era sottoposto ad un procedimento amministrativo (la c.d. *investigatio praevia diocesana*), preliminare ed eventualmente propedeutico

rispetto ad un successivo processo penale canonico. Atteso che il soggetto imputato si dichiarava sempre innocente e premessa che la complessiva storia di vita della donna rivelava notevoli criticità, anche antecedenti ai riferiti fatti di causa, su di lei era disposta una perizia medico-legale finalizzata a valutarne sia la capacità di deporre nel processo canonico in quanto presunta vittima, sia la sua condizione di adulto vulnerabile, espressamente prevista dalla normativa canonistica. In proposito, si richiamano alcuni aspetti della Perizia d'Ufficio.

3. La Perizia d'Ufficio

La perizia è stata eseguita da un singolo Perito d'Ufficio con la collaborazione di tre ausiliari tecnici: una psicologa (per valutazione psicodiagnostica), un sacerdote-esorcista (per l'analisi della documentazione demonologica), un neurologo (per la disamina della documentazione neurologica e farmacologica). Le operazioni sono durate complessivamente otto mesi. I rilevamenti e gli accertamenti tecnici sono consistiti in: quattro colloqui anamnestico-clinici (due a tema libero, uno in forma semi-strutturata ed uno in forma strutturata); esame obiettivo di tipo sia psichiatrico (inerente cioè la struttura ed il funzionamento mentale del soggetto al momento dell'osservazione specialistica), sia personologico (riguardante cioè la sua organizzazione di personalità), sia neurologico (concernente cioè tutte le funzionalità del sistema nervoso centrale e di quello periferico); valutazione psicodiagnostica mediante somministrazione di una batteria di reattivi mentali costituita da un test di personalità di tipo proiettivo (Reattivo di Rorschach-serie standard) e da uno di tipo strutturato (M.M.P.I.2); esame elettroencefalografico standard; tomografia computerizzata dell'encefalo senza mezzo di contrasto; disamina della documentazione sanitaria, di quella religiosa e delle deposizioni dei testimoni presenti nel fascicolo dell'indagine preliminare diocesana; studio della letteratura con raffronto tra le conoscenze specialistiche e le risultanze del caso in oggetto; inquadramento clinico del caso e correlato giudizio medico-legale.

4. Osservazioni tecniche

In base all'esito delle attività peritali effettuate, sotto il profilo tecnico-valutativo risulta corretto evidenziare le seguenti problematiche.

- 1 Can. 97 - §2: "Il minorenni, prima dei sette anni compiuti, viene detto bambino e lo si considera non responsabile dei suoi atti, compiuti però i sette anni, si presume che abbia l'uso di ragione".
- 2 Can. 99: "Chiunque manca abitualmente dell'uso di ragione, lo si ritiene non responsabile dei suoi atti ed è assimilato ai bambini".

4.1 Il problema dell'inquadramento clinico

Nel caso specifico, questo tipo di *assessment* implica necessariamente la disamina di due diverse dimensioni: quella epistemica e quella psicopatologico-clinica

4.1.1 La dimensione epistemica

Una premessa di ordine epistemico appare motivata dal fatto che la valutazione tecnica in ambito medico-canonicistico verte su di un soggetto che, nella propria biografia storico-clinica, ha presentato manifestazioni di pertinenza sia psicopatologica, che demonologica, per cui la riflessione deve necessariamente articolarsi sulla base dei presupposti indicati tanto dal Magistero (*“La ricerca metodica di ogni disciplina, se procede...secondo le norme morali, non sarà mai in reale contrasto con la fede, perché le realtà profane e le realtà della fede hanno origine dal medesimo Dio”* – cfr. Gudium et spes, 1965, n. 36), quanto dalla Dottrina (*“La fede e la ragione sono come le due ali con le quali lo spirito umano s'innalza verso la contemplazione della verità”* – cfr. Fides et Ratio, 1998); ecco perché *“...ogni scienza deve essere aperta alle altre: essa deve accettare il fatto che, al di là di quello che è spiegabile con gli strumenti pertinenti alla propria competenza, esiste una realtà che la supera e che è spiegata da altre scienze, con cui essa deve confrontarsi nella ricerca della piena verità oggettiva”* (Versaldi, 2002, p. 31), poiché, se si prescindesse da tutto ciò, *“si verrebbe a negare sia l'autonomia di ciascuna scienza, sia la possibilità di una vera integrazione, apportatrice di novità e di progresso scientifico”* (Versaldi, 2002, p. 31). Al riguardo, si richiamano altresì le riflessioni di Giovanni Paolo II ai Membri dell'American Psychiatric Association risalenti al 4 gennaio 1993: *“...il vostro lavoro spesso vi porta sulla soglia del mistero umano. Esso implica una sensibilità per il lavoro stesso confuso della mente e del cuore umani, e un'apertura agli interessi ultimi che danno senso alla vita delle persone. Queste sono aree della massima importanza per la Chiesa e richiamano alla mente l'urgente bisogno di un dialogo costruttivo tra scienza e religione nell'interesse a diffondere una luce più grande sul mistero dell'uomo nella sua pienezza... La storia propria alla Chiesa dell'impegno di prendersi cura dei malati...è radicata nella convinzione che la persona umana è un'unità di corpo e spirito, possedendo una dignità inviolabile come l'unica fatta a immagine di Dio e chiamata al destino trascendente. Per questa ragione, la Chiesa è convinta che nessuna adeguata stima dell'uomo o dei requisiti per il compimento umano e il benessere psico-sociale possono essere fatti senza rispetto per la dimensione spirituale e capacità per l'auto-trascendenza dell'uomo...”*. In base a tali presupposti, pertanto, la risposta ai quesiti sulle condizioni psichiche della donna sia all'epoca dei fatti di causa, che al momento della valutazione peritale, richiede una diagnosi differenziale di duplice ordine: da un lato, è necessario tentare di distinguere – nella misura in cui sia possibile – quanto attiene alla sfera del patologico, da quanto concerne altre dimensioni, cioè realtà diverse da quella clinica (intesa questa sempre in senso personalistico, cioè riguardante l'uomo nella sua globalità, con la sua sto-

ria di vita, costantemente in rapporto ed in situazione con gli altri suoi simili e con le problematiche esistenziali che lo accomunano ad essi); dall'altro, all'interno della stessa psicopatologia, è tecnicamente corretto differenziare – laddove possibile – quadri clinici di per sé diversi, che però possono anche presentare sintomi e segni uguali.

Per quanto concerne la diagnosi differenziale tra fenomeni psicopatologici e fenomeni demonologici, attesa l'utilità di avvalersi, laddove ritenuto necessario, anche di personale tecnico-ausiliario esperto in questi ultimi, un'analisi corretta chiama in causa l'etimo stesso del termine *diagnosi*, inteso questo non soltanto nell'accezione più propriamente naturalistica (applicare un'etichetta ad una certa realtà percepita grazie ai propri sensi), ma altresì nel suo significato epistemico più esteso (conoscenza attraverso l'osservazione dei fenomeni e loro attribuzione ad un *nosos*). La diagnosi, intesa nella prima accezione, è un percorso che osserva e distingue, postulando come fondamentale la distanza tra osservatore ed osservato; all'interno di questa, la conoscenza si verifica grazie al raffronto tra sintomi, segni e quadri nosologici; al contrario, quella concepita nella seconda accezione è basata su di un procedimento empatico che incontra, ascolta e comprende, riassorbendo in sé la distanza tra osservatore ed osservato, per cui il riconoscimento avviene attraverso un movimento fusionale nel quale entrano in risonanza la dimensione del vissuto e quella del fantasmatico, con interconnessione anche con la sfera del sacro (Ceschia & Cozzi, 1989). Detto questo, ben si capisce come la qualità delle manifestazioni osservate sia diversamente colta e definita dalle due tipologie diagnostiche: infatti, se in ciascuna di esse il terreno di osservazione è la *fusis*, ovvero la fenomenica del mondo naturale, mentre la conoscenza intesa nel primo senso inquadra, sia per eccesso, che per difetto, quanto eccede la c.d. regolarità statistica, quella concepita nel secondo implica invece un'apertura verso la ricerca di significati e di valenze attinenti a dimensioni “altre”, cioè diverse, tra le quali anche quella del soprannaturale (Ceschia & Cozzi, 1989). Questo diverso rapporto con uno stesso fenomeno rappresenta la conseguenza dell'inclusione o dell'esclusione nel campo semantico del trascendente, perciò di una diversa area gnoseologica, per cui il problema starebbe nell'epistemologia di base, per l'appunto solamente “altra”, cioè differente, in quanto muterebbe il rapporto con l'oggetto di conoscenza, non l'oggetto stesso, con tutte le plausibili conseguenze del caso, anche sul piano tecnico-valutativo (Callieri & Schiavi, 1951).

Inoltre, una distinzione tra ciò che appartiene alla sfera della patologia psichica da quello che non vi appartiene, ivi compresi fenomeni di carattere religioso (di natura esoterica, o mistica), non è sempre agevole, poiché in Psicopatologia ogni discorso (ad es. psicodinamico, antropo-fenomenologico, sistemico-relazionale, neuro-farmacologico, etc.) riconosce alle proprie origini una precipua concezione dell'uomo e del mondo (si rammenti il monito “non c'è una sola psichiatria”, ma “diverse psichiatrie”, perché “ogni psichiatra sottintende un suo pro-

prio metodo conoscitivo e un suo proprio orizzonte tematico” – Borgna, 1998, p. 19); ecco perché, a livello teorico, la comprensione di questo complesso fenomeno né può prescindere dal considerare altresì il piano religioso, quello etnologico e quello antropologico-culturale, né può esaurirsi nei diversi polimorfismi delle varie nosografie psichiatriche (Callieri & Schiavi, 1951). Sul tema precipuo, si richiamano quelle norme canoniche che, sussumendo quanto espresso a livello teorico circa i rapporti tra Scienza e Fede, codificano e regolamento non solo l’istituto peritale³ nel processo canonico, ma anche la formazione stessa dei periti ammessi ad esercitare in ambito canonistico⁴.

Dal punto di vista medico-valutativo, perciò, è necessario procedere con particolare prudenza, come per ogni giudizio di valore su tutti quei fatti umani dei quali

l’esperto è pur sempre in grado di studiare la fenomenologia e la genesi storica (Ancona, 1961). Infatti, ogni uomo vive una sua dimensione religiosa non solo più o meno “matura”, ma anche più o meno “sana”, in relazione al processo evolutivo del suo psichismo; per cui la religiosità adulta consiste soprattutto in un fenomeno di interiorità, con manifestazioni sobrie ed integrate con le occupazioni della vita quotidiana del soggetto, fra le quali la frequentazione delle cerimonie del culto e la coerente adesione alle norme morali scaturite dal Credo accettato; a ciò si aggiungano anche la valida capacità di interazione sociale e di impegno personale del soggetto, che talora può spingersi fino ad elevati livelli, nonché l’accettazione delle potenzialità e dei limiti di una vita di tipo comunitario scelta appunto per un ideale interiore (Ancona, 1961).

4.1.2 La dimensione psicopatologico-clinica

Nel caso concreto, da una parte viene riferita e documentata la necessità della donna di essere sottoposta ad una pratica prolungata ed ufficiale di esorcismi, per un quadro di possessione diabolica giudicato autentico da un esperto⁵, ma negato da un altro⁶; sul punto, risulta para-

3 CODICE DI DIRITTO CANONICO (1983) – Libro VII. I PROCESSI – Titolo IV. Le prove (Cann. 1526 - 1586) – Capitolo IV. I Periti (Can. 1574 - 1581): Can. 1574 - “*Ci si deve servire dell’opera dei periti, ogniquale volta, secondo il disposto del diritto o del giudice è necessario il loro esame e il voto, fondato sulle regole della tecnica e della scienza, per provare qualche fatto o per riconoscere la vera natura di una cosa*”; Can. 1575 - “*Spetta al giudice nominare i periti, udite le parti o su loro proposta, oppure, se del caso, accettare relazioni già fatte da altri periti*”; Can. 1576 - “*I periti vengono esclusi o possono essere recusati per le stesse cause per le quali sono esclusi o recusati i testimoni*”; Can. 1577 - §1. “*Il giudice, atteso quanto i contendenti abbiano eventualmente prodotto, definisca con suo decreto i singoli punti sui quali si deve svolgere l’opera del perito*”; §2. “*Al perito devono essere trasmessi gli atti di causa e gli altri documenti e sussidi di cui può aver bisogno per eseguire correttamente e fedelmente il suo compito*”; §3. “*Il giudice, udito il perito stesso, stabilisca il tempo entro il quale dovrà essere espletato l’esame e presentata la relazione*”; Can. 1578 - §1. “*I periti facciano ciascuno la propria relazione distinta da quella degli altri, a meno che il giudice non ordini che se ne faccia una sola che i singoli periti dovranno sottoscrivere; se ciò avvenga, si annotino diligentemente le differenze dei pareri, se ce ne fossero*”; §2. “*I periti devono indicare con chiarezza con quali documenti o in quali altri modi idonei abbiano accertato l’identità delle persone, delle cose o dei luoghi, secondo quale metodo e criterio abbiano proceduto nell’espletare il compito loro richiesto, e soprattutto su quali argomenti si fondino le loro conclusioni*”; §3. “*Il perito può essere convocato dal giudice perché fornisca le spiegazioni che sembrano ulteriormente necessarie*”; Can. 1579 - §1. “*Il giudice valuti attentamente non soltanto le conclusioni dei periti, anche se concordi, ma tutte le altre circostanze della causa*”; §2. “*Quando espone le ragioni della decisione, deve esprimere quali argomenti lo hanno indotto ad ammettere o a respingere le conclusioni dei periti*”.

4 DIGNITAS CONNUBII (2005) - Capitolo II. Le prove in specie - 4.1. I periti: Art. 204 - § 1. “*È compito del presidente o delponente nominare i periti e, se del caso, acquisire agli atti le relazioni già fatte da altri periti (cf. can. 1575)*”. § 2. “*La nomina del perito deve essere resa nota alle parti e al difensore del vincolo, fermo restando l’art. 164*”; Art. 205 - § 1. “*All’incarico peritale siano deputati coloro che, non soltanto possiedono un’abilitazione professionale, ma sono anche ben qualificati per la loro scienza ed esperienza, e godano di buona reputazione per onestà e religiosità*”. § 2. “*Affinché l’opera del perito, nelle cause concernenti l’incapacità di cui al can. 1095, risulti realmente utile, si deve prestare la massima attenzione a scegliere periti che aderiscono ai principi dell’antropologia cristiana*”.

5 Cfr. deposizione di Don C.: “*...Indagando a fondo sulla sua storia ho scoperto che nella sua famiglia, alcuni suoi parenti si erano dedicati alla magia, al culto del demonio ed anche alle messe nere...mi disse anche che ella fin da ragazzina aveva partecipato a riti di questo tipo e a sedute spiritiche, sentendosi poi vittima delle stesse...mi disse che il papà la mandò in Inghilterra in giovane età dove ha proseguito a fare esperienze di tipo spiritistico con una donna con cui ha avuto anche rapporti intimi... anche il padre di una delle sue due figlie si dedicava a queste pratiche esoteriche...mi ha anche detto che queste persone poi avrebbero messo in atto riti magici contro di lei...sono certo che si tratti di un grave caso di possessione demoniaca con la presenza di più di un’entità, per tutta la serie di elementi che ho indicato e per i fenomeni che si ravvisano ogni volta durante il rito...*”.

6 Cfr. deposizione di Don G.: “*...si presentò a me affermando di subire influenze demoniache sotto forma di premonizioni, impressioni e spinte interiori e visioni, forse anche voci. Il tutto però abbinato a problemi organici e fisiologici quali un forte e incoercibile mal di testa...faceva risalire i suoi problemi alla sua giovinezza: si sentiva come una persona che, avendo incontrato delle realtà negative, era stata predestinata al male...la sensazione era che, più che problemi demonologici, avesse dei chiari disturbi psichici. Non avrei proceduto a esorcismo, se non avessi saputo dalla stessa che in precedenza si era rivolta a dei maghi, attribuendo tutti i propri guai al malocchio della nonna. Per evitare che si mettesse nuovamente nelle mani di questi stregoni ho scelto di fare alcuni esorcismi, tanto più che ella aveva ben capito che io non credevo che il demonio avesse dei contatti con lei. Prima di procedere io stesso ad un esorcismo, l’ho accompagnata da altri Sacerdoti autorizzati... Durante il rito però, pur essendoci alcune reazioni che, all’occhio inesperto, possono sembrare eclatanti, in realtà non indicavano una presenza del demonio. Ottenuto comunque il permesso dall’Arcivescovo, almeno con finalità esplorativa, o in subordine terapeutica, ho praticato l’esorcismo io stesso e posso assicurare che le sue reazioni non erano affatto consone...ossia vi era una dissincronia tra le reazioni, chiaramente di tipo isterico, e le parole che io andavo dicendo. Del resto, vi erano anche molti altri segni che facevano comprendere non la realtà di una possessione, ma reazioni di tipo isterico. Pertanto io sono giunto a concludere in questo caso che i*

digmatico il giudizio del sacerdote-esorcista ausiliare tecnico del Perito d'Ufficio, laddove avvalorava più la tesi psicopatologica, rispetto a quella demonologica⁷; a riprova del fatto che, nell'ottica di una diagnosi differenziale tra ciò che attiene alla sfera delle conoscenze scientifiche da ciò riguarda altre forme di saperi, può risultare proficuo avvalersi anche di ausiliari tecnici esperti in questi ultimi. Dall'altra, però, sia prima, che dopo le riferite esperienze di vittimizzazione sessuale, ella stessa dichiara di aver accusato manifestazioni ed aver agito condotte che le conoscenze scientifiche indicano come veri e propri disturbi psichici, perciò di oggettiva pertinenza clinica per natura e gravità. Non a caso, secondo letteratura (Ey, 1973; Fredman, Kaplan & Sadock, 1984; Lempèriere, 1989; Arieti, 1991; Ey, Bernard & Brisset, 1995), tali manifestazioni afferiscono più alla Psicopatologia, che alla Demonologia (Balducci, 1988; Morabito, 1995; Amorth, 1996; Rodewyk, 1997), anche perché la Perizianda, a prescindere da fenomeni di matrice soprannaturale (la valutazione della quale non era di pertinenza della Perizia d'Ufficio), fin dall'infanzia ha avuto una storia di vita di innegabile valenza psicopatologica. Nel suo decorso clinico-esistenziale, del resto, a prescindere dall'asserita esperienza di abuso, ella non ha mai raggiunto in modo stabile e non ha mai mantenuto con sufficiente continuità una vera e propria condizione di "salute", intesa questa come stato di adeguato benessere bio-psico-sociale non riducibile alla semplice assenza di una patologia, secondo la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (cfr. esperienze di premonizione, fenomeni allucinatori di tipo visivo ed uditivo, sviluppo di una scarsa autostima e di costante bisogno di supporto emotivo a causa di un rapporto affettivo con le figure genitoriale vissuto in senso traumatico, amnesie per le quali era sottoposta a diagnostica per immagini in età tardo-adolescenziale, patologia ipotiroidea in età giovanile-adulta, emicrania ingravescente fino alla cronicizzazione, sindrome depressiva post-abortiva, atto anticoncettivo dopo le due gravidanze, contestuale e progressivo sviluppo di una florida produzione delirante, a contenuto demoniaco).

Per quel che riguarda la diagnosi differenziale tra quadri clinici differenti, la presenza di dichiarati accadimenti peculiari nella sfera senso-percettiva fin dall'infanzia (le voci, le immagini in stato di veglia e non di sonno, le esperienze di presenze dentro e fuori di sé), dell'interpretazione (le c.d. premonizioni nella pre-adolescenza e nell'età adulta), della memoria (i *"vuoti di memoria"* in adole-

scenza per i quali sarebbe stata disposta una T.C. encefalica, ad esito negativo), della sensibilità (l'emicrania cronica, per la quale era stata sottoposta ad RMN del cervello, ECG, eco-doppler dei vasi carotide), della sfera timo-affettiva (le diagnosi di distimia reattiva e di sindrome ansioso-depressiva, nel contesto della quale trova senso il dichiarato atto anti-conservativo) rappresentano, di per sé, realtà cliniche intrinsecamente diverse. Nell'economia del nostro discorso, perciò, le manifestazioni riferite dalla donna e documentate in sede specialistica, sino a prova contraria, assumono un evidente e grave significato psicopatologico. Non a caso, all'epoca della valutazione peritale, le condizioni cliniche della perizianda erano inquadrare, dal punto di vista nosografico, come Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato ex DSM IV-TR (2002); attualmente, si farebbe riferimento al DSM-5-TR (2023). D'altro canto, sul piano psicopatologico (Jaspers, 1965; Gozzetti, Cappellari & Ballerini, 1999; Ballerini, 2000-2001; Cantillo, 2002; Fiorillo, 2003; Tatossian, 2003; Del Pistoia, 2008), è corretto riconoscere un franco "sviluppo deliroide di personalità". Infatti, secondo un'impostazione tassonomica nella quale il disturbo è descritto e classificato in base a criteri ateoretici e statistici, si utilizza la diagnosi di "Disturbo Psicotico N.A.S." perché si è in presenza una sindrome psicotica (con deliri, allucinazioni, comportamento organizzato in senso ossessivo o simil-catatonico) che tuttavia non soddisfa i criteri di nessun altro disturbo psicotico⁸. In un'ottica psicopatologica, viceversa, nella quale è prioritaria la comprensione di senso del disturbo in rapporto ai vissuti che costituiscono i contenuti della coscienza intenzionale individuale, lo "sviluppo deliroide" risulta fondato in una personalità comunque anormale, dal momento che la produzione delirante si pone in rapporto di comprensibilità e di derivabilità psico-motivazionale rispetto ad alcune esperienze personali di colpa, vergogna, disvalore, impotenza e dolore accusate nella storia di vita individuale (la figura genitoriale esperite e rievocate in senso traumatizzante; le premonizioni ed i correlati dispercettivi dell'infanzia; i ricorrenti episodi di presenze angosianti; la patologia tiroidea; l'assunzione di sostanze stupefacenti; l'aborto volontario; l'emicrania cronica; il tentato / mancato suicidio; il ricordo tardivo di pregressi abusi sessuali; il delirio di possessione diabolica con le allegate dispercuzioni).

Con specifico riferimento all'epoca dei riferiti fatti di causa, attesa la necessità di dimostrare la realtà storico-fattuale delle memorie dei traumi sessuali narrati, è corretto rilevare e ravvisare nella Perizianda l'esistenza di una condizione pre-psicotica, intendendo con il termine di "pre-psicosi", secondo letteratura (Katan, 1939, 1950, 1953; Yung & McGorry, 1997; Bechdolf et al., 2005; Czernikiewicz & Szulc, 2007, a, b; Iyer, Boekestyn, Cassidy, King,

problemi sono più psichici o neurologici, che non preternaturali...la sua religiosità direi che è di tipo magico-superstizioso con una forma di ritualismo di tipo ossessivo e pensieri non sempre realistici, ma fantastici...".

7 Cfr. "...senza escludere a priori la valenza comunque positiva, propositiva e pastorale della ritualità esorcistica praticata in concreto e ripetutamente, si è del parere che le osservazioni specifiche di Don G. siano più attendibili di quelle di don C., talché il giudizio del primo esorcista si rivela più fondato e, perciò, probante rispetto a quello del secondo..."

8 Cfr. ad es.: Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche, Disturbo Psicotico Breve, Disturbo Psicotico Dovuto a una Condizione Medica Generale, o Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze.

Joober & Malla, 2008; Addington, Marshall & French, 2012; Lavan, 2021), quella situazione che non solo precede cronologicamente l'esordio della psicosi (ad es. comparsa di allucinazioni, deliri, etc.), ma che patogeneticamente costituisce la transizione verso la psicosi, pur essendo ancora conservati alcuni labili legami con il mondo reale. Pertanto, pur dando atto che gli stati deliranti di possessione diabolica non sono da considerare come appannaggio esclusivo di una determinata forma psichiatrica, ma possono essere presenti, sia come elemento centrale, sia come elemento secondario, nelle più varie costellazioni sindromiche e che le più frequenti osservazioni sono state fatte in soggetti affetti da psicosi e, meno, da psiconevrosi, talché questi quadri clinici sono da considerarsi come una sindrome comune a molteplici entità nosologiche della patologia mentale (Declich, 1962), risulta tecnicamente corretto considerare il disturbo psicotico presente nella donna come un'entità psicopatologico-clinica relativamente indipendente, che condivide con altri quadri clinici il più importante meccanismo di funzionamento mentale di tipo patologico: cioè la modificazione difensiva della coscienza e dell'esperienza, come modalità di ridurre il contatto con stimoli emotivamente disturbanti, tipicamente connessi ad esperienze vissute come traumatiche (a prescindere dalla loro effettiva tipologia ed entità) da parte di una personalità comunque vulnerabile e perciò predisposta allo scompenso in senso dereistico. In quest'ottica, si richiama il c.d. modello della vulnerabilità antropologica, espressione con la quale si fa riferimento a quella condizione sub-clinica che dispone allo sviluppo dei fenomeni caratteristici di una data sindrome. In una prospettiva di tipo naturalistico, nella quale viene considerata la storia delle malattie per scoprirne le loro cause, questo concetto indica una deficitarietà preesistente, o un fattore di rischio, poiché i sintomi psichici sono valutati come segni diretti di anomalie strutturali e/o funzionali (l'organizzazione di personalità individuale viene qui equiparata ad un fattore patoplastico, in grado cioè di influenzare l'espressività della manifestazione clinica); in una concezione di tipo euristico, viceversa, il predetto paradigma trascende il significato di diatesi, cioè di predisposizione, per assurgere a cornice di riferimento nella quale integrare le diverse ipotesi etiologiche e patogenetiche; l'assetto personologico, cioè, diviene un fattore predisponente il disturbo psicopatologico o, addirittura, espressione sub-clinica del medesimo. In tema di vulnerabilità psicotica, perciò, mentre nella visione naturalistica si pone l'accento sull'interazione tra distinti fattori etio-patogenetici (i rapporti con le figure genitoriali vissute come traumatiche, la protratta privazione affettiva in fase evolutiva, l'ipotiroidismo, l'assunzione di sostanze stupefacenti, l'emicrania cronica, l'aborto volontario), come nel modello "vulnerability-stress", in quella euristica invece l'attenzione viene centrata sulla modulazione svolta da fattori personologici ad effetto patoplastico (i vissuti di vergogna, colpa, insufficienza, indegnità, impotenza, dolore), come nel paradigma "illness-coping" e, in questo senso, il rapporto persona-disturbo risulta la chiave di lettura per la comprensione delle manifestazioni e delle evoluzioni psi-

copatologiche, come da letteratura (Pavan & Banon, 1996; Zubin & Spring, 1977; Stanghellini, 1996, 1997, 1998). Ecco perché, se si applicano tali modelli al caso in esame, è corretto non solo qualificare la condizione della donna, al momento dell'osservazione specialistica, come obiettivamente psicopatologica, ma anche come grave – perché lesiva di funzione psichiche fondamentali, come l'esame di realtà – e come antecedente le dichiarate esperienze di vittimizzazione sessuale – poiché correlata all'interazione tra dotazione biologica congenita ed esperienza vissuta fin dai primi anni di vita –.

4.2 Le problematiche di natura criminologico-clinica

Premesse la natura e la tipologia delle esperienze di vittimizzazione sessuale riferite, si devono altresì approfondire due ulteriori fondamentali problematiche di ordine criminologico: quella generale della a-specificità della clinica del trauma psichico e quella peculiare della criticità dei rapporti tra trauma sessuale e psicosi delirante.

4.2.1 La (a)specificità della clinica del trauma psichico

Sia in letteratura, che nella pratica medico-legale, specialmente di tipo psicologico-psichiatrico-forense, è un dato scientificamente ormai acclarato la a-specificità di un disturbo clinico rispetto ad un'esperienza vissuta come traumatica. Partendo dal presupposto che gli eventi traumatici possono variare nella loro natura e nella loro intensità (Puccini, 2003), verificarsi in lassi di tempo di durata diversificata, essere sperimentati direttamente o indirettamente (APA, 2022), con possibili effetti cumulativi nel tempo (Khan, 1963), la singola presenza di un disturbo mentale non rappresenta automaticamente un indicatore di comportamenti violenti, o di eventi, o contesti comunque stressogeni, contrariamente a quanto talvolta suggerito dai media (Pavez, Saura & Marset, 2022). Al contrario, la presenza di un disturbo mentale può essere considerata un fattore di vulnerabilità alla vittimizzazione (Teasdale, 2009; Reavis, Looman, Franco & Rojas, 2013), poiché la risposta patologica è influenzata da molteplici fattori, tra i quali lo stato mentale preesistente, le tipologie di percezione e d'attribuzione di significato personale agli eventi, la modalità espressiva del reato agito e subito, il funzionamento personologico e relazionale (Markson, 2022) della diade autore/i e vittima/e, nonché evento traumatizzante/stressante e soggetto coinvolto (Bartholomew & Cobb, 2010; Berg & Schreck, 2022; Hollows, 2021).

4.2.2 I rapporti tra trauma sessuale e psicosi delirante

Alla luce di quanto è stato esposto, perciò, non è possibile stabilire una correlazione diretta, causale, tra psicosi delirante ed ipotizzato abuso sessuale. Infatti, come da Linee Guida⁹ e da letteratura scientifica (Dettore & Fu-

9 Cfr. Società Italiana di Criminologia, Società Italiana di Medicina legale e delle Assicurazioni, Società Italiana di Neuropsichiatria in-

ligni, 1999; Solomon & George, 1999; Greco & Maniglio, 2009; Ruiz, 2016; Schaefer, Brunnet, Menegueto Lobo, Núñez Carvalho & Kristensen, 2018), non esistono segni / sintomi di abuso sessuale in sé e per sé specifici. E' assai complesso, oltre che problematico, cercare di ricondurre eziologicamente un quadro clinico ad un'esperienza di abuso sessuale, almeno nell'accezione utilizzata dalla Dottrina medico-legale nell'individuare i requisiti necessari per la soddisfazione dei criteri del nesso di causa. Non a caso, se è più agevole studiare la derivazione causale di una lesività di tipo fisico e stabilirne i confini in modo netto, in ambito psicopatologico, viceversa, soltanto eccezionalmente si può assistere ad un momento produttivo causale che agisca con meccanismo più o meno esclusivo, diretto od indiretto, poiché, generalmente, in tale ambito il paradigma della causalità risulta di tipo multifattoriale, circolare, sistemico ed integrato (Barbieri, 2017).

Ancora maggiore prudenza deve essere poi posta quando una condizione di abuso sessuale deve essere, come in questo caso, ancora accertata. Si ribadisce, difatti, come la letteratura sia concorde nell'affermare che non esistono indicatori specifici oggettivamente traducibili in una diagnosi di abuso sessuale, per cui anche la presenza di manifestazioni psicopatologiche più ricorrenti non può consentire di stabilirne un nesso di causa. Si possono richiamare elementi di "sospetto", ma, se si allarga l'analisi a tutte le conoscenze sul punto, si osserva che spesso qualsiasi *"...sintomo di disagio può venire erroneamente promosso al ruolo di indicatore specifico, sottovalutando l'inevitabile genericità dei segnali psicologici in sé che, in definitiva, corrono il rischio di somigliarsi tutti: ad es., la letteratura nel soggetto che ha subito violenza sessuale anche in età minore segnala, fra gli altri, il «bisogno insoddisfatto di dipendenza», l'insicurezza, la tendenza ad isolarsi dai coetanei, la sfiducia verso gli adulti, la presenza di sensi di colpa, vergogna, rabbia repressa, depressione con tentativi di suicidio, la tendenza ad atteggiamenti vittimistici, ansia, disturbi del sonno, cambiamento delle abitudini alimentari, una maggior frequenza di abuso di sostanze ecc."* (Amerio & Catanesi, 1999, p. 122); in definitiva, quasi tutta la gamma dell'espressione della sofferenza psicologica.

Richiamando ancora la letteratura, è stata riscontrata una significativa associazione tra esperienze di eventi psicologicamente stressanti nell'infanzia (*childhood adversities*) ed il successivo sviluppo, anche in età adulta, di disturbi della sfera psichica, fra i quali i più rappresentati sembrano essere disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, dipendenza da sostanze, etc.; tant'è che fra le *childhood adversities* sono ricompresi eventi di perdita (come il divorzio), presenza di disturbi psichici nei genitori (come

la depressione materna), traumi interpersonali (come l'abuso sessuale) ed altri eventi (come i disastri naturali) (Pettigrew & Burcham, 1997). In ogni caso, questa comprovata associazione implica una tassativa "cautela" nell'interpretare i risultati degli studi e nel documentare gli effetti individuali delle singole *childhood adversities* nei confronti di specifici disturbi nell'età adulta (Kessler, Davis & Kendler, 1997).

Tra gli effetti a lungo termine di un abuso sessuale infantile sono stati osservati non solo disturbi d'ansia, ma soprattutto atti o condotte di tipo auto-lesionistico (come rilevato anche nel caso in esame), ma quest'ultimo aspetto, nonostante il beneficio derivato da un trattamento psicoterapeutico, non risulta correlabile ad alcuna diagnosi specifica (Pettigrew & Burcham, 1997). Inoltre, stando a contributi ancor più recenti ¹⁰, da un lato, sono stati segnalati cambiamenti generali del comportamento che possono essere ravvisati nei bambini vittime di abuso sessuale (cfr. disturbi fisici, paura o sentimenti spiacevoli nei confronti di certe persone o certi luoghi, disturbi del sonno, cefalea, problemi scolastici, isolamento dalla famiglia o dagli amici o dalle attività usuali, uso eccessivo di bagni o scarsa igiene, regressione verso comportamenti più infantili, depressione, ansia, problemi di condotta, fughe, disturbi dell'alimentazione, comportamento passivo o eccessivamente compiacente, atti criminali, scarsa autostima, comportamenti auto-lesionistici, ostilità, problemi di alcol o di sostanze, attività sessuale o gravidanza in età precoce, tentativi di suicidio); ma, dall'altro, nonostante la presenza di un così corposo elenco di condotte madattive, "sfortunatamente", non esiste un singolo comportamento in base al quale si possa determinare in maniera assoluta che un bambino ha subito un abuso sessuale e che, a seguito di questo fatto, abbia sviluppato una patologia psichiatrica (Tennessee Best Practice Guidelines For Sexual Assault Response Services Adult Victims, 2014); al punto che *"...la prova di uno qualsiasi degli indicatori...non deve essere considerata da sola come prova del verificarsi di un abuso. Tuttavia, dovrebbe indurre gli operatori a effettuare ulteriori valutazioni e a considerare altri fattori associati"* (Social Care Institute for Excellence, 2020, p. 1). In conclusione, anche se sono stati chiaramente documentati comportamenti collegati all'esposizione ad un *distress*, o ad una violenza, *"esiste un'infinita varietà di risposte psichiche al trauma"* (Hassler, 1999, p. 227); ecco perché *"I bambini che hanno subito un abuso sessuale possono presentare una accresciuta prevalenza di certe caratteristiche salienti, nonostante queste possano anche essere riscontrate nei bambini che non hanno subito abusi"* (McNeese & Monteleone, 1999, p. 60).

fantile, Società Italiana di Neuropsicologia, Società Italiana di Psichiatria, Società di Psicologia giuridica, Linee Guida Nazionali. L'ascolto del minore testimone, Roma 6.11.10; Ordine degli Psicologi del Lazio, Linee Guida per l'ascolto del minore nelle separazioni e nei divorzi, 23.05.2016; Carta di Noto IV, Linee guida per l'esame del minore, 14 ottobre 2017.

10 Cfr. "Tennessee Best Practice Guidelines For Sexual Assault Response Services Adult Victims" del *Sexual Assault Crisis Center* di Knoxville (Revised May 2014) e "Policy on Sexual Harassment, Sexual Assault, Dating and Domestic Violence, and Stalking" di *The University of Tennessee* (August 12, 2022).

5. Le problematiche di ordine medico-legale

Il primo quesito formulato al Perito d'Ufficio dipende dal fatto che la perizia è avvenuta in fase di *“investigatio prae-via diocesana”*, come si diceva preliminarmente ed eventualmente propedeutica ad un successivo processo penale canonico, ferme restando sia la valutazione dell'attendibilità della presunta vittima, di competenza esclusiva dell'organo giudicante, sia la presenza di problematiche non solo psicopatologiche, ma anche demonologiche. Sul punto, tenuto conto vuoi del dettato normativo dei citati canoni del Codice di Diritto Canonico, vuoi della condizione clinica della Perizianda (cfr. produzione delirante florida, organizzata e persistente, con contestuali fenomeni dispercettivi), si impone la seguente riflessione: o il funzionamento psicotico viene considerato l'esito dei traumi sessuali ricordati e riferiti, per cui la donna potrebbe esser ritenuta comunque credibile in ragione della tipologia del suo disturbo, o viceversa si è in una situazione diametralmente opposta, potendosi avere anche forme psicotiche di matrice non traumatica (Barbieri, 2019; Garland, 2001; Albasi, 2006; Caretti & Craparo, 2008; Liotti & Farina, 2011; Janiri, Caroppo, Martinotti & Pozzi, 2012) e non potendosi qui dimostrare, a posteriori, alcun effettivo evento traumatico, per giunta di tipo sessuale, accaduto a priori. Pertanto, il funzionamento psicotico della Perizianda non la rende sufficientemente idonea a testimoniare, integrando, in senso canonico, uno status di *“insufficiente uso di ragione”*.

Il secondo quesito tecnico verte sulle condizioni di vulnerabilità della stessa all'epoca dei presunti fatti di causa, in riferimento al concetto di *“Adulto vulnerabile”* ex art. 1 del *“Motu proprio”* *«Vos estis lux mundi»*. In realtà, anche se i riferiti abusi sarebbero avvenuti in un'impresisa fase dell'adolescenza, perciò in età minore e non adulta, pare fondamentale richiamare, in chiave comparativa, i contenuti del predetto costruito normativo. Infatti, nella predetta Lettera apostolica in forma di *“Motu Proprio”* del 25 Marzo 2023, al Titolo I (Disposizioni generali), Art. 1 (Ambito di applicazione), § 2 si afferma testualmente: *“... si intende per: a) «minore»: ogni persona avente un'età inferiore a diciott'anni; al minore è equiparata la persona abitualmente con uso imperfetto della ragione; b) «adulto vulnerabile»: ogni persona in stato d'infermità, di deficienza fisica o psichica, o di privazione della libertà personale che di fatto, anche occasionalmente, ne limiti la capacità di intendere o di volere o comunque di resistere all'offesa”*. Il che si correla a quanto già contemplato nel *“Vademecum”* della Congregazione per la Dottrina della Fede del 16 luglio 2020 *«Su alcuni punti di procedura nel trattamento dei casi di abuso sessuale di minori commessi da chierici»*, al punto I (*“Che cosa configura il delitto”*), laddove si dichiara: *“...5. La revisione del motu proprio SST, promulgata il 21 maggio 2010, ha sancito che al minore vanno equiparate le persone che hanno abitualmente un uso imperfetto della ragione (cf. art. 6, §1, 1°, SST). Circa l'uso dell'espressione “adulto vulnerabile”, altrove descritto come «ogni persona in stato d'infermità, di deficienza fisica o psichica, o di*

privazione della libertà personale che di fatto, anche occasionalmente, ne limiti la capacità di intendere o di volere o comunque di resistere all'offesa» (cf. art. 1 § 2, b VELM), va ricordato che tale definizione integra fattispecie più ampie rispetto alla competenza della CDF, la quale resta limitata, oltre ai minori di diciotto anni, a chi “ha abitualmente un uso imperfetto di ragione”... La stessa definizione, inoltre, viene ribadita nella seconda versione dello *“Vademecum”* del 5 maggio 2022 (I. Che cosa configura il delitto?), laddove si conferma che *“...5: «La prima revisione del motu proprio SST, promulgata il 21 maggio 2010, ha sancito che al minore vanno equiparate le persone che hanno abitualmente un uso imperfetto della ragione. Questa estensione della categoria di quelli equiparati ai minori è stata confermata senza modifiche nella seconda revisione di SST del 2021 (cf. art. 6, 1° SST). Circa l'uso dell'espressione “adulto vulnerabile”, altrove descritto come «ogni persona in stato d'infermità, di deficienza fisica o psichica, o di privazione della libertà personale che di fatto, anche occasionalmente, ne limiti la capacità di intendere o di volere o comunque di resistere all'offesa» (cf. art. 1 § 2, b VELM), va ricordato che tale definizione integra fattispecie più ampie rispetto alla competenza del DDF, la quale resta limitata, oltre ai minori di diciotto anni, a chi “ha abitualmente un uso imperfetto di ragione”...* Infine, si sottolinea come, nei due citati documenti, venga chiaramente precisato quanto segue: *“...4. Il fatto che si parli di “minore” non incide sulla distinzione, che si desume talora dalle scienze psicologiche, fra atti di “pedofilia” e atti di “efebofilia”, ossia con adolescenti già usciti dalla pubertà. La loro maturità sessuale non influisce sulla definizione canonica del delitto...”*. Pertanto, se si raffrontano tali indicazioni dottrinali con i contributi della letteratura vittimologica in ambito canonistico (Böhm, Zollner, Fegert & Liebhardt, 2014; Zollner, 2019; Astigueta, 2009; Barbieri, 2022; Ruggero, 2022; Barbieri, 2023, a, b; Cito, 2023; del Pozzo, 2023), non v'è dubbio che, all'epoca dei riferiti fatti di causa, la presunta vittima, a prescindere dalla sua età anagrafica, versasse in una condizione di obiettiva vulnerabilità giuridica, oltre che antropologica, a causa del decorso biografico-clinico vissuto fino a quel momento, fermo restando sempre il problema della concreta dimostrazione dell'asserita vittimizzazione.

6. Conclusioni

Atteso che, alla luce delle attività peritali effettuate, la Perizianda risulta un soggetto vulnerabile, ma non attendibile e che, attualmente, nulla è dato sapere dell'esito del procedimento amministrativo, si è del parere che, in casi siffatti, il contributo medico-legale non solo risulti fondamentale per una tutela più puntuale e compiuta dei diritti/doveri di tutte le Parti del Processo Penale Canonico, ma possa altresì diventare un'occasione privilegiata di approfondimento di fondamentali problematiche tecniche sottese al mero ambito giudiziario. In tale ottica, un'area privilegiata di riflessione è quella inerente i rapporti tra Demonologia e Psicopatologia, laddove le c.d. Demon-

patie, o sindromi da possessione diabolica che dir si voglia, sono sempre state considerate, da Jaspers al DSM, come condizioni nelle quali il soggetto sperimenta “*due modi di sentire e di vivere completamente diversi, che trovano il loro compimento in due io diversi*” (Callieri, 2010, p. 4), anche se la psichiatria trans-culturale attualmente risulta uno degli approcci euristici più adeguati per affrontare tale fattispecie sotto il profilo antropologico, religioso, storico-filosofico e clinico (Callieri, 2010).

In effetti, la complessità abituale delle casistiche peritali aumenta esponenzialmente quando aspetti di ordine psicopatologico si intersecano e si integrano con quelli di tipo demonologico, come nel caso in discussione. Il tema stesso del “demoniaco”, del resto, non è affatto scomparso dall’orizzonte complessivo delle rappresentazioni della cultura del “sacro”, dello “spirituale”, del “religioso”, inteso come tensione volta a reperire nessi causali per difendersi dall’imprevedibile e dall’ignoto, quali matrici costanti di terrore e di angoscia per l’essere umano. Anche in un contesto apparentemente secolarizzato, perciò, sembra valere il paradosso secondo il quale: “*quanto più una società si razionalizza, tanto più crescono i bisogni dell’uomo di attingere all’universo del sacro e del sovramondano*” (Ferrarotti, 1990, p. 473).

D’altro canto, è anche vero che il “demoniaco” può rappresentare “*immagini proiettate in raffigurazioni visibili e fantastiche che esprimono la conflittualità dell’uomo con realtà storiche e naturali*” (Di Nola, 1987, p. 78), o anche una “*genesì dell’immagine mitica*”, per cui “*il diavolo può essere nella natura, nella storia ed in noi medesimi con l’emersione delle angosce cui siamo soggetti*” (Carena & Cipolla, 1993, p. 439). Tutto ciò può anche generare processi di destrutturazione della personalità (Altan, 1992), così che potrebbe ripresentarsi la questione che ha caratterizzato tutte le indagini peritali del caso illustrato e che costituisce anche “il filo rosso” del presente contributo, cioè quanto tutto ciò sia riferibile alla Psicopatologia e quanto invece alla Demonologia, o probabilmente ad un quadro sovrapposto alle due discipline. In ogni caso, il paragone tra il mondo ed i sintomi di interesse demonologico, da una lato, e la mentalità schizofrenica, di competenza psichiatrica, dall’altro, ha solo un valore euristico: infatti, nel mondo in cui irrompe “il demoniaco”, i tratti simili non devono far perdere di vista le differenze, perché il dramma individuale si inserisce organicamente nella cultura nel suo complesso, trova conforto nella tradizione e si avvale dell’esperienza delle precedenti generazioni; nel mondo dello schizofrenico, al contrario, l’esserci non è più deciso dalla condizione storica nella quale versa, per cui la sua “presenza” (*Dasein*) si declina nell’esperienza della mente scissa; in altri termini: “*È la capitolazione della presenza, il suo togliersi radicale dall’autonomia del proprio contesto vitale. Non più Sè, ma prigioniero di quell’altro sè in cui da tempo era già scissa (schizo)...*” (Galimberti, 1987, p. 299); ne deriva così “*...una radicale esperienza di estraneità che è contrassegnata dalla perdita della familiarità dell’io, del corpo e del mondo, e dall’emergenza delle abituali articolazioni mondane e interpersonali con la conseguente*

dissolvenza della patria originaria (della heimat).” (Borgna, 1998, pp. 100-101).

Un elemento comune potrebbe essere rappresentato da fenomeni come la scissione, la negazione, l’emergere di un rimosso, l’obnubilazione del pensiero e la perdita permanente o temporanea delle facoltà più elaborate dell’individuo. In merito, ricordando l’influsso delle teorie di Pierre Janet sul pensiero di Ernesto De Martino, proprio sui rapporti tra possessione e dissociazione psichica è stato notato che “*Il ricorso demartiniano alle teorie di Janet... si inserisce in un quadro teorico che, mentre indica la necessità di un controllo e di una revisione critica delle categorie descrittive e interpretative usate, allarga anche la prospettiva dalla quale leggere il rapporto dialettico tra alterità patologica e alterità rituale. Per esempio individuando nella pratica simbolica la dimensione di costruzione di «presenze»...*” (Talamonti, 2010, p. 71); in altri termini, la presenza rinvierebbe al rito stesso.

Se si prescinde da questa impostazione, la ricaduta sul piano delle valutazioni psichiatriche di fenomeni come quelli giunti all’osservazione peritale sembra ripercorrere la contrapposizione settecentesca della “lettura” del fenomeno tra parametri magico / religiosi (possessione), o squisitamente medici (follia). Si sa, del resto, che “*nella cultura occidentale la possessione, intesa come l’invasione del soggetto da parte di uno spirito, mantiene il riconoscimento ufficiale solo da parte della Chiesa Cattolica*” (Carena & Cipolla, 1993, p. 442), quando, in realtà, essa “*rimanda a quello dello stato di coscienza e richiede precise distinzioni tra quelle alterazioni dello stato di coscienza come la trance ipnotica, l’ebbrezza da sostanze, gli stati mistici ed estatici che rappresentano fenomeni psicologici e culturali differenti dalla possessione stessa*” (*Ibidem*). Pertanto, se storicamente la possessione è stata intesa come l’ingresso di uno spirito in un uomo, in modo tale che il comportamento del primo dipende totalmente dal secondo (Oesterreich, 1930), da un punto di vista strettamente antropologico e religioso l’esorcismo si pone come rito difensivo o apotropico, per mezzo del quale si eliminano dalle persone e dalle cose le situazioni negative che ostacolano la pienezza vitale (Di Nola, 1987).

D’altra parte, gli stati alterati di coscienza sono altresì intesi come chiavi di accesso per avvicinarsi alla trascendenza, per “*transire*”, cioè per passare al di là della realtà percepita e vissuta, attraversando regni sconosciuti, verso un fine sempre più lontano dall’ordinario. Il passaggio da uno stato di coscienza ad un altro è definito “*trance*”, sostituzione inglese del termine “*trans*” che, derivando dal verbo latino “*transire*”, significa passare oltre. Nonostante l’infondata attribuzione ad essa di numerose qualità di natura sovranaturale, questa rappresenta uno stato psicofisiologico che un soggetto prova nel momento in cui ha una percezione alterata del suo corpo e del mondo circostante. La “*trance*”, infatti, viene comunemente definita come una condizione di dissociazione caratterizzata dall’assenza di movimento volontario e spesso da automatismi nell’azione e nel pensiero. Può quindi comportare una dissociazione mentale completa o soltanto parziale, ac-

compagnata sovente da visioni eccitanti, o da franche allucinazioni, il cui contenuto non è sempre in seguito ricordato. È importante sottolineare come le pratiche religiose «dissociative» (stati allucinatori, pantomime, trance, e similari) siano il fondamento di riti religiosi in gruppi rigidamente strutturati o autoritari (Fornari, 1983). In quest'ottica, concezioni come la possessione, la magia nera, il malocchio e altre nozioni simili sono da considerarsi patologiche quando “*introducono un impoverimento o una distorsione del comportamento e se rendono l'individuo incapace di relazioni sociali e non in grado di conseguire soddisfazioni importanti*” (Cameron & Magaret, 1962, p. 171). Potrebbe dunque apparire fuorviante applicare rigidamente la categoria del “patologico” a comportamenti che presentano stati di coscienza variabili in quanto soggetti ad interferenze di varia natura. Non a caso, lo stesso Jaspers (1964), come si diceva, definisce “demonopatia” uno stato in cui il soggetto prova l'esperienza di vivere in due mondi completamente diversi, assimilabile alla “doppia personalità”; inoltre, lo stesso Autore distingue una forma di coscienza lucida ed una forma con alterazioni dello stato di coscienza (sonnambulica, oniroide). Inoltre, in questi soggetti predominano fattori quali l'isolamento, il primitivismo, sentimenti di inferiorità e di dipendenza infantile, l'attaccamento eccessivo ad immagini parentali, nonché un sentimento religioso che si confonde con la magia. Infatti, è stato sostenuto che trattasi di “*un credo in spiriti concepiti come esseri più potenti dell'uomo ed in grado di controllare tutti quegli aspetti della vita dell'uomo per cui egli prova stress*” (Radin, 1937, p. 49).

Pertanto, atteso che la religione può contribuire al rafforzamento dell'io dell'individuo attraverso la molteplicità delle sue attività (Kiev, 1964), dal punto di vista storico, si devono riconoscere due precise tendenze in tema di possessione demoniaca: da un lato, questa, come condizione psicofisica nella quale una persona diverrebbe vittima di un essere sovranaturale, sarebbe stata studiata secondo diverse impostazioni, da quella antropologica a quella socio-culturale, da quella etno-psichiatrica a quella psicoanalitica, da quella religiosa a quella clinica (Perrotta, 2019); dall'altro, nonostante tutto ciò, la pratica dell'esorcismo sarebbe sopravvissuta all'affermarsi della psicoterapia, perché, all'interno della teologia e della cultura cattoliche, accanto ad un'interpretazione della figura del demonio in termini simbolici e metaforici (Innamorati, Taradel & Foschi, 2018), il diavolo è inteso come una realtà ontologica e su di essa il Magistero pontificio si è espresso in termini molto espliciti, laddove ha sostenuto che: “*Il male non è più soltanto una deficienza, ma un'efficienza, un essere vivo, spirituale, perverso e perversitore. Terribile realtà. Misteriosa e paurosa*” e che “*...questo Essere oscuro e conturbante esiste davvero, e che con proditoria astuzia agisce ancora; è il nemico occulto che semina errori e sventure nella storia umana...*” (Paolo VI, 1972).

Stando così le cose, il tema delle demonopatie induce perciò ad assumere una posizione non solo prudente, ma sempre critica, nella misura in cui i fenomeni osservati

possono collocarsi problematicamente “a cavallo” tra la Psicopatologia e la Demonologia. In merito, stato sostenuto che “*Lo studio dell'influsso e delle manifestazioni diaboliche richiede necessariamente una collaborazione interdisciplinare tra riflessione teologica e scienze umane, quali la psichiatria, la psicologia del profondo...*”, perché esse “*se da una parte non possono essere in grado di fornire risposte esaurienti e definitive per ciò che riguarda il mondo degli esseri spirituali [...] dall'altra, possono contribuire in maniera notevole e talvolta determinante per una retta interpretazione di fenomeni, apparentemente diabolici, che devono invece essere ricondotti a situazioni umane o a cause naturali...*” (De Filippis, 2010, p. 5). In questo senso, “*Non che la psicopatologia possa illuminare appieno e risolvere radicitus questo problema antico come l'uomo, ma più si nega l'autonomia del demoniaco, più ci si immerge nelle sue sabbie mobili... radicalmente ambigue fra natura e cultura, fra fisica e metafisica, fra res et imago*” (Callieri, 2010, p. 7).

Riferimenti bibliografici

- Addington, J., Marshall, C., & French, P. (2012). Cognitive behavioral therapy in prodromal psychosis. *Current pharmaceutical design*, 18 (4), 558-565.
- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati*. Torino: Utet-Universitaria.
- Altan, C.T. (1992). *Soggetto, simbolo e valore. Per un'ermeneutica antropologica*. Milano: Feltrinelli.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision*. Milano: Masson.
- American Psychiatric Association (2023). *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. Text Revision. Milano: Raffaello Cortina.
- Amerio, L., & Catanesi, R. (1999). Violenza sessuale su minore. Contributo e limiti della perizia psicologico-psichiatrica. In S. Abbruzzese (Ed.), *Minori e sessualità. Vecchi tabù e nuovi diritti* (pp. 512-527). Milano: FrancoAngeli.
- Amorth, G. (1996). *Esorcisti e Psichiatri*. Bologna: Dehoniane.
- Ancona, L. (1961). Interpretazione clinica del comportamento religioso. *Archivio di Psicologia, Neurologia, Psichiatria*, 1, 07-28.
- Arieti, S. (Ed.) (VIII-1991). *Manuale di psichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Astigueta, D. (2009). L'investigazione previa: alcune problematiche. *Periodica*, 98, 195-233.
- Balducci, C. (1988). *La possessione diabolica*. Roma: Mediterranee.
- Ballerini, A. (2000). L'incompresa “incomprensibilità” di Karl Jaspers. *atque*, 22, 07-18.
- Barbieri, C. (2002). Danno psichico e gravidanza: riflessioni psichiatrico-forensi sul c.d. danno da lutto materno per morte del prodotto del concepimento. *Jura Medica*, XV (3), 503-514.
- Barbieri, C. (2017). Una verosimile chiave di lettura del c.d. reato d'impeto: la causalità come “gnommero”. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XI (2), 96-103.
- Barbieri, C. (2019). Traumi psichici e matrimonio. In C. Barbieri, V. Gepponi, L. Janiri & L. Sansalone (Eds.), *Matrimonio ed eventi di vita. Atti del secondo corso di formazione*

- in *Medicina Canonistica presso i Tribunali del Vicariato di Roma nell'anno 2016* (pp. 25-51). Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C. (2022). Intimate Partner Violence: vino vecchio in otri nuove? In AA.VV., *Tipologie relazionali e forme patologiche di religiosità nel processo matrimoniale canonico. Atti del IV e V corso di formazione in Medicina Canonistica presso i Tribunali del Vicariato di Roma negli anni 2018 e 2019* (pp.187-214). Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C. (2023). I comportamenti di ordine criminologico in ambito matrimoniale-canonistico. In R. Palombi, H. Franceschi & E. Di Bernardo (Eds.), *Iustitia et Sapientia in Humilitate* (pp.397-414). Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C. (2023). L'adulto vulnerabile: criteri di determinazione in ambito psichiatrico e medico-legale. In AA.VV., *Diritto Penale Canonico. Dottrina, prassi e Giurisprudenza della Curia Romana* (pp.397-408). Città del Vaticano: LEV.
- Bartholomew, K., & Cobb, R.J. (2010). Conceptualizing relationship violence as a dyadic process. In L.M. Horowitz & S. Strack (Eds.), *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions* (pp.233-248). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Bechdorf, A., Veith, V., Schwarzer, D., Schormann, M., Stamm, E., Janssen, B., Berning, J., Wagner, M., & Klosterkötter, J. (20005). Cognitive-behavioral therapy in the pre-psychotic phase: an exploratory study. *Psychiatry Research*, 136 (2-3), 251-255.
- Berg, M.T., & Schreck, C.J. (2022). The meaning of the victim-offender overlap for criminological theory and crime prevention policy. *Annual Review of Criminology*, 5, 277-297.
- Böhm, B., Zollner, H., Fegert, J.M., & Liebhardt, H. (2014). Child Sexual Abuse in the Context of the Roman Catholic Church: A Review of Literature from 1981-2013. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23 (6), 635-656.
- Borgna, E. (1998). *Come se finisce il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*. Milano: Feltrinelli.
- Callieri, B. (2010). Sulle demonopatie. Aspetti psicopatologici. *Rivista di psicodinamica criminale. Appendice, III*, 1-13.
- Callieri, B., & Schiavi, E. (1961). Contributo al problema psicopatologico delle demonopatie. *Archivio di Psicologia, Neurologia, Psichiatria*, I, 31-64.
- Cameron, N., & Magaret, A. (1962). *Patologia del comportamento*. Firenze: SEU.
- Cantillo, G. (2002). *Introduzione a Jaspers*. Roma-Bari: Laterza.
- Carena, R.A., & Cipolla R. (1993). In tema di delirio di possessione diabolica. Studio Antropologico e clinico. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXVII (3), 439-445.
- Caretti, V., & Craparo, G. (Eds.). (2008). *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Roma: Astrolabio-UBaldini.
- Carta di Noto IV (14 ottobre 2017). *Linee guida per l'esame del minore*, Retrieved April 20, 2024, from <https://aipgitalia.org/wp-content/uploads/2021/06/Carta-di-Noto-IV-2017.pdf>
- Ceschia, C., & Cozzi, D. (1989). L'epidemia di isterodemonopatie di Verzevis (1879). *Archivio di Psicologia, Neurologia, Psichiatria*, II, 390-412.
- Cito, D. (2023). Il concetto di persona/adulto vulnerabile nell'ottica del can 1398 §1. In AA.VV., *Diritto Penale Canonico. Dottrina, prassi e Giurisprudenza della Curia Romana* (pp.408-424). Città del Vaticano: LEV.
- Codice di Diritto Canonico (1983). Città del Vaticano: LEV.
- Concilio Ecumenico Vaticano II (1965). *Costituzione Pastorale Gaudium et Spes - Sulla Chiesa nel mondo contemporaneo*. 7 Dicembre 1965. Retrieved April 20, 2024, from <https://d-isf.org/gaudium-et-spes>
- Czernikiewicz, A., & Szulc, A. (2007). Pre-psychotic states--contemporary diagnostic and therapeutic issues. Part I. Clinical identification of pre-psychotic states. *Psychiatria Polska*, 41 (1), 05-15.
- Declich, M. (1962). Introduzione allo studio del diabolico in psichiatria. *Archivio di Psicologia, Neurologia, Psichiatria*, I, 409-441.
- De Filippis, C. (2010). Alcune considerazioni sulla demonopatia. *Rivista di psicodinamica criminale - Appendice, III*, 1-13.
- Del Pistoia, L. (2008). *Saggi Fenomenologici. Psicopatologia, clinica, epistemologia*. Roma: Giovanni Fioriti.
- del Pozzo, M. (2023). I diritti e i doveri delle vittime nel processo canonico. In AA.VV., *Diritto Penale Canonico. Dottrina, prassi e Giurisprudenza della Curia Romana* (pp.345-396). Città del Vaticano: LEV.
- Dettore, D., & Fuligni, C. (1999). *L'abuso sessuale sui minori. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. Milano: McGraw-Hill.
- Dicastero per la Dottrina della Fede (5 giugno 2022). *Vademecum su alcuni punti di procedura nel trattamento dei casi di abuso sessuale di minori commessi da chierici*, Versione 2.0, Retrieved April 20, 2024, from https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/ddf/rc_ddf_doc_20220605_vademecum-casi-abuso-2.0_it.html
- Dignitas connubii (2025). *Istruzione da osservarsi nei tribunali diocesani e inter-diocesani nella trattazione delle cause di nullità del matrimonio*. Città del Vaticano: LEV.
- Di Nola, A. (1987). *Il Diavolo*. Roma: Newton Compton.
- Ey, H. (1973). *Traité des Hallucinations*, Paris: Masson.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, Ch. (1995). *Manuale di Psichiatria - Quarta Edizione Italiana*. Milano: Masson.
- Ferrarotti, F. (1990). Breve nota sul diavolo. In F. Barbano & D. Rei (Eds.), *L'autunno del Diavolo. Volume II* (pp 475-490). Milano: Bompiani.
- Fiorillo, C. (2003). *Fragilità della verità e comunicazione. La via ermeneutica di Karl Jaspers*. Roma: Aracne.
- Fornari, U. (1983). Malocchio, Patologia di mente e credenze popolari nei reati di omicidio. Un riesame della letteratura. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIV, 69-92.
- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1989). *Trattato di Psichiatria*. Padova: Piccin.
- Garland, C. (Ed.) (2007). *Comprendere il trauma. Un approccio psicoanalitico*. Milano: Bruno Mondadori.
- Galimberti, U. (1987). *Psichiatria e fenomenologia*. Milano: Feltrinelli.
- Giovanni Paolo II. (4 gennaio 1993). *Discorso ai membri dell'«American Psychiatric Association»*. Retrieved April 20, 2024, from https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1993/january/documents/hf_jp-ii_spe_19930104_psychiatric-association.html
- Gozzetti, G., Cappellari, L. & Ballerini, A. (1999). *Psicopatologia fenomenologica delle psicosi. Sul senso dell'incontro con l'esperienza psicotica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Greco, O. & Maniglio, R. (2009). Gli effetti psichici dell'abuso sessuale sui minori: una review sistematica della letteratura. *Rassegna di Criminologia*, III (1), 175-190.
- Hassler, J.M. (1999). Malattie, insuccessi, perdite: la sofferenza umana come motore di regressione, di terapia e di crescita. In A. Sugarman (Ed.), *Vittime di abuso. L'impatto emotivo del trauma sul bambino e sull'adulto* (pp. 227-237). Torino: Centro Scientifico.
- Hollows, K. (2021). *Exploring the Victim-perpetrator Dichotomy in Domestic Violence: The Role of Trauma in Acts of Violence*. Unpublished doctoral dissertation, Bond University, Robina, Queensland (Australia).

- Innamorati, M., Taradel, R., & Foschi, R. (2018). Psicopatologia e demonologia. La "diagnosi" di possessione nel corso del XX secolo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 52, 31-46.
- Iyer, S.N., Boeckstyn, L., Cassidy, C.M., King, S., Joobar, R., & Malla, A.K. (2008). Signs and symptoms in the pre-psychotic phase: description and implications for diagnostic trajectories. *Psychological Medicine*, 38 (8), 1147-1156.
- Janiri, L., & Barbieri, C. (2019). Interruzione volontaria di gravidanza prenuziale e matrimonio. In C. Barbieri, V. Gepponi, L. Janiri & L. Sansalone (Eds.), *Matrimonio ed eventi di vita. Atti del secondo corso di formazione in Medicina Canonistica presso i Tribunali del Vicariato di Roma nell'anno 2016* (pp. 126-137). Città del Vaticano: LEV.
- Janiri, L., Caroppo, E., Martinotti, G., & Pozzi G. (Eds.) (2012). *Il punto di non ritorno. Itinerari e derive del trauma psichico*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Jaspers, K. (1913-1965). *Psicopatologia generale, Traduzione italiana della VII edizione tedesca*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Katan, M.M. (1939). A Contribution to the Understanding of Schizophrenic Speech. *The International Journal of Psycho-Analysis*, XX, 353-362.
- Katan, M.M. (1950). Schreber's hallucinations about the "little men". *The International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 32-35.
- Katan, M.M. (1953). Schreber's prepsychotic phase, *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 43-51.
- Kessler, R.C., Davis, C.G., & Kendler, K.S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27 (5), 1101-1119.
- Khan, M.M.R. (1963). The concept of cumulative trauma. *The psychoanalytic study of the child*, 18 (1), 286-306.
- Kiev, A. (1964). *Magic, Faith, and Healing Studies in Primitive Psychiatry Today*. New York: Free Press.
- Lavan, O., Apter, A., Benaroya-Milshtein, N., & Fennig, S. (2021). The prodrome of psychotic disorders. *Harefuah*, 160 (2), 104-109.
- Lemperièrè, Th., Féline, A., Gutman, A., Ades, J., & Pilate, C. (1989). *Psichiatria*. Milano: Masson.
- Lettera Apostolica in forma di «Motu proprio» del Sommo Pontefice Francesco "Vos estis lux mundi" (25.03.2023). Retrieved April 20, 2024, from <https://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2023/03/25/0227/00486.html>
- Lettera Enciclica Fides et Ratio del Sommo Pontefice Giovanni Paolo II ai Vescovi della Chiesa Cattolica circa i rapporti tra Fede e Ragione (14 Settembre 1998). Retrieved April 20, 2024, from https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_14091998_fides-et-ratio.html
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Markson, A. (2022). *Experience of anger: Perceptions of Anger in Self and Family Members*. Unpublished doctoral dissertation, University of Wolverhampton, Wolverhampton (UK).
- McNeese, V., & Monteleone J.A. (1999). Abuso sessuale infantile. In J.A. Monteleone (Ed.), *Gli indicatori dell'abuso infantile. Gli effetti devastanti della violenza fisica e psicologica* (pp. 49-82). Torino: Centro Scientifico.
- Morabito, S. (1995). *Psichiatra all'inferno*. Tavagnacco: Segno.
- Nizzoli, U., & Pissacroia, M. (Eds.) (2002). *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze. Voll. I e II*. Padova: Piccin-Nuova Libreria.
- Ordine degli Psicologi del Lazio (23.05.2016). *Linee Guida per l'ascolto del minore nelle separazioni e nei divorzi*, Retrieved April 20, 2024, from <https://aipgitalia.org/wp-content/uploads/2021/06/Linee-Guida-per-lascolto-del-minore-nelle-separazioni-e-divorzi-2.pdf>.
- Osterreich, T.K. (1930). *Possession, Demoniacal And Other*. London: Routledge.
- Paolo VI. (15 novembre 1972). *Udiienza generale*. Retrieved April 20, 2024, from https://www.vatican.va/content/paul-vi/it/audiences/1972/documents/hf_p-vi_aud_19721115.html
- Pavan, L., & Banon, D. (1996). *Trauma, vulnerabilità, crisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Pavez, F., Saura, E., & Marset, P. (2022). Subcultural representations of perpetrators and Victims of Crime and violence associated with mental disorders. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. Retrieved April 20, 2024, from <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.07.007>.
- Perrotta, G. (2019). The Phenomenon of Demonic Possession: Definition, Contexts and Multidisciplinary Approaches. *Journal of Psychology and Mental Health Care*, 3 (2), 1-13.
- Pettigrew, J., & Burcham, J. (1997). Effects of childhood sexual abuse in adult female psychiatric patients. *Australian And New Zealand Journal of Psychiatry*, 31 (2), 208-213.
- Puccini, C. (2003). *Istituzioni di Medicina Legale*. Milano: CEA.
- Radin, P. (1937). *Primitive Religion: Its Nature and Origin*. New York: The Viking Press.
- Reavis, J.A., Looman, J., Franco, K.A., & Rojas, B. (2013). Adverse Childhood Experiences and Adult Criminality: How Long Must We Live before We Possess Our Own Lives ?. *The Permanente Journal*, 17 (2), 44-48.
- Rodewyk, A.S.J. (1997). *Possessione diabolica oggi*. Tavagnacco: Segno.
- Ruggiero, G. (07.04.2022). L'indagine previa nel Codice di Diritto Canonico. *Cammino Diritto. Rivista di informatica giuridica*. Retrieved April 20, 2024, from <https://rivista.camminodiritto.it>.
- Ruiz, E. (2016). Trauma symptoms in a diverse population of sexually abused children. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8 (6), 680-687.
- Schaefer, L.S., Brunnet, A.E., Lobo, B. de O. M., Castro Núñez Carvalho, J., & Kristensen, C.H. (2018). Psychological and Behavioral Indicators in the Forensic Assessment of Child Sexual Abuse. *Temas em Psicologia*, 26 (3), 1483-1498.
- Scharfetter, Ch. (2004). *Psicopatologia generale. Un'introduzione*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Sexual Assault Crisis Center (Revised May 2014). *Tennessee Best Practice Guidelines For Sexual Assault Response Services Adult Victims*, Knoxville (TN), Retrieved April 20, 2024, from https://www.google.com/search?q=sexual+assault+crisis+center+knoxville+guidelines+pdf&rlz=1C1KMZB_enI T548IT549&coq=Sexual+Assault+Crisis+Center+Knoxville+guidelines&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqBwgBECEYoAEyBggAEEUYOTIHCAEQIRigAdIBCjE0Mjc3ajBqMTWoAgiwAgE&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Social Care Institute for Excellence (Published: January 2015, Last reviewed: December 2020). *Types and indicators of abuse Different forms of abuse and the signs*, Egham (EN), Retrieved April 20, 2024, from <https://www.scie.org.uk/safeguarding/adults/introduction/types-and-indicators-of-abuse/>
- Società Italiana di Criminologia, Società Italiana di Medicina legale e delle Assicurazioni, Società Italiana di Neuropsichiatria infantile, Società Italiana di Neuropsicologia, Società Italiana di Psichiatria, Società di Psicologia giuridica (Roma 06.11.10).

- Linee Guida Nazionali. L'ascolto del minore testimone*. Retrieved April 20, 2024, from https://static1.squarespace.com/static/5d1f07a40b4f4100012c57f5/t/5e96cbd67dcc-25077f7571fd/1586940886982/Consensus_Testimonianza.pdf
- Solomon, J., & George, C. (Eds.) (1999). *Attachment Disorganization*. New York: Guilford.
- Stanghellini, G. (1996). Il modello antropologico della vulnerabilità. In A. Ballerini & B. Callieri (Eds.), *Breviario di Psicopatologia* (135-149). Milano: Feltrinelli.
- Stanghellini, G. (1997). *Antropologia della vulnerabilità*. Milano: Feltrinelli.
- Stanghellini, G. (1998). Vulnerabilità schizotropica e vulnerabilità schizotipica. *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 2, 183-209.
- Szulc, A., & Czernikiewicz, A. (2007). Pre-psychotic states-contemporary diagnostic and therapeutic issues. Part II. The biological markers of the risk of schizophrenia. Therapy of pre-psychotic states. *Psychiatria Polska*, 41 (1), 17-27.
- Talamonti, A. (2001). Dissociazione psichica e possessione. Note su de Martino e Janet. *Antropologia*, 1, 55-76.
- Tatossian, A. (2003). *La fenomenologia delle psicosi*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Teasdale, B. (2009). Mental disorder and violent victimization. *Criminal Justice and Behavior*, 36 (5), 513-535.
- The University of Tennessee (August 12, 2022). *Policy on Sexual Harassment, Sexual Assault, Dating and Domestic Violence, and Stalking*. Retrieved April 20, 2024, from <https://titleix.utk.edu/wp-content/uploads/sites/96/2022/08/Accessible-2022-2023-UT-Title-IX-Policy.pdf>
- Versaldi, G. (2002). Confessore e psicologo: due vocazioni che si possono integrare. In Centro Volontari della sofferenza, *Medicarsi l'anima: psicoterapia o confessione?* (pp.30-39). Roma: Silenziosi Operai della Croce.
- Yung, A.R., & McGorry, P.D. (1997). Is pre-psychotic intervention realistic in schizophrenia and related disorders? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 31 (6), 799-805.
- Zollner, H. (2019). The Child at the Center: What Can Theology Say in the Face of the Scandals of Abuse. *Theological Studies*, 80 (3), 692-710.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126