

La prevenzione della recidiva nei sex offenders

Michele Frigieri*

Abstract

I reati a sfondo sessuale rappresentano un esteso fenomeno che incide significativamente nella società contemporanea. L'articolo esamina differenti approcci criminologici inerenti l'aggressione sessuale.

La prima parte prende in esame il fenomeno dei reati sessuali nella sua interezza, mostrandone la diffusione e i dati statistici ufficiali suddivisi per aree geografiche. Inoltre, offre una classificazione dei reati sessuali ponendo l'accento su età e genere di vittime e aggressori.

La seconda parte evidenzia la forte predisposizione degli abusanti, riscontrata specialmente nei pedofili, alla recidiva analizzando la relazione che esiste tra le caratteristiche psicologiche dell'aggressore e la sua tendenza a commettere reati a sfondo sessuale. Si mostrano i risultati ottenuti da diversi studi scientifici che intendono limitare i rischi di recidiva in trattamenti che coinvolgono aspetti psicologici, emotivi e sociali. Sono illustrate alcune caratteristiche che possono concorrere ad agire un abuso di tipo sessuale. I *sex offenders* sono classificati nel DSM-5, mentre non sono ancora disciplinate in modo concordato altre categorie di molestatori sessuali. Sono riscontrabili correlazioni fra disturbi di personalità e desiderio abusante.

La sezione conclusiva analizza la riduzione della libido tramite la somministrazione di farmaci, conosciuta come castrazione chimica. Viene offerta una panoramica delle caratteristiche ad essa connessa, riconoscendo gli evidenti limiti sia clinici che in relazione ai diritti dell'uomo.

Keywords: reato sessuale, aggressore sessuale, trattamento clinico, recidiva, castrazione chimica.

Sexual offence has proven to be an alarming and widespread phenomenon which seriously affects our contemporary society. This article effectively deals with this issue, taking into account several perspectives underlying sexual crimes.

The first chapter is devoted to examine the phenomenon in its entirety, exploring its actual diffusion and therefore illustrating official statistical data sorted by geographical areas. In addition, this first section provides a clear classification of sexual crimes, paying attention to gender and age of both offenders and victims.

The second chapter highlights the strong predisposition of offenders, especially observed in paedophiles, to recidivism, be worth considering that a close link between the inclination to commit sexual crimes and the psychological profile of the offender exists. Furthermore, the chapter illustrates several scientific studies aiming at stop risks connected to

* Criminologo, Sessuologo.

recidivism by working on the reconditioning of criminals on a psychic, emotional and social level.

Going through the article, a summary of mental diseases that can lead to the urge to commit abuses is outlined. More in depth, child molesters are described as DSM-5 diseased, whereas a definite classification related to other typologies of abusers has not been established yet; nevertheless, it has proven that set of problems are embedded in sexual offence, such as personality disorders.

The last section analyses the practice of libido-reducing medication, otherwise known as chemical castration, providing an overview about related advantages and drawbacks, but generally evaluating this procedure as detrimental to the human being and ineffective to efficiently and permanently solve the problem.

Key words: Sexual Offence, Sex Offenders, Treatment, Recidivism, Libido-Reducing Medication.

Statistiche dei Reati Sessuali

Partendo dai dati statistici si rileva come, a fronte di un fenomeno grave che incide psicologicamente e fisicamente sulla popolazione, si stiano impiegando sempre maggiori risorse per prevenire tale violenza e sensibilizzare la popolazione. Sono, invece, limitati e inadeguati i progetti e le risorse volte a trattare gli adulti autori di reati sessuali attraverso percorsi terapeutici che possano incidere positivamente sulla riduzione della recidiva.

Esaminando i numeri della violenza sulle donne e i minori, che costituiscono la maggioranza delle vittime dei reati sessuali, si nota come appaiano drammaticamente elevati:

- la World Health Organization (WHO)¹ ha stimato che in Europa il 27,2% delle donne sopra i 15 anni ha subito violenza, il 5,2% ha subito una violenza sessuale da estranei e il 25,4% ha subito una violenza fisica o sessuale dal partner;
- nel 2006, l'Istat ha condotto la prima indagine nazionale italiana sulla violenza alle donne² stimando in 6 milioni e 743 mila le donne che almeno una volta nella vita sono state vittime di violenza, fisica o sessuale, cioè il 31,9%;
- 5 milioni di donne (23,7%) hanno subito violenza sessuale, 1 milione (4,8%) è stata vittima di stupro (482 mila) o tentato stupro (703 mila);
- 1 milione e 400 mila donne hanno subito violenza sessuale prima dei 16 anni: nel 24,8% dei casi la violenza è ad opera di uno sconosciuto e il 53% delle vittime ha dichiarato di non averne parlato con nessuno.

L'Emilia Romagna, con il 38,2% di donne che hanno subito violenza fisica o sessuale, ha il triste primato di regione con la più alta percentuale di vittime. Il

¹ http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/

² <http://www.istat.it/it/archivio/34552>

29,6% ha subito una violenza sessuale e il 6,9% uno stupro (tentato o consumato). Solo il 5,1% denuncia la violenza subita ad opera del partner e solo il 2,9% quella subita da un estraneo. L'11,5% delle donne residenti nella regione Emilia Romagna ha subito una violenza sessuale prima dei 16 anni; si tratta della più alta percentuale in Italia, ben al di sopra del 6,6% di media nazionale. In Italia, tra il 15/10/12 e il 28/2/13 le violenze sessuali commesse sono state 1.482, con un'incidenza del 89,63% di vittime di sesso femminile: nel periodo 15/10/13 - 28/2/14 sono state 1.206 (91,12% vittime femminili). Le denunce per violenza sessuale nel 2012 (ultimo dato disponibile) sono state 4689, quelle per atti sessuali con minorenni 558³.

La violenza sessuale è un delitto che non conosce età per il soggetto agente, mentre le vittime privilegiate sono quelle in giovane o giovanissima età, sia maschi che femmine, anche se con punte elevate fino ai 45 anni tra le donne.

Il soggetto agente è prevalentemente maschio: 4558 contro 101 donne per la violenza sessuale e 643 contro 34 donne per gli atti sessuali con minorenni, e la vittima prevalentemente femmina: 4011 donne contro 434 maschi nella violenza sessuale, mentre nei casi di atti sessuali con minorenni il divario è di uno a tre: 375 femmine a fronte di 103 vittime di sesso maschile.

Tabella 1 - **Precedenti penali e recidiva**

Tipo di reato	senza precedenti penali	con precedenti penali	recidiva	recidiva specifica	recidiva generica	recidiva generica e specifica
Delitti di violenza sessuale	–	609	–	–	–	–
Violenza sessuale di gruppo	64	32	9	2	7	0
Violenza sessuale	806	577	141	48	93	0
Atti sessuali con minorenne	116	63	15	2	13	0

Nel 2011 (ultimo dato disponibile) sono state condannate con sentenza irrevocabile 1395 persone per violenza sessuale, delle quali 677 in concorso con altro o più reati, 124 in Emilia Romagna. I minorenni condannati sono stati 45. In 460 casi si è trattato di reato continuato. Dei condannati di sesso maschile 806 erano incensurati, 577 avevano precedenti penali, a 48 è stata contestata la recidiva specifica e a 93 quella generica⁴. Le pene, almeno nella metà dei casi, sono conte-

³ http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_DELITTIPS&Lang=

⁴ La recidiva semplice consiste nella commissione di un reato dopo la condanna irrevocabile per un altro reato, è indifferente sia la natura del successivo reato che il tempo trascorso dalla precedente condanna; la recidiva specifica si ha quando il nuovo reato è della stessa indole di quello precedentemente commesso (artt. 99-101 c.p.).

nute entro i due anni, ma oltre 200 persone sono state condannate in via definitiva a pene comprese tra i 3 e i 10 anni.

Osservando, invece, i dati statistici che riguardano i minori, si può notare che nel corso degli anni è in aumento il fenomeno che li vede protagonisti come abusanti verso altri minori. I reati dei soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale per i minorenni al 15 luglio 2014 sono:

- per **violenze sessuali** 844 i denunciati maschi, 12 le femmine (totale 856);
- per **atti sessuali con minorenne** 131 maschi denunciati, 1 femmina (totale 132);
- per **sfruttamento pornografia e prostituzione minorile** 130 maschi denunciati, 22 femmine (totale 152).

Un altro fenomeno che coinvolge negativamente il nostro paese è quello del turismo sessuale. Le ricerche condotte dall'Osservatorio Mondiale del Turismo riportano alcuni dati: ogni anno, almeno **3 milioni** di persone partono per viaggi a scopo sessuale, di cui un sesto è alla ricerca di minorenni, con un volume di affari complessivo intorno agli 80/100 miliardi di dollari (Organizzazione Mondiale del Turismo). I **fruitori** dello sfruttamento sessuale minorile sono per il 65% turisti occasionali, per il 30% turisti abituali, per il 5% pedofili. Il 37% dei fruitori rientra fra i 31 e i 40 anni e sono per la quasi totalità occidentali. Le **vittime** del turismo sessuale sono per il 60% comprese tra i 13 e i 17 anni, per il 30% dai 7 ai 12 anni, per il 10% da 0 a 6 anni. Il 75% dei minori coinvolti sono femmine. Tra le **destinazioni** più frequentate si trovano Brasile, Nepal, Bangladesh, Colombia, Ucraina, Bulgaria, Thailandia.

La destinazione favorita del turismo sessuale femminile è invece l'Europa meridionale (principalmente Italia, Ex Jugoslavia, Turchia, Grecia e Spagna), i Caraibi, parte dell'Africa, le Filippine (ECPAT, *End Child Prostitution Pornography and Trafficking*, 2010)⁵. Si stima che siano 80.000 gli italiani che partono per turismo sessuale minorile⁶: il 60% sono occasionali, il 35% abituali e il 5% pedofili⁷.

Il Trattamento della Recidiva nei Sex Offenders

Le indagini condotte a livello nazionale e internazionale rivelano un alto tasso di recidiva per gli autori di reato sessuale, specificatamente per coloro che agiscono ai danni di minore. Un ulteriore fenomeno in crescita è quello che vede gli stessi minorenni come soggetti abusanti nei confronti di altri minori⁸. Il confronto con gli studi condotti da esperti del settore ha rivelato come siano due le fasi ba-

⁵ http://www.ecpat.it/index.php?option=com_content&view=article&id=51%3A%20turismo-sessuale-a-danno-dei-minori&catid=38%3A%20temi-di-intervento&Itemid=59

⁶ http://www.osservatoriopedofilia.gov.it/dpo/it/turismo_sessuale.wp;jsessionid=27977CF03667E7CDA082906EDD37B426.dpo1

⁷ http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/Cap_7_par_6_il_turismo_sessuale.pdf

⁸ www.giustizia.it

silari per il raggiungimento di una riduzione del fenomeno di recidiva. La prima, un'approfondita analisi psicodiagnostica dell'autore di reato che garantisca non solo una visione psicologica, ma anche di relazione sociale e del background valoriale ed educativo del soggetto in esame. La seconda, un intervento trattamentale che, sulle basi acquisite durante la prima fase, possa operare sui vissuti, sull'emotività e il riconoscimento delle proprie azioni. Una riduzione dei tratti di personalità narcisistici e antisociali mira ad incrementare un miglior esame di realtà e di coscienza della propria emotività⁹. Le sperimentazioni in campo internazionale, soprattutto statunitensi, canadesi ed australiane¹⁰, indicano la necessità di approcci integrati con basi psicodinamiche e attenzione alle teorie dell'attaccamento¹¹. I risultati delle principali esperienze nazionali condotte propongono la costituzione di un osservatorio che raccolga dati attendibili e utilizzabili sulla personalità dell'abusante e della persona che subisce l'abuso, sui comportamenti abusanti e di reazione all'abuso, sulle condizioni psicosociali e interpersonali che ne accompagnano il manifestarsi. Ciò risulterebbe funzionale alla valutazione di nuovi strumenti e metodiche idonei a riconoscere la qualità emozionale e cognitiva delle esperienze di abuso e delle loro ripercussioni sul ciclo di vita delle persone coinvolte.

In campo internazionale, l'Institut-Philippe Pinel di Montréal attua dagli anni '80 un programma di valutazione e trattamento degli aggressori sessuali presso il Centre de psychiatrie légale de Montréal¹². Il programma coinvolge aggressori sessuali provenienti dai servizi correzionali canadesi. Dal 1985 il programma è stato riadattato per includere anche utenti esterni presso il Centro di Psichiatria Legale di Montréal (CPLM). A livello nazionale, vi sono alcune esperienze che si ispirano alla ricerca e al trattamento attuato dall'Institut-Philippe Pinel di Montréal, come l'esperienza nel carcere di Bollate coordinata dal Dott. Giulini dal 2005 e quella condotta fra il 2009 e il 2010 dal Dott. Frigieri all'interno della Casa Circondariale "Sant'Anna" di Modena. Inoltre, la Commissione Europea ha promosso alcuni progetti: *Wolf* (Working On Lessening Fear: lavorare per diminuire la paura) e *For Wolf* (Formazione per W.O.L.F.), realizzati dall'Amministrazione Penitenziaria con partners internazionali.

Il *setting*, ovvero il luogo di detenzione in cui viene svolta la terapia, pone tre condizioni necessarie allo svolgimento del trattamento: far riferimento ad un sapere terzo, cioè quello verso l'istituto Pinel di Montreal che da anni opera nel

⁹ Award G., Saunders E., Levene J. "A clinical study of male adolescent sex offenders", in "International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology"; Craissati J. "Gli autori di abusi sessuali sui bambini", Centro Scientifico Editore, Torino, 2002; Fergusson D.M., Mullen P.E. "Abusi sessuali su minori", Centro Scientifico Editore, Torino, 2004.

¹⁰ Colwell J.K., Boer D.P., "The treatment of pedophiles: clinical experience and the implication of recent research", in "International Journal of offender Therapy and comparative criminology", Oct. 2000, Vol. 44, pp. 593-605.

¹¹ "International Journal of offender Therapy and comparative criminology", Apr. 2006, Vol. 50, pp. 139-147.

¹² <http://www.pinel.qc.ca/Profile.aspx?NavID=1186&CultureCode=fr-CA;>
<http://www.pinel.qc.ca/Download.aspx?NavID=1541&CultureCode=fr-CA>

campo del trattamento della recidiva; l'utilizzo del gruppo per una funzione di rispecchiamento, in cui ogni persona può osservare nell'altro la propria storia arrivando a prendersi carico la problematica violenta e sessuale e lavorando su di essa; infine il contesto detentivo, che se da una parte offre sicurezza e contenimento, dall'altra rischia di essere un impedimento alla costruzione di un'alleanza terapeutica pienamente scelta. A tal proposito, è importante sottolineare come la partecipazione al trattamento sarà consentita solo a chi sceglie consapevolmente il percorso e come la partecipazione non apporti nessuno sconto riguardo alla pena.

L'Istituto Pinel di Montreal, l'équipe di Giulini nella Casa Circondariale di Bollate e il Dott. Frigieri concordano come per questo particolare tipo di detenuti la terapia di gruppo riesca, per le sue peculiarità, a fornire il trattamento idoneo accanto a colloqui di sostegno individuali. Alcune ricerche sottolineano l'importanza di attuare programmi di trattamento che possano anche contribuire alla sicurezza della società. Il ricercatore Hanson sottolinea che "ora abbiamo prove attendibili che coloro che frequentano e collaborano con programmi di trattamento sono meno probabili di recidiva rispetto a quelli che rifiutano l'intervento"¹³. Perché la scelta di un trattamento di gruppo? Si possono analizzare alcune teorie di Kaës (1993), il quale vede il gruppo come il dispositivo adatto per psicoterapia psicoanalitica poiché vi è:

- la presenza simultanea, faccia a faccia, di più persone;
- la creazione di legami tra i soggetti attraverso un apparato psichico;
- la presenza di interazione dei processi associativi;
- alcune conseguenze generate dalle precedenti caratteristiche.

Attraverso il gruppo il soggetto introduce qualcosa di sé, della propria storia, ma attraverso la reciprocità riceve anche il materiale affettivo e rappresentativo presente negli altri membri e nella "mente" del gruppo. Attraverso i processi associativi e verbali, il soggetto può accedere al mondo simbolico, sperimentare la funzione riflessiva (Fonagy, 2001) ed empatica¹⁴. In gruppo possono essere analizzate e trattate alcune caratteristiche rintracciabili nei sex offenders:

- meccanismi di difesa quali la negazione e minimizzazione;
- il sentimento del percepirsi una *vittima*;
- la funzione riflessiva ed empatica;
- il racconto della propria storia personale;
- le fantasie sessuali, la sessualità;
- i disturbi mentali eventualmente presenti;
- la differenziazione tra volontà e responsabilità dell'atto criminale;

¹³ R. Karl Hanson and Monique T. Bussiere, 1998, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

¹⁴ Tierney, David; McCabe, Marita, 2001, *An evaluation of self-report measures of cognitive distortions and empathy among Australian sex offenders*.

- l'entrare in contatto con il proprio sé danneggiato e con il danno causato alla vittima;
- la rieducazione affettiva.

I meccanismi di difesa servono appunto a proteggere il soggetto da pensieri, emozioni o agiti (come il reato) percepiti come angoscianti. Attraverso la minimizzazione, l'aggressore fornisce spiegazioni riguardo al proprio agito che mirano a spostare la responsabilità su altre persone o fattori esterni per diminuire la propria colpevolezza; la negazione, che può essere totale o parziale, riguarda il comportamento, la responsabilità e la gravità di quanto accaduto. La funzione primaria sembra essere quella di autoprotezione salvaguardando un'immagine di sé accettabile, proteggendo il sex offender da vergogna, colpa e denigrazione, sanzioni sociali e risparmiando la famiglia dall'infamia del reato. Negando si ha l'impressione di mantenere il controllo su di sé. L'immagine di sé è compromessa ma anche danneggiata dal reato e dalla propria storia connotata spesso da eventi traumatici e abusanti (abbandoni, maltrattamenti, abusi fisici, psicologici e sessuali). Il gruppo, in cui il soggetto sperimenta un'identificazione sia attraverso la commissione di un reato simile sia attraverso le storie di vita, può dare voce e parole a quelli che erano solo agiti (il crimine). L'entrata in contatto con le parti di sé danneggiate e ferite, il lavoro di ri-simbolizzazione e ri-significazione può mettere in contatto il reo con la rappresentazione della vittima del proprio reato e con gli affetti provati da essa, simili a quelli da lui percepiti. Il sentimento di vittimizzazione sperimentato in carcere da questo genere di detenuti in quanto vittime, secondo loro, dello Stato e del regime carcerario che li relega in speciali sezioni per proteggerli dalle minacce degli altri detenuti, è un ostacolo al riconoscimento del reato e della propria responsabilità.

Solo il trattamento individuale e gruppale può scalfire queste difese, così pericolose se non trattate. Il soggetto deve poter avere uno *spazio* di cura che lo metta in contatto gradualmente con i vissuti e la propria storia, anche criminale. Attraverso lo sviluppo della funzione riflessiva ed empatica ci sarà una rilettura del crimine che potrà trovare una spiegazione del perché il soggetto è arrivato a commettere il reato, riscrivendolo nelle trame di vita. Questi soggetti sono deficiari rispetto a queste funzioni, poiché la modalità di apprendimento è stata improntata all'agito e non al pensiero e alla simbolizzazione come spazio di parola e ragionamento.

Nel gruppo è trattata e affrontata la tematica sessuale riguardante anche le fantasie; la sessualità spesso è usata dai sex offenders come mezzo di coercizione e violenza, di dominio e sopraffazione per non percepire le proprie fragilità e come unica modalità appresa di relazione con l'altro (Lacombe, Dany, 2008). L'obiettivo del processo terapeutico deve vertere sulla comprensione del funzionamento di ognuno e dell'assunzione di responsabilità di ciò che si è agito attraverso l'abuso: il capire come il singolo sia arrivato a compiere il reato, le motivazioni e gli eventi di vita che lo hanno portato a commetterlo (Cochrane, 1991).

La tecnica psicoanalitica è privilegiata come mezzo di analisi e cura attraverso la lente relazionale che possa aprire la visione dell'individuo in contatto con se stesso, con gli altri detenuti e operatori, con i propri familiari e la storia personale, con la vittima del reato ed infine con la sua presenza nella società. È fondamentale, sia da parte del reo che dell'équipe trattamentale, capire il funzionamento per poter comprendere le risorse e le difficoltà del soggetto, verificarne le capacità di contatto con il materiale affettivo interno e la disponibilità al cambiamento, definire le criticità soggettive rispetto all'eventuale ri-commissione del reato e progettare il percorso maggiormente idoneo nell'ambiente esterno.

Caratteristiche Psicodiagnostiche

La nosografia psichiatrica (DSM-5 e ICD-10) descrive e definisce i disturbi mentali che possono essere rilevati nel soggetto che commette un reato di tipo sessuale. È importante sottolineare come l'eziopatogenesi di un reato non è riscontrabile solo nello sviluppo di un disturbo psichiatrico ma in molteplici fattori presenti e rilevabili nell'ambiente e nella storia del soggetto. È presente inoltre un'eterogeneità di comportamenti e vissuti che l'abusante intraprende scegliendo la propria vittima (età, sesso, tipo di violenza) ed è dibattuto nel campo clinico la presenza o meno di psicopatologia negli autori di reati sessuali. Mentre gli abusatori di minori sono classificati all'interno della categoria diagnostica del DSM-5, gli aggressori sessuali verso adulti non vengono classificati all'interno di disturbi mentali. Vi può essere comorbidità di disturbi: sia sul versante della personalità, ma anche rispetto a disturbo depressivo o maniaco. Ecco che diventa importante eseguire una diagnosi che permetta di orientare il clinico nel trattamento. La maggior parte delle persone con interessi sessuali atipici non hanno un disturbo mentale. Per essere diagnosticati con un disturbo parafilico, il DSM-5 richiede che le persone debbano:

- sentirsi a disagio personale rispetto al loro interesse, non solo disagio derivante dalla disapprovazione della società;
- avere un desiderio sessuale, o comportamento, che comporti dolore psicologico di un'altra persona, lesioni o morte, o un desiderio per i comportamenti sessuali con persone non consenzienti o incapaci di dare il proprio consenso.

Nel DSM-5 è stato revisionato il nome che è stato modificato in *disturbo pedofilico*, ma i criteri diagnostici sono gli stessi.

Questo disturbo comporta un'attività sessuale con bambini prepuberi (generalmente di 13 anni o più piccoli) e in cui il pedofilo abbia almeno 16 o più anni e sia almeno di 5 anni maggiore del bambino. La frequenza di tale comportamento pedofilo è fluttuante e in relazione agli stress psicosessuali. Alcuni soggetti pedofili sono attratti esclusivamente da bambini (tipo esclusivo), mentre altri sono talvolta attratti anche da adulti (tipo non esclusivo); alcuni pedofili sfogano

i propri impulsi con bambini e possono limitarsi a spogliare il bambino e a guardarlo, a mostrarsi, a masturbarsi in sua presenza, a toccarlo con delicatezza e ad accarezzarlo. Altri devono fare agire al bambino un ruolo attivo o sottoporlo a pratiche penetrative. In tutti i casi, l'attività parafiliaca viene di solito giustificata o razionalizzata sostenendo o un valore educativo per il bambino, o che il bambino ne ricava piacere sessuale, o che il bambino era sessualmente provocante.

Nella letteratura sono presenti alcune interessanti classificazioni riguardanti le condotte pedofile. Ken Lanning, (agente dell'FBI tra i maggiori esperti al mondo di reati contro i minori) propone una classificazione a quattro tipologie: il represso, l'indifferente sul piano morale, l'indifferente sul piano sessuale, l'inadeguato.

- *Represso*: ha una bassa autostima, rapporti con minori in sostituzione dei soggetti adulti che per lui sono inavvicinabili. In questo genere di soggetti gli episodi di pedofilia sono da associarsi a qualche evento traumatico della propria vita.
- *Indifferente morale*: essendo un soggetto privo di coscienza che spesso si muove d'impulso non percepisce come grave l'abuso e tende a molestare sia i propri figli che altre vittime.
- *Indifferente sessuale*: abusa sessualmente di un bimbo perché si annoia e l'esperienza gli sembra nuova, eccitante, diversa. È un individuo disposto a provare tutto.
- *Inadeguato*: è un individuo socialmente emarginato che spesso continua a vivere con i genitori o con un parente più anziano. Pur non essendo naturalmente attratto dai bambini (anzi, la curiosità relativa al sesso lo spinge verso gli adulti), sono queste le vittime scelte in sostituzione dei coetanei nei confronti dei quali si sente insicuro.

R.M. Holmes e S.T. Holmes (2002) propongono una suddivisione in quattro categorie: l'immaturo, il regressivo, il sadico e il fissato, riprendendo le categorie di Lanning sottolineando l'aspetto di arresto temporaneo o permanente dello sviluppo psico-sessuale nel fissato. Tommas O'Connor suddivide gli abusatori dividendoli fra incestuoso (ad esempio un genitore inibito e introverso, che soffre della bassa stima che ha di sé e utilizza la negazione come difesa dall'assunzione di responsabilità) e l'abusatore che agisce fuori dalla relazione familiare (caratterizzato da estroversione e che gode di un'alta autostima, spesso pieno di sé, sicuro e capace di buona espressione; utilizza la razionalizzazione).

La Castrazione Chimica

Una chiarificazione va posta riguardo a questo tipo di trattamento, che non raggiunge l'obiettivo terapeutico di prevenzione della recidiva. La castrazione chimica, ovvero il "trattamento del blocco androgenico totale attraverso la som-

ministrato di farmaci analoghi dell'LH-RH ovvero di metodi chimici o farmacologici equivalenti” per chi sia “riconosciuto colpevole, con sentenza passata in giudicato, dei reati di cui agli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater e 609-sexies del codice penale commessi su minori” è approvata da alcuni stati americani e oggi adottata in Svezia, Danimarca, Canada, Gran Bretagna e Spagna. La terapia è basata sull'uso di farmaci che bloccano gli ormoni sessuali maschili. Si tratta di una castrazione non definitiva, provocata da farmaci a base di ormoni come il ciproterone. Si legano ai recettori del testosterone e, in questo modo, impediscono all'ormone maschile di attivarsi, neutralizzandolo. Affinché l'effetto possa essere duraturo, l'individuo dovrebbe essere soggetto ad assunzioni ripetute e permanenti. Alcuni farmacologi, fra cui Garattini, sono inoltre scettici sulla possibile validità del trattamento.

Un'indagine condotta dalla statunitense K. Amlin ha dimostrato come il trattamento a castrazione chimica possa in alcuni soggetti incrementare una tendenza aggressiva, inoltre se la terapia dovesse essere somministrata in modo irregolare si potrebbero presentare nuove fantasie sessuali con contenuti perversi rinnovati. In Svizzera, la sperimentazione si avvale del trattamento ma gli stessi medici non nascondono le perplessità dichiarando una sicura riduzione della libido, ma con conseguente compromissione del corpo e sua femminilizzazione. Inoltre, c'è accordo sul fatto che un regolamento di tipo organico non può sostituirsi a un problema di tipo psicologico-aggressivo. Gli interventi, sostengono due fra i massimi esperti endocrinologi europei (Stoleru e Pugeat), sono a tempo determinato e non risolutivi con un sicuro innalzamento dei problemi a livello ormonale per coloro che si sottopongono al trattamento. In conclusione, tale metodo di inibizione ormonale dell'eccitabilità, spesso utilizzato anche nel trattamento di soggetti transessuali, risulta non definitivo:

- Sul versante medico e scientifico sono numerose le tesi contrastanti che evidenziano come la castrazione chimica “da una lato provoca un temporaneo abbassamento dei desideri sessuali, dall'altro rende il soggetto più aggressivo”; infatti, sul piano clinico, “chi abusa esprime un disturbo psicologico” e quindi “la somministrazione di ormoni [che] non modifica l'assetto di personalità del pedofilo... è inutile”¹⁵.
- Sul versante giuridico, invece, la norma appare come contraria all'Ordinamento nel suo complesso, perché esso tutela l'assoluta integrità del corpo (quale principio fondamentale di natura costituzionale; art. 32 Cost.), che non può mai essere limitata dalla legge, salvo casi urgenti e peculiari per il beneficio del malato psichico (cfr. T.S.O., L.180/1978) ed è sostanzialmente sottratta persino alla libera disposizione del singolo (art. 5 C.C.), al punto da essere previsti, come reati, l'omicidio del consenziente e l'aiuto al suicidio (artt. 579 e 580 C.P.).

¹⁵ Pareri espressi dai dott. Lino Rossi e Roberta Cecchetti; cfr. <http://www.sosinfanzia.org/2004/castrazione.asp>

Bibliografia

- Allen J.G., Fonagy P., Bateman A.W. (2010). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Awad G., Saunders E., Levene J. (2004). *A clinical study of male adolescent sex offenders*, in International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, in Fergusson D.M., Mullen P.E. (2004), *Abusi sessuali su minori*, Torino, Centro Scientifico Editore.
- Carini A., Pedrocco Biancardi M.T., Soavi G. (2001). *L'abuso sessuale intrafamiliare. Manuale d'intervento*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Colwell J.K., Boer D.P. (2000). The treatment of pedophiles: clinical experience and the implication of recent research, in *International Journal of offender Therapy and comparative criminology*, Vol. 44, pp. 593-605.
- Craissati J. (2002). *Gli autori di abusi sessuali sui bambini*, Torino, Centro Scientifico Editore.
- Fadda M.L. (2011). Il trattamento rieducativo dei detenuti sex offenders, *Rivista di Sessuologia*, Vol. 35, n. 2 - Aprile Giugno.
- Giulini P. e Xella C.M. (2011). *Buttare la chiave? La sfida al trattamento per gli autori di reati sessuali*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Hanson R.K., Bussiere M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Holmes R.M., Holmes S.T. (2002). *Profiling Violent Crimes*, London, Sage.
- Kaës R. (1994). *La parola e il legame, processi associativi nei gruppi*, Roma, Edizioni Borla.
- Kaës R. (1999). *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*, Roma, Edizioni Borla.
- Kaës R. (1993). *Il gruppo e il soggetto del gruppo*, Roma, Edizioni Borla.
- Lacombe Dany (2008). Consumed With Sex: The Treatment of Sex Offenders In Risk Society, *The British Journal of Criminology*, 48,1, 55-74.
- Pedrocco Biancardi M.T., Sperase L. e M. (2008). *La Cicogna miope. Dalla famiglia che violenta alla famiglia che ripara*, Milano, Franco Angeli.
- Tierney David W., McCabe Marita P. (2001). An evaluation of self-report measures of cognitive distortions and empathy among Australian sex offenders, *Archives of Sexual Behavior*, 30.5, 495-519.
- World Health Organization (WHO), (2013). *Violence against women: a global health problem of epidemic proportions*, retrieved from: <http://.who.int>