

LA PEDOFILIA: ASPETTI CLINICI E GIURIDICI

III° PARTE (*):

L'INTERVENTO TRATTAMENTALE

(*) per leggere la PRIMA parte di questo lavoro clicca [QUI](#)

(*) per leggere la SECONDA parte di questo lavoro clicca [QUI](#)

Introduzione.

Il Disturbo Pedofilico viene definito come “*un’eccitazione sessuale ricorrente intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, che comportano attività sessuale con un bambino in età prepuberale o con bambini (in genere sotto i 13 anni di età)*”¹. Inserito all’interno dei disturbi parafilici, il disturbo pedofilico risulta quindi essere un argomento connotato da una forte sensibilità. Più generalmente, la pedofilia riguarda il marcato e persistente interesse sessuale per bambini prepuberi, come manifesto da fantasie, desideri, pensieri e comportamenti sessuali dell’individuo². Come abbiamo visto nel primo capitolo, ad oggi rimane largamente sconosciuta la provenienza della pedofilia nella popolazione a causa della mancanza di studi epidemiologici su larga scala. Il DSM-5 stima una prevalenza attuale del disturbo nella popolazione maschile del 3-5%, tuttavia non basata su forti dati scientifici. Inoltre, restano ancora da chiarire i possibili fattori di rischio alla base dello sviluppo della pedofilia. Ad esempio dalla letteratura emergono evidenze rispetto al fatto che l’aver subito abusi sessuali in età infantile possa comportare lo sviluppo di un interesse di tipo pedofilico³, ma alcuni autori⁴ mostrano tuttavia come soltanto una minima percentuale delle vittime manifesti poi in età adulta questo disturbo.

Ciò che emerge allora, dalla nosografia psichiatrica e clinica, e dagli studi psicologici e psicopatologici, è una figura particolarmente complessa del pedofilo, una serie di tipologie a cui si ricollegano comportamenti eterogenei definibili genericamente come “violenza sessuale contro i minori”⁵. Proprio per questo appare impossibile ricostruire un’unica etiopatogenesi che non sia riconducibile a una pluralità di fattori ed eventi, che siano essi intrapsichici o ambientali. Dalle categorie affrontate abbiamo visto come si possano delineare delle tipologie con caratteristiche peculiari, abbiamo visto che qualcuno abusa il minore per paura del fallimento con i coetanei, altri cercano una relazione sentimentale, c’è chi vuole solo sperimentare un’esperienza sessuale, chi invece prova esclusivamente piacere nell’infliggere sofferenza, e chi ha deficit psichici.

Appare dunque evidente che non tutti colgono appieno la lesività della propria condotta e non provano, quindi, alcun rimorso di coscienza. Ciò può essere sintomatico di un disturbo della personalità (pensiamo ad esempio al Disturbo Antisociale di Personalità) che impedisce a chi ne soffre di provare empatia. Ci sono molti disturbi che causano dei deficit che possiamo individuare nel *child sex offender*:

¹ DSM-5, 2014

² Seto M. C., *Pedophilia. Annual Review of Clinical Psychology*, 2009

³ Nunes K. L., Hermann C. A., Malcom J. R. & Lavoie K., *Childhood sexual victimization, pedophilic interest, and sexual recidivism. Child Abuse & Neglect*, 2013

⁴ Nunes K. L., Hermann C. A., Malcom J. R. & Lavoie K., *Childhood sexual victimization, pedophilic interest, and sexual recidivism. Child Abuse & Neglect*, 2013

⁵ Fornari U., *La problematica attuale delle condotte pedofile*, 1999

irresponsabilità; impulsività; negazione del danno causato; istinto predatorio che porta chi commette la violenza a pretendere di prendere dalla vittima ciò che vuole per stare bene. Genericamente è possibile affermare che il comportamento sessualmente deviante è connesso al funzionamento del soggetto.

Aver individuato queste caratteristiche “comuni” tra i pedofili non deve però far pensare che la causa dei reati sessuali sia da ricollegare a queste componenti patologiche. Questi problemi possono appartenere alla maggior parte delle persone, senza che vadano a sfociare nella violenza sessuale. Piuttosto il problema è da affrontarsi sul piano della “sessualizzazione”⁶ dell’aggressività. Dunque è impossibile ricostruire un unico quadro patologico dei *child sex offender*; tale categoria rappresenta un gruppo eterogeneo in cui, anche se il comportamento estrinseco può essere simile, si incontrano differenti tratti psicopatologici.

Da queste premesse emergono in maniera lampante due elementi: la necessità che la sanzione penale venga accompagnata da una misura trattamentale e la difficoltà di stabilire linee di intervento per un fenomeno multifattoriale. Già a livello europeo, con la risoluzione⁷ sulla lotta al turismo sessuale, la Commissione invita gli Stati membri a emanare disposizioni che prevedano l'obbligo di associare alla pena una terapia medica e sociale onde prevenire la recidiva di autori di crimini sessuali. Lo stesso legislatore, nella legge 269/1998 che disciplina le norme contro lo sfruttamento sessuale del minore, introduce il concetto del “recupero del responsabile”⁸, affianco ovviamente, al recupero della vittima. Assistiamo ad uno sdoppiamento criminologico del pedofilo, considerato “autore del reato” ma al tempo stesso “malato bisognoso di cure”. Il trattamento del pedofilo risponde a una serie di esigenze: l’assenza di un intervento terapeutico renderebbe la sola sanzione penale una mera “vendetta” dell’ordinamento nei confronti di chi ha compiuto un gesto meritevole di punizione. La particolare condizione dell’autore rende il fatto criminoso suscettibile di reiterazione. La sanzione quindi non sarebbe un elemento deterrente idoneo ad avere efficacia general-preventiva, né tantomeno special-preventiva. In questa ottica solo il trattamento, sempre unito alla pena, può considerarsi una valida opzione di difesa sociale.

La stessa Costituzione afferma che le sanzioni devono, quantomeno, “tendere alla rieducazione del condannato”⁹, ed il fatto che la legge lasci il passo alla clinica per riportare queste persone nel campo dell’umanità non è altro che l’applicazione di tale principio costituzionale.

A tal fine diventa fondamentale la creazione di un campo trattamentale funzionale agli obiettivi rieducativi. Pensiamo al carcere, il luogo dove verosimilmente l’aggressore sessuale di minori deve espiare la pena: è necessario che questa categoria di delinquenti, etichettati come “infami” secondo le regole non scritte dei reclusi, siano collocati in sezioni sicure, lontani dai detenuti “comuni”. In questo contesto difficile e poco preparato all’intervento specifico sugli autori di reati sessuali, si è scelto di utilizzare un tipo di trattamento ispirato al *Good Lives Model*¹⁰; così da restituire importanza all’alleanza terapeutica tra utenti e operatori e concentrando il focus sugli obiettivi da raggiungere, oltre che sui rischi da evitare. Un campo trattamentale risocializzante e la leva motivazionale del reo sono le condizioni necessarie alla buona riuscita della terapia.

Esistono varie tipologie di terapie, somministrabili anche congiuntamente, che si adeguano alle caratteristiche del fatto concreto. Ovviamente, per un trattamento efficace, diventa necessario

⁶ “Un meccanismo di difesa utilizzato molto spesso, tanto dagli uomini che dalle donne, per evitare la presa di consapevolezza di affetti, stati dell’Io, emozioni e vissuti fonte di angoscia e sofferenza [...]. Le persone possono sessualizzare qualunque esperienza con l’intento inconscio di convertire la paura e la sofferenza, o qualsiasi altro vissuto sovrachante, in eccitazione.” Coco R., *I meccanismi di difesa: la Sessualizzazione*

⁷ COM(96) 0547 C4-0012/97

⁸ Art. 17, LEGGE 3 agosto 1998, n. 269

⁹ Art. 27 Cost., 3 co.

¹⁰ Marshall W.L., Marshall L.E., Serran G.A., Fernandez Y.M., *Treating Sexual Offenders: An Integrated Approach*, 2006

comprendere le dinamiche del fenomeno completo; assumerà quindi importanza che il reato sia stato realizzato da un parente tra le mura di casa piuttosto che da un estraneo, o che, ad esempio, sia stato posto in essere da un minorenni invece che da un maggiorenne. La terapia viene individuata anche sulla base delle ipotesi eziogenetiche, sull'intensità della lesività concreta e sulle caratteristiche specifiche dell'autore. La multifattorialità dell'aggressione sessuale rende necessario uno studio che punti il focus dell'indagine dai deficit di regolazione dell'impulso, all'ambiente sociale circostante, ai vari fattori di stress vissuto (come può essere, quindi, anche un abuso sessuale subito in età prepubere).

Importante, sotto questo punto di vista, sarà l'approccio delle scienze della neurofisiologia, del cognitivismo e del comportamentismo, le quali ci permettono di capire quali sono i percorsi del comportamento umano che vengono scelti dai pedofili e quali sono i fattori che vi incidono. Abbiamo tre tipologie di fattori che interagiscono nei sistemi di regolazione della condotta umana, ne consegue che:

- I fattori biologici - influenzati dalla genetica e dallo sviluppo del cervello - ed i fattori ecologici - dati dalle circostanze sociali, culturali e familiari - incidono sul funzionamento del sistema neuropsicologico che genera il comportamento deviante. Questa influenza non è solo funzionale, ma anche anatomica. Difatti con le tecniche di *neuroimaging* è stato possibile vedere che il volume dell'ippocampo nei *child molester* adulti è inferiore alla media¹¹.
- I fattori neuropsicologici sono costituiti dal sistema motivazionale-emotivo (corteccia, sistema limbico, tronco encefalico), dal sistema percezione-memoria (ippocampo e neocorteccia posteriore) e dal sistema scelte-controllo (corteccia frontale, talamo)¹².

Il susseguirsi dei vari fattori sopracitati, anche se si concretizzerà in un esito comportamentale simile per tutti gli aggressori sessuali di minori, è il risultato di una catena di eventi peculiare per ogni soggetto e richiederà quindi un intervento specifico.

Pensiamo, ad esempio, alla predisposizione genetica di un soggetto verso un comportamento dominante che viene rafforzato dal contesto sociale che valorizzi la mascolinità. In queste condizioni un rifiuto da parte di un partner coetaneo viene elaborato dal sistema percezione-memoria come eccessiva umiliazione; quel semplice rifiuto viene letto dal sistema emotivo come inaccettabile, spingendo il soggetto a reagire con la violenza. Questa serie di fattori, mediante la sessualizzazione di violenza, si traducono in una violenza sessuale volta a raggiungere un interesse che prescinde dall'atto in se, ma ha come scopo la realizzazione personale: l'abuso diventa un mezzo indiretto. In questo contesto il pedofilo abusa il bambino per una esigenza personale di controllo e dominio.

Diverso è invece il caso di colui che in età prepubere subisce un abuso che ne condiziona lo sviluppo, interferendo col sistema percezione-memoria e insinuando la convinzione che non sia sbagliato il sesso tra adulti e bambini. Inoltre, la sessualizzazione precoce può comportare una produzione abnorme di ormoni che va a incidere col sistema motivazionale, dando alla sessualità una posizione gerarchica nella scala dei beni da ottenere; viceversa, il sistema ecologico non sviluppa sufficienti capacità relazionali per approcciarsi adeguatamente con i coetanei. Tutto questo porta il soggetto a desiderare un contatto sessuale ma a richiederlo necessariamente a una vittima infantile: l'abuso sessuale in questo contesto diventa il mezzo diretto per ottenere una soddisfazione sessuale¹³.

In entrambi i casi appena visti abbiamo sì a che fare con dei fattori che culminano nella violenza sessuale, ma sono due situazioni che necessitano di trattamenti differenti: nel primo caso la terapia sarà incentrata sulla ristrutturazione cognitiva e di controllo delle emozioni; cosa che non avrebbe nessun

¹¹ Bossini L., Fagiolini A., Castrogiovanni P., *Sexual disorders in subjects treated for mood and anxiety diseases*, 2007

¹² Pennington B.F.; *The Development of Psychopathology: Nature and Nurture: Child Neuropsychology*, 2002

¹³ Giulini P., *Il reato sessuale. Problematica, epidemiologia e principi generali di trattamento*, 2011

esito positivo nel secondo caso in cui la deformazione della personalità è stata così strutturata dai primi anni dello sviluppo sessuale. In quest'ultima ipotesi il trattamento dovrà consistere in altre tecniche psicoterapeutiche.

Conseguentemente, è necessario diversificare i trattamenti in virtù delle peculiarità del singolo caso.

Trattamento e sanzione: due facce della stessa medaglia.

L'aver sottolineato l'importanza del trattamento, considerato come elemento fondamentale in ottica special-preventiva, non deve far pensare che da solo basti. Questo non deve essere considerato un'alternativa alla sanzione, le due misure rispondono ad esigenze diverse e, al fine della corretta riuscita di entrambe, devono essere reciprocamente funzionali. Non a caso il luogo dove viene espiata la pena diviene un elemento sensibile della risocializzazione del reo.

La limitazione dello stato di libertà non deve essere confusa con l'abolizione delle libertà personali, anzi, i detenuti devono mantenere una capacità di relazionarsi con l'ambiente circostante per poter esser reinseriti nella comunità. Il problema è che le pessime condizioni del carcere non sono propedeutiche alla funzione risocializzante della pena. Tra i detenuti si sono ormai codificate delle regole di comportamento non scritte ma molto rigide e cariche di conseguenze negative: si sono create delle gerarchie in cui il *child sex offender* viene visto come "feccia" della comunità carceraria. Per questa categoria di detenuti il riconoscimento dei diritti fondamentali diventa critico, soprattutto perché questi, più di altre tipologie di criminali, necessitano di un efficiente trattamento per poter essere risocializzati.

La dignità è uno dei beni più sensibili dell'uomo, è il frutto di una cooperazione sociale continua, ed il carcere ha come fine quello di somministrare un trattamento penitenziario che la rispetti ed assicuri. Il carcere deve permettere che le persone vengano proiettate all'esterno con qualche predisposizione al reinserimento, cosa che non viene sempre realizzata in quanto l'ex detenuto si porta dietro un bagaglio di esperienza carceraria subita, facendo come propria una sottocultura che amplia le maglie della marginalità sociale.

Il progetto *For. Wolf*¹⁴ parte proprio da queste premesse, individua nel *child sex offender* una particolare tipologia di detenuto per cui è fondamentale la salvaguardia e il rispetto della dignità e dei diritti, compreso quello di ottenere un intervento educativo-trattamentale centrato sulla collaborazione e cooperazione ai fini del reinserimento sociale. Questi individui sono collocati in sezioni protette in quanto l'etichetta di infame li rende suscettibili di violenza da parte degli altri galeotti. L'isolamento non fa altro che deteriorare le loro condizioni psicofisiche, rafforzando la convinzione dell'inutilità dell'esperienza detentiva. Abbiamo ampiamente parlato di come, invece, queste persone abbiano a maggior ragione bisogno di una terapia, in quanto abbiano uno stile relazionale basato sulla negazione, modelli sociali deboli e problemi psicologici non affrontati (ad esempio abusi infantili) che rende più facile il ricorso alla violenza.

Questo progetto ha il fine di sollecitare un progetto di intervento concreto per il trattamento del *sex child offender* e risponde alla necessità di avere la garanzia che il condannato non commetta recidiva. La pena detentiva non previene l'abuso sessuale ma neutralizza le potenzialità devianti del soggetto. Occorre fermare l'abuso prima che accada e a tal fine è necessario individuare terapie individualizzate, poiché gli autori sono una categoria eterogenea. La mera logica retributiva della pena alimenta solo delle convinzioni distorte nel condannato, per cui il carcere è il frutto di un rischio mal calcolato, ed una volta pagato per i propri errori è pronto per assecondare nuovamente i suoi desideri perversi.

¹⁴ Progetto proposto nell'ambito dell'Azione Comune 96/700/GAI del 29 novembre 1996 adottata dal Consiglio in base all'art. K.3 del Trattato sull'Unione Europea.

All'interno del progetto *In. Tra For. Wolff*⁵ è previsto anche un investimento nella figura dell'operatore, il quale assieme al luogo trattamentale, assume vitale importanza per il buon esito del trattamento. Il reo, oltre ad essere motivato a prendere parte al percorso terapeutico, deve potersi fidare dell'operatore. Quest'ultimo deve rapportarsi al detenuto non come "mostro" abusatore di bambini, ma come persona in grado di poter reinserirsi nella comunità. Quindi l'operatore per primo deve dare l'esempio di una società pronta a riaccoglierlo senza etichette.

Il *child sex offender*, spesso, è affetto da un grave disturbo della fiducia che si traduce in un disturbo relazionale. L'incapacità sociale di questa tipologia di condannati incide negativamente sull'alleanza che si instaura tra operatore e paziente, determinando difficoltà nel trattamento. Il primo elemento che permette alla terapia di essere efficace è l'alleanza diagnostica¹⁶, il fine è quello raccogliere elementi dai colloqui col paziente per ricostruire una diagnosi che più si avvicini a ciò che lo stesso pedofilo percepisce della propria condizione. In una buona parte di casi il fallimento dei trattamenti è imputabile a un disturbo dell'alleanza¹⁷, il *child sex offender* vive in un clima di sfiducia e diffidenza che comporta una deformazione dei processi evolutivi che può diventare stabile e persistente, diventando una vera e propria evoluzione patologica. Ecco che diventa cruciale, già in fase diagnostica, stabilire una linea di contatto tra le parti, così che il reo possa aprirsi emotivamente prima che clinicamente, per permettere che in esso si sviluppi l'idea che il trattamento possa realmente permettergli di far parte della società che fino a quel momento ha vissuto solo come corpo estraneo.

Conseguentemente, una alleanza medico-paziente basata sulla fiducia facilita la possibilità di ricerca dei percorsi patogenetici, permette di ricostruire con maggior efficacia le caratteristiche, il livello e la qualità dei disturbi psicopatologici, e conseguentemente di elaborare il miglior trattamento per il caso specifico.

Abbiamo detto dell'importanza della terapia sia come elemento risocializzante, sia nell'ottica di difesa sociale come strumento di prevenzione. A tal fine sono stati ideati molti approcci e molte tecniche riabilitative, ognuna che possa rispondere alle specificità del singolo fatto di reato e, soprattutto, alle peculiarità del soggetto agente. Dopo aver approcciato alle varie categorie di pedofili, è facile comprendere come non sempre il trattamento abbia esiti positivi, pensiamo alle personalità egodistoniche che non sono disposte ad allontanarsi dai propri sintomi e per questo presentano un'alta resistenza alla terapia. Difatti uno dei criteri principali per poter essere ammesso al programma è un riconoscimento, almeno minimo, dei fatti devianti e della propria responsabilità, cosa niente affatto scontata. Inoltre si escludono coloro che commettono i reati più gravi come la pedofilia sadica del "pedoclasta"¹⁸. In tutti i casi comunque (non solo quindi nelle ipotesi in cui il trattamento è inutile), la misura penale è necessaria. C'è un continuum inevitabile tra terapia e sanzione, queste rispondono ad esigenze differenti. Se così non fosse, il reo potrebbe scegliere la misura trattamentale solamente per evitare l'applicazione della pena e questo atteggiamento di opportunismo non consentirebbe l'efficacia del trattamento stesso.

Queste considerazioni però non devono far pensare che la cura sia rivolta a una categoria penale, altrimenti essa sarebbe focalizzata sull'atto criminale, bensì il trattamento è destinato alla persona e alla cura di una entità patologica definita.

¹⁵ Interventi Trattamentali Formazione Working On Lessening Fear consiste in una sperimentazione presso il carcere di Prato che ha la finalità di stimolare lo studio e la ricerca sul trattamento dei detenuti condannati per reati di violenza sessuale su minori.

¹⁶ Toccafondi I., Scala P., *Percorsi tratta mentali per il delinquente sessuale a partire dal carcere: analisi della relazione socio educativa e patto di fiducia.*

¹⁷ Orefice S., *La sfiducia e la diffidenza. Metodologia clinica per i casi difficili*, 2002

¹⁸ Colui che prova un odio profanante, violatorio e distruttivo verso l'infanzia.

Ovviamente il trattamento non ha una efficacia infallibile, come ogni patologia cronica varia da caso a caso, non c'è una pretesa di guarigione, solo di remissione. Il pedofilo non deve considerarsi al riparo da delle possibili ricadute, deve imparare a gestire la sua patologia sessuale e migliorare la sua qualità di vita. Il trattamento, quindi, è utile perché può insegnare a questi soggetti a controllare e prevenire gli impulsi sessuali devianti mediante le strategie più opportune di prevenzione della recidiva.

La prevenzione della recidiva, che rientra nell'ottica della tutela della salute pubblica, può esser raggiunta solo con un modello multidisciplinare di interventi trattamentali che rifletta il quadro multifattoriale del singolo pedofilo. Come abbiamo già visto, questi aggressori presentano funzionamenti di personalità e disturbi psicopatologici molto diversi tra loro.

Al fine di individuare il miglior approccio terapeutico occorre svolgere un'accurata indagine psicodiagnostica che possa individuare le caratteristiche del funzionamento psicopatologico sotteso alla devianza sessuale. In tal contesto è necessario che i vari esperti cooperino per individuare non solo il miglior trattamento, ma anche la miglior modalità di esecuzione penale.

Gli strumenti diagnostici.

Vista la complessità e la mancanza di robuste evidenze riguardo la pedofilia risultano particolarmente interessanti alcune recenti ricerche che sembrerebbero suggerire la possibilità di identificare uno o più biomarcatori per questo disturbo.

Si definisce biomarcatore una proprietà oggettivamente misurabile che funge da indicatore di processi biologici anomali e/o normali e il loro nesso con gli esiti clinici¹⁹. In altre parole, è stata indagata la possibilità di riconoscere un pedofilo attraverso dei parametri oggettivi; se ciò fosse possibile, questo si tradurrebbe in un aiuto significativo per il clinico nell'identificazione di un interesse pedofilico. Tanto è vero che l'attuale letteratura suggerisce come i biomarcatori possano essere degli strumenti potenzialmente utili non solo nel coadiuvare il clinico nella diagnosi, ma anche nel trattamento e nella valutazione del rischio nei soggetti pedofili.

Già in passato vennero effettuati degli studi che, considerando le influenze genetiche sulla pedofilia, riportavano una probabilità significativamente più diffusa di incorrere in tale disturbo per i parenti di primo grado di pazienti con diagnosi conclamata, rispetto a parenti di primo grado di soggetti affetti da altre parafilie o depressione²⁰.

La letteratura si è espressa anche sul versante neurologico identificando come la pedofilia si accompagna a delle compromissioni delle capacità cognitive del soggetto: ridotto QI, attenuazione dell'attenzione e ridotta flessibilità cognitiva²¹. A tal proposito delle ricerche hanno impiegato la tecnica del tracciamento oculare (*eye-tracking*) come mezzo per valutare le preferenze sessuali devianti. Tale tecnica consente, mediante il tracciamento dei movimenti oculari dell'individuo, di identificare gli stimoli visivi che maggiormente attirano la sua attenzione e verso i quali direziona lo sguardo. Grazie all'*eye-tracking* è possibile realizzare un effettivo monitoraggio oculare dell'intero percorso effettuato dall'occhio durante la visione di determinati stimoli, osservando, ad esempio, la dilatazione e la contrazione delle pupille, ricavandone informazione sui processi attenzionali.

¹⁹ Strimbu K. & Tavel J. A., *What are biomarkers? Current Opinion in HIV and AIDS*, 2010

²⁰ Gaffney G. R., Lurie S. F. & Berlin F. S., *Is there familial transmission of pedophilia?. The Journal of nervous and mental disease*, 1984

²¹ Cantor J. M., Blanchard R., Christensen B. K., Dickey R., Klassen P. E., Beckstead A. L., Blak T. & Kuban M. E., *Intelligence, memory, and handedness in pedophilia. Neuropsychology*, 2004

È stata in tal senso elaborata, a livello sperimentale²², una misurazione dei movimenti oculari in tre gruppi durante la presentazione di immagini che ritraevano bambini o adulti. Il primo gruppo era costituito da pedofili, il secondo da autori di reati sessuali non pedofili ed infine il terzo gruppo era di controllo. I risultati hanno mostrato come i pedofili, rispetto agli altri, abbiano riportato dei tempi di fissazione significativamente più lunghi per gli stimoli raffiguranti bambini. Altri autori hanno implementato un disegno sperimentale simile in cui i soggetti erano chiamati a risolvere un compito cognitivo e parallelamente a questo venivano loro presentati degli stimoli sessuali: immagini di bambini o adulti²³. I partecipanti per riuscire nel compito erano chiamati ad esercitare un buon controllo dell'attenzione. Si evince come quest'ultimo sia venuto meno nei soggetti pedofili in cui gli stimoli raffiguranti dei bambini erano molto distraenti.

Nonostante sia difficile trarre delle conclusioni definitive sui correlati neurali della pedofilia, è necessario riportare alcune evidenze circa lo sviluppo della pedofilia come fattore acquisito a seguito di lesioni cerebrali (soprattutto prima dei 13 anni) che avrebbero sortito un effetto iatrogeno sullo sviluppo neurale²⁴. Ulteriori studi osservano una generale ipersessualità a seguito dell'insorgenza di tumori cerebrali, accompagnata da cambiamenti di personalità e/o impulsività²⁵. Nell'eventualità in cui in tali soggetti sviluppasse un interesse di tipo pedofilo questo era da considerare come acquisito a seguito del tumore e collocato in un quadro di ipersessualità favorito dalla malattia.

Un ulteriore aspetto da analizzare sotto il profilo biologico è quello ormonale. Anche questo caso vale il discorso fatto per l'ipotesi della presenza di lesioni cerebrali, nello specifico vi sono delle evidenze per cui i pedofili siano connotati da concentrazioni più elevate di testosterone, ma l'impossibilità di poter attingere a un'ampia base empirica va a supportare il fatto che neanche sotto il profilo ormonale sia possibile risalire ad un biomarcatore. Nonostante questo, il trattamento per abbassare il testosterone viene utilizzato su soggetti pedofili riducendo l'attivazione delle aree cerebrali collegate alle funzioni sessuali, con l'intento di diminuire il loro desiderio sessuale²⁶.

Recentemente, in un seminario sulla prevenzione degli abusi sessuali sui minori tenutosi in Germania²⁷, sono state presentate e illustrate le principali tecniche implementate per studiare l'interesse di tipo pedofilico ed i principali studi circa i potenziali biomarcatori della pedofilia.

La tecnica principale per valutare l'interesse pedofilico è la pletismografia del pene, tanto da essere indicata dal DSM-5 come un elemento diagnostico aggiuntivo della pedofilia. Tale tecnica rileva l'interesse di tipo pedofilo attraverso le variazioni di circonferenza e volume del pene in risposta a stimoli sessuali che variano per età e sesso²⁸. In altre parole, di fronte all'immagine di un bambino/a il soggetto pedofilo, rispetto al teleofilo²⁹, mostrerà una oggettiva e misurabile eccitazione genitale. Si vuole infine sottolineare che il ruolo della pletismografia del pene è di supporto alla diagnosi e che di certo non può sostituirla.

²² Trottier D., Rouleau J. L., Renaud P. & Goyette M., *Using eye tracking to identify faking attempts during penile plethysmography assessment. The Journal of Sex Research*, 2013

²³ Jordan K., Fromberger P., von Herder J., Steinkrauss H., Nemetschek R., Witzel J., & Müller J. L., *Impaired attentional control in pedophiles in a sexual distractor task. Frontiers in psychiatry*, 2016

²⁴ Blanchard R., Kuban M. E., Klassen P., Dickey R., Christensen B. K., Cantor J. M. & Blak, T., *Self-reported head injuries before and after age 13 in pedophilic and nonpedophilic men referred for clinical assessment. Archives of sexual behavior*, 2003

²⁵ Burns J. M. & Swerdlow R. H., *Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign. Archives of Neurology*, 2003

²⁶ Schiffer B., Gizewski E. & Kruger T., *Reduced neuronal responsiveness to visual sexual stimuli in a pedophile treated with a long-acting LH-RH agonist. The Journal of Sexual Medicine*, 2009

²⁷ Jordan K., Wild T., Fromberger P., Müller I., & Müller J. L., *Are There Any Biomarkers for Pedophilia and Sexual Child Abuse? A Review. Frontiers in psychiatry*, 2020

²⁸ McPhail I. V., Hermann C. A., Fernane S., Fernandez Y. M., Nunes K. L. & Cantor J. M., *Validity in phallometric testing for sexual interests in children: A meta-analytic review. Assessment*, 2019

²⁹ colui che è attratto da persone adulte

Un'ulteriore tecnica rivelatasi promettente nell'*assessment* di un interesse sessuale deviante è quella della risonanza magnetica funzionale, la quale permette la raccolta di informazioni emodinamiche, ovvero della circolazione sanguigna del cervello in risposta a stimoli sessuali, certamente più affidabili, rispetto a questionari *self-report*³⁰, nell'individuazione di un interesse pedofilico della persona. L'idea di base è che gli aspetti rilevanti degli stimoli sessuali siano elaborati in maniera preferenziale, catturando l'attenzione del soggetto in maniera più rapida e significativa³¹. Nel suddetto seminario viene discusso come, per ovviare alla possibile manipolazione dei soggetti che osservano passivamente diversi stimoli di natura sessuale, siano utilizzati stimoli visivi subliminali, ovvero una presentazione di stimoli per un tempo inferiore ai 50 ms, un quantitativo di tempo insufficiente affinché lo stimolo venga percepito ad un livello consapevole.

Infine, con l'introduzione dei marcatori "bio-comportamentali" alcuni autori³² suggeriscono l'utilizzo di approcci comportamentali per la valutazione oggettiva dell'interesse sessuale deviante. Questa valutazione può essere ad esempio fatta attraverso misurazioni dei tempi di reazione, misure di precisione in compiti cognitivi o valutazioni di valenza ed eccitazione rispetto ad uno stimolo³³. Questi possano rappresentare dei promettenti strumenti "oggettivi" per il processo diagnostico, come ad esempio il tempo di visualizzazione, basato sul fatto che il soggetto tenda ad osservare per un tempo maggiore uno stimolo per lui/lei erotico rispetto ad uno non-erotico, tuttavia i risultati emersi dagli studi scientifici mostrano effetti ancora troppo piccoli o moderati. Nonostante ciò, è proprio il DSM-5 ad elencare il tempo di visualizzazione tra i marcatori diagnostici del disturbo pedofilico.

Dalla diagnosi alla prevenzione.

E' innegabile come il disturbo pedofilico eserciti un peso notevole all'interno della società anche e soprattutto per la sofferenza fisica e psicologica di chi ne è vittima. Indagini condotte in Europa mostrano che 18 milioni di bambini siano vittime di abusi sessuali, con una prevalenza del 9.6% (13.4% nelle bambine e 5.7% nei bambini)³⁴. D'altro canto, studiare i processi psico-fisiologici di coloro i quali sviluppano tale disturbo può condurre ad una conoscenza più approfondita di una patologia tanto complessa; ciò consentirebbe infatti di agire, teoricamente, in termini preventivi così da limitare i danni. Da una disamina di quanto presente in letteratura, emerge come la ricerca abbia ancora molto da fare in tal senso e gli studi riguardo ai possibili biomarcatori sono ancora in fase esplorativa. Come si è ampiamente ribadito, i biomarcatori non sono altro che proprietà oggettivamente misurabili che fungono da indicatori di processi biologici anomali e/o normali e il loro nesso con gli esiti clinici³⁵. Al termine delle evidenze argomentate, in linea con la letteratura³⁶, è importante sottolineare come nel caso del disturbo pedofilico sia più opportuno parlare di un "biomarcatore composito", nello specifico di più

³⁰ Un inventario *self-report* è un tipo di test psicologico spesso utilizzato nella valutazione della personalità. Questo tipo di test viene spesso presentato in formato carta e matita o può anche essere somministrato su un computer. Un tipico inventario *self-report* presenta una serie di domande o affermazioni che possono o meno descrivere determinate qualità o caratteristiche del soggetto del test. Il più famoso è, ad oggi, il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

³¹ Spiering M. & Everaerd W., *The sexual unconscious. In Kinsey Institute Conference, 1st, Jul, 2003, Bloomington, IN, US, 2007*

³² Loth E. & Evans D. W., *Converting tests of fundamental social, cognitive, and affective processes into clinically useful bio-behavioral markers for neurodevelopmental conditions. Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science, 2019*

³³ Jordan K., Wild T., Fromberger P., Müller I., & Müller J. L., *Are There Any Biomarkers for Pedophilia and Sexual Child Abuse? A Review. Frontiers in psychiatry, 2020*

³⁴ World Health Organization, *European report on preventing child maltreatment, 2013*

³⁵ Strimbu K. & Tavel J. A., *What are biomarkers? Current Opinion in HIV and AIDS, 2010*

³⁶ Jordan K., Wild T., Fromberger P., Müller I., & Müller J. L., *Are There Any Biomarkers for Pedophilia and Sexual Child Abuse? A Review. Frontiers in psychiatry, 2020*

parametri che, solo se considerati nel loro insieme, potrebbero rivelarsi utili per diagnosi, valutazione del trattamento e prevenzione in soggetti pedofili.

Dal punto di vista diagnostico, come è stato precedentemente illustrato, emerge la considerevole utilità derivante dall'utilizzo di *biomarker* che possano oggettivamente discriminare un soggetto pedofilo da uno con interessi sessuali teleiofilici, così come risulterebbe certamente vantaggioso poter valutare l'andamento dei trattamenti e della terapia, nonché i loro progressi, positivi o negativi, tramite l'utilizzo dei biomarcatori. Per esempio, mediante il VRT³⁷, i tempi di reazione visiva permettono di misurare l'interesse sessuale rispetto a degli stimoli (che consistono in tal caso in immagini ritraenti dei bambini) sulla base del tempo di visualizzazione di essi, possono essere utilizzati per il monitoraggio dell'andamento della terapia in soggetti con interesse sessuale pedofilico: tempi di reazione visiva minori ad ogni *follow-up* indicherebbero l'effettiva diminuzione dell'interesse pedofilico, nonché un esito positivo del trattamento³⁸.

Per quanto concerne il versante preventivo, lo studio di un biomarcatore composito della pedofilia risulterebbe particolarmente utile nel supporto e monitoraggio di soggetti pedofili. Infatti, grazie alla rete si è assistito, soprattutto in tempi recenti, al dilagare di una molteplicità di materiali pedopornografici, facilmente accessibili e diffusi attraverso chat, social, ecc., così come è sempre più agevole l'accesso al *dark web*, nel quale, come riportato dalla cronaca, sono spesso scoperte numerose chat nelle quali vengono diffusi video di violenze sessuali ai danni di minori. Un articolo del 2004³⁹ sottolinea come la partecipazione ad un forum per individui che condividono tendenze pedofiliche rinforzi il senso di appartenenza dell'individuo e la tendenza a normalizzare la percezione dei propri interessi sessuali devianti in quanto condivisi con altre persone. Gli autori suggeriscono inoltre un utilizzo limitato di comunità virtuali per individui con interessi sessuali devianti e soprattutto per individui autori di reati sessuali, prediligendo per questi individui un focus sullo sviluppo e il consolidamento di relazioni sociali adulte. Se grazie ad un biomarcatore composito fosse dunque possibile non solo diagnosticare e valutare gli esiti dei trattamenti in soggetti pedofili, ma anche prevenire la fruizione o il contributo alla diffusione di questo materiale e la normalizzazione di questi atti da parte di coloro che potrebbero tramutare in azioni il contenuto di ciò che osservano e condividono, è chiaro quale importante strumento questo rappresenterebbe nel prevenire i rischi che ne conseguono.

L'intervento psicoterapico.

I fattori di rischio chiamati in causa nello sviluppo del disturbo sono di natura sia genetica che ambientale. Riguardo al primo aspetto si è visto che disturbi del neurosviluppo già nella fase della gestazione aumentano la probabilità di insorgenza della patologia, ma gioca un ruolo anche l'abuso

³⁷ *Visual Reaction Times*: il test misura l'intervallo di tempo che intercorre tra il momento in cui il cervello rappresenta uno stimolo sensoriale e il momento in cui avviene la conseguente risposta comportamentale. Tale risposta può essere di diverso tipo: movimenti oculari, risposta vocale, pressione di un pulsante o altri comportamenti osservabili. In psicologia psicometrica, il tempo di reazione viene considerato un indice della velocità di processamento delle informazioni da parte del cervello umano.

³⁸ Gray S. R., Abel G. G., Jordan A., Garby T., Wiegel M., & Harlow N., *Visual Reaction TimeTM as a Predictor of Sexual Offense Recidivism. Sexual Abuse*, 2015

³⁹ Malesky Jr L. A. & Ennis L., *Supportive distortions: An analysis of posts on a pedophile Internet message board. Journal of Addictions & Offender Counseling*, 2004

infantile subito, anche se non è possibile stabilire un nesso causale diretto tra abuso infantile e pedofilia adulta⁴⁰.

Un sostegno al ruolo dell'abuso infantile nella genesi della pedofilia è fornito, come abbiamo già affermato, dalla teoria dell'abusatore - abusato⁴¹, per cui, attraverso l'atto pedofilico, il soggetto ricerca una sensazione di dominio dopo essere stato vittimizzato a sua volta, configurandosi un atto di vendetta mediante cui il dolore del passato viene trasformato in piacere. Inoltre, la mancanza di adeguate abilità sociali sarebbe alla base della scarsa disponibilità della gratificazione sessuale con adulti e la scelta di bambini prepuberi⁴².

La pedofilia può avere inizio nella fanciullezza o nella prima adolescenza e la frequenza delle fantasie e dei comportamenti può variare in risposta a episodi di vita stressanti, diminuendo in genere con l'età. Le recidive risultano quasi doppie per i soggetti pedofili con preferenza per i maschi. La diagnosi pone non pochi problemi per la tendenza del pedofilo a negare l'impulso sessuale (e il relativo disagio emotivo) o a minimizzarne l'impatto sulla vittima (un atto innocuo, per cui non provare colpa, ansia e vergogna): ecco perché un indicatore utile può risultare la misurazione psicofisiologica dell'interesse sessuale.

Posta la diagnosi, un decorso sfavorevole della patologia appare associato a fattori quali la precocità di insorgenza, l'alta frequenza degli atti e l'assenza di disagio soggettivo con sentimenti di colpa o vergogna, l'abuso di alcool o di droga. Viceversa, se l'intervento è richiesto spontaneamente, rilevando una motivazione elevata al trattamento, la prognosi è di solito più favorevole⁴³. Quest'ultimo caso è piuttosto raro, nella misura in cui la scarsa consapevolezza della malattia e l'assenza di disagio per l'atto, collegati alla piacevolezza della stimolazione sessuale, determinano tipicamente una scarsa adesione al trattamento, per lo più richiesto per evitare spiacevoli conseguenze sociali (crisi coniugali, detenzioni, isolamento), e non per una rinuncia decisa ai propri istinti. A ciò si affiancano altre problematiche, come la paura della reazione del terapeuta, contraddistinta da disgusto, condanna e punizione⁴⁴.

Alla luce di tali difficoltà, al terapeuta è richiesto di mantenere uno stile terapeutico basato sulla "responsabilizzazione compassionevole": si ritiene comunque il paziente responsabile del comportamento di abuso, riconoscendo empaticamente le origini del disturbo.

La terapia cognitivo-comportamentale.

All'interno degli approcci psicoterapeutici attualmente disponibili per la cura della pedofilia, la terapia cognitivo-comportamentale fornisce un valido supporto, ponendosi l'obiettivo di controllare i propri impulsi sessuali verso i prepuberi, riducendo i comportamenti devianti attraverso l'utilizzo di programmi di condizionamento. La tecnica elaborata da Cautela nel 1967 per esempio prevede di immaginare una scena a carattere pedofilico, a cui affiancare un'altra fantasia con conseguenze spiacevoli, come l'essere arrestati⁴⁵. L'efficacia delle tecniche comportamentali sembra inoltre aumentare se si associa alla scena sessuale una sostanza corrosiva e di cattivo odore, come l'acido valerianico, che riduce il desiderio sessuale. Per considerarsi efficace un trattamento deve prevedere anche un

⁴⁰ American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, 2013

⁴¹ Finkelhor, *Modello delle dinamiche traumatiche*, 1984

⁴² Dettore D., *Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale*, 2001

⁴³ Kaplan H.I. & Sadock B.J., *Manuale di psichiatria*, 1993

⁴⁴ Strano M., Germani P., Gotti V. & Errico G., *La diagnosi clinica e la terapia della pedofilia*, 2001

⁴⁵ Strano M., Germani P., Gotti V. & Errico G., *La diagnosi clinica e la terapia della pedofilia*, 2001

miglioramento del comportamento sociale, poiché le difficoltà di relazione con gli adulti potrebbero spingere i pedofili verso la scelta deviante: a tal proposito, Lanning indica la tipologia del pedofilo inadeguato, naturalmente non attratto dai bambini, ma che arriva a sostituirli agli adulti nei confronti dei quali prova profonde insicurezze⁴⁶. Accanto al *training* di abilità sociali connesse alla sfera sessuale, la terapia cognitiva si propone di modificare in senso più adattivo tipici errori di pensiero quali la negazione (“non sono stato io”) oppure la minimizzazione (“non ho fatto niente di male”), attraverso specifiche tecniche di ristrutturazione cognitiva⁴⁷.

Completerà il quadro l'analisi degli eventi che hanno condotto nel tempo al disturbo (come un rifiuto) in modo da innalzare l'autostima e indirizzare gli impulsi in direzione di mete sessuali adulte⁴⁸. Una fase cruciale del trattamento è costituita dalla prevenzione delle ricadute⁴⁹, in cui vengono analizzate le circostanze in grado di scatenare un nuovo abuso, così come le conseguenze negative a lungo termine dell'indulgere negli impulsi sessuali. A tal fine vengono individuate situazioni ad “alto rischio”, come il passare davanti a una scuola elementare, che potrebbero sfociare nel comportamento pedofilo, soprattutto nel periodo immediatamente successivo al termine della terapia, quando il controllo degli impulsi può non essere ottimale.

Riguardo all'associazione con la terapia farmacologica, è stato evidenziato da tempo l'utilizzo del medrossiprogesterone (MPA) acetato che sembra avere effetti positivi sul controllo degli impulsi sessuali, soprattutto a carattere violento, benchè il suo uso sia limitato, per via degli effetti collaterali potenzialmente dannosi a lungo termine. Inoltre, la riduzione degli impulsi attraverso i farmaci, pare rafforzare i benefici della psicoterapia⁵⁰.

Secondo i comportamentalisti, i vari sintomi riscontrabili sono l'esempio di un comportamento appreso in modo disadattivo. Lo scopo del trattamento allora diviene la modifica o l'eliminazione del comportamento inadeguato e nell'assimilazione di nuovi schemi di comportamento.

L'approccio comportamentale mira alla riduzione della recidiva incidendo sul comportamento sessuale deviante con l'utilizzo di principi tratti dal cognitivismo secondo cui le distorsioni sono alla base dell'impulso aggressivo. La scelta della tipologia di terapia è fatta sulla caratteristica dell'autore, il trattamento cognitivo-comportamentale è idoneo per l'aggressore che non abbia coscienza del ruolo delle proprie fantasie sessuali, che non riesca a controllare gli impulsi e che abbia sviluppato alcuni disturbi di personalità. Tale orientamento raggruppa al suo interno molteplici teorie, modelli di funzionamento psicopatologico, protocolli e tecniche di trattamento, che tuttavia presentano caratteristiche comuni. In termini generali, la psicoterapia cognitiva e comportamentale spiega il disagio emotivo attraverso una complessa relazione di pensieri, emozioni e comportamenti. Gli eventi influenzano le nostre emozioni ma sono i pensieri e i comportamenti che determinano la loro intensità e la loro durata.

Ognuno di noi ha modalità tipiche di pensare e agire che possono produrre malessere e questi sono il bersaglio della psicoterapia cognitiva comportamentale. Spesso non siamo consapevoli dei nostri schemi e delle nostre abitudini dannose, la psicoterapia cognitivo comportamentale ha lo scopo di individuarli e modificarli.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale agisce quindi su emozioni, pensieri (o schemi cognitivi) e comportamenti in modo attivo. Prevede anzitutto che vi sia una attenzione molto alta nella

⁴⁶ Strano M., Germani P., Gotti V. & Errico G., *La diagnosi clinica e la terapia della pedofilia*, 2001

⁴⁷ Dettore D., *Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale*, 2001

⁴⁸ Strano M., Germani P., Gotti V. & Errico G., *La diagnosi clinica e la terapia della pedofilia*, 2001

⁴⁹ George W. H., *Marlatt and Gordon's relapse prevention model: A cognitive-behavioral approach to understanding and preventing relapse*, 1989

⁵⁰ Kaplan H.I. & Sadock B.J., *Manuale di psichiatria*, 1993

definizione chiara, concreta e condivisa con il paziente degli scopi della terapia rispetto ad altri approcci. Gli obiettivi della terapia vengono definiti in modo condiviso e collaborativo tra paziente e psicoterapeuta, in funzione della diagnosi e concordando con il paziente stesso un piano di trattamento. E' nella buona prassi che il terapeuta valuti in modo oggettivo (anche attraverso test e questionari) i cambiamenti sintomatologici e l'andamento rispetto agli scopi definiti nel corso della psicoterapia.

Dopo aver definito nello specifico, concretamente e in condiviso gli obiettivi del trattamento, nella terapia cognitivo comportamentale, lo psicoterapeuta e il paziente collaborano entrambi attivamente per identificare pensieri, emozioni e comportamenti che entrano in gioco nelle situazioni di malessere e psicopatologiche; successivamente collaborano attivamente per modificare abitudini di pensiero e di comportamento disfunzionali e per regolare in maniera più efficace le proprie emozioni.

Il paziente viene chiamato ad agire attivamente nel corso della terapia, ad esempio identificando i propri pensieri ed emozioni, essendo stimolato a formulare pensieri e credenze alternative, sperimentando comportamenti differenti e praticando diverse tecniche per facilitare la regolazione emotiva, sia in seduta che a casa nel corso della settimana. In tal senso, la terapia cognitivo comportamentale implica la prescrizione di *homework*, allo scopo di promuovere e generalizzare modalità di riconoscimento e regolazione delle emozioni, dei pensieri e dei comportamenti acquisiti in seduta.

La psicoterapia cognitivo comportamentale lavora quindi sul presente, sul "qui ed ora" in termini di funzionamento del paziente, indagando e lavorando su emozioni, pensieri e comportamenti che emergono nella quotidianità della vita di ciascuna persona. Tuttavia diversi modelli e teorie all'interno del gruppo delle psicoterapie cognitivo comportamentali considerano importante anche l'indagine del cosiddetto "passato" per comprendere in che modo il paziente ha co-costruito e in qualche misura "appreso" nelle proprie relazioni, determinati schemi, credenze su di sé, sugli altri e sul mondo. A seconda degli obiettivi terapeutici, alcuni modelli teorici e di trattamento prevedono necessariamente un lavoro che consideri l'interdipendenza tra esperienze passate e presenti.

Inoltre, come suggerisce lo stesso nome, la psicoterapia cognitivo comportamentale lavora su due aspetti strettamente interdipendenti e correlati: comportamenti e cognizioni attraverso strategie e tecniche più propriamente definite comportamentali (ad esempio, l'esposizione graduale sistematica a stimoli fobici) o cognitive (ad esempio, la disputa dei pensieri e delle idee irrazionali). Tuttavia, il termine psicoterapia cognitivo comportamentale non rende ragione del terzo grande protagonista di questo approccio terapeutico, cioè le emozioni. Anch'esse sono strettamente interconnesse a cognizioni e comportamenti, pur non essendo manifestamente evidenti nel nome dell'approccio, la regolazione delle emozioni risulta centrale nel lavoro clinico della psicoterapia cognitivo comportamentale.

Il ruolo delle emozioni.

Come abbiamo anticipato precedentemente, le componenti affettive ed emotive svolgono un ruolo importante all'interno del funzionamento e della regolazione dei comportamenti sessualizzati devianti. La diagnosi psicopatologica e il comportamento sessuale violento non sempre, infatti, sono co-presenti: un comportamento sessuale aggressivo e deviante può verificarsi anche quando manca una diagnosi psicopatologica. La ricerca evidenzia, ad esempio, che diversi autori di tali tipi di reati siano stati a loro volta vittime di abusi, creando una sorta di continuità violenta, anche se ciò non deve essere interpretato in maniera lineare come causa-effetto. I fattori predittivi più significativi di problematiche comportamentali precoci sono stati identificati in problemi della condotta, abuso di alcol e sostanze

stupefacenti, vissuti di abusi fisici, sessuali e psicologici, esperienze di trascuratezza emotiva, famiglie multiproblematiche ed abusanti⁵¹.

A livello emozionale sembra che, pur avendo desiderio di condivisione emotiva e psicologica con gli altri, i *sex offenders* manchino di quella competenza sociale ed emotiva necessaria per entrare in una relazione costruttiva con altre persone. Attualmente, grazie a numerosi studi scientifici internazionali e nazionali, è stato sottolineato, ad esempio, come una ridotta capacità empatica sia presente nella maggior parte dei *sex offenders*: la comprensione profonda dei sentimenti e delle cognizioni dell'altro appare limitata in questi soggetti; la considerazione della vittima è assente o comunque diversa dalla propria e, di conseguenza, gli individui che commettono tali gesti spesso manifestano difficoltà nell'assumere il punto di vista e la prospettiva di chi hanno di fronte⁵².

Spesso si parla di empatia e del suo ruolo all'interno dell'*offending* sessuale. Gli autori di reati sessuali, infatti, spesso soffrono di veri e propri deficit nella loro capacità di esperire sentimenti empatici, e questo viene considerato fondamentale nello sviluppo, ma soprattutto nel mantenimento del loro comportamento deviante. È vero, però, che il concetto di "empatia" è spesso confuso, vago; alcuni ritengono inoltre che le difficoltà empatiche siano principalmente specifiche della persona e non generalizzabili, e che tale termine andrebbe analizzato attraverso un modello multifattoriale, che ne valuti tutti gli aspetti⁵³.

Negli anni numerosi studi hanno indagato anche relativamente alle distorsioni cognitive, al disimpegno morale ed ai meccanismi di difesa che ricorrono maggiormente nei *sex offenders*; ciò che emerge è la loro tipicità di pensiero: meccanismi strutturati di distorsione cognitiva permettono loro di tollerare intra-psichicamente la condotta posta in essere. I meccanismi più utilizzati sono la negazione e la minimizzazione del danno arrecato.

Il disimpegno morale, di cui fa parte la giustificazione morale, unito alla de-umanizzazione della vittima e all'attribuzione della colpa, costituiscono modalità attraverso le quali il reo non si identifica con la vittima e non prova empatia. Inoltre, il background degli aggressori è solitamente caratterizzato da un'infanzia vissuta all'interno di famiglie abusanti, violente o gerarchizzate, in cui sono cresciuti frustrati e profondamente incapaci di gestire le reazioni emotive, fattori che spingono verso un desiderio di dominio e di ricerca di potere. Recenti studi hanno evidenziato come i *pattern* di risposta più ricorrenti negli autori di reati sessuali non fossero ansia, antisocialità o rabbia come in passato si era ipotizzato, ma piuttosto fattori legati ad ostilità ipercontrollata e discontrollo degli impulsi, come emerso dalla somministrazione di test di personalità (MMPI-II). Ciò sottolinea che le risposte violente dei *sex offenders* possono essere causate da qualsiasi provocazione, anche in assenza di reali azioni provocatorie o motivazioni⁵⁴.

Il ruolo degli stati emotivi ed affettivi nelle cause e nelle conseguenze dell'agire criminale sessuale sta emergendo come fattore importante sia nella analisi teorica che nella ricerca empirica relative all'argomento. Gli studi evidenziano una relazione causale tra il ruolo delle emozioni ed i reati sessuali, connessione che influenza direttamente anche i successivi e possibili interventi trattamentali⁵⁵. La capacità di riconoscere le emozioni in modo accurato in questi individui è deficitaria. Studi dimostrano che anche autori di reati di pedofilia mostrano carenze del giudicare le emozioni provate dai

⁵¹ Johnson G.M., Knight R.A., *Developmental antecedents of sexual coercion in juvenile sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2000

⁵² Petruccelli I., Pedata L.T., *L'autore di reati sessuali. Valutazione, trattamento e prevenzione della recidiva*, 2008

⁵³ Marshall W.L., Jones R., Ward T., Johnston P., Barbaree H., *Treatment outcome with sex offenders. Clinical Psychology Review*, 1991

⁵⁴ Fabrizi A., Petruccelli I., Turella B. & Farigu F., *Le caratteristiche di personalità nei "sex offenders": un contributo di ricerca. Rivista di sessuologia clinica*, 2007

⁵⁵ Hawells K., Day A., Wright S., *Affect, emotions and sex offending. Psychology, Crime & Law*, 2004

bambini⁵⁶. Relativamente all'empatia ed al riconoscimento delle espressioni emotive facciali, uno studio recente ha indagato le differenze tra *sex offenders*, tra individui che non hanno commesso reati sessuali e gruppo di controllo, controllando alcune variabili affettive e sociali, quali la depressione, l'ansia e la desiderabilità sociale, che potrebbero influenzare la valutazione sia delle emozioni che dell'empatia. Questi soggetti, abbinati per età, genere e livello culturale, hanno eseguito un compito di riconoscimento delle espressioni facciali relative alle emozioni di base, che variavano per intensità, ed hanno completato alcune scale di auto-valutazione per distinguere le diverse componenti dell'empatia (come l'assunzione delle diverse prospettive, l'empatia affettiva, la preoccupazione empatica ed il disagio personale), così come per la depressione, l'ansia e la desiderabilità sociale.

Dalla ricerca emerge che i *sex offenders*, ma soprattutto i *child molester*, sono meno accurati rispetto agli altri partecipanti nel riconoscimento delle espressioni facciali di rabbia, disgusto, sorpresa e paura, con delle notevoli difficoltà nel distinguere la paura dalla sorpresa, ed il disgusto con la rabbia. L'empatia affettiva è l'unica componente che discrimina i criminali sessuali da quelli "comuni" ed è correlata con l'accuratezza nel riconoscimento delle espressioni emotive. Tali risultati confermano che gli autori di reati sessuali potrebbero avere delle difficoltà nella decodifica di alcuni stimoli emotivi, veicolate dalle espressioni del volto⁵⁷. I *sex offenders* dimostrano difficoltà in generale ad identificare i propri sentimenti, a gestire le proprie sensazioni negative, a prolungare nel tempo sentimenti positivi e sono certamente più aggressivi.

La terapia psicodinamica.

La psicoterapia psicodinamica è un trattamento ed un percorso psicologico basato sull'idea che pensieri ed emozioni di cui non siamo consapevoli possano causare sintomi come l'ansia, la depressione, la bassa autostima e difficoltà relazionali. Si basa quindi sull'assunto che il modo in cui affrontiamo pensieri ed emozioni dolorose o difficili è relegandole nell'inconscio. Anche se non ne siamo coscienti, questi pensieri ed emozioni influiscono in larga misura sul modo in cui pensiamo, sentiamo e ci comportiamo.

Il modello psicodinamico è una branca della psicologia che deriva dalla psicoanalisi classica, ma si evolve da essa. Questo modello infatti raggruppa diverse correnti psicologiche che vedono i meccanismi psicogenetici come base della costruzione psichica e del comportamento. Nell'approccio psicodinamico ritroviamo teorie di Freud, ma anche teorie della psicologia analitica Jungiana, della psicoanalisi Lacaniana e della psicologia individuale di Adler.

Le prospettive psicodinamiche riguardo l'attrazione sessuale verso i pedofili chiamano in causa i conflitti irrisolti, l'arresto dello sviluppo e la ripetizione per dominare il trauma con l'identificazione con l'aggressore⁵⁸. Come già accennato nel primo capitolo, l'Io del pedofilo è immaturo e debole, l'angoscia della castrazione lo spinge a considerare i bambini come oggetti sessuali e ciò gli permette di superare i conflitti con le figure adulte, che invece costituiscono una fonte ansiogena⁵⁹. Anche l'im maturità

⁵⁶ Hudson S.M., Marshall W.L., Wales D., McDonald E., Bakker L.W., McLean A., *Emotional Recognition Skills of Sex Offenders. Sex Abuse*, 1993

⁵⁷ Gery I., Miljkovitch R., Berthoz S., Soussignan R., *Empathy and recognition of facial expressions of emotion in sex offenders, non-sex offenders and normal controls. Psychiatry Research*, 2009

⁵⁸ Callieri B., Castellani A., *Aspetti psicologici e psicopatologici delle pedofilie*, in *La problematica attuale delle condotte pedofile*, 1999

⁵⁹ Capri P., *La pedofilia: difficoltà e complessità d'interpretazione*, in *La problematica attuale delle condotte pedofile*, 1999

psicosessuale di questi soggetti diventa un fattore determinante in quanto, unita ad una affettività invece slegata dagli aspetti erotici, causa l'incapacità di far nascere una relazione adeguata con l'oggetto⁶⁰.

Nella pedofilia è quindi possibile constatare tratti di regressione ed inibizione, causati anche dalla bassa autostima, che portano a sfociare nell'attrazione verso un minore in quanto si viene a instaurare un rapporto in cui l'adulto è, per antonomasia, in una condizione di potere. Questo legame viene vissuto come una fusione con un oggetto ideale, che comporta una riformazione di un Sé giovane⁶¹.

Un altro elemento che viene colto dall'inquadramento psicodinamico è il "narcisistico amore di sé"⁶². Tale disturbo narcisistico viene fortemente sessualizzato e l'unica cosa che assume importanza nel pedofilo è la realizzazione del proprio interesse, non è rilevante l'impatto distruttivo che la propria condotta comporta.

Il trattamento psicodinamico quindi si basa sull'assunto che le emozioni negative e dolorose vengano relegate nell'inconscio, andando a causare sintomi quali difficoltà relazionali, bassa autostima, ansia e comportamenti narcisistici. Quindi, inconsapevolmente, questi pensieri ed emozioni influiscono in larga misura sul modo di pensare e percepire, determinando il comportamento esterno.

La terapia psicodinamica si svolge mediante dei colloqui nei quali il terapeuta cerca di dare consapevolezza al paziente di questi meccanismi inconsci. Al fine di raggiungere tale obiettivo vengono utilizzati vari strumenti: l'interpretazione, l'osservazione, la confrontazione, l'incoraggiamento all'elaborazione e la condivisione empatica.

L'interpretazione è lo strumento principale per fornire *insight* (intuizioni). L'interpretazione tende a rifondare il significato delle parole e "a consentire al linguaggio di oggi di esprimere ciò che non aveva potuto essere verbalizzato un tempo"⁶³. Lo scopo dell'interpretazione è rendere la persona consapevole di elementi che si trovano al di fuori della coscienza; in alcuni casi, questo significa rendere conscio ciò che prima era inconscio, mentre in altri segnalare le connessioni tra diversi fenomeni, che la persona non riesce a vedere⁶⁴. Di norma è meglio presentare un'interpretazione sotto forma di domanda o ipotesi, e chiedere al paziente di parteciparvi. L'interpretazione andrebbe usata con cautela: non tutte le persone possono essere pronte ad accoglierne i contenuti. Ma se la scelta dei tempi è corretta, permette di comprendere che i pattern relazionali emersi dalla terapia siano simili a quelli che caratterizzano altri rapporti interpersonali⁶⁵.

L'osservazione, diversamente dall'interpretazione, non vuole fornire spiegazioni o collegamenti. Con questo strumento, il terapeuta nota un comportamento, un moto di affetto o un pattern all'interno, ma senza interpretarlo. La speranza è che sia la persona a riflettere sul significato.

Con la confrontazione, il terapeuta porta l'attenzione della persona sui temi che di solito tende a evitare. Mentre l'osservazione ha di solito come oggetto aspetti di cui la persona non è consapevole, la confrontazione serve a evidenziare l'evitamento di materiale conscio.

La chiarificazione cerca di chiarire temi che appaiono vaghi, confusi o sconnessi: può aiutare il terapeuta a raccogliere informazioni e a verificare se le sue deduzioni siano corrette.

L'incoraggiamento a elaborare e la convalidazione empatica sono più vicini al polo del supporto: servono a raccogliere informazioni e a rendere solida l'alleanza terapeutica. Con l'incoraggiamento, il terapeuta cerca di approfondire alcuni aspetti portati dal paziente; con la validazione, prova a

⁶⁰ Plaut P., *Der sexualverbrecher und seine Persönlichkeit*, 1960

⁶¹ Gabbard G.O., *Psichiatria psicodinamica basata sul DSW-IV*, 1995

⁶² Callieri B., Castellani A., *Aspetti Antropologici dei Comportamenti Sessuali Anormali*, 1970

⁶³ Semi A.A., *Il metodo delle libere associazioni*, 2011

⁶⁴ Gabbard G. O., *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, 2017

⁶⁵ Gabbard G. O., *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, 2017

immergersi nel suo stato interiore. Quest'ultima può essere particolarmente importante nelle prime fasi della terapia, perché aiuta la persona a sentirsi accolta e compresa⁶⁶.

Attraverso tutti questi interventi, lo psicoterapeuta psicodinamico può assolvere uno dei suoi compiti fondamentali: aiutare le persone a comprendere le modalità con cui tendono a ricreare le dinamiche disfunzionali all'interno delle relazioni. Parte del processo terapeutico consiste nel fornire alla persona interpretazioni, osservazioni e confronti da una prospettiva esterna, in modo da rendergli più familiare la sua stessa vita inconscia. Queste informazioni possono aiutare la persona a capire meglio il senso del lavoro del terapeuta psicodinamico e a scegliere con maggiore consapevolezza il professionista da cui farsi guidare lungo il percorso.

Conclusioni sulla psicoterapia sui *child molester*.

La questione sull'opportunità di trattare gli autori di reati sessuali è un argomento molto dibattuto nel nostro paese, che sollecita particolarmente l'opinione pubblica, ancora culturalmente orientata alla pena detentiva come unica punizione possibile. Sono molti gli studi che hanno ormai confermato l'effettivo beneficio di alcuni trattamenti in termini di riduzione della recidiva⁶⁷; in particolare il già citato trattamento cognitivo-comportamentale e quello sistemico sono associati ad una diminuzione delle recidive sessuali⁶⁸.

Vi è ormai una consolidata correlazione empirica tra i bisogni criminogenici identificati, come le distorsioni cognitive o la difficoltà nelle relazioni intime, e la recidiva⁶⁹. I delinquenti sessuali hanno difficoltà che riguardano diverse sfere della vita, spesso in modo cronico, tra cui la comprensione e la gestione delle emozioni. Proprio come in altre patologie, come le dipendenze, non si ha una completa "guarigione", ma comunque si può assistere a delle remissioni, che potrebbero diminuire le recidive, grande costante di tali reati. Il trattamento efficace è quello che si serve di un approccio multifattoriale, che comprende anche fattori affettivi ed emotivi, come l'analisi e l'approfondimento della sessualizzazione dei conflitti.

Sentimenti come la collera, la solitudine, l'umiliazione spesso agiscono come motore nel reato di abuso sessuale: il sesso viene utilizzato come forma di potere e controllo, viene spesso confuso con l'aggressività. Tra i fattori di rischio, infatti, troviamo alcune costanti cliniche: problematiche relazionali ed affettive; meccanismi di negazione utilizzati per evitare l'angoscia; deficitario controllo degli impulsi e delle modalità di *coping*; incapacità di reagire adattivamente alle frustrazioni. All'interno delle competenze da rafforzare troviamo sicuramente la capacità di riconoscere e gestire le emozioni. Gli autori di reati sessuali hanno spesso delle carenze specifiche, derivate dalla loro storia personale, che li portano a non saper regolare l'emotività e, di conseguenza, a non sopportare le emozioni negative, quali rabbia ma anche noia, vuoto e solitudine, ed a cercare subito uno sfogo per le emozioni positive, come l'eccitazione sessuale.

È necessaria quindi una presa di coscienza della dimensione emotiva insita nel conflitto, per elaborarla e gestirla; la centralità del lavoro sull'empatia con questa categoria di delinquenti risiede nell' "*emotional recognition*", cioè nella capacità di differenziare gli stati emotivi propri e altrui e nell' "*emotional replication*",

⁶⁶ Gabbard G. O., *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, 2017

⁶⁷ Marshall W.L., Jones R., Ward T., Johnston P., Barbaree H., *Treatment outcome with sex offenders. Clinical Psychology Review*, 1991

⁶⁸ Hanson R.K., Gordon A., Harris A.J., Marques J.K., Murphy W., Quinsey V.L., *First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. Sex Abuse*, 2002

⁶⁹ Rosso C., Garombo M., Furlan P.M., *Aggressori sessuali: una comprensione empirica del comportamento abusante*, 2010

vale a dire nella capacità di provare un'emozione simile, o quasi, a quella che prova l'altro⁷⁰. Nei paesi esteri, diversamente da quanto accade in Italia, particolare rilievo è posto anche alla fase post-detentiva, in cui l'aggressore continua ad essere oggetto di programmi di riabilitazione, insieme alla propria famiglia. Tutto ciò è particolarmente importante in quanto uno dei primi fattori che riduce il rischio di recidiva è proprio il reinserimento sociale e l'integrazione, per diminuire la stigmatizzazione e la marginalizzazione dell'ex detenuto.

Di primaria importanza appare, ad oggi, di fronte ad un aumento dei crimini sessuali, la questione del trattamento. Tra gli altri obiettivi, troviamo anche quelli di sviluppare una competenza emozionale e sentimentale, attivare un processo di empatia, di comprensione e sentimenti di colpa. Questo perché tra le cause di un comportamento sessuale deviante potrebbe esserci una emozionalità negativa, con sentimenti di solitudine, rabbia o confusione, mancanza di empatia, senso di impotenza e disperazione, per cui l'atto criminale diventa modalità per ridurre tali stati emotivi negativi, creando un ciclo di comportamenti sessuali devianti che possono anche culminare nell'aggressione sessuale. Sviluppare intelligenza emozionale significa incidere sulla mancanza di empatia, sulla scarsa competenza sociale e sul mancato riconoscimento dei bisogni emozionali delle altre persone, che spesso incoraggiano gli atti devianti⁷¹.

Terapia medico-farmacologica.

Secondo questa tipologia di approccio, se si riscontri che alla base dei comportamenti di violenza sessuale vi sia una anomalia fisiologica relativa alla produzione e al controllo di ormoni sessuali, una soluzione in grado di incidere sul comportamento deviante, e quindi sulla commissione o recidiva del reato specifico, consiste nella somministrazione di determinati farmaci, specialmente di antiandrogeni. Tra questi il leuprolide, l'agonista dell'ormone di rilascio delle gonadotropine⁷², che riduce la produzione ipofisaria di ormone luteinizzante⁷³ e di ormone follicolo-stimolante⁷⁴, riducendo in tal modo la produzione di testosterone.

Il Ciproterone acetato (CPA), utilizzato in Europa occidentale e in Canada, che agisce sul testosterone nel plasma, riducendolo e inibendo quindi l'attività sessuale deviante. Negli Stati Uniti, essendo messa in relazione la pedofilia e le alterazioni del sistema ipotalamo-ipofisi-gonadi, per cui l'attività di testosterone appare aumentata, si utilizza come strumento di contenimento dell'iperattività sessuale e del comportamento sessuale compulsivo, il medrossiprogesteroneacetato (MPA). Questo sembra avere effetti positivi sul controllo degli impulsi sessuali, soprattutto a carattere violento, benché il suo uso sia limitato, per via degli effetti collaterali potenzialmente dannosi a lungo termine. Inoltre, la riduzione degli impulsi attraverso i farmaci, pare rafforzare i benefici della psicoterapia⁷⁵. Bloccando, anche in questo caso, la produzione ipofisaria di ormone luteinizzante e ormone follicolo-stimolante, il medrossiprogesterone riduce la produzione di testosterone, riducendo in tal modo la libido⁷⁶.

⁷⁰ Giulini P., Xella C.M., *Buttare la chiave? La sfida al trattamento per gli autori di reati sessuali*, 2011

⁷¹ Recantini R., *Il ruolo delle emozioni negli autori di reati sessuali*, 2016

⁷² *Gonadotropin-releasing hormone*, GnRH.

⁷³ *Luteinizing hormone*, LH.

⁷⁴ *Follicle-stimulating hormone*, FSH.

⁷⁵ Kaplan H.I. & Sadock B.J., *Manuale di psichiatria*, 1993

⁷⁶ Dosi tipiche sono medrossiprogesterone 200 mg IM 2-3 volte/settimana per 2 settimane, seguito da 200 mg 1-2 volte/settimana per 4 settimane, quindi 200 mg ogni 2-4 settimane.

Gli antiandrogeni agiscono non solo sul comportamento sessuale, ma anche sulla produzione di fantasie sessuali. Ciò inibisce anche la capacità di produrre un'erezione e di mantenerla con la stessa durata e intensità. Questi medicinali bloccano la componente sessuale erotica a livello celebrare ma non fisica, di conseguenza molti pazienti che ne hanno fatto uso hanno affermato che con la stimolazione fisica riuscivano ad avere rapporti sessuali col proprio partner.

La durata minima del trattamento ormonale è di sei mesi, la decisione di interromperlo dipende dalla volontà del paziente e dai progressi ottenuti. L'interruzione deve essere in ogni caso graduale. A trattamento terminato si mantiene un rapporto terapeutico in cui il paziente accede a colloqui clinici almeno due volte all'anno per fare il punto della sua situazione psicosessuale, valutando anche l'opzione di riprendere il trattamento al riemergere delle fantasie sessualmente devianti.

In aggiunta agli antiandrogeni, possono essere utili gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina⁷⁷.

Dobbiamo comunque tenere a mente che un trattamento esclusivamente farmacologico non avrebbe che l'effetto di inibire temporaneamente determinati impulsi, senza curare definitivamente il disturbo.

Recentemente, in Gran Bretagna, Svezia, Danimarca, Canada e diversi stati degli USA, si offre ai pedofili condannati per violenza sessuale su minore, la possibilità della castrazione chimica. Il programma del ministero della Salute punta a ridurre drasticamente i livelli di testosterone degli uomini che, volontariamente, si sottoporranno al trattamento in vista della scarcerazione: i risultati nei Paesi che hanno introdotto la normativa sono stati positivi. Fra i medicinali utilizzati per ridurre la libido ai livelli di pre-pubertà il Prozac e alcuni farmaci contro il cancro. Secondo il programma trattamentale è necessario un monitoraggio per individuare i soggetti che potranno beneficiare di queste cure. Ovviamente la castrazione chimica non sostituirà il carcere, ma servirà alla fine della pena per evitare che il pedofilo reiteri determinate condotte. I dati, attualmente, sembrano provare l'efficacia della misura. La reiterazione del reato ai danni di bambini si è ridotta da oltre il 40% al 5%. C'è da dire però che non è possibile ancora individuare gli effetti collaterali dei farmaci, che possono indurre uno stato letargico e scatenare problemi ormonali.

Secondo esperti italiani⁷⁸, questo trattamento farmacologico è praticabile. Si sottolinea però che in Italia, nonostante i pazienti che sono trattati con anti-androgeni per il tumore alla prostata perdono l'istinto sessuale, ne serbano comunque il ricordo e cercano di riappropriarsi della libido utilizzando farmaci come il Viagra o simili, oppure facendosi inserire delle protesi nel pene. Ciò a testimonianza del fatto che, come detto in precedenza, il provvedimento farmacologico in sé può funzionare, ma per conseguire una reale efficacia sociale è necessario che sia inserito in un programma ben organizzato che preveda un adeguato supporto psicologico.

La relapse prevention.

Il fine di ogni programma trattamentale è quello di prevenire la ricaduta, nessuna modalità da solo è in grado di raggiungere tale scopo, ma è necessaria la combinazione dei modelli che abbiamo visto di anzi. La *relapse prevention* si fonda su un modello eziologico multifattoriale per cui il delitto sessuale è il risultato di un insieme di fattori, sia personali (cognitivi, affettivi, biologici) che sociali (vicende

⁷⁷ Ad esempio ., alte dosi di fluoxetina, da 60 a 80 mg 1 volta/die o fluvoxamina da 200 a 300 mg per via orale 1 volta/die.

⁷⁸ Gentile V., presidente della Società Italiana di Andrologia

giudiziarie, incarcerazioni) che contribuiscono all'attivazione di una determinata risposta comportamentale⁷⁹. Secondo questo concetto il reato sessuale è l'ultimo passo di una serie di eventi che lo precedono.

Il modello di prevenzione di ricaduta si basa sull'individuazione di questi eventi per poter incrementare l'autogestione da parte dell'abusatore⁸⁰. Per queste persone il punto di inizio è dato dalla realtà quotidiana, pensiamo a frustrazioni familiari o lavorative, che sono acuite da una serie di circostanze negative che l'abusatore amplifica nella gravità, e individua in altri soggetti i colpevoli. Per i pedofili il comportamento sessuale deviante diventa lo strumento per arginare il proprio senso di malessere.

Identificati i vari fattori, il passo successivo è quello di far prendere al soggetto una decisione apparentemente irrilevante, ma che in realtà lo pone in una situazione in cui il controllo sul comportamento sessuale proibito è minacciato, ad esempio passare in una strada adiacente a un luogo affollato di bambini. Lo scopo della terapia è accompagnare l'individuo a prendere coscienza dei vari stadi, della varie tappe, che contraddistinguono il processo che porta alla recidiva, al fine di dargli degli strumenti adeguati a interrompere tale processo prima di arrivare alla commissione del reato.

Nel percorso di identificazione degli elementi costitutivi della catena di eventi, il soggetto è invitato a compiere un'anamnesi dettagliata del comportamento deviante, anche mediante un'autobiografia che effettua a inizio trattamento, così da poter cogliere degli elementi utili sui quali il terapeuta possa imbastire il proprio lavoro⁸¹. È importante fornire ai delinquenti sessuali degli strumenti che possano concettualizzare le loro difficoltà, facilitando la comunicazione col professionista. Il contesto terapeutico è quello del gruppo, ciò facilita sia la condivisione dei membri, sia la capacità di relazionarsi in una micro comunità. Spesso i pedofili presentano difficoltà in diversi settori della loro vita, diventa quindi fondamentale migliorare la qualità della stessa mediante relazioni sociali con un lavoro gratificante e svaghi piacevoli. Come per alcolismo e tossicodipendenza, non si può mai parlare di guarigione, ma di remissione e controllo di un problema; alzare la qualità della vita e la consapevolezza delle proprie debolezze, diventa necessario in ottica di prevenzione.

L'esperienza dei gruppi.

I reati a sfondo sessuale rappresentano, nell'immaginario collettivo, l'azione umana più riprovevole e pericolosa per la società civile, soprattutto nel caso in cui le vittime siano dei minori, perché mina le basi stesse di essa, ovvero la tutela dei più deboli.

Come abbiamo già avuto modo di vedere, le condotte pedofile (dettate quindi da un disturbo parafilico) evidenziano una etiopatogenesi molto complessa che non permette di ricondurle a fattori che siano unicamente esterni, ambientali e sociali, o solo unicamente intrapsichici; le diverse posizioni, da un lato quella psicologica e dall'altro quella criminologico-giuridica complicano l'approccio sia teoretico che clinico e trattamentale a tali comportamenti.

Ciò comporta la necessità di mantenere una visione non riduzionista nell'approccio al tema della trattabilità di tale fenomeno e obbliga gli operatori a rinunciare a categorie classificatorie definite nel momento in cui si trovano ad ipotizzare un trattamento con gli autori di reato sessuale.

Ritengo necessario sottolineare nuovamente come il trattamento si ponga come strumento special-preventivo, ma anche general-preventivo. Una effettiva tutela per le vittime corrisponde all'attenzione

⁷⁹ Engel G.L., *The clinical application of the biopsychosocial model*, 1980

⁸⁰ Dettore D., Fuligni C., *L'abuso sessuale sui minori*, 1999

⁸¹ Long J.D., wuesthoff A., Pithers W.D., *Relapse prevention with sex offenders*, 1989

per la prevenzione di tali reati, prevenzione che passa, soprattutto, da un'azione sugli autori che non può e non deve limitarsi alla pura e semplice carcerazione. In primis, perché la Costituzione Italiana all'art.27 prescrive che la pena non sia fine a se stessa, ma miri alla "rieducazione del condannato", in secondo luogo, perché le persone detenute per reati sessuali contro i minorenni vivono la carcerazione in uno stato di "ibernazione penitenziaria"⁸², fatto di isolamento e inattività, che collude con le loro difficoltà relazionali di base e le accentua. Infine, si tratta di detenuti che un giorno usciranno: e nessun tipo di monitoraggio, supporto o controllo può essere attualmente messo in atto. Già nella legge 296/98 si ipotizza un "recupero dei responsabili di tali delitti", con la previsione di un Fondo ottenuto dai proventi delle attività sanzionate, riservato in prima battuta alle vittime e in via residua al trattamento dei rei che "ne facciano apposita richiesta". Anche la legge 262/2012 (che recepisce la Convenzione di Lanzarote per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale del 25/10/2007) prevede che i rei di questi reati possano sottoporsi a un trattamento psicologico con finalità di recupero e di sostegno.

Ecco che, oltre alla sanzione, diventa necessario "allenare" il pedofilo alla re-immissione nella società, dotandolo di strumenti che gli permettano di poterla, per la prima volta, vivere come parte integrante. In questa ottica è interessante la sperimentazione consistente nel primo tentativo di trattamento e presa in carico di autori di reati sessuali nella realtà penitenziaria italiana, che ha previsto la costituzione di un'Unità di Trattamento Intensificato⁸³ all'interno della 2° Casa di Reclusione di Milano-Bollate. Questa soluzione è stata pensata come valida alternativa alla detenzione in reparti protetti, alla solitudine fisica ed emotiva, all'isolamento che talvolta permettono l'instaurarsi di un circolo vizioso in cui disagio, rancori, violenze fisiche e verbali contribuiscono ad aggravare situazioni problematiche che spesso esitano in vere e proprie patologie.

Il trattamento è concepito come l'offerta per l'individuo della possibilità di comprendere, ridefinire e quindi modificare il significato finora dato alla propria esistenza, e come un'opportunità di rielaborare il proprio reato e capirne fino in fondo le dinamiche e le conseguenze. L'equipe trattamentale è costituita da diverse figure professionali, quali criminologi, psicologi, educatori, psicodiagnosti e un'arteterapeuta.

Gli interventi trattamentali per autori di reati sessuali realizzati in ambito penitenziario sono una forma di prevenzione terziaria orientata prevalentemente alla riduzione della recidiva e al miglioramento della qualità della vita dell'individuo.

Nel corso degli anni l'Unità di trattamento si è dimostrata essere oltre che luogo di cura e di trasformazione anche uno spazio disponibile per i detenuti per poter acquisire e sperimentare nuove modalità di incontro e relazione, nonché la possibilità per l'equipe di portare avanti un lavoro di osservazione e revisione continua, che ha permesso di aggiornare e modificare costantemente il programma stesso. Lo strumento principe di tale progetto consiste nell'utilizzo di varie filosofie terapeutiche, imbastite sull'approccio sistemico del gruppo.

Il gruppo di comunicazione e abilità sociali.

Il gruppo di lavoro chiamato di Comunicazione e abilità sociali, formato all'interno dell'unità trattamentale presso la casa di reclusione di Milano-Bollate, è associabile all'applicazione pratica del

⁸² Giulini P., Vassalli A. & Di Mauro S., *Un detenuto ibernato: l'autore di reato sessuale tra tutela dei diritti e prospettive di difesa sociale*, 2003

⁸³ ex art.115, 4o cpv. D.P.R. n.230/00

*Good Lives Model*⁸⁴, in quanto si prefigge lo scopo di raggiungere una comunicazione efficace e il miglioramento delle capacità sociali del paziente, mediante la conoscenza delle proprie difficoltà, aspirazioni e bisogni, e dell'individuazione e gestione dei propri stati emotivi mediante la correzione delle proprie distorsioni cognitive e convinzioni erronee.

La modalità di impostazione del gruppo è sia psicoeducazionale che intersoggettiva, così da stimolare le relazioni interpersonali le quali saranno sia oggetto di indagine che strumento di crescita. All'interno del gruppo poi verranno riprodotte delle situazioni critiche per il raggiungimento dell'equilibrio personale, mediante la tecnica del *role playing*. Il lavoro viene organizzato in due sottogruppi di massimo dieci gestiti da due professionisti di sesso diverso. La scelta di un esiguo numero di partecipanti è fatta per stimolare la nascita di una relazione collaborativa, così che i soggetti possano trattare insieme anche eventuali conflitti sui temi che vengono trattati da seduta in seduta.

Tale tipologia di gruppo presenta due peculiarità: in primo luogo, la distorsione cognitiva non viene più considerata unicamente in relazione al reato, ma come una modalità irrealistica di pensiero derivante dalla propria storia personale che influisce attivamente sul proprio comportamento; l'utilizzo della scheda *ABC*, utilizzata nella psicoterapia cognitivo comportamentale. La suddetta scheda, utilizzata per introdurre il riconoscimento di una serie di emozioni che il *child sex offender* ignora, consiste nell'analisi di eventi che inducono un comportamento problematico (nel caso specifico all'interno dell'unità di trattamento), suddividendoli in tre tipologie di fattori: fatti (A), pensieri correlati (B) e emozioni che ne derivano (C). Spesso questa tecnica è accompagnata al metodo della "freccia discendente" che ha lo scopo di individuare i pensieri automatici e le convinzioni disfunzionali di base, così da poterle correggere.

Il lavoro del gruppo di comunicazione si articola in tre fasi:

- Nella prima fase, della durata di due-tre mesi, ha luogo una valutazione di idoneità basata su valutazioni psicodiagnostiche e sull'osservazione del comportamento del paziente all'interno dell'Unità. In questa fase si introduce il concetto di obiettivi di vita, e diventa fondamentale per raggiungerli l'individuazione di aspetti positivi di sé, così da aumentare l'autostima, ma soprattutto per insinuare nella mente del detenuto l'idea che cambiare è possibile. Ogni soggetto deve individuare almeno cinque caratteristiche positive, appuntarle su un foglio e tenerle a portata di mano, così da poterle visionare nei momenti di maggior tensione. Il lavoro viene svolto in gruppi, così da instaurare un clima collaborativo.
- La seconda fase, della durata di quattro mesi, la frequenza del gruppo diventa settimanale e il lavoro si incentra sul riconoscimento e sulla correzione delle distorsioni cognitive. La ristrutturazione cognitiva avviene mediante le tecniche di *role playing*, mediante la scheda *ABC* e anche con l'educazione sessuale. Successivamente il lavoro si concentra sulle distorsioni tipiche del reato sessuale, nello specifico alcuni autori hanno individuato cinque false credenze attribuibili al *child molester*⁸⁵: i bambini sono oggetti sessuali; il sesso è un diritto; il mondo è pericoloso; il desiderio sessuale è incontrollabile; il danno inflitto non è grave. Questi elementi saranno l'oggetto della riflessione di tutti i partecipanti, il fine è quello di dare coscienza a ognuno di loro che possono prendere in mano la situazione così da non commettere nuovamente gli stessi fatti. A questo punto viene consegnata a tutti i membri del gruppo una lettera, seguendo il modello di Murphy⁸⁶, in cui si afferma che gli autori dei crimini sessuali

⁸⁴ Ward T., Beech A., *Aggression and Violent Behavior*, 2006

⁸⁵ Gannon T., Polascheck D.L.L., *Cognitive distortions in child molester: A re-examination of key theories and research*, in *Clinical Psychology Review*, 2006

⁸⁶ Murphy M. D., *Handbook of Sexual Assault: issues, Theories, and Treatment of the Offender*, 1990

sanno la differenza tra bene e male, di conseguenza dopo aver commesso il reato si sentono in colpa ma, visto che ogni essere umano individua dei meccanismi di autotutela, si generano delle giustificazioni (ad esempio che il bambino voleva l'atto sessuale) che diventano poi automatiche. In questo modo i terapeuti affermano di essere a conoscenza del disagio dei condannati, invitando loro ad aprirsi e a comunicare ogni sentimento negativo. Mostrando empatia danno l'esempio che la società, o comunque una parte di essa, potrà nuovamente aprirsi a queste persone.

- Nella terza fase, di durata quadrimestrale, il lavoro si incentra sul riconoscimento e gestione delle emozioni, così da preparare il partecipante, alla prossima re immissione nelle sezioni comuni. Viene ricostruito, mediante la scrittura di autobiografie e il percorso fatto finora, il nesso tra il reato commesso e le problematiche personali pregresse. Il child sex offender è etichettato come mostro dalla società libera, ma anche nel contesto carcerario, come se esistessero diverse categorie di delinquenti, e fosse il più infimo. In questo contesto diventa fondamentale la gestione della collera derivante da provocazioni, reali, degli altri membri della comunità. Il clima di sostegno è quell'elemento che permetta al detenuto di raggiungere questo obiettivo, in quanto gli viene permesso di discostarsi sul proprio caso personale e di concentrarsi sugli obiettivi di cambiamento, autostima, capacità relazionali e sviluppo di empatia.

In questo contesto gli esperti si sono approcciati al problema della recidiva nell'aggressione sessuale secondo i dettami del *Good Lives Model*. Di conseguenza il trattamento non si è basato unicamente sulle tecniche di evitamento di determinate condotte, bensì su strumenti atti a migliorare le qualità di vita delle persone. L'idea di fondo è che nessuna persona può essere in grado di comprendere l'altro se sente, continuamente, che l'integrità del proprio Sé sia messa in pericolo; conseguentemente un alto livello di autostima diventa la base necessaria (ma non sufficiente) per sviluppare capacità empatiche.

Il gruppo di Prevenzione della recidiva

Il modello di prevenzione della recidiva è elaborato sulla metodica cognitivo comportamentale, già applicata all'alcolismo e alla tossicomania⁸⁷. La base su cui si innesta il modello è data dalla concezione di recidiva, per la quale il trattamento non si presenta come cura ma come strumento di aumento della consapevolezza del rischio di reiterazione del reato, la cui ripetizione produce una immediata e già conosciuta gratificazione sessuale.

Il trattamento ha ad oggetto una duplice categoria di fattori: quelli statici che non possono essere cambiati (ad esempio la storia criminale del soggetto) e fattori dinamici su cui è possibile lavorare (personalità, abuso di sostanze, reazioni emotive). Quindi diventa importante predisporre dei programmi personalizzati che vadano a conformarsi sulle risorse positive del paziente, evidenziando la recettività al trattamento della persona e il contesto in cui questo avviene. A conferma di ciò, a seguito dell'esperienza dell'unità trattamentale presso Milano Bollate, è stato verificato che, a parità di "carriera criminale", coloro che non hanno recidivato erano stati considerati dal Presidio criminologico di Milano come più recettivi.

Un fattore che caratterizza il child sex offender, e che è stato trattato all'interno del gruppo di Prevenzione della recidiva, è dato dal concetto della "fantasmatica sessuale deviante"⁸⁸, associata alla

⁸⁷ Greer J. G., Stuart I. R., *The Sexual Aggressor. Current Perspectives on Treatment*, 1983

⁸⁸ Con essa si intende un'attività fantastica fortemente caratterizzata da schemi, ormai diventati quasi automatici e autonomi.

masturbazione, che soggiace all'atto criminoso⁸⁹. Le fantasie devianti possono essere radicate a livello diverso tra i vari pedofili, per alcuni esiste fin dalla nascita, per altri assume rilevanza solo dopo il primo reato. La "fantasmatica sessuale deviante" ha un ruolo specifico nella mente del delinquente sessuale perché è l'elemento che incrementa la possibilità di recidiva. Il soggetto sperimenta mentalmente una finzione che lo stabilizza, che permette di far fronte alle difficoltà personali che caratterizzano la sua vita sociale. Ricorrere a questo meccanismo però fa sì che produca una dipendenza, conseguentemente il pedofilo inizierà sempre di più a ricorrere ad uno scenario sessuale, col quale prende sempre più confidenza, che conferirà anche un appagamento narcisistico.

Il passo successivo nella mente del pedofilo è dato dalla ricerca, o dall'occasione, di dare un seguito concreto alle proprie fantasie. In tal contesto la vittima diviene lo strumento che darà all'autore del reato l'illusione di raggiungere un equilibrio interno. Questo processo viene accompagnato da una serie di distorsioni cognitive che consentono di ridurre il peso morale: diminuire la gravità del reato e spostare sulla vittima la responsabilità.

Le distorsioni cognitive arrivano a strutturare le fantasie sessuali, convincendo l'autore che la condotta che per lui è fonte di godimento, viene problemizzata solamente dalla legge. Si rende quindi necessario un intervento multidimensionale che miri a dare il corretto inquadramento della sua condotta pulsionale rispetto alla legge, e che introduca la logica della vittimizzazione e il punto di vista della vittima al centro del trattamento. Il programma deve modificare la posizione dell'Io rispetto alla tendenza sessuale deviante, a tal fine si rende necessario, vista la complessità della questione, realizzare un gruppo imbastito su più settori: giuridico, che apporti un sistema forzoso; clinico; criminologico; socio educativo.

La metodologia non è quella del gruppo terapeutico in senso stretto, il terapeuta non cerca di stimolare dei processi inconsci, ma agisce come "più uno"; ovvero si pone al pari dei partecipanti prendendo parte alla conversazione, così da mantenere alto il livello del confronto, e dando la possibilità alle parti di parlare di un problema senza che si arrivi necessariamente alla soluzione⁹⁰. Il gruppo è strutturato con regole indicate nel contratto preliminare insieme all'oggetto e allo scopo del trattamento.

Le tematiche vengono affrontate secondo la tecnica del *brainstorming* e ad ognuno è data la scelta se affrontare la questione all'interno del gruppo, o preferire un colloquio privato con il professionista.

Il gruppo di prevenzione non si occupa di determinare la pericolosità, o il rischio di recidiva di ogni membro. Inoltre non è un gruppo facoltativo, altrimenti questo permetterebbe ai soggetti la possibilità di evitare situazioni o esercizi emotivamente e psicologicamente difficili.

Nella fase di fondazione del gruppo è necessario che tra i partecipanti si instauri un clima di fiducia reciproca, così da non incrinare lo stesso gruppo in caso di critiche tra i membri. Il professionista all'inizio ordina anche ai partecipanti di non parlare dei propri reati, in questo modo si evitano delle controproducenti dichiarazioni di innocenza o alterazioni di della storia personale finalizzate a ottenere dei benefici relazionali.

Gli argomenti trattati dal gruppo non seguono un programma fisso, possono variare tra episodi recenti avvenuti in reparto, oppure fatti di cronaca.

Il gruppo di prevenzione inizia con la descrizione di un modello classico di descrizione del reato sessuale, nello specifico si pone l'attenzione sul concetto di catena di reato, quindi sui fattori di rischio. Insieme a ciò si sviluppa una esperienza internazionale, fornendo anche statistiche e dati derivanti dalla tradizione scientifica esterna al luogo trattamentale. lo scopo è quello di dare al progetto, al trattamento,

⁸⁹ Balier C., *Psicoanalisi dei comportamenti sessuali violenti*, 1996

⁹⁰ Colombo L., *Le formazioni gruppali*, in *La cura della malattia mentale*, 2001

una natura scientifica, extramurale, così da poter conferire ai partecipanti la capacità di individuare tutti gli elementi che concorrono al reato.

Si prosegue lavorando sulla rappresentazione che i partecipanti hanno di chi commette tali reati sessuali. Il fine è quello di far emergere la tendenza alla stigmatizzazione relativa al reato sessuale, offrendo la possibilità al conduttore di chiarire delle convinzioni erranee che possono emergere. Alcuni daranno giudizi sulla maggior o minore gravità del fatto, ma l'aspetto che il professionista deve chiarire è che ogni reato è uguale in quanto producano delle vittime.

Si possono sfruttare tutte le occasioni per sensibilizzare la persona, sulle conseguenze delle proprie azioni e fare quindi un bilancio sulla vita. In questo modo si aiutano i partecipanti a far chiarezza sugli altri problemi nella vita, i quali possono determinare il reato, pensiamo all'ipotesi di problemi nella vita di coppia, perdita del posto di lavoro, disfunzioni sessuali, traumi subiti, ecc. Affrontando questi problemi è possibile far capire ai membri del gruppo che le devianze sessuali, sono un modo inadeguato e inefficace di affrontare le esperienze negative.

A questo punto si lavora sul tema della negazione e minimizzazione della propria responsabilità. Come già detto in precedenza tra i delinquenti vi è l'idea di reati accettabili e non accettabili, ciò avviene anche in ambito sessuale, con la considerazione che i reati sulle vittime adulte siano meno gravi rispetto a quelli perpetrati su un bambino. L'operatore deve scoraggiare queste erranee convinzioni sottolineando che la gravità oggettiva è determinata solamente dal processo, mentre quella soggettiva esclusivamente dalla vittima. La riflessione sul reato viene affiancata a un questionario di cento domande relative alla vita della persona, dall'infanzia all'età adulta. Dopo di che si passa all'identificazione della situazione immediatamente antecedente alla commissione del reato. In questo modo si dà la possibilità al partecipante di affrontare la criticità delle proprie relazioni interpersonali. Lo scopo è quello di far comprendere al reo che il fatto criminoso non è stato un impulso, bensì il culmine di una serie di eventi e scelte che l'hanno perorato nella situazione di rischio. Individuare una problematica interiore, come fattore di determinazione del reato, aumenta la possibilità di ridurre il rischio di recidiva.

Consolidate le basi del gruppo, si introduce la *hot seat*, una tecnica di gruppo con regole e scansioni precise. Questa esercitazione è molto importante all'interno del trattamento, principalmente si tratta di una "prova" per migliorare la capacità di comunicare, soprattutto in relazione di un episodio critico. In questa attività un soggetto focus si siede su una "sedia bollente" e riceve domande da tutto il gruppo sulla vicenda di reato. Le fasi in cui si articola l'esperimento sono 4:

- Fase uno: il partecipante narra la sua vicenda.
- Fase due: i membri del gruppo fanno un giro di domande alle quale il soggetto focus deve rispondere;
- Fase tre: l'intero gruppo discute liberamente di ciò che è emerso;
- Fase quattro: il gruppo esprime la propria valutazione sull'andamento della hot seat esprimendo il proprio stato emotivo.

Quanto alle regole invece, il gruppo non deve fare delle osservazioni ingiuriose, non deve fare domande o riflessioni relativi ad aspetti non connessi al reato e non possono nemmeno esser fatti paragoni tra i reati di ognuno.

Nonostante vi sia un'unica persona sulla quale vi si concentra il focus, tale attività non deve esser considerata come sorta di tribunale, ma come esperienza di interesse comune a tutto il gruppo.

Il ruolo del gruppo cambia importanza nel momento in cui il condannato deve espiare la pena in ambiente esterno, in tal caso il contesto del gruppo non è solo una metodologia di lavoro, ma diviene strumento attivo di contenimento della possibilità concreta di recidiva. Al di fuori del campo

trattamentale il pedofilo si può sempre trovare, potenzialmente, in situazioni ad alto rischio di reiterazione del reato. Se ciò avviene, il terapeuta deve mostrare empatia ed evitare di trasmettere al soggetto una sensazione di delusione per il fatto di aver fantasticato di ricommettere il reato o se si trova vicino a commetterlo. Il totale controllo di questi impulsi è un'illusione, soprattutto per coloro che usano il reato come espressione di una difesa proiettiva necessaria. Ecco che diventa fondamentale strutturare un campo trattamentale in cui sia possibile far sperimentare al soggetto una relazione con altre persone in maggior sicurezza, facendo leva sulle regole del dialogo e dell'ascolto.

Il gruppo di Gestione dei conflitti.

Sulla base delle risultanze dei gruppi di cui sopra, alcuni autori⁹¹, basandosi anche sull'esperienza canadese⁹², hanno sviluppato una riflessione sull'efficacia dell'empatia come strumento terapeutico.

Il modello di riferimento è quello individuato da Inshelwood⁹³, a matrice psicodinamica, che si articola su due binari: espressivo (di ricostruzione del reato) e supportivo (di supporto psicologico).

Il trattamento si basa su delle caratteristiche che ricorrono nella tipologia dell'autore di reato, il pedofilo, infatti, spesso dimostra capacità relazionali deficitarie, vive in modo ansiogeno i rapporti coi coetanei mentre si comporta con padronanza nei confronti del bambino. La sensazione di frustrazione e inadeguatezza, causata anche dallo sforzo di fornire una immagine di sé corrispondente a un modello ideale, che si traduce in fallimento nella realtà, sfocia nel desiderio di attuare fantasie perverse che, se realizzate, danno soddisfazione a queste tendenze patologiche.

La terapia deve trovare un equilibrio tra i due livelli di intervento integrando anche gli approcci necessari alla risoluzione di problematiche connesse al comportamento deviante. La metodologia del gruppo, anche in questo caso, è favorevole all'incentivare l'espressione mediante il confronto tra i membri⁹⁴.

L'attività terapeutica con i *child sex offender* si confronta spesso con la rigidità e staticità dei meccanismi difensivi derivante dall'Io. Questa struttura difensiva, che diventa quasi autonoma, si mostra resistente al cambiamento rendendo difficoltose le cure⁹⁵. Per alcuni autori le fantasie perverse fanno parte di un'area scissa della personalità di questa tipologia di soggetti⁹⁶, di conseguenza, per un efficace trattamento, è necessario integrare il comportamento perverso con il settore del funzionamento centrale della personalità del soggetto. Il fine del gruppo è quello di, mediante la condivisione e il confronto, allentare le difese dei membri per favorire la disponibilità di affrontare tutti gli stati di regressione emotiva. Solo quando tra i partecipanti si instaura un clima di fiducia, diventa possibile superare queste resistenze e ricercare i significati del comportamento all'interno della personalità e del vissuto di ogni singolo individuo. I pedofili vivono le loro fantasie in maniera inconsapevole di qualunque connessione tra il proprio sintomo e gli stati emotivi che portano alla commissione del comportamento che li concretizza.

Il gruppo di gestione dei conflitti si basa su un approccio che trae spunto da diverse scuole di pensiero della psicologia: integra le teorie sulla perversione a matrice psicoanalitica⁹⁷ con i contributi della scuola

⁹¹ Cavalli S., Garbarino F., *Il gruppo di gestione dei conflitti. L'empatia come strumento terapeutico*, in *Buttare la chiave?*, 2011

⁹² Marshall W. L., Anderson D., Fernandez Y. M., *Trattamento cognitivo comportamentale degli aggressori sessuali*, 1999

⁹³ Inshelwood R. D., *Cosa accade nei gruppi. L'individuo nella comunità*, 1987

⁹⁴ Buchele B. J., Ganzarain R., *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1990

⁹⁵ Khan M., *Le figure della perversione*, 1993

⁹⁶ Kohut H., *Narcisismo e analisi del Sé*, 1977

⁹⁷ Freud S., *Introduzione alla psicoanalisi*, 1971

psicodinamica⁹⁸; utilizza concetti a matrice cognitivo-comportamentale, soprattutto la sessualizzazione del conflitto⁹⁹; struttura il lavoro sulle teorie del conflitto e sul ruolo degli eventi traumatici del comportamento deviante¹⁰⁰.

Nella prima fase il trattamento propone una situazione di scambio di esperienze relative alla storia di ogni membro, dei propri eventi traumatici e della conflittualità. Il clima supportivo durante il lavoro sui traumi, invece, permette di instaurare una maggior fiducia tra i membri, favorendo un allentamento delle difese e una maggior facilità nella trattazione delle problematiche, così da rendere possibile individuare gli aspetti emotivi e le proprie modalità di gestione, funzionali e non, per arrivare a sviluppare la capacità empatica. Nel momento in cui queste condizioni vengono raggiunte, diventa possibile attivare il confronto con quelle parti non mentalizzate negli schemi di funzionamento patologico, realizzando l'elaborazione di aspetti emotivi e relazionali implicate nelle situazioni di attrito e incomprensione.

Ciò diventa particolarmente rilevante riferendosi alla sessualizzazione de conflitto. I *child sex offender*, e in generale gli autori di reato sessuale, tendono a esprimere l'aggressività derivante da situazioni conflittuali in atti o fantasie sessuali devianti. La violenza sessuale assume il ruolo di strumento idoneo a ripristinare un equilibrio venuto meno da un evento ansiogeno. Le difficoltà a gestire la rabbia e l'inadeguatezza di fronte a determinati eventi, assumono il significato di fattori a monte dell'azione delittuosa e quindi elementi facilitatori della recidiva.

Questo tema viene affrontato nella fase successiva del trattamento, in cui si tenta di migliorare nei partecipanti, la capacità di comprensione negli ambiti relazionali e affettivi. Si propone una rilettura di vicende personali, sollecitando un approccio più empatico sia in relazione al proprio stato emotivo, che a quello degli altri membri del gruppo. Il fine è quello di permettere una più coerente lettura degli stati di allerta e preoccupazione con la realtà. Il funzionamento cognitivo che questi soggetti hanno nei casi di conflitto può essere spiegato con il "processo di escalation"¹⁰¹. Secondo questa teoria, durante l'apice del conflitto, queste persone assolutizzano le proprie caratteristiche positive, aumentando proporzionalmente le caratteristiche negative dell'avversario, divenuto un mero oggetto da distruggere. Per gli autori psicodinamici il pedofilo ha una organizzazione psichica centrata sulla patologia narcisistica, in cui le pulsioni erotiche sono al servizio di questa aggressività distruttiva proiettata sul bambino, che diventa l'avversario su cui proiettarla. L'atto sessuale è dunque uno strumento con cui trasporre concretamente la propria rappresentazione psichica. La perversità sessuale viene caratterizzata da un evidente predominio di violenza in rapporto al piacere erotico¹⁰².

Nella terza fase del lavoro l'obiettivo è quello di sviluppare le capacità empatiche negli autori di violenza sessuale. Spesso nelle dinamiche del reato emerge l'incapacità dell'autore di considerare la vittima nella sua emotività, nella sua condizione di soggetto, il che porta a una oggettivizzazione della stessa che diventa mero strumento per appagare i desideri o per sfogare rabbia e frustrazione. Inoltre l'autore è solito attribuire alla vittima intenzioni o desideri che non corrispondono al vero, al solo fine di dar sfogo al proprio piacere.

La clinica evidenzia come ci siano fattori e condizioni idonee a compromettere la loro capacità empatica. Alcune forme di stress, eventi traumatici e disturbi psichici, quali depressione, disturbi di personalità e tratti sociopatici, possono alterare e compromettere il rapporto con la realtà e la relazione con l'altro; in alcuni casi arrivando ad una eccessiva fusionalità che porta l'erronea convinzione che la

⁹⁸ Bion W., *Esperienze nei gruppi*, 1961

⁹⁹ McKibben A., Proulx J., Lusignan R., *Behaviour Research and Therapy*, 1994

¹⁰⁰ Arielli E., Scotto G., *Conflitti e mediazione*, 2003

¹⁰¹ Arielli E., Scotto G., *Conflitti e mediazione*, 2003

¹⁰² Balier C., *Psicoanalisi dei comportamenti sessuali violenti*, 1996

vittima voglia la stessa cosa dell'autore¹⁰³. Nei casi di pedofilia l'autore del reato è spesso attratto dalla possibilità di instaurare una relazione di intimità con un soggetto che, vista la sua fragilità, può dare la possibilità al pedofilo di sentirsi adeguato e di occupare una relazione di potere e, contemporaneamente, credere di aiutare la vittima sopprimendo ad una eventuale carenza di affetto.

La tecnica usata nel gruppo per favorire lo sviluppo delle capacità empatiche è quella dell'ascolto e del commento di lettere scritte da vittime aspecifiche dello stesso reato, seguite dalla stesura di una lettera che verrà successivamente scritta da ogni membro del gruppo. Questa lettera sarà poi discussa tra tutti partecipanti, così da indurre una elaborazione soggettiva di ogni racconto. Questo lavoro permette agli autori di tali reati di avvicinarsi alla sofferenza della vittima restando a una distanza funzionale dalla stessa, cosa che altrimenti, se fosse implicata direttamente, sarebbe inaccessibile per senso di colpa, vergogna o per l'azione dei meccanismi difensivi già citati.

La capacità empatica viene sollecitata poiché, mediante l'ascolto delle testimonianze delle vittime, è possibile analizzare il danno e ciò che ne consegue, come il cambiamento dello stile vita e della sua qualità, conseguenti disturbi psichici, disadattamento sociale e l'incapacità di relazionarsi a una relazione affettiva. Il fine è quello di comprendere la portata distruttiva del reato, che non si limita a incidere sulla sola vittima, ma anche alle persone a essa vicine che diventano di fatto delle vittime indirette. Un gruppo ben funzionante è un gruppo capace di cogliere i passaggi problematici, rendendo possibile un'approfondita consapevolezza dei danni provocati. Questa elaborazione permette una comprensione empatica del danno e della sofferenza causati alla vittima, favorendo un allenamento delle resistenze derivanti dai meccanismi di difesa e procedendo verso un'assunzione di responsabilità del reato.

La misura di sicurezza.

Lo spazio giuridico in cui trova applicazione il trattamento è dato dalle misure di sicurezza. Queste sono provvedimenti di carattere educativo o curativo ovvero anche cautelativo, applicabili dall'Autorità giudiziaria, in sostituzione oppure in aggiunta alla pena, nei confronti di un reo ritenuto socialmente pericoloso. I presupposti della loro applicazione sono: l'elemento oggettivo della commissione di un fatto previsto dalla legge come reato o quasi reato (reato impossibile ex art. 49 c.p. e istigazione a commettere un reato non accolta o accordo criminoso non eseguito ex art. 115 c.p.); l'elemento soggettivo della pericolosità sociale del reo.

a) La nozione di pericolosità sociale

La pericolosità sociale si fonda su un giudizio prognostico effettuato dal giudice in ordine alla probabile commissione di nuovi illeciti penali da parte della stessa persona. Il concetto di pericolosità può essere analizzato con riferimento alla pericolosità potenziale di un soggetto – a prescindere cioè dalla valutazione della concreta estrinsecazione di tale qualità personale attraverso il compimento effettivo di un fatto-reato o di altro atto umano pericoloso – ovvero può essere inteso quale valutazione di carattere prognostico, un giudizio, cioè, che si attua post-delitto, proiettandosi nel futuro, con la finalità di verificare il grado di probabilità che la persona possa tornare a commettere illeciti penali. Il fatto che il codice parli di pericolosità sociale in luogo di pericolosità criminale, ha ragion d'essere nella circostanza per cui, applicandosi le misure di sicurezza anche a soggetti non imputabili, tale espressione meglio corrisponda all'evenienza che da questi soggetti si possa temere non tanto un reato punibile, bensì un

¹⁰³ American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 2001

fatto previsto come reato¹⁰⁴. Conseguentemente, ai fini dell'applicazione di una misura di sicurezza la pericolosità sociale consiste nel pericolo di commissione di nuovi reati e deve essere valutata autonomamente dal giudice che deve tener conto dei rilievi peritali sulla personalità, sugli effettivi problemi psichiatrici e sulla capacità criminale dell'imputato, nonché sulla base di ogni altro parametro desumibile dall'art. 133 c.p.¹⁰⁵ Dunque la valutazione deve fondarsi, oltre che sulla condotta del soggetto, anche sul suo complessivo quadro criminologico.

Ulteriore presupposto dell'applicazione delle misure di sicurezza è l'accertamento dell'attualità della pericolosità sociale della persona: il giudice che ha adottato il provvedimento di applicazione è tenuto a valutare, anche d'ufficio, la persistenza della pericolosità sociale dell'interessato nel momento dell'esecuzione della misura e non solo al momento dell'irrogazione¹⁰⁶. Detto accertamento è obbligatorio e imprescindibile rispetto alla concreta applicazione della misura di sicurezza, prescindendo da ogni altra valutazione¹⁰⁷, da ciò emerge come il procedimento in questione sia disciplinato dalla regola *rebus sic stantibus*¹⁰⁸.

Al fine di accertare l'attuale pericolosità sociale del soggetto, nel momento in cui deve essere applicata in concreto una misura di sicurezza, il giudice deve tenere conto non solo della gravità del fatto-reato, ma anche dei fatti successivi, come il comportamento tenuto durante l'espiazione della pena, quale risultante ad esempio dalle relazioni comportamentali e dall'eventuale concessione di benefici penitenziari o processuali¹⁰⁹. Difatti ai sensi dell'art. 4 *bis* o.p., i reati a sfondo sessuale rientrano nel novero dei delitti rispetto ai quali l'accesso ai benefici penitenziari è subordinato ai risultati positivi dell'osservazione scientifica della personalità del condannato per almeno un anno¹¹⁰.

Inoltre, ai fini della concessione dei benefici previsti dalla disposizione sopracitata, è data la possibilità alle persone condannate per i delitti di cui agli articoli 600 *bis*, 600 *ter*, 600 *quater*-1, 600 *quinquies*, 609 *quater*, 609 *quinquies* e 609 *undecies* e 609 *octies* del codice penale, di sottoporsi a un trattamento psicologico con finalità di recupero e di sostegno mediante percorsi di reinserimento nella società e di recupero presso enti o associazioni che si occupano di prevenzione, assistenza psicologica e recupero di soggetti condannati per i medesimi reati, organizzati previo accordo tra i suddetti enti o associazioni e gli istituti penitenziari¹¹¹.

b) Il rapporto tra la misura di sicurezza e la pena.

Le misure di sicurezza, costituiscono un'importante innovazione introdotte dal Codice Rocco nel 1930 predisponendoli come mezzi posti a difesa dell'ordinamento contro il pericolo che determinate persone possano commettere dei reati., la loro coesistenza attraverso l'affiancamento alle pene ha dato vita, nel

¹⁰⁴ Siclari B., Applicazione ed esecuzione delle misure di sicurezza personali, Giuffrè, Milano, 1977

¹⁰⁵ Cassazione penale, Sez. I, n.40808, 18.11.2010

¹⁰⁶ Corte Costituzionale, n. 291, 6.12.2013.

¹⁰⁷ Cass. I, n. 6224, 28.12.1994.

¹⁰⁸ Cass., I, n. 4074, 6.7.1995.

¹⁰⁹ Cass., I, n.24009, 30.4.2003.

¹¹⁰ La legittimità del perdio di osservazione di 1 anno confermata da Cass. 9289/2022 e Corte Costituzionale, n.33, 15.2.2022.

¹¹¹ Art. 13 *bis* o.p.: "1. Le persone condannate per i delitti di cui agli articoli 600 *bis*, 600 *ter*, anche se relativo al materiale pornografico di cui all'articolo 600 *quater* 1, 600 *quinquies*, 609 *quater*, 609 *quinquies* e 609 *undecies* del codice penale, nonché agli articoli 572, 583 *quinquies*, 609 *bis*, 609 *octies* e 612 *bis* del medesimo codice, possono sottoporsi a un trattamento psicologico con finalità di recupero e di sostegno. La partecipazione a tale trattamento è valutata ai sensi dell'articolo 4 *bis*, comma 1-*quinquies*, della presente legge ai fini della concessione dei benefici previsti dalla medesima disposizione⁽¹⁾.

1-bis. Le persone condannate per i delitti di cui al comma 1 possono essere ammesse a seguire percorsi di reinserimento nella società e di recupero presso enti o associazioni che si occupano di prevenzione, assistenza psicologica e recupero di soggetti condannati per i medesimi reati, organizzati previo accordo tra i suddetti enti o associazioni e gli istituti penitenziari⁽²⁾."

nostro ordinamento al sistema sanzionatorio del doppio binario, il quale, da un lato mira a sanzionare il soggetto mediante l'applicazione di una pena proporzionata alla gravità del reato commesso, dall'altro lato, invece, previene la pericolosità sociale.

Esse incidono sulla libertà personale rivolgendosi sia a soggetti imputabili pericolosi che a soggetti non imputabili pericolosi, che abbiano commesso un delitto e sono disciplinate dagli artt. 199 e ss. del c.p. , in particolar modo l'art.199 esprime il principio di legalità delle misure di sicurezza stabilendo che *“nessuno può essere sottoposto a misura di sicurezza che non siano espressamente previste dalla legge”*, tra l'altro, lo stesso principio trova riconoscimento normativo anche nell'art. 25 co.3 Cost. secondo il quale *“nessuno può essere sottoposto a misure di sicurezza se non nei casi espressamente preveduti dalla legge”*.

Il legislatore prevedendo all'interno del nostro codice penale l'affiancamento delle misure di sicurezza alle pene ha voluto così raddoppiare le potenzialità repressive del sistema.

Le differenze tra misura di sicurezza e pena sono relative:

- Alla funzione: la pena ha una funzione anche retributiva, mentre la misura di sicurezza ha esclusivamente rieducativa, nel caso del soggetto pedofilo di cura.
- Ai destinatari: la pena si applica solo ai soggetti imputabili; viceversa la misura cautelare si applica anche a chi non è capace di intendere e volere. Difatti abbiamo visto che vi sono casi in cui i pedofili non hanno capacità naturale.
- Alla durata: a differenza della pena, che ha una durata determinata, stabilita dalla sentenza di condanna, la misura di sicurezza è indeterminata, dovendo, per sua natura, cessare col venir meno dello stato di pericolosità del soggetto.

Quindi la distinzione tra pene e misure di sicurezza, entrambe dirette alla difesa sociale ed alla lotta contro il delitto, sarebbe da ravvisare nelle particolarità strutturali e applicative delle due misure e nel fatto che le misure di sicurezza sarebbero maggiormente connotate dalla funzione special-preventiva. Nel caso in cui la misura sia applicata al soggetto imputabile, che sia quindi applicata insieme a una sanzione detentiva, questa è eseguita dopo che la pena è stata scontata o estinta, a meno che, in caso di particolare condizioni d'infermità psichica, la misura del ricovero in casa di cura e di custodia può essere eseguita prima che sia iniziata o abbia termine la esecuzione della pena (ex art. 220 co. 2 c.p.¹¹²).

Quanto al principio della durata indeterminata della misura è necessario non confondere il limite del tempo massimo di durata con la proporzione della sanzione rispetto alla gravità del fatto commesso. Infatti, la discrezionalità di cui agli artt. 132 e 133 c.p., prima di riguardare la colpevolezza o le qualità del soggetto, attiene all'oggettivo disvalore del fatto concreto; di conseguenza, la proporzione della sanzione è corretta e legittima se risulta che i parametri di cui all'art. 133 c.p. siano stati sostanzialmente ed in concreto presi in considerazione e valutati dal giudice della cognizione, quale che sia la misura della sanzione inflitta, in ordine al tipo e al *quantum* di pena, tra il minimo e il massimo edittale¹¹³.

Inoltre il Legislatore, sempre sottolineando la mancanza di proporzionalità tra fatto commesso e durata della misura, permette l'applicazione di quest'ultima anche per fatti bagatellari o addirittura nelle ipotesi in cui, realizzato astrattamente il fatto tipico, vi sia comunque carenza di qualsiasi offesa al bene giuridico tutelato dalla norma. Da ciò emerge la volontà di conferire alla misura di sicurezza un ruolo di difesa delle istanze sociali a dispetto dei principi fondanti del diritto penale. Infatti la priorità del Legislatore non è quella di punire i fatti commessi da soggetti disturbati pericolosi, questo

¹¹² *“Il giudice, nondimeno, tenuto conto delle particolari condizioni d'infermità psichica del condannato, può disporre che il ricovero venga eseguito prima che sia iniziata o abbia termine la esecuzione della pena restrittiva della libertà personale.”*

¹¹³ Gatta G. L., *Codice penale commentato*, 2015.

alimenterebbe un'inutile criminalizzazione della malattia mentale¹¹⁴, bensì predisporre un sistema che possa garantire la possibilità di un adeguato reinserimento sociale¹¹⁵.

c) *Tipologie di misure di sicurezza.*

Le misure di sicurezza si distinguono tra personali e patrimoniali. Per quanto concerne quelle personali, esse si distinguono a loro volta tra detentive e non, a seconda che queste siano destinate o meno a un soggetto detenuto in un istituto o comunque sottoposto a un regime di limitazione della libertà personale. Tra gli istituti nei quali è possibile "scontare" una misura di sicurezza personale detentiva troviamo, oggi, la colonia agricola, la casa di lavoro e soprattutto le cc.dd. REMS (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) che hanno sostituito le case di cura e custodia e gli ospedali psichiatrici giudiziari (chiusi definitivamente il 31 marzo 2015) e consistono in strutture sanitarie create per scopi di ordine terapeutico e riabilitativo per quelle persone affette da disturbi mentali (come il disturbo pedofilo) che hanno commesso dei reati. Dalla riforma posta in essere con la legge n. 81/2014, qualora il giudice disponga l'internamento, esso deve svolgersi nelle REMS, site nella Regione di residenza dell'internato e gestite da personale sanitario, con il controllo, ora solo esterno, delle forze dell'ordine. Il giudice, che, a norma dell'art. 3 ter d.l. n. 211/2011, convertito con modificazioni in l. n. 9/2012, non può più applicare la misura valutando la pericolosità dell'agente sulla base di condizioni sociali e familiari di abbandono, deve rispettare il principio di *extrema ratio* e ricercare prima di tutto misure alternative all'internamento, favorendo la realizzazione di un progetto terapeutico riabilitativo individuale, di concerto con i centri di salute mentale, secondo quanto disposto dall'art. 3 ter, co. 4¹¹⁶. Nello specifico, il terzo comma dell'articolo 609 *novies*¹¹⁷ prevede l'applicazione di misure di sicurezza per la durata minima di un anno quando c'è condanna al reato di violenza sessuale nelle ipotesi aggravate di cui all'articolo 609 *ter* o condanna ai sensi degli articoli 604 *quater*, *quinquies* e *octies*. Le misure di sicurezza che vengono applicate a seguito della condanna sono:

¹¹⁴ Pelissero M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, 2008

¹¹⁵ Cass. pen., sez. I, n. 4026, 23.10.2020.

¹¹⁶ "Dal 31 marzo 2015 gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi e le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale. Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali.

¹¹⁷ "La condanna o l'applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 609 bis, 609 ter, 609 octies e 609 undecies, se commessi nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni diciotto, 609 quater e 609 quinquies, comporta in ogni caso l'interdizione perpetua da qualunque incarico nelle scuole di ogni ordine e grado nonché da ogni ufficio o servizio in istituzioni o in altre strutture pubbliche o private frequentate prevalentemente da minori.

La condanna per i delitti previsti dall'articolo 600 bis, secondo comma, dall'articolo 609 bis, nelle ipotesi aggravate di cui all'articolo 609 ter, dagli articoli 609 quater, 609 quinquies e 609 octies, nelle ipotesi aggravate di cui al terzo comma del medesimo articolo, comporta, dopo l'esecuzione della pena e per una durata minima di un anno, l'applicazione delle seguenti misure di sicurezza personali:

- 1) 1) l'eventuale imposizione di restrizione dei movimenti e della libera circolazione, nonché il divieto di avvicinarsi a luoghi frequentati abitualmente da minori;
- 2) 2) il divieto di svolgere lavori che prevedano un contatto abituale con minori;
- 3) 3) l'obbligo di tenere informati gli organi di polizia sulla propria residenza e sugli eventuali spostamenti.

Chiunque viola le disposizioni previste dal terzo comma è soggetto alla pena della reclusione fino a tre anni."

- l'eventuale imposizione di restrizione dei movimenti e della libera circolazione, nonché il divieto di avvicinarsi a luoghi frequentati abitualmente da minori;
- il divieto di svolgere lavori che prevedano un contatto abituale con minori;
- l'obbligo di tenere informati gli organi di polizia sulla propria residenza e sugli eventuali spostamenti.

La violazione di tali misure qualora disposte ha rilevanza penale in quanto comporta, ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo 609 *novies*, la reclusione fino a tre anni.

d) *La misura di prevenzione.*

La misura di sicurezza deve esser tenuta distinta da quella di prevenzione, la quale ha la sola finalità di prevenire la commissione di reato prescindendo dalla previa commissione dello stesso. Per tale ragione, è detta misura *ante o praeter delictum*, ed è applicata sul presupposto della sussistenza di meri sospetti o indizi di pericolosità. Va però evidenziato che sotto il profilo concettuale non vi è differenza sostanziale, in quanto entrambe le misure in questione sono finalizzate alla prevenzione della commissione di reati al punto da poterle definire “due *species* di un unico *genus*”¹¹⁸.

È importante puntualizzare, comunque, che l'accertamento della pericolosità attuale non è collegata alla commissione di un fatto specifico costituente reato, solo eventualmente può venire in considerazione, ma alla sussistenza di una situazione complessa, avente “un connotato di durata” e rivelatrice di un particolare sistema di vita del soggetto, che desta allarme per la sicurezza pubblica¹¹⁹, cui si aggiunge la vera e propria “prognosi” circa i futuri comportamenti.

Negli ultimi tempi vari tribunali hanno cominciato a fare applicazione della misura della sorveglianza speciale nei confronti di soggetti che hanno commesso reati in danno di minori (come, ad esempio, adescamento di minorenni, anche tramite social, c.d. “*grooming*”, corruzione di minorenni, abusi sessuali, detenzione di materiale pedopornografico), ovvero autori di reati di maltrattamento o atti persecutori. In questi casi, il giudizio di pericolosità sociale si fonda solitamente sulla personalità del soggetto e sulle recenti vicende giudiziarie pregresse che hanno contraddistinto la vita dei soggetti proposti, e che fa ritenere, con alto grado di probabilità, che le precedenti condotte di reato siano diventate in un certo senso abitudinarie e, quindi, che il soggetto non si asterrà dal reiterarle in futuro. Tale circostanza va chiaramente verificata in concreto caso per caso, alla luce degli elementi di fatto accertati, non potendo diventare una presunzione applicabile automaticamente.

Accanto alle prescrizioni base della sorveglianza speciale (come fissare all'atto della sottoposizione la propria dimora e farla conoscere all'autorità di pubblica sicurezza, non allontanandosi senza preventivo avviso; vivere onestamente; rispettare le leggi; ecc.), possono essere stabilite ulteriori prescrizioni particolari quali, ad esempio:

- non accedere alla rete internet o ai canali comunicativi c.d. *social network*, per ricercare o comunque effettuare dialoghi o comunicazioni di qualsiasi tipo con determinati soggetti (minorenni);
- non frequentare luoghi normalmente frequentati da determinati soggetti: nel caso di minorenni, ad esempio, scuole, impianti sportivi, oratori, mantenendosi in ogni caso ad una distanza minima stabilita; nel caso di altre categorie di persone, ad esempio, i luoghi di dimora, di lavoro o di studio.

¹¹⁸ C. Cost. n. 177, 22.12.1980.

¹¹⁹ Corte di Cassazione, Sez. Un., n. 10281, 25.10.2007.

Oltre a queste può essere ingiunta un'ulteriore prescrizione che può di carattere terapeutico, ossia quella di *“seguire un piano di intervento trattamentale che lo porti, attraverso indicazioni di tipo clinico-terapeutico realizzate dagli esperti incaricati, a prendere coscienza del forte disvalore delle condotte violente in una prospettiva di contenimento delle pulsioni violente e di razionalizzazione degli avvenimenti”*¹²⁰.

¹²⁰ Trib. Milano, sez. autonoma misure di prevenzione, 13.1.2021.