

IL PROFILO CRIMINOLOGICO DEL PEDOFILO

Mastronardi V.¹, Bonura Aurelia Monia²

Abstract

The Paedophilia is not only a crime. It is an antisocial behaviour that needs to be observed from many angles. To do this it is necessary to analyze the cognitive and social strategies used by the paedophile, studying his criminal and psychiatric aspects.

There are many kinds of paedophiles. It is therefore impossible to draw an only psychological profile of the paedophile.

The Paedophilia is a something very complex, that consists of many factors: mental and institutional aspects, sexual education, violence, impulses control. However there are some elements that can make easier the paedophile acts.

Key words: paedophilia -child- abuse- perversion

Riassunto

La pedofilia, oltre ad essere un reato, è un comportamento antisociale che va osservato da tutte le sue angolazioni; per far ciò risulta indispensabile analizzare le strategie cognitive e sociali messe in atto dal pedofilo studiandone gli aspetti criminologici e psichiatrici.

Non esiste una tipologia del pedofilo così come non esiste un unico tipo di pedofilo, non esiste un profilo psicologico definito ed unico per tutti i pedofili.

La pedofilia è un tratto multifattoriale in cui entrano in gioco aspetti mentali, istituzionali, di attività, di educazione sessuale, di violenza, di controllo delle pulsioni. Esistono però fattori che potremmo definire facilitanti l'atto pedofilo.

Parole chiave: pedofilia - bambino- abuso- perversione

1. Definire la pedofilia

¹ ¹ Psichiatra, Criminologo clinico. Titolare della Cattedra di Psicopatologia Forense - Dipartimento di Neurologia e Psichiatria. Direttore dell'Osservatorio dei Comportamenti e della Devianza - Facoltà di Medicina e Odontoiatria Sapienza Università di Roma

² *Psicologa- Criminologa* Tesi fine Master Internazionale in Scienze Criminologico-Forensi , Università di Roma "Sapienza"

La pedofilia, pur essendo esistita in ogni epoca storica e gruppo sociale, è stata riconosciuta solo di recente come grave fenomeno, che deve coinvolgere l'attenzione di diverse figure professionali, magistrati, avvocati, forze dell'ordine, medici, psicologi, insegnanti ed operatori sociali, ed ha suscitato, attraverso l'azione dei mass media e delle organizzazioni che si occupano della difesa dei diritti del bambino, una maggiore consapevolezza e sensibilità nell'opinione pubblica.

*“Gli studi dimostrano infatti come rappresenti, oggi, un problema psicologico, sociale e giuridico da esaminare ancora ed approfondire, non più legato a casi isolati e sporadici, ma a situazioni ripetitive e molto gravose, sia per il minore che le subisce, sia – da un punto di vista strettamente medico – per chi si trova a convivere con tale forma di perversione.”*³

Seguendo le indicazioni fornite dal DSM-IV la pedofilia è inserita nel capitolo delle parafilie ed ha la propria caratteristica parafilica focalizzata nell'attività sessuale ricorrente con bambini prepuberi.

Le attività sessuali perpetrate dai pedofili sono da questi ritenute legittime poiché considerate atti educativi; il pedofilo è una persona *“i cui desideri sessuali consci e le cui risposte sessuali sono diretti, almeno in parte, verso bambini e adolescenti dipendenti e immaturi, che non si rendono pienamente conto di queste azioni e che sono incapaci di dare un consenso informato, esplicandosi con attività che violano i tabù socio-culturali e che sono contro la legge.”*⁴

La pedofilia e l'abuso sessuale sono tradizionalmente trattati come aberrazioni sessuali, laddove l'esperienza clinica ha ampiamente messo in evidenza che chi aggredisce sessualmente i bambini cerca, attraverso comportamenti sessuali, di soddisfare bisogni che hanno più a che fare con la ricerca di sensazione di potere, di controllo e di dominio sui soggetti più deboli che con il piacere sessuale⁵.

La possibilità di coinvolgere un minore in una relazione sessuale è determinata, infatti, dalla posizione di superiorità del potere che ha l'adulto nei confronti del bambino, che si trova invece in una posizione di dipendenza e di soggezione; è attraverso questa sua autorità che l'aggressore, implicitamente o esplicitamente, costringe il minore a sottomettersi alla relazione sessuale.

I bambini più a rischio appartengono a tre tipologie: bambini frustrati; bambini educati attraverso processi psicologici basati sul meccanismo dei regali e dei premi; bambini ingiustamente puniti, che saranno particolarmente sensibili alle lusinghe del pedofilo.

In effetti, il pedofilo, anche perché subisce spesso una regressione all'infanzia, conosce istintivamente molto bene i meccanismi di risposta dei bambini, e sa come invogliare, attraverso promesse e lusinghe, un bambino a seguirlo; sa anche come tenerlo legato a sé, attraverso un analogo miscuglio di promesse e minacce, di regali e punizioni; un bambino sicuro di sé, invece, un bambino sufficientemente gratificato dalla famiglia sarà molto più difficile da tentare.

2. Aspetti psichiatrici e criminologici

La pedofilia, oltre ad essere un reato, è anche un comportamento antisociale che va osservato da tutte le sue angolazioni; per far ciò risulta indispensabile analizzare le strategie cognitive e sociali messe in atto dal pedofilo studiandone gli aspetti criminologici e psichiatrici.

³ MICCOLI C., *Pedofilia e abusi sessuali in danno di minori: percezione e conoscenza del fenomeno tra gli studenti di un ateneo italiano*, Rassegna Italiana di Criminologia, Anno XVI, n° 4, Giuffrè ed., Milano, Ottobre 2005.

⁴ LANYON CIT. IN CALLIERI B., FRIGHI L., *La problematica delle condotte pedofile*, Eur, Roma 1999.

⁵ M. ACCORSI, BERTI A., *Grandi reati, piccole vittime. Reati sessuali a danno dei bambini*, (a cura di), Ed. Erga, Genova, 1999.

Pensare che un pedofilo si riconosca a vista d'occhio, è falso; spesso il molestatore è un insospettabile che conosce l'ambiente in cui vive la "preda", conosce le sue abitudini, la avvolge di un alone di fiducia prima di colpire.

Il bambino non fugge da chi conosce, parenti o amici che siano in quanto la memoria tramandatagli da sempre è "*non fidarti degli sconosciuti*".

Spesso il molestatore è stimato e rispettato dalla comunità; in molti casi la comunità stessa è l'arma più preziosa del pedofilo, il quale sfrutta il buon nome di cui gode per soddisfare i suoi depravati desideri.

Il pedofilo capta e stravolge, attraverso il perverso gioco seduttivo, la tentazione del bambino di realizzare le fantasie di magica sostituzione del genitore, bruciando le tappe dello sviluppo e accedendo senza conflitti alla condizione adulta; conferma, falsificandole e degradandole, le fantasie del bambino e impedisce il necessario confronto e l'indispensabile negoziazione con il mondo esterno.

L'approccio più consueto è quello di sfruttare la naturale curiosità del piccolo per il sesso, indirizzandolo lentamente al materiale pornografico.

Dopo aver abusato di lui il pedofilo spinge il bambino a non dire nulla e spesso, per indurlo al silenzio, fa leva sulla paura e sulla vergogna.

Il terreno di coltura della pedofilia, secondo quanto è evidenziato dalla letteratura scientifica internazionale, è ancora rappresentato dalla famiglia delle piccole vittime e da alcune categorie sociali e professionali facilitate nel contatto con i minori come ad es.: parenti/genitori, insegnanti/educatori, istruttori sportivi, medici, etc...

Il pedofilo è convinto dogmaticamente della liceità delle sue inclinazioni, dei suoi desideri, dei suoi atteggiamenti, e "*si oppone ad una società ingiusta ed eticamente pervasiva, che gli impedisce di godere pienamente del bambino e impedisce al bambino di godere dell'amore dell'adulto*"⁶.

3. Pedofilia = Parafilia

La pedofilia rientra nel gruppo delle parafilie ossia quelle "*disfunzioni sessuali ove la sessualità è inadeguata*"⁷ determinare tale inadeguatezza tuttavia non è compito facile!

Freud (1905) definì l'attività sessuale perversa in base ad alcuni criteri:

- focalizzazione su parti del corpo non genitali;
- assenza o riduzione di rapporti genitali con un partner dell'altro sesso;
- esclusività di tale pratica sessuale.

Freud affermò, anche, che tracce di perversione potevano trovarsi in ogni persona il cui inconscio fosse sottoposto all'esplorazione psicoanalitica.

Chiaramente dal 1905 ad oggi la sessualità è divenuta oggetto di vasta indagine scientifica venendo a sviluppare gli studi di Freud; oggi i rapporti orali-genitali-anali sono stati, ad esempio, ampiamente accettati e inglobati nella sfera dei comportamenti sessuali sani; così pure l'omosessualità è stata rimossa dall'elenco delle perversioni.

La McDougall (1989) ha messo in evidenza che fantasie perverse si riscontrano regolarmente in tutto il comportamento sessuale adulto, ma tendono a causare minimi problemi in quanto non vengono esperite come compulsive.

Stoller (1985) definendo la perversione una forma erotica dell'odio afferma che la determinante cruciale per classificare un comportamento perverso è la crudeltà e il desiderio di umiliare il partner e anche se stessi mentre il comportamento sessuale non è perverso quando è al servizio della costituzione di una relazione intima e stabile.

La definizione delle parafilie del DSM_IV nel tentativo di essere non giudicante, ha suggerito la restrizione del termine alle situazioni in cui vengono utilizzati oggetti non

⁶ SCHINAIA C., *Pedofilia, Pedofilia: la psicoanalisi e il mondo del pedofilo*, Edizione Bollati Boringhieri, Torino 2001

⁷ VILLANOVA M. da appunti lezione Master in Scienze Criminologico forensi a.a. 2006/2007

umani, vengono inflitti a sé o al proprio partner un effettivo dolore o umiliazione, o vengono coinvolti bambini o adulti non consenzienti.

Per considerare il continuum tra fantasia e azione, il DSM IV ha elaborato uno spettro di gravità.

Nelle **forme lievi**, i soggetti sono turbati dalle loro spinte sessuali parafiliche, ma non le mettono in atto. Nelle **condizioni di gravità moderata**, i soggetti traducono la spinta in azione, ma solo occasionalmente. Nelle **condizioni gravi**, i soggetti mettono in atto ripetutamente le loro spinte parafiliche.

Il Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali, inoltre a partire dall'edizione III-R sostituì il termine perversione con quello di parafilia probabilmente nel tentativo di ridurre la valenza negativa.

Stoller(1985) criticò questa scelta, a suo giudizio il termine perversione risultava utile proprio in quanto carico di una connotazione peccaminosa e peggiorativa.

La parafilia come attaccamento morboso a forme anormali di sessualità può manifestarsi solo episodicamente oppure essere indispensabile per l'eccitazione sessuale del soggetto, in ogni caso essa non rappresenta un reato se non nel caso in cui produca un danno.

La letteratura psicologica e psichiatrica appare concorde nel riconoscere come più frequenti nei pedofili tratti di:

- a) grave incapacità a relazionarsi, specie sul piano sessuale, in modo paritario e simmetrico;
- b) ruolo dominante all'interno della famiglia d'origine con forti sentimenti di ambivalenza nei confronti dell'infanzia;
- c) presenza massiva di meccanismi difensivi quali razionalizzazione e proiezione.

4. L'atto pedofilo

La parafilia *de quo* non è sempre connotata da un passaggio inevitabile all'atto, poiché in alcuni casi i soggetti considerano il rapporto col bambino una relazione d'amore in potenza, dunque immaginata e non vissuta.

Il grado di pressione a tradurre nella vita reale le fantasie erotiche varia grandemente⁸.

La masturbazione è una pratica frequentissima messa in atto per scaricare l'eccitazione sessuale determinata dalle fantasie, spesso essa compromette il normale svolgimento delle attività quotidiane in quanto, come riferiscono numerosi pedofili, l'eccitazione sessuale irrompe prepotentemente nel loro immaginario.

Il DSM IV, oltre ai criteri riportati nel precedente paragrafo, suggerisce per inquadrare la pedofilia altre caratteristiche, ossia: i pedofili attratti dalle femmine di solito preferiscono quelle tra gli otto e i dieci anni, mentre quelli attratti dai maschi preferiscono solitamente bambini di età superiore rispetto a quella delle femmine; la pedofilia a discapito del genere femminile è più diffusa di quella del genere maschile, anche se i pedofili sono più inclini alle recidive.

Il disagio creato dal comportamento pedofilo non è sempre necessario per formulare una diagnosi di pedofilia, infatti spesso i pedofili sono *egosintonici* reputando del tutto normale il loro comportamento anzi nel ritenerlo addirittura utile per il minore; il pedofilo è attento ai bisogni del bambini, è gentile con loro, tranne nel caso del pedofilo sadico.

Robert e Taylor hanno classificato i comportamenti di abuso sessuale sui minori in : incesto, stupro, sodomia, rapporti con i bambini, pratiche o comportamenti sessuali indecenti o libidinosi, scattare fotografie indecenti ai minori incoraggiandoli alla prostituzione o alla visione di materiale pornografico.

Le perversioni dei pedofili vanno da atti sessuali comuni in qualsiasi rapporto di abuso fino a giungere a delle varianti atroci e brutali ossia il ricorso all'utilizzo di strumenti da taglio o di altro genere per facilitare il rapporto vaginale o anale.

⁸ HOWITT D., *Pedofilia e reati sessuali contro i bambini*, Centro Scientifico Editore, 2000, p.20

I pedofili spesso limitano le loro attività ai propri figli, a figliastri o a parenti, oppure possono scegliere come vittime bambini anche al di fuori della contesto familiare.

Le dinamiche di abuso possono essere, quindi, sia intrafamiliari che extrafamiliari.

Alcuni di loro minacciano il minore affinché non parli; altri, mettono in atto strategie per avvicinarli, per esempio conquistare la fiducia della madre, sposare una donna con un bambino per loro interessante, scambiarselo con altri pedofili o in altri casi persino adottare bambini di paesi sottosviluppati o rapire bambini.

Wyre descrive il comportamento del pedofilo come ciclico, egli afferma che il pedofilo segue un iter, costituito da tre fasi, in cui mette in atto tattiche di inganno e precisamente:

Nella prima fase fantastica e si masturba rivivendo con la propria fantasia precedenti esperienze sessuali, individua possibili nuove "vittime" e le appropria attraverso un processo di costruzione di fiducia anche dei genitori.

Nella seconda fase il pedofilo studia la vita della "vittima" soprattutto i suoi problemi familiari e scolastici al fine di vestire i panni di "amico consigliere".

Nella terza fase, conquistata la fiducia della "vittima", e spesso anche dei suoi genitori, inizia l'approccio fisico dapprima non di natura sessuale, per esempio giocare a fare la lotta o mettere la mano sulla spalla mentre si guarda insieme la TV ; in caso di resistenze il trasgressore interrompe momentaneamente il contatto fisico per riprenderlo successivamente.

In questo frattempo accrescono le sue fantasie sessuali e le sue attività autoerotiche. Iniziano poi i toccamenti sessuali, le pratiche di masturbazione della "vittima" per arrivare all'eiaculazione, il sesso orale e la sodomia , nel corso di queste attività il pedofilo minaccia la vittima di mantenere il segreto su tali attività.

Tali fasi non risultano nettamente distinte, esse corrispondono ad un ciclo costituito da:

APPROCCIO/COSTRUZIONE DELLA FIDUCIA/CONTATTO FISICO.

Se il disturbo del pedofilo non è associato a sadismo sessuale, il soggetto può essere attento ai bisogni del bambino per ottenerne l'affetto, l'interesse e la fedeltà e per evitare che questi riveli a qualcuno l'attività sessuale.

Camarca individua nei caso di abusi su neonati violenze in cui il pedofilo si eccita sottoponendoli a fellatio e causandone sovente la morte per asfissia.

Le perversioni nell'ambito della pedo-pornografia si concretizzano nella creazione di veri e propri book contenenti immagini di minori di vario tipo comprese quelle che ritraggono atti sessuali con gli stessi.

E' possibile, inoltre, segnalare la presenza di foto che ritraggono i minori costretti ad accoppiarsi tra loro, costretti alla coprofagia, alla pratica del pissing e del fist-fuking, a forme di abuso attraverso animali, vegetali, utensili vari.⁹

Il turismo sessuale è anch'esso un ambito nel quale trova ampio sfogo l'atto pedofilo.

Il turista sessuale è colui che, al fine di praticare sesso con i minori, organizza periodi di vacanza o di lavoro in paesi che non solo tollerano la prostituzione minorile, ma spesso la propagandano per attirare il turista . Il turismo sessuale infatti, contribuisce ad alimentare il mercato della prostituzione minorile e procura lauti guadagni alle agenzie turistiche, che si occupano del turista "speciale": dall'annuncio pubblicitario, all'arrivo a destinazione, alla sistemazione in hotel o piccoli residence comprensivi dei "*particolari servizi*" .

5. Tipologie di Pedofili

La personalità del pedofilo è complessa e polimorfa, come eloquentemente sostenuto da Miccoli¹⁰ e rende difficile tracciare un profilo unitario che dia conto di aspetti, vissuti personali e condotte individuali.

⁹ C. CAMARCA, *I Santi Innocenti*, Baldini & Castoli, Milano, 1998

¹⁰ MICCOLI C., *Pedofilia e abusi sessuali in danno di minori: percezione e conoscenza del fenomeno tra gli studenti di un ateneo italiano*, in *Rassegna italiano di criminologia*, Anno XVI, 4, Giuffrè Ed, Milano Ottobre 2005.

Mastronardi preferisce parlare di **pedomania** definendola come “*una relazione sessuale ottenuta attraverso il comportamento seduttivo di un adulto immaturo nei confronti di un minore immaturo*”¹¹, mediante la quale l’adulto tende a rivivere la sua frustrata giovinezza mentre il minore non possiede gli strumenti cognitivi per poterne valutare le reali implicazioni.

Diversi studiosi si sono occupati di determinare una classificazione dei soggetti pedofili esaminando di volta in volta i fattori psichiatrici, criminologici, sociologici, psicometrici e legali.

Tali ricerche sono state ben descritte da **Mastronardi e Palermo** e hanno come punto di partenza tassonomie di tipo descrittivo; **Apfelberg** nel 1944 classificò gli aggressori sessuali in sei tipi: 1. casi di incesto; 2. relazioni sessuali con l’uso della forza nei confronti di femmine “capaci dell’atto”; 3. stupro legale; 4. omosessualità; 5. pedofilia; 6. esibizionismo indecente.

Fitch, poi, nel 1962 ne propose cinque tipi:

- a. tipo immaturo → comportamento preferenziale
- b. tipo frustrato → comportamento reattivo
- c. tipo sociopatico → comportamento non conformista
- d. tipo patologico → presenza di psicopatologia
- e. tipo misto

Successivamente **Gebhard** e collaboratori (1965) individuarono diciassette categorie fondate sul tipo di contatto sessuale, sulla relazione con la vittima e sulla forza usata, poi distinsero i molestatori di bambini in: eterosessuali aggressivi; eterosessuali non aggressivi; omosessuali aggressivi; omosessuali non aggressivi.

Una delle tassonomie più significative risulta quella operata da **Groth e Birnbaum** (1978), i quali descrissero: il tipo fissato; il tipo regredito.

“ *Il trasgressore rimasto fissato è stato, fin dall’adolescenza, primariamente o esclusivamente, attratto verso persone significativamente più giovani. Il coinvolgimento sessuale con persone coetanee o più anziane, quando è avvenuto, è stato di tipo situazionale e non ha mai soppiantato l’attrazione sessuale primaria e la preferenza verso i minorenni*”¹²

“ *Un trasgressore regredito non ha evidenziato alcuna attrazione sessuale predominante verso individui significativamente più giovani durante il proprio rapporto sessuale- se qualche coinvolgimento del genere è avvenuto, è stato di tipo situazionale o sperimentale. Al contrario, gli interessi sociosessuali di questo individuo si sono concentrati, primariamente o esclusivamente, su persone coetanee adulte.*”¹³

Il tipo fissato, quindi, subisce una fissazione nel suo stadio di sviluppo psicosessuale, quasi sempre determinata da un trauma, non riuscendo a relazionarsi con gli adulti della sua età; il tipo regredito pur avendo raggiunto un normale sviluppo psicosessuale riuscendo a stabilire relazioni mature, a causa di eventi frustranti regredisce trasferendo i suoi bisogni sui minori.¹⁴

Tale distinzione fu il frutto di uno studio che gli autori avevano condotto su un gruppo di aggressori sessuali di bambini. Il campione in esame permise di rilevare differenti caratteristiche tra i due tipi.

¹¹ PALERMO G.B., MASTRONARDI V.M., *Il profilo criminologico – Dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici*, Giuffrè, Milano 2005.

¹² Groth A.N. and Birnbaum, H.J. *Adult sexual orientation and attraction to underage persons*. Archives of sexual Behavior, 1978, p.181

¹³ *Ibidem*

¹⁴ Palermo G.B., Mastronardi V.M., *Il profilo criminologico – Dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici*, Giuffrè, Milano 2005.

I minori scelti dai fissati erano prevalentemente estranei o semplici conoscenti mentre le vittime dei regrediti erano costituite da parenti o amici, in questi ultimi il matrimonio era raro mentre nei primi frequente.

Non vi erano invece significative differenze nel loro *modus operandi*.¹⁵

Cesa-Bianchi e Scabini nel 1991 suddivisero i pedofili in due gruppi, in relazione al loro comportamento:

“a) coloro che coinvolgono il bambino con adescamento, raggiri, atteggiamenti seduttivi, e che presentano un inadeguato sviluppo psicosessuale, sono incapaci di relazionarsi con partners adulti di cui temono in giudizio, e ricercano, quindi, nei bambini dei partner meno critici e competitivi, ma anche quegli individui che mostrano un normale orientamento sessuale e partner adulti, ma che, in condizioni di stress o conflittualità, che ne minacciano l'autostima, e spesso sotto l'influsso di alcol e droghe, regrediscono a scelte sessuali inadeguate;

*b) coloro che si impongono con aggressione e violenza, associando alla violenza sessuale altri comportamenti antisociali, che di norma rappresentano il sintomo di un forte bisogno di potere.”*¹⁶

Nel 1992 **Lanyon** propose la distinzione dei pedofili in due grandi gruppi: preferenziali, situazionali.

Anche **Ken Lanning**, agente dell'FBI, che si è occupato di crimini commessi in danno di minori, propone la stessa classificazione, molto diffusa in ambito investigativo.

I pedofili preferenziali, come affermano **Mastronardi e Villanova**, che hanno operato la medesima distinzione, provano attrazione sessuale verso i bambini e sono generalmente egosintonici perché la propria condotta è tollerata dall'lo; spesso si tratta di soggetti che avendo subito essi stessi violenze nell'età infantile considerano normale il loro comportamento, al punto che, dagli stessi studiosi, la loro pedofilia è definita come **maligna**.

*“ Questi molestatori sono di solito seduttivi e, psicologicamente, a livello pre-edipico. Possono aver bisogno di terapia continua, ma la cura è difficile e la prognosi è negativa”*¹⁷

I pedofili preferenziali appartengono, solitamente, a ceti sociali più elevati; le loro vittime sono soprattutto maschi.¹⁸

All'interno del gruppo preferenziale è possibile distinguere: il tipo introverso, il tipo sadico e il tipo seduttivo.

Secondo **Mastronardi e Villanova** il primo può diventare esibizionista per via delle sue difficoltà relazionali cerca l'approccio con il minore, ma può essere ritenuto di più facile ricuperabilità rispetto al tipo sadico il quale presenta un'aggressività erotico-compulsiva causata quasi sempre dalle violenze subite da bambino che determina un bisogno di fare del male al minore al fine di ottenere piacere.¹⁹

Al tipo seduttivo appartengono coloro che seducono le loro vittime ricoprendole di attenzioni fino ad attuare una *“love bomb”* sul bambino ossia lo *“soffocano d'amore”*²⁰, questi pedofili non mostrano caratteri aggressivi o violenti, se non raramente per paura che venga rivelata la loro azione pedofila.²¹

Per **Lanning** i pedofili situazionali sono quegli individui che molestano un minore non perché sia la sua vittima preferenziale bensì perché è la vittima più facile da raggiungere.

¹⁵ Howitt D, *Pedofilia e reati sessuali contro i bambini*, Centro Scientifico Editore, 2000

¹⁶ Cesa- Bianchi M., Scabini E., *La violenza sui bambini*, Franco Angeli, Milano 1991, cit. in *Rassegna penitenziaria e criminologia*, Anno V, Gennaio-Dicembre 2001.

¹⁷ Palermo G.B., Mastronardi V.M., *Il profilo criminologico – Dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici*, Giuffrè, Milano 2005

¹⁸ Picozzi M, Maggi M, *Pedofilia. Non chiamatelo amore*, Guerini e associati 2003

¹⁹ Palermo G.B., Mastronardi V.M., *Il profilo criminologico – Dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici*, Giuffrè, Milano 2005

²⁰ Mastronardi V.M, Villanova M., *Da appunti lezioni Master in Scienze Criminologiche e forensi*, a.a. 2006/2007

²¹ Picozzi M, Maggi M, *Pedofilia. Non chiamatelo amore*, Guerini e associati 2003

La loro struttura di personalità è egodistonica per cui la forma di pedofilia di cui sono affetti può essere definita **benigna**, sono infatti capaci di riconoscere la loro perversione.

Tale gruppo viene distinto da **Mastronardi e Villanova** in:

- a. repressi;
- b. inadeguati asociali e/o psicosociali;
- c. indifferenti morali;
- d. sessualmente indifferenti;
- e. psicosessualmente immaturi.

I repressi possiedono spinte pulsionali immature, scarsa autostima e conflitti repressi, essi possono trarre beneficio da trattamenti di tipo cognitivo-comportamentale e da psicoterapia con uso di ipnosi.

Gli indagati asociali e/o psicosociali hanno una immaturità psicosessuale con spostamento dell'oggetto d'amore sessuale, necessitano di trattamento psicofarmacologico e di terapia cognitivo – comportamentale, anche l'utilizzo dell'ipnosi può risultare valido; gli indifferenti morali presentano reazioni depressive e di angoscia e immaturità psicologica, la terapia utile è la stessa di quella indicata per gli indagati asociali e/o psicosociali .

I sessualmente indifferenti difficilmente rispondono ai trattamenti mentre i compulsivi presentano comportamenti compulsivi e vengono trattati con psicofarmaci e psicoterapia integrata.²²

Tommas O'Connor²³ , suddivide i pedofili in soggetti che operano scelte incestuose e soggetti che agiscono sessualmente al di fuori di legami di parentela. Il pedofilo incestuoso è in genere, un genitore inibito ed introverso, soffre della bassa stima che ha di sé, di un irrealistico senso del sé e della propria identità; spesso proviene da famiglie disgregate, di bassa estrazione sociale, culturale ed economica. Nega quasi sempre i fatti evitando di assumersi responsabilità, le famiglie sono sovente basate su un rapporto di sudditanza, con un padre-padrone e una madre geisha impegnata in un ruolo supportivo.

Quando il pedofilo incestuoso è il padre, approfitta spesso di un'assenza prolungata della moglie per molestare i figli, nel tentativo di soddisfare l'assenza del partner sessuale; la vittima dunque, viene indotta a riconoscersi in un ruolo più importante e simile a quello dell'adulto, nel sostituire la figura della madre assente .

L'*offender* pedofilo, che agisce al di fuori dei legami parentali, secondo O'Connor, è invece, un tipo estroverso e che gode di un'alta autostima, è spesso pieno di sé, sicuro e capace di buona espressione. In genere proviene da famiglie di media estrazione sociale, stabili. È in grado di razionalizzare i fatti ed assumersi le proprie responsabilità, non soffre in genere di problemi di alcolismo; se è sposato (o convivente) il matrimonio (o la convivenza) assolve la funzione di "copertura", spesso ha una storia sessuale che include l'omosessualità o forme di devianza e perversione sessuale . Le molestie avvengono in risposta allo sviluppo di fantasie sempre più articolate. O'Connor, ritiene infine che l'*offender* pedofilo abbia una chiara e concreta concezione di ciò che è adeguato a ciascuna fase di sviluppo dell'infanzia e che, ai fini di rendere più facile l'esercizio del suo potere, tenti di indurre la vittima a percepirsi come un bambino molto piccolo.

Wyss afferma che la pedofilia nella gran parte dei casi, è una pseudoperversione, cioè «sintomo di alterazioni molto eterogenee della personalità», in quanto nel pedofilo eterosessuale esistono fantasie sessuali anche con partner maturi dell'altro sesso. L'esistenza di tali fantasie è secondo Wyss sufficiente per non definire perversione il comportamento pedofilo; esisterebbe invece, un'autentica perversione solo in alcuni casi di pedofilia omosessuale.

²² Palermo G.B., Mastronardi V.M., *Il profilo criminologico – Dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici*, Giuffrè, Milano 2005

²³ T. R. O'Connor, [Treatment in Transition: the Role of Psychiatry Correction](#), in *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 13(3), 2001, p. 81-100.

Una cosa sembra essere certa: il pedofilo può soffrire di un disturbo psichico così come ne può soffrire qualsiasi altro individuo non pedofilo poiché la perversione non viene vissuta come malattia quanto invece come sintomo e, come tale, non sempre e non necessariamente dovrebbe essere ascritto nella nosografia psichiatrica. Un sintomo può comparire nell'arco della vita di una persona, come bisogno di rendere reali fantasie inconsce, agite nell'impellenza del desiderio legato all'eccitamento (naturalmente si parte dal presupposto che sono presenti, nella personalità pedofila, altre problematiche non indifferenti legate allo sviluppo psicosessuale).

Rimane la consapevolezza comunque, che non esiste un profilo psicologico definito ed unico per tutti i pedofili, che si è probabilmente ancora molto lontani dal riuscire a realizzare la pedofilia e quindi la conseguente personalità pedofila e che, infine, la stampa non fa che peggiorare la situazione, mostrando gravi lacune nel rappresentare i comportamenti e le problematiche relativi ai temi pedofili (che fanno poca notizia), preferendo connotare come mostro o maniaco il soggetto autore delle aggressioni o violenze sessuali sui minori, anziché dare spazio agli aspetti maggiormente scientifici e specifici della realtà pedofila²⁴.

6. Ipotesi eziologiche sulla pedofilia

Nel corso degli anni sono state formulate diverse ipotesi interpretative circa le cause della pedofilia.

E' proprio attraverso lo studio delle ipotesi eziologiche della pedofilia che possiamo comprendere la personalità del pedofilo e individuare le ragioni, se mai di ragioni si possa parlare, vista l'accezione prevalentemente positiva di tale termine, che ne determinano il comportamento.

La prospettiva psicoanalitica

La psicoanalisi individua la genesi dell'atto pedofilo in un blocco dello sviluppo psicosessuale determinato da un trauma infantile o dal persistere di conflitti sessuali.

La concezione psicoanalitica considera, inoltre, la pedofilia una scelta di tipo narcisistico di oggetto in cui il pedofilo vede se stesso nel bambino, questa sarebbe determinata da un'angoscia di castrazione nella quale l'io e/o il Sé, debole e privo di forza pulsionale, per superare l'ansia data dalla relazione con l'adulto sceglie i bambini come oggetti sessuali.²⁵

L'angoscia di castrazione, cui fa riferimento **Freud** per primo, e che viene ripresa poi da **Kernberg**, impedisce al pedofilo il completamento del normale processo di sviluppo verso l'adattamento eterosessuale adulto causando la fissazione o la regressione a forme di sessualità infantile.

La mancata risoluzione del complesso edipico attraverso l'identificazione con il genitore del proprio sesso, determina un'impropria identificazione con il genitore del sesso opposto o una scelta impropria dell'oggetto libidico²⁶; l'im maturità psicosessuale che ne deriva, quindi, lo rende incapace di stabilire una normale relazione con i suoi oggetti d'amore.²⁷

L'atto pedofilo permette al soggetto di negare la castrazione. (Fenichel 1945).

Jaria, nello studio della personalità pedofila attraverso l'analisi dei casi ha rilevato che durante l'atto pedofilo il soggetto sembra essere assente e sembra vivere in una

²⁴ Capri P., *La pedofilia: difficoltà e complessità d'interpretazione*, in *La problematica attuale delle condotte pedofile* La Bussola Ed., Ferentino, 1995

²⁵ CAPRI P., *La pedofilia: Difficoltà e complessità d'interpretazione*, in Callieri, Frighi, *la problematica attuale delle condotte pedofile*, Edizioni Universitarie romane 1999, p.20

²⁶ GABBARD G.O. *Psichiatria Psicomodinamica*, Raffaello Cortina Editore 2002

²⁷ PALERMO G.B., MASTRONARDI V.M., *Il profilo criminologico – Dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici*, Giuffrè, Milano 2005

dimensione interna fuori dalla vita reale che non riconosce come propria; uno di essi ha infatti affermato: “ *Era come se qualcun altro facesse tutto ciò*”.²⁸

Secondo **Stoller** la perversione del pedofilo rappresenta la conversione di un trauma infantile in un trionfo adulto che si concretizza in un comportamento vendicativo, di dominio e di controllo in cui viene umiliata e disumanizzata la vittima.

“**Kouht** (1971) non considerava la pedofilia una perversione – un processo costituzionale degenerativo da von Krafft-Ebing (1869-1965) - ma la conseguenza di una disintegrazione dell’omeostasi interna del Sé. Per lui il passaggio all’atto o *acting out* pedofilico era un tentativo di ristabilire la coesione e l’integrità del Sé, un Sé che non si sente accettato.”²⁹

Intorno al binomio pedofilia-perversione, **Von Fritzlaer**³⁰ nel 1969 sosteneva che tale associazione è possibile solo se l’attrazione nei confronti dei minori è l’unica forma di sessualità, ovvero se si manifesta con il sadismo, oppure ancora se il pedofilo adotta atteggiamenti tali da procurare un danno fisico al bambino.

Kraemer nel 1976 individuava le origini della pedofilia nelle prime interazioni madre – bambino, quando cioè il bisogno narcisistico di della madre di essere idealizzata dal figlio, viene trasmesso al bambino stesso, avviene la procrastinazione del suo processo di separazione-individuazione.

Teoria dell’abusato-abusatore

Alcuni studiosi hanno aderito alla teoria che vede la causa della pedofilia nell’abuso sessuale subito nell’infanzia dagli stessi pedofili. **Garland e Dougher** nel 1990 introdussero la *teoria dell’abusato-abusatore* secondo la quale le perversioni dei pedofili sarebbero determinate da un meccanismo di reiterazione dell’abuso subito.

Il pedofilo replicherebbe la violenza vissuta da bambino secondo le stesse modalità subite, la perversione gli permetterebbe di ridurre gli effetti dolorosi determinati dal trauma e di superare il senso di impotenza, l’immagine negativa di sé, la mancanza di fiducia negli altri e la paura di un pericolo imminente frutto dell’abuso.

Il processo di ri-attuazione sarebbe il tentativo di far fronte alla preoccupazione, allo stress, alla confusione causati dagli aspetti sessuali dell’abuso.

Le difficoltà generali riscontrate negli uomini vittime di abuso infantile erano la bassa autostima, l’adattamento sessuale e disturbi dell’identità sessuale.

Howitt afferma che l’abuso subito permette di spiegare solo un piccolo numero di comportamenti pedofili in quanto numerose ricerche non hanno rilevato significative differenze con l’infanzia di coloro che non sono pedofili tra questi studi vi sono quelli condotti da **Finkelhor** nel 1984 e da **Hansel Stater** nel 1988.

Altre ricerche: Tingle nel 1986, Lang e Langevin nel 1991, Breer nel 1987, appoggiarono la teoria dell’abusatore – abusato riscontrando una percentuale molto alta di abusi dichiarati nei soggetti pedofili.

Trattandosi di traumi infantili dichiarati dagli stessi pedofili però risulta comunque dubbia, secondo **Freund, Watson e Dickey**(1990), la loro veridicità; infatti, molti pedofili possono falsamente dichiarare di aver subito abusi.

Numerosi studiosi concordando sull’idea che l’abuso sessuale subito da minori possa influire su future manifestazioni di aggressione ed abuso sessuale, affermano che questo possa contribuire ad una maturazione distorta della morale sessuale del soggetto.³¹

²⁸ PALERMO G.B., MASTRONARDI V.M., *Il profilo criminologico – Dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici*, Giuffrè, Milano 2005

²⁹ Palermo G.B., Mastronardi V.M., *Il profilo criminologico – Dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici*, Giuffrè, Milano 2005.

³¹ SCARDACCIONE G., *Autori e vittime di violenza sessuale*, Bulzoni Ed., Roma, 1992.

Teoria delle Distorsioni cognitive

Mastronardi e Palermo hanno individuato alcune possibili “ distorsioni cognitive” che il pedofilo mette in atto al fine di auto-convincersi della bontà delle sue distorte convinzioni; essi riprendendo gli studi di **Bandura** individuano tre tipologie di “ distorsioni cognitive”:

- Quelle in cui la condotta socialmente condannabile viene resa plausibile;
- Quelle in cui vengono costruite in maniera distorta le conseguenze del comportamento;
- Quelle in cui la responsabilità viene accollata alla vittima in un meccanismo di svalorizzazione della stessa.³²

Ritengo molto validi e esplicativi gli esempi di “distorsioni cognitive” menzionati da Mastronardi e Palermo:

1. *“Un bambino che non resiste fisicamente alle avances di un adulto desidera;*
2. *La curiosità è propria del bambino e non è colpa dell'adulto se il sesso è per lui uno degli argomenti preferiti;*
3. *Per un bambino fare del sesso con un adulto è un buon modo per insegnarlo ad altri bambini;*
4. *I bambini che non rivelano ad altri le loro esperienze sessuali con un parente provano piacere e voglio continuare;*
5. *I bambini che fanno domande sul sesso agli adulti non disdegnano affatto avere un'esperienza sessuale con loro.”*³³

L'approccio **cognitivista** considera la pedofilia un comportamento additivo che viene, dagli stessi pedofili, minimizzato e anzi ritenuto benefico per la vittima. I pedofili giustificano la loro perversione come frutto di un fallimento familiare o un problema lavorativo e talvolta attribuendo la causa al bambino stesso.

Le giustificazioni fornite dai pedofili arrivano quindi spesso ad attribuire interamente al minore la causa dell'abuso.

La teorie dell'identificazione parentale e della trasmissione intragenerazionale

Un altro fattore considerato nello studio intorno alla eziologia della pedofilia, è rappresentato dalla famiglia d'origine su cui fa perno *la teoria dell'identificazione parentale*. La riflessione parte dall'assunto che gli abusatori siano cresciuti in famiglie disfunzionali, sviluppando uno scarso livello di identificazione genitoriale.

L'ipotesi della trasmissione intergenerazionale rileva come vi sia un più alto livello di probabilità di diventare pedofili all'interno di quelle famiglie in cui è presente un comportamento pedofilo, **Gaffney** (1984) affermò che la pedofilia è una patologia familiare pur riconoscendo la necessità di un ampliamento delle ricerche in tal senso.

Il modello delle precondizioni

A fondamento del *modello delle precondizioni* vi è una determinazione multifattoriale delle cause generanti l'abuso.

Tale modello prende in esame da un lato i fattori che caratterizzano il pedofilo, dall'altro le circostanze che ne determinano l'atto.

Esso si fonda sull'assunto che i pedofili abbiano sviluppato capacità relazionali deviate.

“Secondo tale modello il comportamento abusante si può spiegare in base alla compresenza di quattro fattori:

³² PALERMO G.B., MASTRONARDI V.M., *Il profilo criminologico – Dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici*, Giuffrè, Milano 2005.

³³ Ibidem

1. fattori per cui l'abusatore ritiene i bambini sessualmente attraenti;
2. fattori in grado di superare le inibizioni interne contro l'abuso sessuale su minori;
3. fattori capaci di abbattere le inibizioni esterne contro l'abuso sessuale su minori;
4. fattori che permettono all'abusatore di superare le resistenze e la riluttanza della vittima.³⁴

Tra i fattori per cui l'abusatore ritiene i bambini sessualmente attraenti possiamo individuare: la soddisfazione di esigenze emozionali dell'abusatore; la ricerca di una sensazione di gratificazione o di dominio dopo essere stato vittimizzato, oppure il proprio infantilismo; risultato di un condizionamento o di essere stato a propria volta vittima di abuso sessuale infantile, ricerca di fonti alternative di gratificazione sessuale essendo quelle adulte bloccate o inibite; fobie, scarse abilità sociali, mancanza di autostima.

I Fattori in grado di superare le inibizioni interne contro l'abuso sessuale su minori possono essere disibinatori interni al soggetto (ad es. abuso di sostanze, percezioni distorte dei desideri del minore, psicosi), oppure relativi al contesto socioculturale (tolleranza sociale per interessi sessuali verso i bambini o deboli sanzioni contro chi commette abusi su minori).

Possono rientrare nei fattori capaci di abbattere le inibizioni esterne contro l'abuso sessuale su minori, una madre assente o malata o vittima lei stessa di abuso e/o dominata da parte del partner, oppure anomale condizioni di condivisione del luogo dove dormire.

Il modelli psichiatrici, neuropsicologici e biologici

L'approccio psichiatrico distingue due tipi di pedofilia: quella primaria in cui vi è una integrazione e una stabilità dell'lo pedofilo; quella secondaria, derivante da gravi forme di psicosi, in cui la personalità si disintegra, provocando i comportamenti perversi.

Secondo il modello neuropsicologico e biologico la perversione sessuale sarebbe determinata da una patologia neurologica o psichiatrica o da anomalie strutturali cerebrali.

Blanchard e collaboratori nel 2003 hanno condotto uno studio dal quale è emerso che tra i soggetti in analisi per una valutazione clinica del loro comportamento sessuale quelli affetti da pedofilia avevano maggiormente riferito di aver subito lesioni alla testa prima del 13° anno di vita.

L'associazione tra pedofilia e lesioni cerebrali durante l'infanzia potrebbe essere una determinante nel rischio di pedofilia.

Altri autori, che sostengono le tesi biologiche, hanno compiuto ricerche sul ruolo dei neurotrasmettitori e degli ormoni nelle condotte pedofile.

Bradford (1996) attribuisce un ruolo importante ai neurotrasmettitori, come la serotonina, nella determinazione di tutti quei comportamenti che esprimono una violazione della legge tra cui la pedofilia.³⁵

Comings (1994), ritiene che i cambiamenti genetici a livello del metabolismo della serotonina e della dopamina possono determinare condotte parafiliche.

L'approccio medico-biologico ritiene che il comportamento abusivo e incestuoso sia da collegare ad anomalie fisiologiche riguardanti la produzione e il controllo di alcuni ormoni sessuali: in alcuni soggetti si riscontrano anomalie dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi a causa delle quali l'attività del testosterone appare aumentata anche fino a dieci volte.

Altri studiosi hanno esaminato i profili ormonali sessuali di un gruppo di pedofili e di incestuosi: confrontando i risultati con quelli del gruppo di riferimento si è visto che i livelli di prolattina, cortisolo e androsterone sono anormali sia nei pedofili che negli incestuosi. tali risultati, però, non hanno permesso di trarre conclusioni certe poichè le differenze

³⁴ Ibidem

³⁵ AGUGLIA E., RIOLO A., *La pedofilia nell'ottica psichiatrica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1999

riscontrate potrebbero essere imputate allo stress conseguente l'arresto e il procedimento penale.

Altri ricercatori si sono invece interessati alle caratteristiche neuropsicologiche. Ad esempio **Flor-Henry** misurando l'attività delle onde cerebrali di un gruppo di pedofili e confrontandoli con un gruppo di controllo, aveva riscontrato che i pedofili mostravano maggiore potenza e coerenza dei tracciati dell'encefalogramma: per l'autore la pedofilia potrebbe essere attribuita ad una patologia dell'emisfero dominante, patologia che determinerebbe i pensieri sessuali devianti.

7. Aspetti Terapeutici

La pedofilia, come generalmente tutte le perversioni, è egosintonica per cui difficilmente questi soggetti richiedono volontariamente un trattamento.

I pazienti affetti da parafilie sono difficili da trattare in quanto solo di rado sono intenzionati a rinunciare ad una soluzione erotica che gli produce intenso piacere. Di conseguenza, la richiesta di trattamento emerge, di solito, a seguito di difficoltà relazionali connesse alla pratica perversa o quando i comportamenti dissociali e criminali divengono oggetto giuridico da parte dell'autorità giudiziaria.

In ambito giudiziario, la terapia della pedofilia risulta indispensabile al fine di ottenere la libertà condizionata, questo facilmente ci fa comprendere che la motivazione del soggetto risulti scarsa..

Nella scelta del trattamento, occorre necessariamente valutare la motivazione a farsi curare, la forza dell'io, ma anche la psicopatologia eventualmente associata. Ad esempio, un pedofilo che uccide nel corso di uno scompensamento psicotico, deve essere oggetto di terapia non solo per le dinamiche di violenza delittuosa e sessuale che caratterizzano il suo comportamento deviante ma, anche, per i suoi sintomi psicotici. Ciò, in quanto, ogni tentativo terapeutico, al di fuori di quello mirato alla personalità complessiva o alla malattia psichica concomitante (schizofrenia, mania, debolezza mentale, demenza) è destinato a fallire. In questi casi, più che mai, dove l'approccio terapeutico non può prescindere dall'instaurarsi di una relazione terapeutica valida e prolungata, si deve prendere atto che un problema al trattamento psicoterapeutico della pedofilia è costituito, non solo dalla scarsa disponibilità motivazionale alla terapia da parte del paziente, ma anche dalla riluttanza dello stesso terapeuta a farsi carico del paziente pedofilico.

Di fatto, un atteggiamento pervaso da intense reazioni controtransferali di disgusto, ansia e disprezzo può, attraverso la messa in atto di un comportamento giudicante, compromettere l'iter terapeutico dando luogo ad una sorta di "moralizzazione" del trattamento e del paziente.

Il terapeuta può avere difficoltà nel gestire l'intensità emotiva data da tali pazienti, per cui risulta indispensabile monitorare attraverso attività di supervisione il proprio vissuto emotivo e la relazione con il paziente.

7.1 Tipologie di Trattamento

Negli anni le opinioni in merito alla validità di una terapia per i pedofili sono cambiate, la visione che considerava la pedofilia un comportamento sessuale non trattabile è stata sostituita da altre decisamente più ottimistiche, la psicoterapia può essere un mezzo attraverso cui il paziente recupera l'autostima e le capacità interpersonali trovando metodi di gratificazione sessuali accettabili.

Spesso gli autori di abusi sessuali su minori non soddisfano i criteri di idoneità alla terapia psicoanalitica a causa dei meccanismi di difesa molto rigidi e in particolare della negazione mentre la terapia cognitivo- comportamentale risulta essere più idonea.

Gli obiettivi terapeutici dovrebbero essere focalizzati non solo alla modificazione del comportamento sessuale deviante ma anche a condurre il paziente a superare la negazione rispetto al sintomo perverso, a sviluppare empatia per le sue vittime, a identificare i deficit sociali e le capacità di adattamento inadeguate e a sviluppare un progetto di prevenzione delle ricadute attraverso l'evitamento di situazioni-stimolo.

L'approccio di tipo **cognitivo-comportamentale** dà maggiore spazio al problema relativo alla prevenzione delle recidive.

In molti programmi questo aspetto è inteso come la possibilità di mantenere ed incentivare i cambiamenti ottenuti con il programma in modo da assicurarsi che l'individuo in esame continui ad utilizzare ciò che ha appreso una volta che il trattamento sia formalmente concluso. L'obiettivo di questi programmi di intervento è la modificazione della sessualità deviata, pur tenendo conto che spesso è associata al disadattamento sociale e a distorsioni comportamentali e cognitive, identificando due bersagli fondamentali³⁶: ridurre l'eccitamento sessuale in rapporto a pratiche o partners "inusuali"; promuovere o rafforzare l'eccitamento sessuale in rapporto ad adeguate pratiche o partners.

Quindi la terapia comportamentale viene usata per interrompere il percorso disadattivo appreso..

Per quanto concerne l'**intervento psicoterapeutico** Gabbard parte dal presupposto che le aspettative del terapeuta devono essere modeste perché, indipendentemente dal tipo di terapia, i pazienti parafilici, sono notoriamente difficili da trattare dal momento che nel corso di molti anni, hanno sviluppato una ben congegnata soluzione erotica ai loro problemi, e sono raramente interessati a rinunciarvi.

L'inizio della terapia per i parafilici avviene spesso non volontariamente, ma perché il soggetto è sotto pressione: quando, ad esempio le disposizioni di legge lo prevedono, in questi casi la riuscita del trattamento è veramente difficile.

Ogni terapia raggiunge il suo scopo solo quando il soggetto che vi si sottopone è volontario e consenziente come sostengono la maggior parte dei clinici che ritengono probabile l'efficacia del trattamento solo quando i pazienti riescono ad accettare completamente la responsabilità per le loro azioni e per il danno che essi hanno causato.

Per quanto riguarda il trattamento psicoterapeutico, il consenso crescente degli psichiatri sembra indicare che nessuna terapia ad indirizzo dinamico presa singolarmente sia efficace per tutte le parafilie, e che siano necessari degli approcci su misura per ogni singolo individuo.

La **Psicoterapia familiare** è indicata specialmente nei casi di pedofilia che si verificano nel contesto di un incesto ed è generalmente una parte integrante dell'intero piano terapeutico. Si tratta di famiglie, con difficili dinamiche, che sembrano entrare in un subdolo circolo vizioso.

L'**approccio psicoanalitico** è finalizzato ad integrare la perversione con il funzionamento mentale della personalità del paziente, allo scopo di analizzare la parafilia alla luce di tutta la vita del soggetto.

La **psicoterapia psicodinamica di gruppo** si presenta in maniera alternativa od integrativa rispetto ad altre terapie, e consente al soggetto di acquisire consapevolezza della propria condizione, filtrandone le conseguenze negative attraverso il conforto e la comprensione del gruppo.

Accanto alla psicoterapia di gruppo, non può essere escluso il *social skill*, conquista delle abilità sociali, mirato alla risoluzione delle difficoltà di relazione sociale e sessuale con altri soggetti adulti.

I primi che se ne occuparono attivamente furono Sacerdote, Watkins e Granone che, nel suo Trattato di ipnosi scrive «bisogna puntare più sull'immaginazione che sulla ragione»³⁷.

³⁶ M. ACCORSI, A. BERTI (a cura di), *Grandi reati, piccole vittime. Reati sessuali a danno dei bambini*, Ed. Erga, Genova, 1999

³⁷ F. GRANONE, *Trattati di ipnosi*, UTET, Torino, 1989, p. 16.

Mastronardi e Villanova hanno condotto uno studio, presentato nel corso della settima Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (11-14 settembre 2002), in cui sono stati analizzati 50 casi di comportamento sessuale violento a estrinsecazione aggressivo-distruttiva (per la maggior parte pedofila) affrontati in **psicoterapia ipnotica**.

Come affermano autorevolmente tali studiosi, lo status ipnotico, «*rappresenta una condizione di particolare recettività, in cui le visualizzazioni emotigene indotte dall'ipnotista, e inerenti manipolazioni degli antichi referenti sessuali distorti, diventano dinamicamente attive e operanti, decondizionando in evoluzione graduale e progressiva le antiche, istintuali, percezioni distorte*»³⁸.

L'obiettivo proposto è la maturazione degli elementi caratterizzanti lo sviluppo pulsionale-libidico del soggetto attraverso interventi specifici di maturazione, evoluzione e/o inibizione o sostituzione dei referenti che permettono l'attivazione emotivo-pulsionale (sia oggetti sessuali reali che mediati).

Il trattamento terapeutico avviene senza mai aggredire direttamente il sintomo o il comportamento deviante, dopo il trattamento, dovrebbe scomparire fisiologicamente.

La **terapia chirurgica**, praticata in Svizzera fino al 1979, presentava inizialmente effetti positivi ma, studi successivi alla sospensione della sua applicazione hanno rilevato come la castrazione de quo modificasse notevolmente le manifestazioni sessuali in maniera non prevedibile, con possibilità di mutamento in sadismo od aggressività. La castrazione, usata in alcuni contesti criminologici, ha comunque un significato cautelativo e punitivo, ma non ha comunque un vero valore terapeutico.

Per quanto riguarda la **farmacoterapia**, inerentemente all'aspetto compulsivo del disturbo, discreti risultati, si ottengono con l'uso di neurolettici o nella terapia con litio, imipramina e fluoxetina,

I farmaci antiandrogeni (ciproterone acetato e medrossiprogesterone acetato) vengono usati in casi selezionati poiché presentano seri effetti collaterali (ipertensione, diabete, embolia polmonare). Essi riducono sia la compulsività sessuale sia l'abilità di rispondere fisicamente allo stimolo attraverso l'erezione. Inoltre, sembra riducano anche le fantasie sessuali, ma non rappresentano una soluzione a lungo termine in quanto agiscono riducendo la spinta sessuale in sé, ma non hanno alcun effetto sulla deviazione parafilica. Anche l'uso di farmaci serotoninergici si è dimostrato efficace nel trattamento dei pedofili, poiché aiutano a regolare l'umore, a ridurre la compulsione sessuale e i pensieri sessuali ossessivi

7.2 Progetti Trattamentali e di Prevenzione

Nell'individuare un programma riabilitativo – trattamentale della pedofilia risulta indispensabile operare quella che Fornari definisce "analisi strutturale individuale" che ci permette di distinguere tre tipi di condotta:

- ▶ condotta tollerata dall'Io, quindi egosintonica, che si traduce in una perversione vera e propria. Si classifica in una struttura perversa;
- ▶ condotta mal tollerata dall'Io, quindi egodistonica, quindi perversione nevrotica o disfunzione, quindi struttura nevrotica;
- ▶ condotta patologica che si manifesta in un disturbo psicotico e che si basa su una struttura psicotica.

³⁸ V. MASTRONARDI, M. VILLANOVA, *Sex offenders and Reorganization of Sexual Imaginary in Hypnotic Psychotherapy*, in Atti della 7° Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offender (IATSO), Pabst Science Publisher, Lengheric, Vienna, 11-14 settembre 2002.

I percorsi riabilitativo-trattamentali-preventivi sono stati elaborati all'interno di specifici programmi applicabili ai detenuti durante il periodo di prigionia o quello trascorso nella comunità con l'intento di contrastare il problema della recidiva.

La consapevolezza che il pedofilo in carcere si limita a non reiterare il reato, ma non sentendosi colpevole, attenderà paziente la fine della pena per tornare nella società con le stesse convinzioni con cui ne è "uscito" ci fa ben capire che è necessario "farsi carico" dei pedofili in un'ottica di intervento trattamentale specifico durante l'esecuzione della pena, sia in carcere che fuori, mettendo in campo un appropriato controllo sociale finalizzato ad ottenere una riduzione della recidiva.

Tali percorsi socio-riabilitativi avviati in detenzione dovrebbero comunque avere la possibilità di prosecuzione e sviluppo al di là della esecuzione penale. Ciò significa che una progettualità penitenziaria seppur necessaria perde la sua efficacia se non può contare su una rete di attenzione in termini di servizi e di risorse da mettere in campo nella comunità locale, come i servizi del territorio.

8. Conclusioni

Oggi più che di pedofilia occorre parlare di pedofilie perché esistono diverse espressioni della stessa inumana condotta, non esiste una tipologia del pedofilo così come non esiste un unico tipo di pedofilo, non esiste un profilo psicologico definito ed unico per tutti i pedofili.

La pedofilia è un tratto multifattoriale in cui entrano in gioco aspetti mentali, istituzionali, di attività, di educazione sessuale, di violenza, di controllo delle pulsioni.

Esistono però fattori che potremmo definire facilitanti, senza però essere determinanti:

- l'essere stati violentati oppure trattati con crudeltà durante l'infanzia, in particolare dai propri genitori;
- l'essere stati bambini isolati che si sono sentiti esclusi dagli altri bambini e adolescenti che hanno invidiato la vitalità dei loro coetanei (da adulti possono tentare di possedere, plagiare e di catturare quegli stessi bambini di cui hanno ammirato e invidiato la vitalità);
- l'aver vissuto in ambienti familiari disgregati, non necessariamente degradati;
- l'aver assistito ad azioni violente e distruttive su familiari senza aver avuto la possibilità di intervenire a migliorare la situazione o di curare in qualche modo le proprie e altrui ferite psicologiche.

I pedofili avrebbero una personalità immatura, problemi di relazione o sensi di inferiorità che non consentono loro di reggere un rapporto amoroso adulto, "alla pari": individui con disturbi narcisistici e fragile stima di sé, si focalizzano sui bambini perché possono controllarli e dominarli e con loro non provano sentimenti di inadeguatezza.

La maggior parte dei pedofili cerca di non maltrattare i bambini che riesce ad avvicinare, sia per l'attrazione che provano nei loro confronti, sia perché non sono animati da impulsi, a loro dire, malevoli e sia perché cercano di evitare che essi possano parlare, lamentarsi o svelare il crimine; per quanto distorta, deviata, patologica, l'attrazione che il "vero" pedofilo prova per il bambino, non è solo sessuale.

E', a suo modo, una forma d'amore in cui c'è affetto, tenerezza, comprensione anche se l'incapacità dell'adulto di contenere le pulsioni sessuali può rappresentare, per il bambino, un grosso rischio psicofisico.

Il pedofilo può usare violenza ad un bambino con modalità subdole e meschine che sono lontane dal comune senso del termine inteso dalla collettività; inoltre, la violenza psicologica, la coercizione, il plagio, diventano un tranello per ottenere la fiducia e l'inconsapevole consenso dei bambini: una trappola tesa dal pedofilo che imprigiona le piccole vittime in un senso di colpa che a volte dura per tutta la vita.

I pedofili più "buoni", sono paradossalmente anche i più pericolosi perchè si mimetizzano con perfida astuzia tra la cosiddetta gente "perbene".

Il pedofilo è un perverso; quello che lui definisce "amore" per il bambino è un'ossessione che lo rende recidivo per cui, anche quando finisce in prigione, non appena esce, ci ricasca.

Da questa considerazione emerge pressante la necessità di individuare delle metodologie di cure che puntino, da un lato, a "recuperare" il soggetto e, dall'altro soprattutto a garantire la tutela del bambino.

Nella scelta dell'intervento terapeutico più idoneo bisogna riflettere sui metodi che risultino più appropriati per raggiungere lo scopo primario: la tutela dei soggetti più indifesi e primi fra tutti le vittime, i Bambini.

Ritengo sia improcastinabile la necessità di informare e formare gli individui sulla cultura dell'infanzia, le relazioni familiari, attraverso tutti i canali disponibili, dalla scuola alla famiglia ai mass media in genere.

Bisogna creare, su tutti i mezzi di comunicazione, compreso Internet, ma anche e soprattutto tra i giovani una cultura di prevenzione che diventi barriera insormontabile alla diffusione del fenomeno e a possibili contatti tra i pedofili.

Si deve imparare ad ascoltare i ragazzi, ma soprattutto saper dialogare coi loro dubbi e le loro ansie in problematiche di disturbo che prescindono dallo specifico della pedofilia per i pericoli di media violenti ed erotici, messaggi negativi veicolati, dalla pubblicità alla stampa, dalla TV a Internet, ampliando le possibilità di intervento per una controcultura, contro la strumentalizzazione e mercificazione del bambino.

Inoltre, poichè il pedofilo è normalmente lucido e responsabile delle proprie azioni, bisogna aumentare il controllo, rafforzare le indagini e rendere le pene molto più severe, ma soprattutto concretizzare la certezza della pena, non esclusivamente in carcere, come ad esempio interdirla in perpetuo dalla cura, tutela, potestà e da qualsiasi possibile contatto con i minori, sia in ambito familiare che sociale.

Sottoporli, con trattamenti obbligatori, a terapie, studi e analisi che siano fonte di conoscenza per gli esperti professionisti in modo da mettere in atto strategie di prevenzione a favore dei minori.

Infine, ma prioritario in ordine di importanza, il nostro obiettivo principale deve essere la protezione dei bambini, prima che si verifichino le violenze.

La pedofilia al momento non ha cure efficaci che possano garantire una reale "guarigione" e la percentuale di recupero dei pedofili tentata sia in Europa che nel mondo è bassissima, pari al 3-5%.

Gli unici tentativi di contenimento del fenomeno oggi disponibili sono la conoscenza e la prevenzione; ed in questo la famiglia e la scuola sono le più importanti sedi di formazione.

BIBLIOGRAFIA

AA.V.V., *La violenza nascosta, gli abusi sessuali sui bambini*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1984.

M. ACCORSI, A. BERTI, *Grandi reati, piccole vittime. Reati sessuali a danno dei bambini*, (a cura di), Ed. Erga, Genova, 1999.

AGUGLIA E., RIOLO A., *La pedofilia nell'ottica psichiatrica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*, trad. it., Masson, Milano, 1996.

ANDREOLI V., *Dalla parte dei bambini, Per difendere i nostri figli dalla violenza*, 3ª ed., Rizzoli, Milano, 2003.

BANDINI T. (a cura di), *Infanzia e abuso sessuale*, Giuffrè, Milano, 2000.

BETTELHEIM B., *Il mondo incantato*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1977

BERTI, *La perizia psichiatrica del pedofilo*, in (a cura di) M. Acconci e A. Berti, *Grandi reati, piccole vittime. Reati sessuali a danno dei bambini*, Erga Edizioni, Genova, 1999

BREER, W. *The adolescent molester*. Springfield, IL: - Charles c. Thomas, 1987

CADOPPI A. (a cura di), *Commentario delle norme contro la violenza sessuale e della legge contro la pedofilia*, Seconda Ed., CEDAM, Padova, 1999.

CADOPPI A., *L'assenza delle cause di non punibilità mette a rischio le buone intenzioni*, in *Guida al diritto*, Il Sole-24 Ore, 4 marzo 2006, n° 9.

CAFFO E. (a cura di), *Abusi e violenze all'infanzia*, E. Unicopoli, Milano, 1982

CAMARCA C., *I Santi Innocenti*, Baldini & Castoli, Milano, 1998.

CAMMARATA AGUGLIA E., RIOLO A., *La pedofilia nell'ottica psichiatrica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1999.

CANALE M., *La normativa vigente in tema di delitti sessuali: aspetti medico-legali e prospettive medico-giuridiche*, in *I delitti sessuali* (a cura di G. Capena, M. Lagazzi), Padova, 1988.

CANEPA G., *Il maltrattamento dei minori*, in F. Ferracuti (a cura di) in *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, VI: *Aspetti criminologici e psichiatrico-forensi dell'età del minore*, Milano, Giuffrè Editore, 1987.

CAPRI P., A. JARIA, N. LANOTTE, *Aspetti e problemi attuali della pedofilia*, in *L'amore da Edipo a Orfero*, (a cura di) A. Palma e F. De Marco, La Bussola Ed., Ferentino, 1995.

CAPRI P., *La pedofilia: difficoltà e complessità d'interpretazione*, in *La problematica attuale delle condotte pedofile* La Bussola Ed., Ferentino, 1995.

CATANESI R., DELL'ERBA A., *Il trattamento dei Sexual Offenders con anti-androgeni, aspetti etici*, in F. Carrieri (a cura di), *Atti del Convegno di Studi in tema di Sexual Offender*, Adriatica Editrice, Bari, 2002.

CESA- BIANCHI M., SCABINI E., *La violenza sui bambini*, Franco Angeli, Milano 1991, cit. in *Rassegna penitenziaria e criminologia*, Anno V, Gennaio-Dicembre 2001.

CIFALDI, *Pedofilia tra devianza e criminalità*, Giuffrè 2004

CIRILLO S., DI BLASIO P., *La famiglia maltrattante*, Cortina, Milano, 1989.

CORBIN A., *“La violenza sessuale nella storia”*, ed. Laterza, Bari, 1993

CRAISSATI J., *Gli autori di abusi sessuali sui bambini*, Centro Scientifico Editore 2005

DE LEO G., CUZZOCREA V., DI TULLIO D'ELISIIS S., LEPRI G.L., *L'abuso sessuale sui minori*, in *Rassegna penitenziaria e criminologia*, Anno V, Gennaio-Dicembre 2001

DE LUCA R., *Pedofilia e Internet*, in *Detective & Crime*, n. 2/VII, Emekappa, Gaeta (LT), 2000.

FORNARI U., *Trattato di psichiatria forense*, UTET, Torino, 1997.

FREUD S., *Opere*, vol. 2, Bollati Boringhieri, Torino, 1986.

FREUD S., *Tre saggi sulla teoria sessuale*, vol. 4, Ed. Newton, Milano, 1905.

GABBARD G.O., *Psichiatria Psicodinamica*. Raffaello Cortina Ed., Milano, 2002

GOODWIN J., *Sexual Abuse*, tr. it. *Abuso sessuale sui minori*, Centro Scientifico Torinese, Torino, 1982.

GRANONE F., *Trattato di ipnosi*, UTET, Torino, 1989.

GREEN A.H., *Child Abuse*, in *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, n. 22 (3), 1994

GROTH A.N. AND BIRNBAUM, H.J. *Adult sexual orientation and attraction to underage persons*. Archives of sexual Behavior, 1978

HOBSON, W.F., BOLAND E JAMIEISON, *Dangerous sexual offenders*. Medical Aspects of Human Sexuality, 1985

HOWITT D, *Pedofilia e reati sessuali contro i bambini*, Centro Scientifico Editore, 2000

JARIA A. E CAPRI P., *La pedofilia, aspetti psichiatrici e criminologici*, in F. Ferracuti .Giuffrè, Milano, 1988.

- JARIA A., *Contributo allo studio della pedofilia e delle sue implicanze psichiatrico-forensi*, in *Il lavoro neuropsichiatrico*, vol. 44, fasc. 3, 1968
- KERNBERG O., *Relazioni d'amore*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996.
- KOHUT H., *I seminari: teoria e clinica della psicopatologia infantile*, Astrolabio, Roma, 1989.
- LANYON cit. in Callieri B., Frighi L., *La problematica delle condotte pedofile*, Eur, Roma 1999.
- LANNING K.V , *Child Molester:a Behavioral Analysis*, National Center for Missing and Exploited Children, Arlington, Virginia, 1992, p. 18.
- LYNCH M.J., *Percezione del reato da parte del pubblico*, in F. Ferracuti ,Giuffrè, Milano, 1987.
- MAGGI M., PICOZZI M., *Pedofilia, non chiamatelo amore*, Guerini e Associati, Milano, 2003.
- MARI P., *Nodi Relazionali della famiglia abusante*, in *Per i derubati del sole. Un percorso formativo nei casi di abuso e maltrattamento infantile*, Centro di Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia, Atti del percorso formativo, Roma, 2001
- MARIANI E., CLAVANESE E., *La percezione sociale della pedofilia secondo quanto emerso da una ricerca effettuata tra agenti di polizia e studenti universitari della città di Milano*, in *Rassegna italiana di Criminologia*, 2, 2001,
- MARSHALL W.L., ANDERSON D., FERNANDEZ Y., *Trattamento cognitivo comportamentale degli aggressori sessuali*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2000.
- MASTRONARDI V., VILLANOVA M., *Sex offenders and Reorganization of Sexual Imaginary in Hypnotic Psychotherapy*, in *Atti 7° Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offender (IATSO)*, Pabst Science Publisher, Lengheric, Vienna, 11-14 settembre 2002.
- MASTRONARDI V.M, VILLANOVA M., *Da appunti lezioni Master in Scienze Criminologiche e Forensi Università Sapienza Roma, a.a. 2006/2007*
- MCDOUGALL J., *A favore di una certa anormalità*, trad. it., Borla, Roma, 1993.
- MICCOLI C., *Pedofilia e abusi sessuali in danno di minori: percezione e conoscenza del fenomeno tra gli studenti di un ateneo italiano*, *Rassegna Italiana di Criminologia*, Anno XVI, n° 4, Giuffrè ed., Milano, 2005.
- MONTECCHI F , *Gli abusi all'infanzia*, La Nuova Italia Scientifica, Milano, 1994
- O'CONNOR T.R., *Treatment in Transition: the Role of Psychiatry Correction*, in *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 13(3), 2001.
- O'GRADY R., *Schiavi o bambini*, Gruppo Abele, 2000
- ORMANNI I. E PACCIOLLA A., *Pedofilia, una guida alla normativa ed alla consulenza*, (a cura di), Ed. DueSorgenti, Roma, 2000.
- PALERMO G.B., MASTRONARDI V.M., *Il profilo criminologico – Dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici*, Giuffrè, Milano 2005.
- PROTO PISANI A., *Diritto processuale civile*, Jovene Editore, Napoli, 2002.
- SCARDACCIONE G., *Autori e vittime di violenza sessuale*, Bulzoni Ed., Roma, 1992.
- SCARDACCIONE G., *La tematica dell'abuso ed i principi dell'intervento*, Corso di formazione per ausiliari nella testimonianza dei minori, Roma, 2002.
- SCHINAIA C., *Pedofilia, Pedofilie. La psicoanalisi e il mondo del pedofilo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2001.
- VASSALLI, *Abuso sessuale sui bambini: definizione, caratteristiche e conseguenze*, in M. Malacrea, A. Vassalli, *Segreti di famiglia*, Raffaello Cortina, Milano, 1990
- VILLANOVA M. *Da appunti lezione Master in Scienze Criminologico Forensi*, Università Sapienza Roma a.a. 2006/2007