

Pedofilia, tra racconti e oggettività

Erica Zanghellini¹

¹Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Verona.

Riassunto

Il presente lavoro prende in esame diversi contributi della letteratura sulla pedofilia con l'obiettivo di fornire un inquadramento generale di questa psicopatologia; propone inoltre una parte dedicata alla clinica.

Summary

The present work examines the literature's contributions about the pedophilia with the purpose of providing a general overview of this psychopathology, also proposes a part dedicated to the clinical.

Introduzione

Rappresentando un disturbo mentale, la pedofilia deve essere affrontata come tale e la società deve impegnarsi a prevenirla e curarla, al fine di preservare le possibili giovani vittime e anche colui che potrebbe avere la possibilità, se il disturbo è identificato, di salvare la propria esistenza. L'obiettivo di questo elaborato va proprio in questa direzione, cioè cerca di verificare i fattori di rischio che la letteratura ha rilevato nel tempo come fattori prognostici per lo sviluppo di questo tipo di psicopatologia. Cercherà di "conoscere" di più le caratteristiche delle persone afflitte che spesso, anche se rappresenta un problema reale nella nostra società sono definiti solo come: "è un mostro" nonché dare un'introduzione su come si può spiegare la preferenza sessuale sui minori. Una parte, inoltre, sarà dedicata anche a che cosa un terapeuta dovrà indagare e le caratteristiche del clinico che sono "vincenti" per l'esito positivo del trattamento.

I pedofili sono soggetti sostanzialmente invisibili dal punto di vista socio-comportamentale. Sulla base dei dati del Servizio di Polizia Postale e delle Comunicazioni (2004), risulta abbastanza chiaro che nel 90% dei casi, i soggetti denunciati non avevano alcun precedente penale specifico o in qualche modo legato all'aggressività e alla violenza. Ci troviamo quindi di fronte a soggetti che

Erica Zanghellini, *Pedofilia tra racconti e oggettività*, N. 12, 2013, pp. 3-30

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiininformazione.it

non hanno mai avuto a che fare con la giustizia, che sono integrati sia dal punto di vista sociale, che lavorativo e non identificabili sulla base di possibili parametri sociali come: si apposta davanti alle scuole o ai giardinetti pubblici o ha lo sguardo ebbro di lussuria criminale. Per questo più lo specialista è formato, più è possibile individuare i fattori di rischio, per cercare di cambiare sia il futuro di queste persone, sia per evitare quindi gli enormi danni che si percuoterebbero sulle vittime.

Abuso sessuale: una definizione ardua

Non esiste una definizione condivisa di abuso sessuale dell'infanzia che trovi un consenso unanime tra le diverse figure sanitarie coinvolte. In realtà, ogni parola che compone il costrutto "Child Sexual Abuse" suscita numerose questioni; uno degli elementi fondamentali riguarda il limite massimo dell'età al di sotto del quale è adeguato parlare di abuso sessuale infantile. Alcuni autori hanno stabilito tale limite cronologico all'età di 16 anni (Wurr, Partridge, 1996), altri alla maggiore età, 18 anni (Russel, 1983). La legge italiana sancisce che i minori di 14 anni non possano prestare alcun consenso in ambito sessuale, salvo alcune eccezioni particolari per le quali tale limite si amplia portandosi a 16 anni. Altro aspetto messo in discussione riguarda la definizione di comportamenti sessuali. Se alcuni atti vengono considerati sessuali da chiunque (penetrazione, contatti orogenitale, esibizionismo, voyerismo) altri, meno invasivi, come un genitore che appare nudo davanti al proprio figlio, non sono considerati necessariamente tali e implicano, per la valutazione del caso, il ricorso a ulteriori elementi legati al contesto dell'episodio avvenuto per giudicare la situazione.

Secondo l'American Academy of Pediatrics (1999), si può parlare di abuso sessuale nei casi in cui il bambino venga coinvolto in attività sessuali che non è in grado di comprendere, per le quali non è pronto e alle quali non può esprimere il consenso e/o violino la legge o i tabù sociali. Possono rientrare in queste categorie contatti oro-genitali, genitali, anali messe in atto sul bambino o compiute dal bambino o le attività sessuali senza contatto come per esempio l'esibizionismo, il voyeurismo o lo sfruttamento del bambino nella produzione di materiale pornografico. La gamma di attività che si includono nell'abuso sessuale variano dallo stupro a forme fisicamente meno intrusive. In ambito clinico, il termine abuso si riferisce a comportamenti sessuali tra un bambino e un adulto o tra due bambini quando uno di loro è significativamente più grande o usa coercizione. In quest'ultimo caso è importante considerare i fattori evolutivi nel valutare se i comportamenti tra due bambini sono di tipo abusivo o normale. Il perpetratore e la vittima possono essere dello stesso sesso o di sesso opposto; gli atti sessuali possono avvenire in situazione diadica o di gruppo. I

comportamenti sessuali includono toccamenti di parti intime, con o senza indumenti, che il bambino può subire, osservare o essere obbligato ad agire su di sé o sull'altro. Altri comportamenti possono essere, penetrazione vaginale, anale per mezzo di oggetti o degli organi sessuali, esibizionismo, voyerismo, fellatio e cunnilingus. Per quanto riguarda la pornografia, viene considerata nell'abuso sessuale nel caso in cui il bambino venga esposto a tale materiale.

Gli atti di abuso sessuale, possono essere distinti da quelli non abusivi per la presenza di tre fattori:

1. Differenza di potere: l'atto viene compiuto da parte di una persona, che in virtù del suo ruolo, delle sue caratteristiche o delle sue capacità controlla e influenza la vittima anche se avviene senza l'uso della forza.

2. Differenza di conoscenze: implica che la vittima abbia una minore comprensione del significato e delle implicazioni dell'atto sessuale rispetto al perpetratore e che non possa valutarne le implicazioni/conseguenze legate all'atto sessuale.

3. Differenza nella gratificazione: nella maggior parte dei casi l'atto risulta gratificante per l'abusante, mentre per la vittima assume tutt'altro significato.

Da sottolineare che comunque per alcuni autori tra cui Kempe (1978), rientrano nell'abuso anche quegli atti sessuali che se pur compresi e accettati dal bambino, violano i tabù sociali inerenti ai ruoli famigliari.

I criteri elencati possono risultare più o meno esaustivi, ma rischiano comunque di indurre un'applicazione rigida e soprattutto riduttiva dal momento che, in questi casi le variabili in gioco sono molte, infatti i medesimi comportamenti codificabili come psicologicamente abusanti, sono suscettibili al provocare esiti diversi a seconda di numerosi fattori interni ed esterni al bambino o all'adolescente oggetto del maltrattamento. Bisogna considerare i fattori biologici, personologici e temperamentali, quelli affettivi e ambientali.

Conosciamo il fenomeno della pedofilia?

Etimologicamente il termine pedofilia deriva dalle parole greche "pàis" e "philia" e significa, letteralmente, "amore per i fanciulli". Il significato originario di "philia", fa però riferimento ad una relazione e condivisione basata sul consenso, vale a dire ad una relazione fondata sulla simmetria e reciprocità, mentre questo non avviene nel rapporto pedofilico, basato invece sull'asimmetria e connotato in senso fortemente dannoso per la piccola vittima (Stefani, 2006). Il pedofilo appartiene ad un campione rappresentativo dei vari ceti socio-economici e quindi non è espressione di particolari situazioni sociali; può essere il genitore, l'insegnante, il sacerdote o uno sconosciuto.

L'attrazione sessuale da parte di questi adulti è nei confronti dei bambini; e il concetto di pedofilo viene associato perciò a una figura che abusa sessualmente di un soggetto minore (Paciolla et al., 1999).

La storia nosografica di questa patologia iniziò quando lo psichiatra tedesco Richard Freiherr von Krafft-Ebing coniò il termine "*paedophilia erotica*" nella sua trattazione dei disturbi psichici della sfera sessuale intitolata *Psychopathia Sexualis*. In quest'opera si distingueva il desiderio sessuale per i bambini dall'abuso. Lui sosteneva che l'ideazione legata alla devianza sessuale non costituiva di per se una tendenza criminale, ma in molti casi poteva essere considerata come il sintomo di una vera malattia, della quale il portatore era piuttosto la vittima che il responsabile. Identificò, analizzando la personalità e il comportamento di queste persone diverse categorie: quelli che manifestavano la predilezione deviante fin dal periodo adolescenziale e quelli che si facevano responsabili di forme di abuso in cui bambini o ragazzi apparivano quali sostituti di adulti. Quest'ultimi sembravano sviluppare l'attrazione patologica più tardi nella vita, in seguito di solito a un fallimento affettivo con una persona adulta o perché non riuscivano ad avere un normale rapporto di coppia. In questa categoria ricadono i "molestatori occasionali", secondo lui rappresentati da persone incapaci, "verosimilmente per disabilità mentale", di avere relazioni con persone che ritengono alla pari, oppure, da individui che dopo aver sperimentato frustrazioni in un normale rapporto adulto-adulto, si sono rivolti a pre-adolescenti più manipolabili, influenzabili o addirittura plagiabili. Fra i molestatori occasionali inseriva anche le persone che tramite il lavoro incontravano regolarmente bambini o ragazzi e usavano la propria autorità o il potere derivante dal ruolo, per ottenere gratificazione sessuali. Infine specificava una sotto-categoria, quella della "pedofilia senescente" in cui la scelta delle vittime fra i bambini sarebbe dettata dall'impotenza che non consentirebbe di ottenere il consenso di un partner sessuale adulto.

Quanto è diffusa la pedofilia?

Non è facile purtroppo quantificare questo fenomeno, perché non tutti i casi di abuso sessuale sono commessi da soggetti pedofili, che quindi presentano un interesse sessuale preferenziale nei confronti dei bambini. In Italia, secondo l'ISTAT, 574 atti sessuali con minore sono stati segnalati nel 2010 dalle Forze di Polizia all'Autorità Giudiziaria, a fronte dei 2815 della Francia e dei 2200 del Regno Unito nel 2009. E' quindi facile ipotizzare ragionevolmente che nel nostro Paese sia difficile parlarne e che questo dato sia una sottostima del problema. Tra il 1° aprile 2010 e il 30 settembre 2011, il Centro Nazionale di Ascolto di Telefono Azzurro, è intervenuto complessivamente su 3.956 casi segnalati sul territorio, i casi di abuso sessuale sono stati 158

ovvero il 4%. Se si considerano le diverse tipologie segnalate emerge che la maggior parte degli abusi sessuali subiti da bambini e adolescenti rientri nella categoria dei toccamenti (81 casi), episodi di penetrazione (24 casi), fellatio (11 casi), esposizione ad esibizionismo e o materiale pornografico (29 casi) e infine che hanno ricevuto proposte sessuali di tipo verbale 21 casi. Nella categoria “altro abuso sessuale”, si riscontrano 44 casi, sono compresi in questa casistica tutti i bambini o adolescenti in cui vi siano dei sospetti a partire da segni fisici o comportamentali, ma che il chiamante non riesce a definire uno specifico abuso, oppure segnalazioni relative a casi di adescamento online. Le bambine e le adolescenti costituiscono le principali vittime (72%) e in genere le vittime hanno un'età inferiore agli 11 anni (52,1%).

Per ciò che concerne invece la natura del rapporto pedofilo, le notizie giornalistiche evidenziano che nella maggior parte degli episodi (ovvero il 52,6 %) si tratta di rapporti eterosessuali (prevalentemente adulto maschio – minore femmina), mentre nel 33% è di tipo omosessuale. Decisamente inferiore il numero di rapporti bisessuali riportati 6%; spesso sono compiuti in ambito familiare dove la figura genitoriale abusa dei propri figli indipendentemente dalla loro appartenenza di genere (Coluccia, Calvanese, 2007).

Da segnalare che in letteratura, si riscontra, seppur se in maniera più circoscritta, casi di pedofilia compiuti da donne. Già Krafft-Ebing nell'800 aveva individuato questo tipo di fenomeno, ed indica che probabilmente fosse più esteso di quanto fino all'ora accertato. Ci sono ancora pochi studi su campioni di donne abusanti (Ciappi *et al.*, 2006), dai quali però sembrerebbero emergere differenze comportamentali rispetto al campione maschile. Le variabili invece che li accomunano sono l'aggressività e il sadismo. In generale, sembra che le donne che abusano sessualmente di minori abbiano subito, una vittimizzazione sessuale in età evolutiva grave e prolungata. Petrone e Troiano (2005) stimano che su 100 casi di abusi sessuali, 8 siano compiuti da donne e che circa il 2% dei siti pedopornografici sia rivolte a pedofile. Questi dati sono in linea con l'aumento esponenziale del turismo pedofilo femminile.

Formulazione della diagnosi

Nella prima edizione del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Psicici) (1952) la pedofilia era stata inquadrata come una grave deviazione sessuale; solo dalla terza edizione di questo manuale (DSM-III, 1980; DSM-III r, 1987), verrà collocata all'interno delle Parafilie, cosa che rimane stabile ancora oggi. Infatti, anche nella quarta edizione del DSM-TR (1994; DSM-IV TR, 2000), la pedofilia è stata inclusa tra i disturbi mentali nella categoria delle Parafilie che appartiene al gruppo dei Disturbi Sessuali e della Identità di Genere. La focalizzazione parafilia della Pedofilia

comporta attività sessuale con bambini prepuberi, che hanno quindi tredici anni o meno. Il soggetto in questione deve avere almeno sedici anni, e deve avere un rapporto con un bambino di almeno cinque anni in meno di lui. Per i soggetti tardo-adolescenti con Pedofilia, non viene specificata una precisa differenza d'età e quindi si deve ricorrere ad una valutazione clinica, dove bisogna tener conto sia della maturità sessuale del bambino che della loro differenza d'età (Strano *et al.*, 2001). Di solito i soggetti con Pedofilia sono attratti da bambini di una specifica fascia d'età che quindi può variare da soggetto a soggetto. I soggetti possono limitare le loro attività a livello intra-famigliare, oppure possono scegliere come vittime bambini al di fuori della propria famiglia.

I criteri necessari per porre questo tipo di diagnosi sono:

- A. Durante un periodo di almeno sei mesi, fantasie, impulsi sessuali, o comportamenti ricorrenti, e intensamente eccitanti sessualmente, che comportano attività sessuale con uno o più bambini prepuberi (generalmente di 13 anni o più piccoli).
- B. Le fantasie, gli impulsi sessuali o i comportamenti causano disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre importanti aree di funzionamento,
- C. Il soggetto ha almeno sedici anni d'età ed è di almeno cinque anni maggiore del bambino o dei bambini di cui al criterio A.

Occorre specificare se:

- Sessualmente attratto da maschi;
- Sessualmente attratto da femmine;
- Sessualmente attratto da entrambi;
- Limitato all'incesto oppure no.

Specificare inoltre il tipo:

- Tipo esclusivo (attratto solo da bambini);
- Tipo non esclusivo.

Infine, viene anche indicato in una nota, come accennato sopra, che non si deve includere in tale diagnosi un soggetto tardo-adolescente coinvolto in una relazione sessuale perdurante con un soggetto di dodici - tredici anni.

Attualmente, però, è in corso un dibattito da parte degli studiosi del settore, che ha condotto alla formulazione di proposte di modifica dei criteri, in base ai quali elaborare una diagnosi di pedofilia. Nella prossima edizione del DSM, in fase di preparazione, i criteri proposti sono i seguenti:

- A. per un periodo di almeno 6 mesi, ricorrente e intensa eccitazione sessuale derivante da bambini di età pre-pubere o all'inizio della pubertà, come manifestato da fantasie, impulsi sessuali, comportamenti o dall'uso estensivo di materiale pornografico raffigurante bambini di queste età.
- B. la persona ha agito in base a questi impulsi sessuali o fantasie sessuali e causano disagio marcato o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre importanti aree di funzionamento.

Nella proposta attualmente in discussione gli esperti ipotizzano che possano esistere dei soggetti pedofili con un orientamento sessuale diretto verso soggetti pre-puberi, ma che non necessariamente fanno seguire a queste fantasie comportamenti pedofili, e che soprattutto non presentino disagio sociale, lavorativo o familiare a causa delle fantasie. Questa differenziazione prende atto dell'esistenza, confermata da numerosi studi internazionali, di persone che ammettono di sentirsi attrarre dai bambini, ma non arrivano mai a mettere in atto comportamenti di rilevanza penale. Inoltre, viene per la prima volta suggerito, che anche l'uso di pornografia raffigurante bambini in età pre-pubere o pre-adolescenti sia da considerarsi un sintomo di pedofilia. Tra le altre proposte attualmente oggetto di dibattito vi è inoltre quella di ampliare la definizione di questo disturbo includendovi la ebefilia, intendendo con questo termine l'attrazione sessuale rivolta a giovani che stanno attraversando la pubertà. Alcuni studiosi suggeriscono quindi di sostituire la diagnosi di pedofilia introducendo nel DSM-5 una nuova categoria ibrida, denominata pedo-ebefilia, suddivisa in: tipo pedofilico (attrazione verso bambini pre-puberi, generalmente più giovani di 11 anni), tipo ebefilico (attrazione verso pre-adolescenti, di solito dagli 11 ai 14 anni) e tipo pedo-efebilico (attrazione verso entrambi). Bisogna, infatti distinguere la pedofilia in senso stretto dalle altre forme di abuso sessuale su minori che possono essere commesse da soggetti non pedofili (ad es. induzione alla prostituzione, la tratta di minorenni a scopo sessuale). Il pedofilo è una persona che mostra una preferenza sessuale verso bambini e, generalmente, non ha interesse sessuale per gli adulti. Non sempre e non necessariamente questa preferenza si traduce in un atto sessuale con un bambino, il pedofilo può limitarsi a fantasie o pensieri ricorrenti, senza arrivare a molestarli direttamente. Il *child molester* (o molestatore di bambini) è colui che invece mette in atto i comportamenti di natura sessuale coinvolgendo i minori.

In generale, tra coloro che molestano i bambini, è possibile distinguere tra:

- *Child molester preferenziali*: di fatto, sono i pedofili in azione, cioè coloro che commettono abusi sessuali perché li preferiscono agli adulti;

- *Child molester situazionali*: tendono a mettere in atto molestie sessuali verso più persone, e possono abusare anche di bambini, ma senza avere una preferenza sessuale esclusiva per loro (Capra, *et al.*, 2012).

Carta d'identità

Non esiste un profilo psicologico unico che connoti in modo unilaterale il soggetto che compie azioni di pedofilia. Esistono pedofili aggressivi, caratterizzati da comportamenti antisociali, come quelli per i quali operare atti sessuali sui bambini costituisce un modo per esercitare controllo all'interno di relazioni sessuali, in quanto con persone di pari età non può avvenire per un loro senso di inadeguatezza.

Vi sono comunque cinque caratteristiche che accomunano queste persone:

1. La negazione: quasi tutti i pedofili negano le loro azioni e quando non è possibile usarla a causa di variabili esterne, ad esempio l'arresto, usano frequentemente la minimizzazione. Tale meccanismo psicologico viene usato dal pedofilo anche con se stesso, in quanto frequentemente sono convinti di non causare alcun problema alle loro vittime; il loro interesse sessuale per i bambini è la massima dimostrazione di affetto e di amore che un adulto può avere per un bambino.
2. Eccitazione sessuale legata alla visione di corpi nudi di minori.
3. Fantasie sessuali, in cui i bambini sono i protagonisti di atti sessuali.
4. Distorsioni cognitive: il pedofilo con giustificazioni si autoassolve, convincendosi che le sue azioni non sono problematiche. Le giustificazioni sono spesso la base per cui il pedofilo reitera l'abuso, in quanto non comprende la reale natura di ciò che commette.
5. Altri problemi psicologici e sociali: per esempio abuso di sostanze, alcool, depressione, scarsa capacità di autocontrollo (problemi con la gestione della rabbia).

Inoltre diverse ricerche hanno rilevato altre peculiarità che spesso si associano a queste persone (Hall & Hall, 2007; Dickey, Nussbaum, Chevonneau, Davidson, 2002) :

- nella maggior parte dei casi, sono di sesso maschile;
- l'attrazione sessuale verso i bambini inizia a manifestarsi nel corso dell'adolescenza e della prima età adulta;
- nel 50-70% dei casi, alla diagnosi di pedofilia si accompagna quella di un'altra parafilia, intesa come disturbo della sfera sessuale (es. esibizionismo, voyeurismo, sadismo);
- si collocano generalmente nella fascia di età compresa tra i 40 e i 70 anni;

- in generale, non presentano marcati deficit cognitivi, ma mostrano buone capacità di pianificazione dei propri comportamenti (Eastvold, Suchy, Strassberg, 2011; Schiffer, Vonlaufen, 2011);
- fanno raramente ricorso all'uso della forza o di armi per coinvolgere bambini/ adolescenti in atti sessuali, ma ricorrono piuttosto a forme più sottili (es. toccamenti inappropriati);
- molestano soggetti di entrambi i sessi;
- prevalentemente molestano vittime conosciute.

A livello cerebrale

Grazie alle neuroscienze si è potuto analizzare i cervelli delle persone pedofile e sono state così individuate specifiche alterazioni strutturali e/o funzionali che si riscontrerebbero con una certa frequenza nel cervello di questi soggetti.

Nello specifico sono emerse le seguenti alterazioni:

- diminuzione del volume di materia grigia nei circuiti frontostriatali, che si traduce in una incapacità di inibire comportamenti ripetitivi (Schiffer, *et al.* 2007) ;
- riduzione della materia grigia nell'amigdala destra e nell'ipotalamo, regioni cerebrali coinvolte per lo sviluppo sessuale (Schiltz, *et al.*, 2007);
- disinibizione sessuale a seguito di un deficit del lobo frontale o ipersessualità a seguito di deficit sottocorticali (Mendez, Shapira, 2011);
- nel corso di stimolazione visiva con immagini di minori nudi, aumento della risposta cerebrale in aree note per essere generalmente coinvolte nell'elaborazione di stimoli sessuali (in particolare, sono state identificate aumento della funzionalità dell' insula e del giro cingolato). La risposta cerebrale dei pedofili di fronte a immagini che ritraggono bambini nudi è paragonabile a quella di soggetti adulti non pedofili di fronte ad immagini di soggetti adulti nudi (Poepl, *et al.*, 2011). Ulteriore conferma si è rilevata attraverso studi incentrati sull'emodinamica cerebrale, i quali rivelano un cambiamento della quantità di ossigeno nel sangue nel caso in cui soggetti pedofili siano esposti a immagini di minori (Ponseti, *et al.*, 2012).
- nel corso di stimolazione visiva con immagini erotiche di adulti, si evidenzia un ipoattivazione delle zone che invece si attivano normalmente (Schiffer, *et al.*, 2008).
- le attivazione dell'aree del cingolo e dell'insula di soggetti pedofili esposti a materiale pedopornografico e l'attivazione in soggetti non pedofili alla visione di stimoli erotici per

adulti, sono paragonabili. I modelli neurali di elaborazione degli stimoli appaiono pressoché identici (Poepl, *et al.*, 2011).

Riassumendo quindi questi dati indicherebbero la presenza di deficit strutturali e funzionali nel cervello di questi soggetti, che riporterebbero quindi delle conseguenze sull'orientamento e sul comportamento sessuale.

Capire il perché

La violenza sessuale viene analizzata in relazione al contesto socio-culturale, dove interagiscono fattori propri sia della vittima che dell'aggressione, della loro relazione, della cultura di appartenenza e del livello di tolleranza che la comunità esprime sull'accaduto (Pajardi, 2008). In tale approccio, definito "teorico integrato" (Moretti, 2005) vengono considerati quindi più fattori tra cui: variabili individuali (carenza di inibizione e difficoltà di controllo degli impulsi sessuali), la disorganizzazione sociale, i livelli di giustificazione, di tolleranza e di legittimità che la società approva sulle forme di violenza (Pajardi, 2008). La manifestazione della pedofilia può presentarsi nella vita di persone che fino a quel momento hanno mostrato un adeguato funzionamento e che sono adattati all'ambiente circostante. Generalmente i fattori precipitanti possono essere associati a forti momenti di crisi dovuti a difficoltà relazionali, affettive, sociali, familiari oppure alcuni fattori ambientali possono riattivare vissuti, stati d'animo e/o traumi infantili. In concomitanza a queste fasi stressanti di vita le persone possono iniziare a vivere fantasie pedosessuali e ricavarne soddisfacimento.

Nell'ottica cognitivo-comportamentale, l'abuso viene interpretato come risultato di un apprendimento mal adattivo, modellante e condizionante fin dall'esperienza infantile precoce. La relazione pedofila si sviluppa nell'interno del contesto affettivo costituito da strategie seduttive, che sono maggiori alla capacità di elaborazione mentale del minore e che causano traumi e danni psichici. In questo processo l'aspetto cognitivo risulta determinante, in quanto gli abusanti ricorrerebbero a distorsioni cognitive che impedirebbero di considerare tali esperienze come ego distoniche. Il pedofilo non riconoscerebbe l'asimmetria del rapporto con le vittime, attribuendo loro una sorta di complicità e di consenso. In tal modo eviterebbero le parti negative intrapsichiche delle loro devianze e minimizzerebbero le conseguenze dei propri gesti (Callieri, 1999; Cantelmi, 1999). Il percepire nel minore una mancanza di resistenza e il provare piacere per le relative stimolazioni accrescono nel pedofilo la convinzione che vi sia la condivisione dello stesso desiderio (Pajardi, 2008).

Spesso questo tipo di modelli sono i protocolli teorici principi per il trattamento, il nucleo centrale che vanno a trattare è definito “ciclo dell’aggressore sessuale” (Ryan, *at al.* 1987; Well, 1985). Gli autori ipotizzano che uno dei fattori di rischio centrali e che deve essere trattato in terapia, è l’aver subito nell’infanzia essi stessi un abuso sessuale. Quest’ultimo innesca nell’individuo un apprendimento della risposta e viene ripetutamente rinforzata se è perpetuato nel tempo. Ryan descrive tale impatto nei termini di “impotenza acquisita o aggressività ripetitiva”. Wolf (1985) invece, sostiene che il bambino abusato entra nell’adolescenza e nell’età adulta con un livello inferiore di resistenza/sensibilizzazione alle attrazioni perverse. Secondo lui, quando l’individuo si trova in situazioni di stress, le risposte che emetterà saranno l’uso della sessualità come modalità che gli consentirà di autogratificarsi e affrontarle. Ryan allarga le considerazioni sostenendo che l’esposizione del soggetto in età pre-verbale ad atti sessuali o atteggiamenti inappropriati ha un forte impatto nel soggetto. Le esperienze fatte nei primi anni di vita infatti, influiscono sullo sviluppo dei successivi atteggiamenti o comportamenti.

Questi autori, che fanno riferimento a teorie prettamente comportamentali, enfatizzano il ruolo del rinforzo come meccanismo di base a tale patologia, e in particolare Wolf dedica molta attenzione alla funzione delle fantasie masturbatorie. Quest’ultime si comporterebbero come rinforzatori del potere attrattivo e rinforzano a livello cognitivo sia le razionalizzazioni che le giustificazioni. La fantasia riconosce la vittima come potenziale partner e ingloba percezioni/distorsioni inerenti il suo comportamento e alimenta le giustificazioni messe in atto dal potenziale aggressore per la scelta della vittima stessa, dandogli così il permesso di mettere in atto la propria sessualità. Il ciclo della dipendenza di Wolf evidenzia le diverse componenti: cognitiva, affettiva, fisiologica e comportamentale all’aggressione sessuale. Un’immagine di sé qualitativamente scarsa porta all’assunto di base che l’intimità conduca al rifiuto, il ritiro sociale quindi diventa una risposta mirata ad affrontare il problema, ma l’isolamento e il sentimento di fondo di inadeguatezza vengono riparati da fantasie compensatorie che assumono quindi una connotazione sessuale. Le distorsioni si insinuano nella fantasia per poi dare il permesso all’azione. L’emozione di colpa è legata in genere al timore di essere preso ed è necessario negarla mediante rassicurazioni che minimizzano ciò che è accaduto e che insistano sul fatto che non si verificherà ancora. Il punto forte di questi approcci è l’analisi dettagliata delle fantasie, dei livelli di eccitamento e della pianificazione dell’aggressione, nonché la chiara struttura ciclica che l’abusante mette in atto.

I soggetti utilizzano vari gradi di violenza nel commettere l’abuso (Paciolla, Ormani, Paciolla, 1999) e questi comportamenti, nella loro mente, assumono giustificazioni o razionalizzazioni, come

ad esempio:” è l’insegnamento di un valore educativo per il bambino”, oppure “il bambino ne ricava piacere sessuale e quindi lo vuole anche lui”, o “il bambino era sessualmente provocante nei miei confronti”. Tutti questi sono meccanismi psicologici di disimpegno morale, che Bandura definisce come distorsioni cognitive (1986), comuni anche per la pornografia minorile (Arrivas, 2008). Fattori estranei come l’entità della trasgressione alle norme sociali, le pene che ne derivano, l’esperienza avversiva della prigione e conseguenze personali come la perdita della famiglia, possono influire per la recidività.

Il limite degli approcci teorici del condizionamento è la considerazione di base che un atto deviante diviene attraente per il casuale accoppiamento originario di un dato stimolo con un eccitamento sessuale. Questo infatti significherebbe che i responsabili di reati sessuali dovrebbero evidenziare profili di eccitamento sessuale deviante, ma ciò risulta smentito, quindi al massimo può costituire solo un aspetto interno di tutto il complesso insieme di fattori legati all’apprendimento nel comportamento sessuale.

Successivamente è stato introdotto il concetto di sistemi di risposta, non strettamente collegati al solo livello comportamentale, ma anche a fattori cognitivi, affettivi e psicologici. L’attenzione si è spostata sugli aspetti cognitivi sviluppati da Beck (1976). I concetti cognitivi implicati sono gli schemi centrali, gli assunti di base e i pensieri automatici.

Altri autori, hanno invece tentato di spiegare la patologia con altri meccanismi psicologici alla base. Van der Kolk (1987) ad esempio, ha rilevato che più del 50% dei minori vittime di abuso sessuale presenta sintomi di tipo post-traumatico. Secondo questo punto di vista che spiega il trauma in termini psicobiologici, esisterebbe una risposta bifasica al trauma stesso, ci sarebbe una oscillazione tra ottundimento-costruzione e una di iperattivazione-intrusione. Quest’ultima comporterebbe o una ripetuta riesposizione o una tendenza ad agire, perpetrando così l’azione come tentativo di riconquistare un dominio sugli eventi a esso associati e come mezzo per scaricare gli affetti in eccesso derivati dal ricordo del trauma stesso. Questi aspetti sarebbero legati a un’incapacità, derivata dal trauma, della gestione degli affetti intensi, compresi quelli aggressivi, come conseguenza di un’alterazione di specifici processi neurobiologici.

Altra ipotesi biologica, fondata su osservazioni e considerazioni diverse, è la teoria avanzata dal gruppo di Quinsey e Laluminière (1995-1998) che propone l’ “ipotesi della immunosensibilità materna”. Secondo questi autori la precedente nascita di fratelli di sesso maschile sensibilizzerebbe la madre agli ormoni sessuali maschili, producendo così, nei successi figli maschi, una crescente risposta immunitaria che contrasterebbe i normali effetti organizzatori prenatali degli androgeni, fra cui la strutturazione dell’orientamento sessuale sia inteso come omosessualità che come devianza.

Da sottolineare che comunque tale teoria e anche gli autori lo riconoscono, deve essere considerata come fattore di influenza psicosociale.

Un quadro teorico piuttosto valido e utile per sottolineare la molteplicità degli aspetti che devono essere presi in considerazione come fattori concorrenti allo sviluppo di un comportamento di abuso, è quello proposto da Finkelhor (1984) definito come “modello a quattro fattori” in base al quale si può spiegare il comportamento abusante sui minori. Riassumendo brevemente, i fattori presi in considerazione sono:

1. I motivi per cui l’abusatore ritiene i bambini sessualmente soddisfacenti possono ricadere in tre categorie:

- Soddisfa esigenze emozionali (ad esempio dinamiche di dominio),
- Preferenza sessuale del partner di età infantile,
- Le fonti alternative di gratificazione sessuale sono bloccate o inibite (per esempio fobie, scarse abilità sociali).

2. Fattori che permettono di sbloccare le inibizioni interne contro l’abuso sessuale, possono essere interni al soggetto come ad esempio, percezioni distorte, stupefacenti oppure relative all’ambiente socio-culturale ad esempio tolleranza sociale per interessi sessuali verso i bambini.

3. Fattori capaci di abbattere le inibizioni esterne contro l’abuso sessuale, come ad esempio nel caso di una madre assente, malata o vittima lei stessa di abuso e/o dominata dal partner.

4. Fattori che permettono all’abusatore di superare la resistenza e la riluttanza della vittima, come la coercizione, il fare regali, oppure un bambino emotivamente insicuro o depresso o infine un rapporto insolitamente forte di fiducia tra la vittima e lui.

1 fattori di rischio

La maggior parte dei casi di abuso sessuale, come detto sopra, vede come perpetratore un maschio (Quattrini *et al.*, 2011), tanto che alcuni autori riportano percentuali molto alte, fino al 90%. Esistono dati diversi che mostrano comunque, che il numero degli abusatori di sesso femminile non sia da sottovalutare. Laumann *et al.* (1994) riferiscono che, nel loro studio sull’organizzazione sociale della sessualità, il 7% dei loro intervistati di sesso maschile aveva avuto contatti sessuali infantili con una ragazza più grande o con una donna. Mathews *et al.* (1997), rilevano che nello loro studio su abusatrici sessuali, ben il 40% era stata a loro volta vittima in giovane età.

Gebhard *et al.* (1965), con i loro studi hanno rilevato che i soggetti pedofili tendono a essere più anziani (media di 34,5 anni per abusi eterosessuali e 30,2 per omosessuali) rispetto altri colpevoli di

delitti sessuali. Hanno, inoltre, evidenziato che la maggior parte dei soggetti pedofili si sposa e che essi rappresentano la percentuale più elevata di matrimoni riusciti tra tutti i colpevoli di reati sessuali. Altri studi però, sostengono che in realtà queste persone hanno delle grosse difficoltà a relazionarsi in modo soddisfacente con gli adulti e questo potrebbe spiegare il perché hanno una predisposizione a instaurare relazioni interpersonali con minori.

Due aspetti che hanno una qualche rilevanza nell'aumento del rischio di abuso sono:

- Uso di sostanze intossicanti, in particolare alcolici. Langevin e Lang (1990), hanno riscontrato nel loro studio su un campione di 123 molestatori di bambini che il 53,8% presentava indubbi problemi di alcolismo e il 17,8% di stupefacenti.

- L'associazione con la psicopatia. Dorr (1998) ad esempio e non solo, sottolinea come l'MMPI sia uno strumento psicometrico in grado di porre in risalto, in soggetti caratterizzati da orientamento pedofilico, un'elevazione significativa della scala della psicopatia (Pd). L'autore pone in evidenza come le caratteristiche che secondo la teoria personologica di Millon (1990; Millon e Davis 1996) sono proprie del disturbo antisociale di personalità, si riscontrino anche in buona parte dei soggetti pedofili, mettendo in luce quindi la comorbilità tra i due disturbi. E' stato inoltre rilevato in queste persone una scarsa capacità nel controllo affettivo, non sembrano essere capaci a controllare i propri impulsi. L'attenzione spesso, anche nel trattamento, viene focalizzata soprattutto sulla gestione della rabbia, in quanto la maggior parte degli abusanti hanno problemi rilevanti proprio con questa emozione.

Tenendo presente quanto concettualizzato da Pithers et al., (1995) e Hudson e Ward (1996) è possibile individuare una precisa sequenza di precursori all'abuso sessuale. Si possono definire vari stati che poi portano all'atto in se stesso e la recidiva di tale reato.

- Stadio 1: si presenta un precursore emozionale (noia, depressione, ansia sociale ecc..), che non viene espresso a livello interpersonale e che quindi tende a crescere nel tempo.
- Stadio 2: si verifica un aumento delle fantasie compulsive a contenuto abusivo, spesso vengono associate ad atti masturbatori, per ridurre i forti stati emozionali.
- Stadio 3: trasformazione dalle fantasie sessuali in distorsioni cognitive. In tal modo l'abusatore passa dal percepirsi eccitato da una fantasia sessuale a contenuto abusivo al sentirsi legittimato a realizzare un comportamento abusivo, anche tramite l'uso di sostanze disinibenti. In questa fase di solito si verifica quello che viene definito da Marlatt (1982) "problema della gratificazione immediata". Tale meccanismo implica il focalizzarsi sulle caratteristiche piacevoli immediate del comportamento di indulgenza all'uso di sostanze,

trascurando le conseguenze negative a lungo termine. Associandolo a inadeguate capacità di problem solving e al rinforzo che di per se queste sostanze provocano, si verifica un incremento della probabilità di attuare un abuso.

- Stadio 4: razionalizzazione della fantasie, gli abusatori “pianificano passivamente” il comportamento. In questa fase il pedofilo elabora sottili e sofisticate progettazioni per ridurre il rischio di essere scoperto mentre compie l’abuso o comunque strategie nel caso in cui venga scoperto, per cui l’atto sia interpretato come impulsivo. In alcuni casi a questo livello si può rilevare una distorsione rispetto la propria percezione del rapporto con la vittima al fine di realizzare l’abuso. Ciò comunque porta ad una escalation dell’attivazione sessuale e alla convinzione in sé che oramai il processo sia incontrollabile.
- Stadio 5: i pedofili possono mettere in atto comportamenti per disinibire se stessi o la vittima predestinata. L’uso di sostanze psicoattive oltre a facilitare la disinibizione può svolgere la funzione di minimizzare la colpevolezza, nel caso in cui si venga colti sul fatto. Nel caso di disinibizione della vittima si riscontrano talvolta l’uso di materiale pornografico, o l’affiancamento ad alcune modalità di gioco come la lotta per scherzo o comunque in generale il gioco fisico.
- Stadio 6: l’abuso viene attuato, l’abusante può focalizzarlo su di sé, quindi di breve durata e alta intrusività, oppure focalizzato sulla vittima, in cui si verifica una giustificazione in termini di cura e attenzione nei confronti del minore o infine sulla reciprocità. In tal caso il bambino viene vissuto come un partner che volontariamente accondiscende. Il rapporto che quindi si instaura è di maggior durata e solitamente con caratteristiche di minore intrusività.
- Stadio 7: interviene un processo valutativo in cui il soggetto valuta e giudica l’atto compiuto. In questa fase si può attivare quello che Marlatt (1982) definisce come “effetto di violazione all’astinenza”. Questo processo è costituito da una complessa reazione cognitiva e affettiva alla violazione di una regola di astinenza proibente o che comunque dovrebbe limitare il comportamento abusante. E’ strettamente legata alla recidiva e dipende dal grado di giustificazione che il pedofilo attribuisce all’atto compiuto. Ulteriori importanti fattori per l’eventuale verificarsi di nuovo di un abuso, anche se di minor rilevanza, sono il grado di impegno all’astinenza, il costo personale nel mantenimento dell’astinenza, la durata del periodo dell’astinenza e la presenza o meno di persone significative in quel momento di vita.
- Stadio 8: l’abusatore prende alcune decisioni in merito al suo comportamento futuro, solitamente in base al tono affettivo conseguente alla valutazione dello stadio precedente.

Da sottolineare in ogni modo che non è possibile trascurare completamente, soprattutto dal punto di vista clinico, alcuni indicatori, che perciò devono essere affrontati in terapia per la prevenzione alla ricadute. La sequenza di precursori dell'abuso (emozione, fantasia abusiva, pianificazione passiva, distorsioni cognitive, disinibizione, atto abusivo, valutazioni e decisioni sul futuro) è molto frequente e quindi deve essere sia argomento di terapia sia monitorata durante il trattamento, nonché deve essere monitorata anche da persone a lui vicine nella vita quotidiana. L'individuazione dei precursori all'abuso come ad esempio deficit comportamentali devono essere affrontati terapeutamente. Pithers *et al.*, (1995), identificano tre categorie di fattori di rischio riguardanti la prevenzione alle ricadute:

1. Fattori di rischio predisponenti, si verificano precocemente all'interno dei precursori dell'abuso e sono la vittimizzazione sessuale (abusatore abusato), abuso fisico, caos familiare, assenza di abilità di empatia, abilità sociali insufficienti e bassa autostima.

2. Fattori di rischio precipitanti: cattiva gestione emozionale, errori di pensiero, situazioni ad alto rischio, basso controllo degli impulsi, assenza di abilità di soluzione dei conflitti e fantasie sull'abuso sessuale.

3. Fattori di rischio perpetuanti, che sono la base per una recidività del soggetto: mancanza di supervisione da parte di figure terapeutiche, gratificazione derivante dall'esplosione emozionale e sessuale, mancanza di informazioni su una vita sessuale positiva, negazione e spostamento della responsabilità, vergogna per il proprio sesso.

Le famiglie d'origine

I numerosi studi sul Child Abuse individuano fattori intergenerazionali nella trasmissibilità di modalità abusanti che spingono a considerare le dinamiche familiari in cui è inserito il bambino e da cui ha spesso origine la violenza. Spesso si possono infatti riscontrare comportamenti violenti, agiti nelle famiglie d'origine con una precoce alterazione delle modalità di cure (Miner, 2006; Pedrocco Biancardi, Soavi, 2009). In uno studio (Costa *et al.*, 2013) dedicato all'approfondire le dinamiche familiari di adolescenti che mettono in atto violenza sessuale, è stato rilevato che il rapporto instaurato con la propria madre era molto intenso e per alcuni versi paradossale, a differenza che la relazione instaurata con la figura paterna, la quale si rilevava come praticamente assente e priva di un qualsiasi livello affettivo.

Il maltrattamento infantile, considerato come un fenomeno sociale e clinico, attiva infatti una patologia delle relazioni primarie e si collega con molteplici fattori di rischio presenti nel sistema famiglia-individuo-comunità e i quali si configurano entro un particolare contesto abusante

(Merenda, 2012). E' possibile individuare differenti tipologie familiari a "rischio di abuso", nello specifico spesso è caratterizzata da una condizione di trascuratezza fisica e/o affettiva, che non favorisce un sano sviluppo cognitivo, emotivo, relazionale e sessuale del minore, con una carente capacità di discriminare i pericoli dell'ambiente. Molti hanno rilevato come all'interno della famiglia di origine possono esserci altri problemi: precedenti criminali o di alcolismo, frequenti cambiamenti delle figure parentali e il tempo trascorso con esse è minimo ed infine frequenti disturbi sessuali familiari. Diversi autori hanno rilevato come i responsabili di reati sessuali su minori abbiano una bassa autostima, confrontandoli con un gruppo di controllo di persone detenute per reati non sessuali. Marshall e Mazzucco (1995) hanno riscontrato una correlazione significativa tra livelli di autostima e il rifiuto del padre e/o della madre.

Si è anche notato come gli abusatori manifestano un'incapacità marcata di esperire e accettare l'intimità e come si descrivano come persone sole e solitarie, come probabile conseguenza di inadeguati stili di attaccamento. Sono stati applicati i modelli classici dell'attaccamento agli stili adulti e si è in genere osservato che essi corrispondono a quelli riscontrati negli infanti e nei bambini.

La Bartholomew (1990) ha rilevato che lo stile di attaccamento ansioso-evitante, sebbene sia adeguato per classificare i bambini, nel caso degli adulti dovrebbe essere, secondo lei, suddiviso in due sottotipi. Trascurando il tipo disorientato-disorganizzato, i seguenti tipi di attaccamento e di intimità negli adulti ha stilato questa classificazione:

<i>Stile di attaccamento</i>	<i>Modello Operativo interno</i>	<i>Mete/strategie interpersonali</i>	<i>Impatto sull'intimità</i>
Sicuro	Sé positivo / altri positivi	Apertura verso gli altri appropriata. Ricerca sostegno	Elevato livello di intimità
Ansioso-resistente	Sé negativo / altri positivi	Cerca l'approvazione degli altri. Stile controllante. Preoccupazioni per le relazioni.	Livelli fluttuanti di intimità, ma mai pienamente soddisfacenti.
Evitante I (coincide con il classico stile ansioso-evitante)	Sé negativo / altri negativi	In modo attivo evita i contatti sociali. Risulta timoroso della vicinanza	Intimità superficiale.

		e del rifiuto.	
Evitante II	Sé positivo / altri negativi	Svaluta i valori di una relazione ravvicinata. Distante e distaccato.	Livelli molto bassi di intimità.

Tabella 1. Bartholomew K., (1990)

Sulla base di tale inquadramento teorico, Ward *et al.* (1995) hanno elaborato una trama teorica che vede collegati la sfera intima/sexuale agli stili di attaccamento, così riassunte:

Stili di attaccamento insicuro		
↙ Ansioso resistente	↓ Evitante I	↘ Evitante II
Desidera l'intimità ma è ansioso rispetto ai rapporti fra adulti. Non è ostile	Desidera l'intimità ma è timoroso del rifiuto. Non è ostile ma neppure attento e partecipe	Desidera l'autonomia e l'indipendenza. E' ostile.
Cerca dei partner che siano accondiscendenti e che possono essere controllati	Cerca dei partner che non siano rifiutanti, in una relazione priva di vicinanza.	Svaluta le relazioni intime e caratterizzate da vicinanza.
Cerca i bambini per avere un'intimità emotiva. E' concentrato sulla vittima o comunque su di sé e la vittima.	Cerca contatti che abbiano il minimo coinvolgimento emotivo. E' concentrato su di sé.	Cerca contatti privi di vicinanza emotiva. E' concentrato su di sé.
Cura e corteggia i bambini per molto tempo. Lui cerca di stabilire una relazione "d'amore" con il bambino.	Stabilisce delle modalità di sesso non ostile e impersonale.	Stabilisce delle modalità di sesso ostile e impersonale.
Abusa sessualmente i bambini che conosce. Non adopera mezzi coercitivi e anche se lo fa sono blandi	Si esibisce passivamente. Spia di nascosto. Abusa sessualmente di bambini che sono sconosciuti. Potrà impiegare mezzi coercitivi manifesti, se necessario, ma solo strumentale.	Si esibisce aggressivamente. Spia apertamente e cerca di penetrare nel locale. Aggredisce sessualmente adulti e bambini. Aggredisce con soddisfazione e può essere sadico.

Tabella 2. Ward *et al.* (1995)

I soggetti con attaccamento ansioso-resistenti quindi tendono a preoccuparsi costantemente dei rapporti con gli altri, è perciò probabile che vengano coinvolti in relazioni sentimentali, dove la caratteristiche principali sono una forte attrazione sessuale, gelosia e stati emotivi contrastanti. Hanno una concezione di sé negativa, scarsa autostima e l'idea che non sono degni di essere amati e questo li porta a cercare costantemente l'approvazione degli altri per questo cercano un partner che possono controllare e che li ammirino (per esempio un bambino, soprattutto se bisognoso), in modo da sentirsi sicuri di sé. Questo non comporta necessariamente una relazione di natura sessuale, può essere che si instauri solo amicizia tra il pedofilo e il bambino, a meno che non ci sia una incapacità da parte del pedofilo a instaurare delle relazioni con adulti o si trovi in condizione di disinibizione (ad esempio sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o alcool), in questo caso posso diventare dipendenti emotivamente col bambino e sfociare di conseguenza in una relazione sessuale. Quello che fa' scattare nella testa del pedofilo il passare da una relazione amicale a sessuale è l'interpretazione che lui dà ai comportamenti di affetto che si hanno nei suoi confronti. Se lui li interpreta come indice di desiderio sessuale, comincerebbe a instillarsi delle fantasie sul bambino.

Una volta superato il confine, un uomo ansioso-resistente considererà il bambino come un potenziale amante. Quindi l'interazione sessuale potrà avvenire solo in seguito a un periodo di corteggiamento e quando riterrà il coinvolgimento reciproco. Durante l'atto sessuale si concentrerà sul godimento del bambino. L'abusatore proverà empatia per la vittima e un certo senso di colpa per le proprie azioni. Gli schemi di scelta del partner sono simili in questo caso, come a quelli se il partner fosse un adulto, e pertanto ci si può aspettare che molesti una ben definita categoria bambini o bambine.

Il tipo evitante-timoroso (evitante I), invece, presenta un marcato desiderio di contatto con gli altri ma, nello stesso tempo ha paura del rifiuto, così che risulti inibito nelle relazioni con adulti, percepiti come o eccessivamente criticanti o rifiutanti. Nel tempo stesso suddetto circolo produrrebbe dei forti deficit nelle abilità sociali e di intimità e perciò anche se desiderate, tutto ciò rende molto difficile stabilire delle relazioni sentimentali. La paura del rifiuto e l'evitamento della vicinanza porteranno l'uomo a ricercare rapporti impersonali e dal momento che il sesso può apparire il mezzo con cui soddisfare i suoi bisogni di intimità, prevarranno condotte sessuali di tipo impersonale. In questo caso quindi l'abuso sarà anch'esso di tipo impersonale, con assenza di contatto o comunque ridotto al minimo. Si preoccuperà poco dei sentimenti della vittima, proverà scarsa empatia e ridotti sentimenti di colpa per l'abuso, sarà concentrato su di sé durante l'atto sessuale e non si farà scrupoli a impiegare la forza fisica per sottomettere la vittima al suo volere, nonostante la violenza sia solo strumentale e non provocata da un'intima soddisfazione

nell'esprimerla. Questo tipo di abuso sarà caratterizzato principalmente, come si è detto sopra, dal minimo contatto possibile; si potranno per di più verificare anche esibizionismo, voyerismo.

Il tipo di uomo evitante-svalutativo (evitante II), ha come obiettivo il raggiungimento dell'autonomia e dell'indipendenza, perciò ricercherà relazioni che richiedano il minimo contatto sociale e la minima apertura emozionale e/o personale. Al pari dell'evitante di tipo I cerca rapporti di tipo impersonale, ma questi sono caratterizzati da un buon grado di ostilità, in quanto questo permette una certa distanza emotiva. La sua mancanza di esperienza in relazioni intime, vista la sua ostilità e carenza di interesse per i sentimenti altrui, porterà ad assenza di empatia. Queste caratteristiche associate ad altri fattori di rischio come ad esempio disinibizione, possono portare all'abuso sessuale. Quando avviene, accade con modalità aggressive, l'esibizionista farà considerazioni violente verso la vittima e cercherà un contatto fisico, il voyeur cercherà di farsi vedere minacciosamente mentre spia e tenta di entrare nel locale. Attaccherà sia adulti che bambini e impiegherà comportamenti coercitivi violenti, anche che vanno al di là di quanto necessario per raggiungere i propri obiettivi sessuali. La manifestazione aggressiva in questo caso ha valenza anche maggiore all'espressione sessuale. Ciò può portare a comportamenti di tipo sadico. Dato che loro incolpano gli altri per la mancanza di intimità, la loro ostilità dovrebbe essere diretta primariamente verso il sesso per cui hanno maggior preferenza e quindi non si dovrebbe verificare promiscuità rispetto il sesso della vittima.

Recentemente più ricercatori hanno messo in evidenza un fattore, sebbene poco noto, di tipo cognitivo, che influenzerebbe questa situazione: è il cosiddetto *mnemonic interlock* o "blocco mnemonico". Questo fenomeno è stato riscontrato in diverse patologie, tra cui anche nelle persone affette da disturbo post-traumatico da stress. Le persone in questo caso hanno uno stile di rievocazione mnestica, caratterizzato da una incapacità a ricordare eventi specifici, anche non collegati a traumi e hanno una tendenza invece a rievocare le tracce mnestiche, in modo ipergeneralizzato e generico. Si tratterebbe di una disfunzione della memoria autobiografica, che probabilmente funge da meccanismo di difesa contro la rievocazione degli eventi traumatici specifici, che successivamente si generalizza come stile mnemonico. Questo stile, produrrebbe delle conseguenze negative a lungo termine: le rievocazioni ipergeneralizzate non permettono di reinterpretare correttamente gli eventi accaduti e interferiscono nei processi di problem solving interpersonali, in quanto la genericità dei ricordi non consente di elaborare alternative di soluzioni precise e adeguate alle circostanze. I genitori con precedenti di vittimizzazione infantile quindi provando sentimenti di tristezza, rabbia o ansia rispetto la propria storia di abuso, specialmente se sono stati allontanati dalla coscienza per vari anni, possono ad un certo punto, diventare

soverchianti per la tensione e lo stress prodotti e perciò innescare meccanismi di difesa in contrasto con il proprio ruolo genitoriale. Tali genitori, a scopo difensivo possono negare (o non ricordare) le esperienze e le reazioni emotive dei figli, portandoli di conseguenza a dubitare della stessa realtà del maltrattamento/abuso e della legittimità dei propri sentimenti. Tutto questo si concretizzerebbe nei figli nel sentirsi senza sostegno, abbandonati, privi della supervisione e di un valido processo di limiti da parte dei propri genitori che poi si ripercuoterebbe, visto l'apprendimento nello stile relazionale nell'età adulta ricercato.

Assessment

I fattori di vulnerabilità riguardano tutte quelle esperienze interne o esterne che possono determinare la natura della personalità dell'aggressore, le sue difficoltà comportamentali, emotive e relazionali e l'alimentare il suo potenziale per diventare un autore di abuso. Bisogna però tener conto che ci sono delle difficoltà a comprendere i fattoti eziologici che supportano il comportamento aggressivo, l'inaffidabilità dell'autodescrizione fornita dall'aggressore e i dubbi legati alla valutazione del rischio di recidiva si combinano in modo che l'accertamento diagnostico diventa un compito arduo. Le aree da esplorare minuziosamente sono le seguenti:

- Le prime esperienze di vita sono il punto focale dello sviluppo della personalità, probabilmente verranno messe a fuoco conseguenze emotive a lungo termine causate da deprivazioni affettive prolungate, separazioni o traumi.

Domande precise su:

1. La famiglia, componenti, eventuali lutti e separazioni,
 2. Descrizione del padre e della madre, o altre figure significative, dei loro rapporti reciproci e con il soggetto stesso,
 3. Esperienze di violenza o di abuso emotivo,
 4. Gravi malattie o ricoveri in ospedale,
 5. Rilevazioni di disturbi comportamentali o emotivi nell'infanzia,
 6. Trascorsi giudiziari, di abuso di sostanze e precedenti psichiatrici dei componenti della famiglia.
- Trascorsi nel campo scolastico, lavorativo e sociale. Queste possono essere la causa da iniziali disagi emotivi e comportamentali a problemi di autostima, problemi di buona riuscita sul posto di lavoro e isolamento sociale.
 - Valutazione della sfera sessuale.

1. Storia di esperienza come vittima di abuso sessuale. Importante descrivere nei particolari anche l'aggressore, i mezzi di seduzione, natura degli atti fisici, i suoi pensieri, emozioni, se c'è stata una rivelazione di quello subito e vedere l'impatto che ha avuto a lungo termine questa esperienza,
2. Le sue esperienze di apprendimento nel campo sessuale,
3. Esposizioni di attività pornografiche,
4. Storia degli incontri e delle relazioni sessuali,
5. Presenti oppure no, travestitismo, voyerismo o pratiche sado-masochistiche.
 - Problemi di salute mentale in età adulta, vagliare anche atti di autolesionismo e dipendenze da alcool o sostanze stupefacenti.

Caratteristiche del terapeuta

Le ricerche che esaminano le variabili del processo terapeutico hanno mostrato subito interesse nel valutare l'influenza delle caratteristiche e dello stile del terapeuta sul risultato del trattamento (De Voge e Beck, 1978; Sweet, 1984). Come scrivono Mahoney e Norcross (1993): "Tecniche terapeutiche e relazioni terapeutiche non sono (e non possono essere) reciprocamente escluse: sono intrinsecamente correlate e indipendenti" (p.423). Nonostante tutte le scuole di psicoterapia abbiano concluso che lo stile del terapeuta e il rapporto cliente-terapeuta che ne deriva contribuiscono effettivamente a un risultato positivo, è stato condotto solo uno studio che riguarda nello specifico il trattamento degli aggressori sessuali e questo è nato dalla valutazione di più programmi svolti sul territorio. All'inizio gli specialisti del settore consideravano necessario comportarsi in modo autoritario, perfino aggressivo in modo tale che i pazienti si sentissero vulnerabili ed impotenti e si sentissero costretti ad accettare l'etichetta di aggressore sessuale. Kear-Colwell e Pollack (1997) sostengono invece, con determinazione che uno stile polemico e aggressivo del terapeuta ha buone probabilità di produrre benefici limitati, o nei casi peggiori, effetti negativi sugli aggressori sessuali. Secondo gli autori questo approccio, manca di empatia e può indurre i soggetti sicuri di sé o assertivi a diventare irremovibili e/o polemicisti. Altri soggetti sempre con buona fiducia in sé stessi potrebbero sviluppare una tendenza a manipolare le risposte, in modo tale da dare l'impressione di collaborare, ma che in realtà non conseguirebbero nessun profitto dal trattamento. Invece, i clienti che hanno scarsa fiducia in sé stessi vengono probabilmente intimiditi e sottomessi con conseguente ulteriore indebolimento dell'autostima e questo andrebbe considerato antiterapeutico, in quanto un obiettivo è proprio quello di aumentare il livello di autostima. Marshall *et al.* (1998) hanno messo in rilievo quelle caratteristiche del terapeuta che accentuano al massimo i benefici del trattamento:

Caratteristiche del terapeuta identificate con certezza	Caratteristiche del terapeuta non identificate con certezza, ancora da validare
<ul style="list-style-type: none"> • Empatia • Rispettoso • Cordiale e amichevole • Sincero e autentico • Che premia e incoraggia il cliente • Direttivo • Riflessivo • Sicuro • Interessato • Non polemico • Non aggressivo • Non collusivo • Che rivela se stesso al momento opportuno • Che usa il senso dell'umorismo • Comunica in modo chiaro • Che incoraggia una partecipazione attiva del cliente nella terapia • Che incoraggia atteggiamenti adattivi • Che formula domande aperte • Che fa fronte in modo opportuno alle frustrazioni/difficoltà • Che dedica un tempo opportuno ai problemi nel trattamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Degno di fiducia • Ben disposto • Che dà sostegno • Flessibile (riflessivo in alcuni momenti e più direttivo in altre circostanze) • Emotivamente ricettivo • Che crea aspettative favorevoli

Tabella 3. Tratto da Marshall et al. 1998

La maggior parte di queste caratteristiche sono state riconosciute come necessarie per un buon terapeuta in generale, per esempio, i terapeuti di tutte le scuole accettano che l'empatia, il calore e una buona predisposizione del terapeuta sono fondamentali per un trattamento efficace. I terapeuti comportamentali hanno tipicamente distinto il cliente dal suo comportamento e questo è un fattore fondamentale nel trattamento degli abusanti. Risulta necessario mostrare buona disposizione d'animo verso questi clienti, come risulta necessario fare loro osservazioni con chiarezza sul fatto che non si accettano i loro comportamenti aggressivi, è essenziale parlare di sé stessi e pensare a sé stessi come persone che hanno commesso un'aggressione sessuale piuttosto che essere un aggressore sessuali. Infatti, se la persona si pensa come un aggressore può generare in sé vergogna, il che può a sua volta, rendere più difficoltoso il cambiamento, pensare invece di aver adottato un comportamento aggressivo genera senso di colpa che facilita invece il cambiamento. Mann (1998) ha suggerito che i terapeuti dovrebbero sempre puntare sul rafforzamento e l'ampliare i punti di forza di questi clienti, perché avrebbe come conseguenza positiva quella di evitare la recidività.

Spesso questi pazienti puntano sull'evitamento ad esempio delle situazioni potenzialmente pericolose, ma questo non garantirebbe una situazione stabile nel tempo, se invece nel frattempo c'è lo sviluppo o l'ampliamento di alcune capacità il cambiamento sarebbe più stabile. Altri autori sostengono invece l'importanza di infondere empatia, in quanto se si vuole che queste persone mostrino empatia per le vittime il terapeuta deve fungere da modello.

Insomma tutte le caratteristiche elencate sopra sono fondamentali per il miglior trattamento che si possa offrire a queste persone e anche se il ruolo del terapeuta non è facile in questi casi, viste le grosse tematiche morali e i valori personali che vanno a toccare è necessario considerarli se si vuole andare nell'ottica di prevenzione sia per l'abusante che possibili prossime vittime.

Conclusioni

Questo elaborato come accennato all'inizio aveva lo scopo di far conoscere meglio suddetta psicopatologia, solo il conoscerla permetterebbe al clinico di individuarla precocemente, magari prima del manifestarsi in toto. Si è trattato di un vero e proprio percorso che ha portato me, e spero anche chiunque abbia letto questo elaborato, a farsi un'idea/conoscere un po' più da vicino il fenomeno della pedofilia ed a comprenderne la complessità. La pedofilia non è da considerare solo come un male oscuro che affligge la società, bisogna cercare di conoscerla, non per legittimarla, ma per capire e per intervenire alla sua radice. Dietro questo fenomeno ci sono delle persone, che commettono atti aggressivi e indubbiamente condannabili a livello morale, ma per cui è possibile mirare a migliorare la loro qualità di vita. Effettivamente nella nostra società non sembra esserci spazio per loro, non esiste una rete di più figure professionali, che mira alla riabilitazione di queste persone a trecentosessanta gradi. Nella mia poca esperienza clinica, ho avuto l'occasione di vedere anche se per un tempo limitato, un paio di casi di pedofili e anche se ammetto che non è una esperienza facile a livello emotivo, credo ne valga la pena, nella duplice ottica sia di lavorare per l'aggressore sessuale, sia pensando alle future vittime salvate dal peso di un abuso che le affliggerebbe per tutta la vita. Se ci si pensa bene facendo un'analisi costi-benefici, anche alla società converrebbe puntare sulla cura di queste persone, anche a livello economico. Tutti i soldi "risparmiati" delle terapie delle vittime, potrebbero essere "spesi" per creare un'equipe formata su questo tema e che lavori proprio per la prevenzione e l'aumento della qualità della vita del cliente pedofilo arrivando fino ad un reinserimento sociale. L'abuso sessuale è una realtà largamente presente nella nostra società e finora è rimasta celata dietro a tabù e ad una scarsa conoscenza del fenomeno, tutti elementi che non hanno fatto altro che creare un terreno fertile per il suo diffondersi nel tempo.

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics (1999). "Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject Review." *Pediatrics*, 1, (103), 186-191.
- American Psychiatric Association (1952). "Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 1th edition (DSM-I)", APA, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1980). "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM III)", Ed. Italiana, Masson, Milano, 1983.
- American Psychiatric Association (1987). "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali: 3th (DSM-III r)", Ed. Italiana, Masson, Milano, 1988.
- American Psychiatric Association (1994). "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali: 4th edition (DSM-IV)", Ed. Italiana, Masson, Milano, 1995.
- American Psychiatric Association (2000). "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali: ath edition TR (DSM-IV-TR)", Ed. Italiana, Masson, Milano, 2001.
- American Psychiatric Association (2011). Proposed revision for pedophilic disorder on DSM-5 web site. Dal sito <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=186#>, in Capra G. Forresi B., (2012), "Pedofilia: cos'è e come ci si può proteggere.", Telefono Azzurro, I quaderni.
- American Psychiatric Association, "Manuale diagnostico e Amygdala and Related Diencephalic Structure." *Arch Gen Psychiatry*. 64:737-746.
- Arrivas M. (2008), *I Pedofili. Un'indagine conoscitiva tra i condannati della Casa Circondariale di Teramo*, in «Rassegna penitenziaria e criminologica», n. 3, pp. 65-82 in Il profilo criminologico del pedofilo" in I profili dell'abuso. Giornale scientifico a cura dell'O.N.A.P. (Osservatorio Nazionale Abusi Psicologici), Anno 1- N°4-dicembre 2010, Psicopatologie.
- Bartholomew K., (1990), "Avoidance of intimacy: an attachment perspective.", *Journal of social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Beck A.T., (1970), "Cognitive: Nature and relation to behavior therapy.", *Behavior therapy*, 1, 184-200.
- Callieri B., (1999), "Aspetti psicologici e psicopatologici delle pedofilie.", in Callieri B. e Frighi L., *La problematica attuale delle condotte pedofile.*, Roma, Edizioni Universitarie Romane.
- Cantelmi T., (1999), "Condotte pedofile: implicazioni etiche.", in Callieri B. e Frighi L., *La problematica attuale delle condotte pedofile.*, Roma, Edizioni Universitarie Romane.
- Capra G., Forresi B., (2012), "Pedofilia: cos'è e come ci si può proteggere.", Telefono Azzurro, I quaderni.
- Chinnici G., (2004). "Sulle tracce della pedofilia.", Sviluppo Solidale. Palermo.
- Ciappi S., Panseri C., Sarno M., e Scotto A., (2006)., "Profilo descrittivo di una popolazione di detenuti per reati sessuali e pedofilia ristretti presso la casa circondariale di Prato.", in Ciappi S et al., *Agressori sessuali*, Milano Editore Giuffrè.
- Cohen L.J., Galynker I.I., (2002), "Clinical features of pedophilia and implications for treatment.", *J Psychiatr Pract*. 89: 276-289.
- Coluccia A.,Calvanese E., (2007), "Pedofilia. Un approccio multi prospettico", Franco Angeli, Milano. 2007.
- Costa L.F., Junqueira E. L., Meneses F. F. F., Cavalcanti Stroher L. M. (2013), "As relacoes familiares do adolescente ofensor sexual", *Psico-USF*, vol.18 no.1.
- Craissati J., (2002), "Gli autori di abusi sessuali sui bambini", Centro scientifico editore, Torino.
- De Voge J.T. e Beck S., (1978), "The therapist-client relationship in behavior therapy." In Marshall W. L., Anderson D., Fernandez Y., (2001), "Trattamento cognitivo comportamentale degli aggressori sessuali" Centro scientifico Editore, Torino.
- Dèttore, D. (1993), "La psicoterapia di bambine o adolescenti vittime di abuso sessuale extra – o intrafamigliare". In Dèttore D., Fuligni C., Vitagliano F., (1993), "Donna e abuso sessuale." Milano: Angeli.
- Dèttore, D., Fuligni, C. (1999). *L'abuso sessuale sui minori, Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. Milano: McGraw-Hill.
- Dickey, R., Nussbaum D.,Chevolleau K., Davidson H. (2002), "Age as a differential characteristic of rapists, pedophiles, and sexual sadist.", *J Sex Marital Ther*, 28: 211-218.

- Dorr D., (1998), "Psychopathy in the pedophile." In Millon T., Simonsen E., Birket-Smith., Davis R.D., "Psychopathy. Antisocial criminal, criminal, and violent behavior." New York/London:the Guilford Press.
- Eastvold A., Suchy Y., Strassberg D. (2011), "Executive function profiles of pedophilic and nonpedophilic child molesters.", J Int Neuropsychol Soc., 17(2): 295-307.
- Finkelhor D., (1984), "Child sexual abuse: new theory and research.", New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1979), "Sexually victimized children." New York: Free Press.
- Gebhard P., Gagnon J., Pomeroy N., Christenson C., (1965), "Sex offenders: an analysis of types.", New York: Harper Ron, in Dèttore, D., Fuligni, C. (1999). *L'abuso sessuale sui minori, Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. Milano: McGraw-Hill.
- Hall R.C.W., Hall R.C.W., (2007), "A Profile of Pedophilia: Definition, Characteristics of Offenders, Recidivism, Treatment Outcomes, and Forensic Issues.", Mayo Clin Proc.82 (4): 457-471.
- Kear-Colwell J., e Pollack P., (1997), "Motivation and confrontation: Which approach to the child sex offender?" Criminal Justice and Behavior, 24, 20-33. In Marshall W. L., Anderson D., Fernandez Y., (2001) "Trattamento cognitivo comportamentale degli aggressori sessuali" Centro scientifico Editore, Torino.
- Kempe C.H., (1978), "Sexual abuse, Another Hidden Pediatric problem: The 1977C Anderson Aldrich Lecture." Pediatrics. 62 ,(3), 382-389.
- Langevin R. e Lang R.A., (1990), "Substance abuse among sex offenders.", Annals of sex research, 3, 227-253.
- Laumann E. O., Gagnon J.H., Micheael R. T., Micheals S., (1994), "The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States", Chicago: University of Chicago Press. In Dèttore, D., Fuligni, C. (1999). *L'abuso sessuale sui minori, Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. Milano: McGraw-Hill.
- Mahoney M. J., e Norcross J.C., (1993), "Relationship styles and therapeutic choices: a commentary", 30, 423-426. In Marshall W. L., Anderson D., Fernandez Y., (2001), "Trattamento cognitivo comportamentale degli aggressori sessuali" Centro scientifico Editore, Torino.
- Mann R. E., (1998), "Relapse prevention? Is that the bit where they told me all the thing I couldn't do anymore?" Paper present at the 17th annual Research and Treatment Conference of the Association for the treatment of Sexual Abusers, Vancouver, BC. In Marshall W. L., Anderson D., Fernandez Y., (2001), "Trattamento cognitivo comportamentale degli aggressori sessuali" Centro scientifico Editore, Torino.
- Marlatt G.A., (1982), "Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviors." In Dèttore, D., Fuligni, C. (1999). *L'abuso sessuale sui minori, Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. Milano: McGraw-Hill.
- Marshall W. L., Anderson D., Fernandez Y. (2001). " Trattamento cognitivo comportamentale degli aggressori sessuali", Centro scientifico editore, Torino.
- Marshall W., J., Hamilton K., Fernandez Y., (1998), "Empathy deficit and cognitive distortions in child molesters." In Marshall W. L., Anderson D., Fernandez Y., (2001), "Trattamento cognitivo comportamentale degli aggressori sessuali" Centro scientifico Editore, Torino.
- Marshall W.L., e Mazzucco A., (1995), "Self-esteem and parent attachment in child molester.", Sex abuse: A journal of research and treatment, 7, 279-285.
- Mathews R., Hunter J.A., Vuz J., (1997), "Juvenile female sexual offenders: clinical characteristics and treatment issues.", Sexual abuse: a jurnal of research and treatment, 9, 187-199.
- Mendez M., Shapira JS., (2011), "Pedophilic behavior from brain disease.", J Sex Med. 8(4):1092-100
- Merenda A., Mufali F., (2012) "Juvenile sexual offenders " in Psichiatria, psicologia e diritto N°6, 35-44.
- Millon T., (1990), "Toward a new personology: an evolutionary model. New York: Wiley.
- Millon T., e Davis R., (1996), "Disorders of personality DSM-IV and beyond.", New York: Wiley-Interscience.
- Moretti B., (2005), "La violenza sessuale tra conoscenti. Analisi giuridica e criminologica di un fenomeno poco indagato.", Milano, Editore Giuffrè.

- Oliverio A., Ferraris A., Graziosi B., (2001), “*Pedofilia, per saperne di più.*” Editori Laterza. Bari.
- Pacioli A., Ormanni I., Paciolla A., (1999), “*Abuso sessuale. Una guida per psicologi, giuristi ed educatori.*” Edizione Larus Robuffo.
- Pajardi D., (2008) “*Oltre a sorvegliare e punire. Esperienze e riflessioni di operatori su trattamento e cura in carcere.*”, Milano, Editore Giuffrè.
- Pedrocco Biancardi M.T., Soavi G., (2009), “*Stili di vita familiare violenti e i loro effetti sui bambini*”, *Maltrattamento e Abuso all’infanzia*, 3:15-25.
- Petrone L., Troiano M., (2005), “*E se l’orco fosse lei?*”, Milano, Franco Angeli.
- Pithers W. D., Becker J.V., Kafka M., Morenz B., Schlink A., Leombruno T., (1995), “*Children with behavior problems, adolescent sexual abusers, and adult sex offenders: assessment and treatment.*”, in Dèttore, D., Fuligni, C. (1999). *L’abuso sessuale sui minori, Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili.* Milano: McGraw-Hill.
- Poepl T.B., Nitschke J, Dombert B, Santtila P, Greenlee M.W., Osterheider M, Mokros A., (2011), “*Functional cortical and subcortical abnormalities in pedophilia: a combined study using a choice reaction time task and fMRI.*”, *J Sex Med.* 8(6):1660-74.
- Ponseti J, Granert O., Wolff S., Beier K., Neutze J., Deuschl G., Mehdorn H., Siebner H., Bosinski H., (2012), “*Assessment of pedophilia using hemodynamic brain response to sexual stimuli.*”, *Arch. Gen. Psychiatry*; 69(2); 187-94.
- Quattrini F., Costantini A., (2011), “*Differenze di genere nel comportamento pedofilo: la pedofilia femminile*”, *Riv. Sessuologia*, Vol. 35, N° 2.
- Quinsey V.L., e Lalumière M.L., (1995), “*Evolutionary perspectives on sexual offending.*” *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment.*, 7, 301-315, in Dèttore D. e Fuligni C., (1999), “*L’abuso sessuale sui minori. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili.*”, McGraw-Hill, Milano.
- Russel, D. (1983), “*The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children.*” *Child abuse and neglect*, 7, 133-146.
- Ryan G., Lane S., Davis J., Isaac C., (1987), “*Juvenile sex offenders: Development and correction.*” *Child Abuse and Neglect*, 11, 385-395.
- Schiffer B., Paul T., Gizewski E., Forsting M., Leygraf N., Schedlowski M. et al. (2008), “*Functional brain correlates of heterosexual paedophilia.*”, *NeuroImage*, 41:80–91.
- Schiffer B. Peschel T., Paul T., Gizewski E., Forsting M., Leygraf N., Schedlowski M., Krueger T.H., (2007), “*Structural Brain Abnormalities in the Frontostriatal System and Cerebellum in Pedophilia.*”, *Journal of psychiatric research.* 41(9):753-62.
- Schiffer B., Vonlaufen C. (2011), “*Executive dysfunctions in pedophilic e nonpedophilic child molesters.*” *J Sex Med.*, 8(7): 1975-84.
- Schiltz K., Witzel J., Northoff G., Zierhut K., Gubka U., Fellmann H., et al. (2007), “*Brain Pathology in Pedophilic Offenders Evidence of Volume Reduction in the Right Amygdala and related diencephalic structures.*” *Arch. Gen. Psychiatry*, 64, 737-746.
- Serafin G. (2010), “*Il profilo criminologico del pedofilo*” in I profili dell’abuso. Giornale scientifico a cura dell’O.N.A.P. (Osservatorio Nazionale Abusi Psicologici), Anno 1- N°4-dicembre 2010, Psicopatologie.
- Seveso L., (1989), “*Non sparate sugli angeli.*”, Edizioni Paoline. Milano.
- Stefani J., (2006). “*Dalla pedofilia all’infantofilia.*” Tratto dalla rivista “*Psicologia contemporanea*, n°197”. Sett.-Ott.
- Strano M., Germani P., Gotti V., Errico G., (2001), “*La diagnosi clinica e la terapia della pedofilia*”, *Psycomedia Telematic Review*.
- Van der Kolk B.A., (1987), “*Psychological trauma.*”, Washington, DC: American Psychiatric press.
- Walter M, Witzel J., Wiebking C., Gubka U., Rotte M., Schiltz K., Bermpohl F., Tempelmann C., Bogerts B., Heinze H. J., Northoff G., (2007)., “*Pedophilia is Linked to Reduced Activation in Hypothalamus and Lateral Prefrontal Cortex During Visual Erotic Stimulation.*”, *Biological Psychiatry.* 62(6):698-701.
- Ward T., Hudson S.M., Marshall W.L., Siegert R., (1995), “*Attachment style and intimacy deficits in sexual offenders: a theoretical framework.*”, *Sexual abuse: a Journal of Research and Treatment*, 7, 317-336.

- Wolft S.C., (1985), “*A multifactor model of deviant sexuality.*” *Victimology: An International Journal*, 10,339-374.
- Wurr, G., Partridge, I., (1996),“*The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population.*” *Child Abuse and Neglect*, 20, 867-872.

Erica Zanghellini

Psicologa-Psicoterapeuta, Verona

Specializzata a Verona, training Baggio, Baldini

e-mail: erica.zanghellini@alice.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it