



Studio di Psicoterapia e Medicina Psicosomatica del Dott. Sergio Angileri

La diagnosi clinica e la terapia della pedofilia

§

Fonte: www.psychomedia.it

La diagnosi clinica e la terapia della pedofilia

M. Strano, P. Germani, V. Gotti, G. Errico

Premessa

In medicina la diagnosi è la valutazione dei sintomi avvertiti dal paziente e degli elementi oggettivi a disposizione del medico, specialmente attraverso analisi di laboratorio, al fine di determinare la natura del processo morboso in atto e la sua sede nell'organismo. Molti clinici hanno una certa riluttanza a formulare una diagnosi di pedofilia, perché l'individuo porterebbe per tutta la sua vita un marchio tremendo. Spesso quando incontra una situazione che presenta delle caratteristiche della pedofilia, il professionista preferisce usare un'altra diagnosi come ad esempio una forte depressione. (Hollin, Howell, 1991). Proponiamo in questo saggio integralmente i criteri psichiatrici assunti per convenzione dall'A.P.A., per la formulazione della diagnosi di pedofilia e di seguito altri approcci diagnostici di origine psicologica. Descriviamo infine una serie di tecniche terapeutiche normalmente adottate per pazienti affetti da pedofilia.

CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM-IV (American Psychiatry Association)

(testo integrale tratto dal manuale)

F65.4 Pedofilia (302.2)

La focalizzazione parafilica della Pedofilia comporta attività sessuale con bambini prepuberi (generalmente di 13 anni o più piccoli). Il soggetto con Pedofilia deve avere almeno 16 o più anni, e deve essere di almeno 5 anni maggiore del bambino. Per i soggetti tardo-adolescenti con Pedofilia, non viene specificata una precisa differenza di età, e si deve ricorrere alla valutazione clinica; bisogna tenere conto sia della maturità sessuale del bambino che della differenza di età. I soggetti con Pedofilia di solito riferiscono attrazione per i bambini di una particolare fascia di età. Alcuni soggetti preferiscono i maschi, altri le femmine, e alcuni sono eccitati sia dai maschi che dalle femmine. Quelli attratti dalle femmine di solito preferiscono quelle tra 8 e 10 anni, mentre quelli attratti dai maschi di solito preferiscono bambini un po' più grandi. La Pedofilia che coinvolge vittime di sesso femminile si riscontra più spesso di quella che coinvolge vittime di sesso maschile. Alcuni soggetti con Pedofilia sono attratti sessualmente solo da bambini (Tipo Esclusivo), mentre altri sono talvolta attratti da adulti (Tipo Non Esclusivo). I soggetti con Pedofilia che sfogano i propri impulsi con bambini possono limitarsi a spogliare il bambino e a guardarlo, a mostrarsi, a masturbarsi in presenza del bambino, a toccarlo con delicatezza e a carezzarlo. Altri, comunque, sottopongono il bambino a fellatio o cunnilingus, o penetrano la vagina, la bocca o l'ano del bambino con le dita, con corpi estranei, o col pene, e usano vari gradi di violenza per fare ciò. Queste attività sono di solito giustificate o razionalizzate sostenendo che esse hanno valore educativo per il bambino, che il bambino ne ricava piacere sessuale, o che il bambino era sessualmente provocante - argomenti comuni anche nella pornografia pedofilica.

I soggetti possono limitare le loro attività ai propri figli, a figliastri, o a parenti oppure possono scegliere come vittime bambini al di fuori della propria famiglia. Alcuni soggetti con Pedofilia minacciano il bambino per evitare che parli. Altri, specie coloro che abusano spesso dei bambini, sviluppano complicate tecniche per avere accesso ai bambini, che possono includere guadagnare la fiducia della madre del bambino, sposare una donna con un bambino attraente, scambiarsi bambini con altri soggetti con Pedofilia, o, in casi rari, adottare bambini di paesi sottosviluppati o rapire bambini ad estranei. Tranne i casi in cui il disturbo è associato a Sadismo Sessuale, il soggetto può essere attento ai bisogni del bambino per ottenere l'affetto, l'interesse, e la fedeltà del bambino stesso, e per evitare che questi riveli l'attività sessuale. Il disturbo inizia di solito nell'adolescenza, sebbene alcuni soggetti con Pedofilia riferiscano di non essere stati eccitati da bambini fino alla mezza età. La frequenza del comportamento pedofilico varia spesso a seconda dello stress psicosociale. Il decorso è di solito cronico, specie in coloro che sono attratti dai maschi. Il tasso di recidive dei soggetti con Pedofilia con preferenza per i maschi è all'incirca doppio rispetto a coloro che preferiscono le femmine.

Criteri diagnostici per F65.4 Pedofilia (302.2)

- Durante un periodo di almeno 6 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).
- Le fantasie, gli impulsi sessuali o i comportamenti causano disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre importanti aree del funzionamento.
- Il soggetto ha almeno 16 anni ed è di almeno 5 anni maggiore del bambino o dei bambini di cui al Criterio A.

Nota:

Non includere un soggetto tardo-adolescente coinvolto in una relazione sessuale perdurante con un soggetto di 12-13 anni.

Specificare se:

- Sessualmente Attratto da Maschi
- Sessualmente Attratto da Femmine
- Sessualmente Attratto da Entrambi

Specificare se:

- Limitato all'Incesto

Specificare il tipo:

- Tipo Esclusivo (attratto solo da bambini)
- Tipo Non Esclusivo

I criteri diagnostici di Lanning

Un'interessante classificazione diagnostica, basata sull'esperienza investigativa dell'autore, è stata proposta da Ken Lanning, (agente dell'FBI e tra i maggiori esperti al mondo di reati contro i minori) nella quale vengono delineate quattro tipologie di pedofili: il represso, l'indifferente sul piano morale, l'indifferente sul piano sessuale, l'inadeguato.

- Il represso, avendo una bassa autostima, ha rapporti con minori in sostituzione dei soggetti adulti, per lui inavvicinabili. In questo genere di soggetti, gli episodi di pedofilia sono da collegarsi a qualche evento traumatico della propria vita.

- L'indifferente sul piano morale, essendo un individuo privo di coscienza che spesso agisce di impulso, non percepisce come grave l'abuso e tende a molestare sia i propri figli che altre vittime.

- L'indifferente sul piano sessuale (definito da Ken Lanning "sperimentatore sessuale") abusa sessualmente di un bambino perché si annoia e l'esperienza gli sembra nuova, eccitante, diversa. E' un individuo disposto a provare tutto.

- L'inadeguato è una persona socialmente emarginata che spesso continua a vivere con i genitori o con un parente più anziano. Pur non essendo naturalmente attratto dai bambini (anzi la curiosità sessuale lo spinge verso gli adulti), sono queste le vittime scelte in sostituzione dei coetanei nei confronti dei quali si sente insicuro.

Nell'ambito della pedofilia, infine, Lanning distingue tra pedofili preferenziali, ovvero individui che, preferendo avere rapporti sessuali con bambini, li fanno oggetto delle proprie fantasie e pedofili situazionali, ovvero individui che molestano un minore non perché sia la vittima ideale bensì quella più facile, a portata di mano al momento opportuno.

La fallometria

La fallometria viene utilizzata in ambito sperimentale per valutare le varie parafilie. Attraverso tale metodica viene misurata l'eccitazione sessuale del soggetto in risposta a stimoli visivi e uditivi. La diagnosi differenziale fra le varie preferenze erotiche può essere stabilita attraverso il test fallometrico, che usa la registrazione continua del cambiamento del volume del pene quando un soggetto vede figure potenzialmente eccitanti sullo schermo o ascolta racconti di questo tipo (Murphy et Flanagan, 1981).

Durante gli ultimi due decenni, sono state realizzate numerose varianti di questo test dai laboratori di psicologia. Dovunque venga usato il test fallometrico per la pedofilia si somministrano stimoli rappresentati da adulti e bambini nudi attraverso pezzi di film mostrati su schermo, diapositive o grazie all'immaginazione dovuta alla narrativa verbale. Ci sono, comunque, grandi differenze nella presentazione degli stimoli tra i vari laboratori, sia nei tipi di sensori per il pene, che nella valutazione dei risultati dei test. Per tale motivo, sono frequentemente svolti degli studi comparativi nel tentativo di stabilire il potenziale diagnostico dei test. Vi ad esempio delle ricerche che sostengono che l'attendibilità e la validità di questa procedura per la valutazione clinica non sono state chiarite appieno e l'esperienza clinica suggerisce che i soggetti possono simulare reazioni manipolando immagini mentali controllando così l'eccitazione. Un punto a sfavore del test fallometrico è infatti, rappresentato dalla supposizione che tale tecnica potrebbe non essere obiettiva con soggetti anziani o con soggetti che non hanno un'adeguata risposta peniena.

Prognosi della pedofilia

La prognosi si sa è la previsione del decorso, della durata e dell'esito di una malattia, della quale è stata fatta la diagnosi. La prognosi sfavorevole per le parafilie è associata con l'età di insorgenza precoce, l'alta frequenza degli atti, assenza di senso di colpa o vergogna riguardo all'atto e abuso di alcool o di droga. La prognosi è solitamente favorevole quando c'è un'alta motivazione al cambiamento e quando il paziente si rivolge spontaneamente a cercare aiuto, piuttosto che per intervento legale (Kaplan 1993). Dal DSM-IV rileviamo alcune tra le fantasie e i comportamenti associati con le parafilie possono iniziare nella fanciullezza o nella prima adolescenza, ma divengono meglio definiti ed elaborati durante l'adolescenza e la prima età adulta. L'elaborazione e la modificazione delle fantasie parafiliche possono continuare per tutta la vita del soggetto. Per definizione, le fantasie e gli impulsi associati con questi disturbi sono ricorrenti. Molti soggetti riferiscono che le fantasie sono sempre presenti, ma che ci sono però dei periodi in cui la frequenza delle fantasie e l'intensità degli impulsi variano notevolmente. I disturbi tendono ad essere cronici e a permanere per tutta la vita, ma negli adulti sia le fantasie che i comportamenti spesso diminuiscono con l'avanzare dell'età. I comportamenti possono aumentare in risposta a fattori psicosociali stressanti, in relazione ad altri disturbi mentali, o quando si accrescono le possibilità di "dedicarsi" alla loro parafilia.

Strategie terapeutiche per la pedofilia

Di tutte le perversioni, la pedofilia è quella che più facilmente può creare nei terapeuti sentimenti di disgusto (Gabbard, 1995). Nel gratificare i suoi desideri sessuali, il pedofilo può irrimediabilmente danneggiare dei bambini innocenti. Tuttavia una qualche cornice concettuale o formulazione psicodinamica può permettere ai clinici di mantenere una sembianza di empatia e di comprensione

quando si cerchi di curare questi pazienti (Gabbard, 1995). Queste poche frasi ci bastano a far capire il reale stato delle "cose", lo stato d'animo con il quale i clinici affrontano la pedofilia e le ricerche relative alla scoperta di un adeguato trattamento, per questa parafilia così comune ma allo stesso tempo così sconosciuta. Adams (1980) ha notato che il trattamento della pedofilia è spesso difficile; a parte le reazioni emozionali forti, molti pedofili reputano la loro attività come innocua ed entrano in trattamento presso i servizi legali solo per evitare la prigione. Alcune di queste difficoltà risiedono nel fatto che tutte le attività perverse hanno la caratteristica di essere piacevoli e impulsive. Questo doppio aspetto può entrare in antitesi poiché l'impulsività imprime alle sensazioni piacevoli l'urgenza di compiersi, non lasciando spazio a ripensamenti (Piscelli, 1994). Durante la loro vita, i pedofili ed altri parafilici, sviluppano una ben congegnata soluzione erotica ai loro problemi e sono raramente interessati a rinunciare ad essa (McDougall, 1986; Usuelli, 1989). Generalmente le perversioni sono egosintoniche, per questo motivo, solo una minima parte di questi pazienti richiede volontariamente un trattamento, e quando lo fanno, quasi sempre sono spinti all'ansia o dalla depressione connessi alla perversione (Lorand, 1968). Può tuttavia accadere che tali pazienti richiedano l'intervento anche per confermare a loro stessi e agli altri di essere "malati", cercando così di indurre l'analista ad ammettere la superiorità dell'organizzazione perversa. La restante parte dei pazienti parafilici, invece, giunge in terapia sotto pressioni esterne, quando cioè il paziente reputa le conseguenze sociali alle sue "attività perverse" peggiori della rinuncia ai suoi istinti, come ad esempio crisi coniugali o cause giudiziarie pendenti (Gabbard, 1995). Nei casi di pedofilia, la terapia viene prescritta in sede giudiziaria come indispensabile per ottenere la libertà condizionata e ciò contribuisce a rendere qualsiasi tipo di trattamento di difficile risoluzione. Tuttavia, come dimostrano alcune ricerche negli USA, è possibile ottenere risultati soddisfacenti nonostante l'assenza di un'iniziale motivazione del paziente (Roccia et Foti, 1994). Questi pazienti, infatti, finirebbero comunque per rinunciare alle cure, anche se vi sono sottoposti volontariamente (Renvoize, 1987). Un ulteriore aspetto da tenere in considerazione, è il tipo di risposta controtransferale che questo tipo di pazienti evocano. Di tutte le perversioni, infatti, la pedofilia è quella che più facilmente può far nascere nei terapeuti sentimenti negativi a causa del coinvolgimento di bambini nella gratificazione sessuale. Per il clinico, così, sarà facile assumere un atteggiamento punitivo, moralistico o giudicante nei confronti del pedofilo in terapia. Ma cosa ancora più deleteria sarebbe colludere con il paziente che cerca di evitare di prendere in esame la perversione, focalizzando la terapia su altri sintomi (Bonafiglia, 1996). Malgrado ciò alcuni rapporti testimoniano il successo di alcuni trattamenti.

In maniera molto generale, come risulta chiaramente in molti manuali di psichiatria, nel trattamento delle parafilie, la psicoterapia orientata all'insight è l'approccio più comune; i pazienti hanno l'opportunità di capire le loro dinamiche e gli eventi che hanno fatto sì che la parafilia si sviluppasse. I pedofili diventano coscienti degli eventi quotidiani che li hanno indotti ad agire sui loro impulsi (per esempio dopo un rifiuto reale o fantasticato). La psicoterapia, inoltre permette a questi pazienti di recuperare l'autostima, di migliorare le capacità interpersonali e trovare metodi di gratificazione sessuale accettabili.

Terapie farmacologiche

La terapia farmacologica, che comprende farmaci antipsicotici o antidepressivi, è indicata per il trattamento della pedofilia se questa è associata alla schizofrenia e alla depressione. Gli antiandrogeni, come il ciproterone acetato (CPA) in Europa e il medrossiprogesterone (MPA) acetato negli Stati Uniti, sono stati usati sperimentalmente nelle perversioni da ipersessualità, e in alcuni casi (accuratamente selezionati), ci sono state segnalazioni di diminuzione del comportamento ipersessuale. Il medrossiprogesterone acetato sembra giovare a questi pazienti la cui

spinta ipersessuale (per esempio la pratica costante della masturbazione, il contatto sessuale ad ogni occasione, la sessualità compulsivamente aggressiva) è fuori controllo oppure pericolosa (Kaplan, 1993). Di fronte a pazienti parafilici, non rispondenti ad alcun intervento terapeutico, l'impiego di farmaci dotati di attività antiandrogena sembra che abbia evidenziato da tempo una notevole efficacia nel loro trattamento. Il ciproterone acetato è stato a questo riguardo il farmaco utilizzato con maggiore frequenza, nonostante la sua somministrazione sia soggetta ad effetti collaterali (Delle Chiaie, et Picardi, 1994). Benché non si hanno delle prove dell'esistenza di qualche nota correlazione tra il comportamento parafilico e la funzione endocrina, sia negli uomini che nelle donne, in alcuni pedofili potrebbe tuttavia esistere un'alterazione della funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, e si segnala inoltre anche l'esistenza di una correlazione positiva tra la presenza di elevati livelli plasmatici di testosterone e un comportamento sessuale violento (Delle Chiaie, et Picardi, 1994). L'utilizzo di una terapia farmacologica non implica però una rinuncia al trattamento psicoterapico, che anzi rimane consigliabile. La riduzione degli impulsi sessuali devianti con mezzi farmacologici conduce il paziente a beneficiare in maggior misura della psicoterapia. L'obiettivo del trattamento farmacologico è quello di ridurre la libido e l'eccitazione sessuale. I neurolettici non sembrano possedere una grande efficacia in tal senso, mentre sono stati descritti dei casi di pazienti trattati efficacemente con fluoxetina (Delle Chiaie, et Picardi, 1994). Appare comunque preferibile cercare di interferire con le basi ormonali dell'eccitazione sessuale: infatti, nell'uomo adulto gli androgeni svolgono un ruolo molto importante nella genesi del comportamento erotico (Delle Chiaie, 1994). In tale ottica, due sono i farmaci che sono stati finora maggiormente impiegati nella terapia delle parafilie: il ciproterone acetato e il medrossiprogesterone acetato. Comunque per diverse ragioni sia etiche che legali, l'uso di tali farmaci rimane relativamente ristretto e solo in alcune nazioni. Queste cure ormonali sembrano riscuotere successo nei risultati terapeutici; comunque si deve tenere conto dell'elevata frequenza con cui si manifestano fastidiosi effetti collaterali, alcuni dei quali potenzialmente dannosi anche a lungo termine.

Terapia chirurgica

Appare interessante notare che in passato la castrazione chirurgica è stata largamente impiegata nel trattamento di pazienti con comportamento sessuale criminale e che tale trattamento è risultato efficace nel tentativo di ridurre sensibilmente la frequenza del recidivismo. Tale terapia è stata spesso utilizzata nei casi di pedofilia, praticata in Svizzera, nella regione di Zurigo, dove più di 10.000 pazienti sono stati sottoposti a tale procedura per varie ragioni psichiatriche dal 1910 (Plenge, 1961). Nel 1979, comunque, il governo tedesco dichiarò la castrazione illegale per il trattamento di pazienti istituzionalizzati. Più recentemente, di tale tecnica si è occupato Heim che, insieme ad Hirsch (1979), ha riesaminato la letteratura europea a riguardo. Molti studi empirici mettono in evidenza come il comportamento sessuale dei soggetti castrati venga modificato. Tuttavia, in un lavoro di Heim (1980) viene chiaramente dimostrato come le manifestazioni sessuali conseguenti la castrazione si modificano notevolmente, ma tali variazioni non sono prevedibili con sistematica certezza. Per questo motivo, la castrazione chirurgica non sembra essere più raccomandata come procedura terapeutica attendibile negli aggressori sessuali istituzionalizzati (Bonafiglia, 1996).

Terapia ipnotica

Un esame degli abstract di psicologia nei passati 25 anni evidenzia poche pubblicazioni sull'efficienza dell'uso delle tecniche ipnotiche nel trattamento della pedofilia. Solo un breve caso è

descritto in un articolo di Caprio (1972), ma senza fornire elementi precisi per comprendere il tipo di trattamento che è stato applicato. Lawrence Stava (1984) testimonia l'uso di tecniche ipnotiche con una struttura psicodinamica. Le tecniche usate sono i "sogni indotti", descritte da Sacerdote (1967), e la "tecnica dell'effetto ponte", descritta da Watkins (1971). Il materiale ipnotico preso in esame è rappresentato da immagini di esperienze sessuali dirette o indirette o rappresentazioni simboliche conflittuali. Secondo alcuni autori, nel caso di un pedofilo che è stato da bambino molestato sessualmente, rivivere il trauma della molestia sessuale è un'importante elemento nel processo di cambiamento (nei pedofili di sesso maschile); Il paziente inizia a sviluppare una consapevolezza, fino ad allora oscurata, di una connessione tra gli abusi sessuali commessi e le sue esperienze sessuali sperimentate da bambino da parte di persone adulte. Dunque, nonostante la scarsa diffusione dell'ipnosi nel trattamento della pedofilia il tentativo di un approccio psicodinamico ipnoterapeutico per i pedofili sembra possibile.

Terapia comportamentale e tecniche cognitive

La terapia comportamentale viene usata per rompere il modello disadattivo appreso. Stimoli nocivi, come scosse elettriche e cattivi odori, vengono accoppiati con l'impulso, che pertanto diminuisce. Gli stimoli possono essere autosomministrati e usati dai pazienti ogniqualvolta sentono che agiranno sotto impulso. Per quanto concerne l'approccio psicoterapeutico, una psicoterapia individuale può rivelarsi molto utile, soprattutto nei soggetti motivati al cambiamento. I self-report di interventi basati sull'uso di tecniche comportamentali o di terapie cognitivo-comportamentali sono i più frequentemente rilevabili in letteratura, anche se i risultati appaiono spesso incerti. In realtà la maggior parte degli psicoterapeuti sente una scarsa fiducia nel riuscire ad offrire un trattamento a soggetti pedofili. Maletzky (1973), ha mostrato che l'efficacia della terapia comportamentale aumenta se si usa contemporaneamente alla terapia, l'"acido valerianico", una sostanza non corrosiva e di cattivo odore; l'associazione del cattivo odore al desiderio sessuale indotto durante la terapia dovrebbe garantire la diminuzione del desiderio stesso. Comunque il trattamento della pedofilia non dovrebbe mirare solo ad una riduzione della stimolazione dei comportamenti sessuali devianti, ma anche al cambiamento di altre componenti del comportamento sociale e sessuale deviante per tentare il mantenimento dei risultati a lungo termine (Barlow, 1974)

- Covert Sensitization

Questa tecnica elaborata da Cautela (1967) prevede che il pedofilo immagini una scena rilevante nel suo atto offensivo e che a tali fantasie faccia seguito un'altra fantasia che contenga conseguenze spiacevoli, come ad esempio quella di essere arrestato. Callahan e Leitemberg (1973) hanno utilizzato questa tecnica ottenendo buoni risultati con un gruppo di esibizionisti, omosessuali e un pedofilo; risultati simili sono stati ottenuti da Barlow (1969) con un omosessuale e un pedofilo. Eventuali fallimenti di tale tecnica sono stati invece giustificati da Christie e collaboratori (1979) imputandoli alla scarsa capacità immaginativa dei soggetti o alla loro immunità alle conseguenze avversive immaginate. Recentemente si è potuto assistere anche all'impiego non solo di fantasie immaginate avversive ma anche all'utilizzo di fantasie di conseguenze positive. Secondo Salter, le conseguenze positive immaginate possono essere sociali, cognitive, materiali. Hallan e Rachman (1976) hanno contribuito con ulteriori modifiche a questa tecnica.

Impiegata nei programmi terapeutici per i pedofili, la Terapia Avversiva si sviluppa dai principi del Condizionamento Classico ma è diversa nel paradigma per ciò che riguarda i tipi e gli schemi di rinforzo, negli stimoli avversivi impiegati e nel materiale stimolo utilizzato. In tale paradigma rientra la Shame Aversion Therapy (Serber, 1970). La tecnica di Serber prevede che il trasgressore sessuale attui la sua performance davanti a un gruppo di terapeuti che pertanto lo derideranno e lo

disapproveranno. Insieme a Wolpe (1972), Serber ha riportato grande successo dopo sei mesi di trattamento con circa sette pazienti su dieci. Limiti nell'impiego di tale procedura risiedono nella sua sconsigliata applicabilità a pazienti che oltre all'interesse sessuale deviante mostrano impulsi ostili e/o immagini di sé negativa.

- *Ricondizionamento Orgasmico*

Tale procedura fu introdotta da Marquis (1970). In questo paradigma il pedofilo è invitato a sostituire le fantasie masturbatorie devianti con fantasie non devianti. Risultati positivi nell'impiego di questa tecnica sono stati riportati da Abel e collaboratori (1973) e nello stesso anno da Marshall che l'associò alla terapia avversiva lavorando con un gruppo di stupratori istituzionalizzati.

- *Social Skills*

Oltre ai loro interessi sessuali e devianti, i pedofili possono presentare anche problemi di relazione sociale e sessuale. Molti pedofili possono essere socialmente ansiosi o presentare difficoltà di relazioni con altri adulti. Sarebbe proprio questo a spingere tali soggetti ad atteggiamenti e pensieri devianti (Baxter et al., 1986). A tale proposito è stato suggerito un training di abilità sociali sia di gruppo che individuali. La caratteristica di questo approccio è rappresentata dal feed-back che è dato dal pedofilo durante una situazione di role-play in cui il soggetto è impegnato in un'attività deviante.

Psicoterapia e psicoanalisi

A causa delle molteplici difficoltà di trattamento che si incontrano durante la terapia di pazienti pedofili, gli approcci psicodinamici costituiscono la forma elettiva di trattamento (Kaplan, 1991). Ma le aspettative di un terapeuta devono comunque essere modeste. Anche se molti pazienti potranno guadagnare molto per ciò che concerne la razionalità oggettuale e il funzionamento dell'Io, le loro tendenze perverse sottostanti potrebbero essere modificate in modo minore (Gabbard, 1995). I pazienti con organizzazione di più alto livello hanno un esito migliore di quelli con livelli di organizzazione di carattere borderline (Persoti, 1986). Allo stesso modo, è possibile che pazienti con una mentalità e con una certa motivazione, non egosintonici con l'origine dei loro sintomi, verso i quali provano disagio e curiosità, traggano maggiori vantaggi di coloro che non mostrano di avere tali qualità. Socarides (1988) ha riportato che i pedofili fissati a un livello fallico-edipico con una certa forza dell'Io, potrebbero avere buoni risultati con la psicoanalisi. Anche altri autori sono a favore di una terapia altamente espressiva come la psicoanalisi in quanto questa sembra migliorare la relazionalità oggettuale e il funzionamento dell'Io del paziente con il raggiungimento di un'adeguata sublimazione (McDougall, 1993; Rosen, 1979). Tuttavia, non sono pochi i problemi che si incontrano con soggetti parafilici nel corso di una terapia psicodinamica. Questo tipo di pazienti, infatti, non ama focalizzare la loro attenzione sulla parafilia in questione non considerandola un problema. Il compito del terapeuta sarà allora quello di prendere in considerazione tale diniego fin dall'inizio (Matteucci et Bonafiglia, 1996). Come ha più volte ricordato Kouht (1971), le attività e le fantasie perverse sono spesso in un'area scissa e copartimentalizzata della personalità. Compito del terapeuta è perciò quello di integrare la perversione con il funzionamento mentale della personalità del paziente in modo che la parafilia venga affrontata tenendo in considerazione tutta la vita del paziente.

Psicoterapia psicodinamica di gruppo

La psicoterapia psicodinamica di gruppo costituisce un'alternativa o un'integrazione ad altre terapie

nel trattamento dei pedofili. Anche se svolta in forma ambulatoriale, la psicoterapia di gruppo, sia con i pedofili che con gli aggressori sessuali, ha raggiunto spesso risultati positivi (Rappeport, 1974). In questo tipo di terapia, il gruppo costituisce un conforto e un sostegno ai componenti che hanno un'intima familiarità coi problema. Questo è molto simile a quanto avviene coi gruppi di alcolisti o tossicodipendenti, nei quali la pressione del gruppo costituisce un supporto per tollerare il cambiamento del comportamento distruttivo (Gabbard, 1995).

Trattamento Ospedaliero

Nella popolazione dei pazienti parafilici, coloro che fanno maggiormente ricorso a questo trattamento sono i pedofili. Anche in questo tipo di terapia emergono numerosi problemi controtransferali già descritti in precedenza. In molti casi, infatti, il paziente tende ad avere atteggiamenti di negazione nei confronti della sua perversione e ciò rappresenta il rischio di una collusione per tutto lo staff ospedaliero. Tutto il personale può infatti credere, ingannato dal pedofilo, che quest'ultimo stia seguendo i suggerimenti e il trattamento, mentre in realtà molti pedofili "fanno il gioco" del trattamento solo perché questo è preferibile al carcere dove, i pedofili vengono spesso violentati. Un altro rischio di collusione è invece rappresentato dalla tendenza del pedofilo, soprattutto quello con tratti antisociali, a spostare il focus su altri problemi, cosicché durante l'intero ricovero, la loro condotta deviante non verrà mai presa in esame. I pedofili in un reparto ospedaliero possono virtualmente bloccare, nel gruppo di pazienti le risposte di feedback che vendono invece date agli altri pazienti (Gabbard, 1995).

Conclusioni

Dalle esperienze scaturite dall'applicazione delle varie tecniche terapeutiche ciò che emerge in particolar modo è che gli obiettivi terapeutici non dovrebbero essere focalizzati esclusivamente alla modificazione del comportamento sessuale deviante ma dovrebbero mirare ad aiutare il paziente a superare il diniego rispetto al sintomo perverso, a sviluppare empatia per le sue vittime a identificare i deficit sociali e le capacità di adattamento inadeguate, a sviluppare un piano comprensivo per la prevenzione delle ricadute che comprenda l'evitamento delle situazioni che risultano particolarmente stimolanti per lui (Matteucci et Bonafiglia, 1996). D'altra parte, l'analista o il terapeuta in generale, dovrà essere in grado di tollerare gli stretti limiti che il paziente impone alle sue capacità e al suo potere e dovrà sapere accettare di non essere in grado di promuovere delle trasformazioni strutturali nel paziente. "Se"- come ritiene Semi (1989) "questa rinuncia terapeutica da parte dell'analista è l'espressione dell'accettazione autentica del proprio limite, essa può allora dare al paziente non solo una conferma dell'inaccettabilità delle sue strutture, ma forse, può anche fornirgli un nuovo modello di funzionamento intrapsichico e relazionale, al di fuori dello schema perverso".

BIBLIOGRAFIA

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

Abel, G. G., Barlow, D.,H., Blanchard, E.B., 1973 "Developing heterosexual arousal by altering masturbatory fantasies: a controlled study" Paper presented at the Association for Advancement of Behaviour Therapy, Miami, 1973.

Ames, A.M., Cand, Ph. D., Houston, D.A., 1990; "Legal, Social, and Biological Definitions of Pedophilia"; Archives of Sexual behavior.

Argent, I., Lachman, A., Hanslo, G., Bass, B., 1995; "Sexually transmitted diseases in children and evidence of sexual abuse";

Child Abuse & Neglect, Vol. 19 no. 10, pp. 1303-1310.

Ashworth C. S., Fargason C. A., Fountain Jr, 1995; "Impact of patient history on residents' evaluation of child sexual abuse";

Child Abuse & Neglect, Vol. 19 No. 8 pp. 943-951.

Awad G., Saunders E., 1989; "Clinical observation"; Adolescent child molesters.

Bagley C., Wood M, Young L, 1994; "Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of Young adult males"; Child Abuse & Neglect, Vol. 18 no.8 pp.683-697.

Barlow, D. H., Leitenberg, H., Agras, W. S., 1969 "The experimental control of sexual deviation through manipulation of the noxious scene in covert sensitization"; Journal of Abnormal Psychology, 74, 596-601.

Bartholow, G., et al. 1994; "Emotional, behavioral, and his risks associated with sexual abuse among adult homosexual and bisexual men "; Child Abuse & Neglect, Voi. 18 no. 9, pp.747-761.

Bass, B, Levant M, 1992; "Family perception of rapists and pedophiles "; Psychological Reports, vol. 7 1, pp. 211-214.

Baxter, D.J., Barbaree, H. E., Marshall, W. L., 1986 "Sexual responses to consenting and forced sex a large sample of rapist and nonrapist"; Behaviour Research and Theory, 24, 513-520.

Bonafiglia, L., Pedofilia e abuso sessuale sui minori: Tra la vittima e il colpevole. Le due dimensioni di un problema; Tesi di Laurea (A.A. 95-96) in corso di stampa.

Bond, I. K., Hutchinson, H.C., 1960 "Application of reciprocal inhibition therapy to exhibitionism"; Canada Med. Ass. Journal, 82,83.

Bradford J., et al. 1993; "Effects of Cyproterone Acetate on Sexual Arousal Patterns of Pedophiles "; Archives of Sexual behavior.

Brayden R., MacLean, et al. 1995; "Evidence for specific effects of childhood sexual abuse on mental well-being and physical self-esteem"; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 no. 10, pp. 1255-1262.

Caprio, F. S., 1972 "Hypnosis in the treatment of sexual problems"; Hypnosis Quart., 17, 10-14.

Castonguay L.G., Prolx J, Aubut J, et al. 1993; "Sexual Preference Assessment of Sexual Aggressors: Predictors of Penile Response Magnitude "; Archives of Sexual behavior.

Cautela, V., 1960, "Covert sensitization "; Psychological reports, 20, 459-468.

Cooper, A.J., Cernovsky, Z., Magnus, R., V., 1992; "The long-term use of cyproterone acetate in pedophilia: a case study"; Journal of sex & Marital therapy, vol. 18, no. 4.

Coulborn, K., Faller, F., Corwin, D, 1995; "Children 's interview statements and behaviors: role in identifying sexually abused children"; Child Abuse & Neglect, Voi. 19 no.1 pp.71-82.

Cross, M., et al. 1995; "Criminal Justice outcomes of prosecution of child sexual abuse: a case flow analysis"; Child Abuse & Neglect, Voi. 19 no.12, pp.1431- ~442.

Davenport, R., Brown, P., Palmer, S., 1994; "Opinions on the traumatizing effects of child sexual abuse: evidence for consensus"; Child Abuse & Neglect, Voi. 18 no. 9, pp.725-738.

Davey R., Hill J., 1995; "A Study of the variability of training and beliefs among professionals who interview children to investigate suspected sexual abuse"; Child Abuse & Neglect, Voi. i 9 No. 8 pp.933-942.

Delle Chiaie R., Picardi, A., 1994; "Blocco sopra-ipofisario della funzione gonadica nel trattamento delle parafilie. Impiego del Goserelin in cinque casi ciclici"; Cervello e farmaci, Supplemente alla Rivista di Psichiatria, vol. 29, n. 1.

DSM-IV, 1996; Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali; Milano, Massen.

Dvor'ák A, Vinar', O, 1989; "Additive interaction of haloperidol with morphine in the guinea pig ileum"; International Journal for the study of higher nervous functions 31, 1.

Dziuba-Leatherman, M., Finkelhor, D, 1994; "How does receiving information about sexual abuse influence boys' perceptions of their risk?"; Child Abuse & Neglect, Vol. 18 no.7 pp.557-568.

Elliot, M., Browne, K., Kilcoyne, R., 1995; "Child Sexual Abuse

Prevention: what Offenders Tell us " ; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 No. 5 pp. 579-594.

Enright, S., 1989; "Paedophilia.- A Cognitive/ Behavioural Treatment Approach in a Single Case"; British Journal of Psychiatry 155, 399-401.

Faller, F., 1988; Child Sexual Abuse; New York Columbia University Press.

Fenichel, O., 1945; Trattato di Psicoanalisi; Roma Astrolabio.

Ferol, E., Mennen, S., 1995; "The relationship of race/ethnicity to Symptoms in childhood sexual abuse "; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 no. 1 pp. 115-124.

Finkelhor, D., Araji, S., 1986; "Explanations of Pedophilia: A four Factor Model "; The Journal of Sex Research Vol. 22, no. 2, pp. 145-161.

Freund, K, Watson, R., 1992; "the proportions of Heterosexual Pedophiles among sex offenders against children: an exploratory study"; Journal of sex & marital therapy, vol. 18, no. I.

- Freund, K., Watson, R., Dickey, R., 1990; "Does Sexual Abuse in Childhood Cause Pedophilia: An Exploratory Study"; Archives of Sexual behavior.
- Freund, K., et al. 1991; "Erotic Gender Differentiation in Pedophilia "; Archives of Sexual behavior.
- Freund, K., et al., 1994; "The basis of the abused abuser theory of Pedophilia: A further elaboration on an earlier study "; Archives sexual behavior 23,, 5.
- Freund, K., Kuban, M., 1993; "Deficient Erotic Gender Differentiation in Pedophilia: A Follow- Up "; Archives of Sexual behavior.
- Freund, K., Kuban, M., 1993; "Toward a testable developmental model of pedophilia: the développement of erotic age preference"; Child Abuse & Neglect, Vol. 17 no. 2, pp. 315-324;
- Freund, K., Kuban, M., 1994; "The Basis of the Abused Abuser Theory of Pedophilia: A Further Elaboration on an Earlier Study"; Archives of Sexual behavior.
- Freund, K., Robin, J. W., 1991; "Assessment of the Sensivity and Specificity of a Phallometric Test: An Update of Phallometric Diagnosis of Pedophilia "; A Journal of Consulting and Clinical Psychology vol. 3, no 2, 254-260.
- Freund, K., Watson, R., 1992; "The proportions of heterosexual and homosexual pedophiles among sex offenders against children: an exploratory study"; Journal of sex & Marital therapy, vol. 18, no. 1 ; pp. 34-43.
- Gabbard, G.O., 1995 Psichiatria psicodinamica basata sul DSW-IV, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Gerdes, K., Gourley, M., Cash, M., 1995; "Assessing Juvenile sex offenders to determine adequate levels of supervision "; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 No. 8 pp. 953-961.
- Gordon, Hall, e al, 1995; "Sexual arousal and arousability to pedophilic stimuli in a community sample of normal men";
- Behavior therapy 26 pp.681-694.
- Green, Coupe e al. 1995; "incest revisited: delayed post-traumatic stress disorder in mothers following the sexual abuse of their children "; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 no. 10, pp. 1275-1282.
- Grocke, M., Smith, M., Graharn, P., 1995; "Sexually abused and nonabused mothers' discussion about sex and their children's sexual knowledge "; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 No. 8 pp.985-996.
- Groth, A., Longo, R., McFadin, J., 1982; "Crime Delinquency"; Undected recidivism among rapists and child molesters; 28, 450458;
- Groth. N.A., Burgess, A.W., 1979, "Sexual trauma in the lifie histories of rapisis and child molesters "; Victimolgy, 4,10-16.

- Gulotta, G., Vagaggini M, 1981; Dalla parte della vittima; Varese, Giuffrè editore;
- Hall, 1995; "Sexual arousal and arousability to pedophilic stimuli in a community sample of normal men"; Behavior therapy vol 26, pp.681-694.
- Harrison,P., et al., 1989; "Paedophilia and Hyperprolactinaemia"; British Journal of Psychiatry 155, 847-848.
- Heim, N., 1981; "Sexual behavior of castrated sex offenders"; Archives of sexual behavior, VOI. 10, no. 1, pp. 11- 19.
- Henry, Lang, Koles, Frenzel, 1991; "Quantitative EEG Studiès of Pedophilia" ; International Journal of psychophysiology, vol. 10, pp.253-258.
- Hide,C., Bentovim, A., Monck, E. 1995; "Some clinical and melhodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children"; Child Abuse & Negiect, Voi. 19 no. 11 pp. 1387-1399.
- Hollin, Howell. 1991; Clinical Approaches to Sex Offenders and Their Victims;
- Howitt, D., 1995; 'Pornography and the paedophile: Is it criminogenic?'; British Journal of Medical Psychology, Vol 68, pp. 15-27.
- Jacobs, Hashima, 1995; "Children's perceptions of the risk of sexual abuse"; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 no. 12, pp. 1443-1456.
- Johnston, S. A., Schouweiler, W. F., French, A. P., Johnston, F. A. 1992; "Naivete and need for affection among pedophiles"; Journal of Clinical Psychology, vol.48,.No. 5.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., 1993, Manuale di psichiatria; Napoli, Edises.
- Keary, K., Fitzpatrick, C., 1994; "Children's disclosure of sexual abuse during formal investigation"; Child Abuse & Neglect, Vol. 18 no.7 pp. 543-548.
- Kempe, Kempe, 1980; Le violenze sul bambino; Roma, Armando Armando;
- Kopp, S., 1962; "The characters structure of sex offenders"; Am. J. Psychother; 16.
- Lanktree, C., Briere, J., 1995; "Outcome of therapy for sexally abused children: a repeated measures study"; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 no.9, pp. 1145-1155.
- Lazebnik, R., Zimet, G., Ebert, J., et al. 1994; "How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse";
- Child Abuse & Neglect, Vol. 18 no. 9, pp.739-745.
- Levant, M., Bass, B., 1991; "Parental identification of rapists and pedophiles"; Psychological reports vol 69, pp.463-466.

- Levine S., Risen, C., Althof, S., 1990; "Essay on the Diagnosis and Nature of Paraphilia"; Journal of sex & Marital therapy, vol. 16, no.2; pp.89-102.
- Margofin; L., 1994; "Child sexual abuse by uncles: a risk assessment"; Child Abuse & Neglect, Vol. 18 no.3, pp.215-224.
- Marquis, J., Nelson, C., West, M., Day, D., 1994; "The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters"; Behavior research therapy vol. 32, no. 5 pp. 577-588.
- Marshall, L., 1994; "Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders"; Behavior Research therapy vol. 32, no. 5 pp.559-564.
- Matteucci, p., Bonafiglia, L., 1996, "Considerazioni sulla terapia della pedofilia"; in *Sessualità e terzo millennio*, vol.II, Milano, (a cura di) Petruccelli, F., . Simonelli, C., Vizzari, V., Franco Angeli (in corso di stampa)
- McClellan. L, Adams j., e al. 1995; "clinical characteristics related to severity of sexual abuse: a study of seriously mentally ill youth"; 1245-1254.
- McCoy, et al., 1995; "Prior victimization: a risk factor for child sexual abuse and for ptsd-related symptomatology among sexually abused youth "; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 no. 12, pp. 1401-1421.
- McDougal, J., 1986, "Identifications, need and neosexuality", International Journal Psycho-Analysis.
- McGain, B., McKinzey, K., 1995; "The efficacy of group treatment in sexually abused girls"; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 no.9, pp. 1157-1169.
- McKay, M., 1996; "Causal attributions for criminal offending and sexual arousal: comparison of child sex offenders with other offenders"; British Journal of clinical psychology 35, pp. 63-75.
- McKibben, Proulx, Lusignan, 1994; "Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles"; Behaviour Research and Therapy, vol.32, no.5, pp.571-575.
- McNulty, C., Wardle, J., 1994; "Adult disclosure of sexual abuse: a primary cause of psychological distress?"; Child Abuse & Neglect, Vol. 18 no.7 pp. 549-555.
- Montecchi, F., 1991; *Prevenzione rilevamento e trattamento dell'abuso all'infanzia*; Roma, Edizioni Borla;
- Moro, A., 1992; *Erode fra noi, la violenza sui minori*; Milano, Mursia.
- Okami, P., Goldberg, M., 1992; "Personality Correlates of Pedophilia: Are they reliable indicators?"; The journal of sex research Vol.29. no.3, pp.297-328.
- Palusci. V., McHugh, M., 1995; "Interdisciplinary training in the evaluation of child sexual abuse"; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 no.9, pp. 1031-1038.
- Piscelli, U., 1994, *Sessuologia. Teoremi psicosomatici e relazionali*; Padova, Piccin.

Pithers, W., 1994; "Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders' empathy for sexual abuse survivors"; Behavior research therapy vol. 32, no. 5 pp. 565-570.

Quinsey, V., Laws, D., 1990; "Validity of physiological measures of pedophilic sexual arousal in a sexual offender population: a critique of Hall, Proctor, and Nelson"; Journal of consulting and clinical psychology Vol.58, no. 6.

Roccia, C., Foti, C., 1994, L'abuso sessuale sui minori: educazione, prevenzione, trattamento; Milano, Unicopoli, 185-202.

Rudin, M., Zalewski, C., 1995; "Characteristics of child sexual abuse victims according to perpetrator gender"; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 No. 8 pp. 963-973.

Salter, A.C., 1995; Transforming Trauma; Beverly Hills, CA, Sage.

Salter. A. C., 1988; Treating child sexual offenders and victims. A practical guide; Beverly Hills, CA, Sage.

Scott, P.D. 1968 "Definizione, classificazione, prognosi e trattamento"; in Rosen, I. (a cura di), Le deviazioni sessuali, Milano, Bompiani, 101-132.

Semi, A.A., 1989 (a cura di) Trattato di psicoanalisi; Milano, Raffaello Cortina Editore.

Stava, L., 1984, "The use of hypnotic uncovering techniques in the treatment of Pedofilia"; The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, XXXII, 350-355.

Stava, L., 1984; "the use of hypnotic uncovering techniques in the treatment of pedophilia: a brief communication"; The international Journal of clinical and experimental hypnosis, vol. 32, no.4 pp. 350-355.

Thomas, Jamieson. 1995; "Childhood sexually transmitted diseases and child sexual abuse: results of a canadian survey of three professional groups"; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 no.9, pp. 1019-1029.

Watkins, J., 1971, "The affect bridge: a hypnoanalytic technique", Inter. J. Clin. Exp. Hypnosis, 19, 21-27.

Wood, J, Wright, L., 1995; "Evaluation of children 's sexual behaviours and incorporation of base rates in judgments of sexual abuse"; Child Abuse & Neglect, Vol. 19 no. 10, pp. 1263-1273.

Zbytovsky', Zapletàjek, 1989; "Haloperidol decanoate in the treatment of sexual deviations"; International Journal for the study of higher nervous functions 3 1, 1.