

Efficacia, target e contesti dei trattamenti per gli autori di reati sessuali

Effectiveness, target, and context of the treatments for sex offender

Carlo Rosso • Maura Garombo • Francesco Oliva • Pier Maria Furlan • Rocco Luigi Picci

Abstract

In the present study, the most recent meta-analyses concerning the much debated topic of the effectiveness of in-prison treatment programs for sex offenders are investigated. Both strengths and weaknesses of each analysis are analysed. Empirical evidence regarding treatment effectiveness is underlined with the latter being measured in terms of reduction of sexual recidivism. Noteworthy are the treatment programs based on the principles of the Risk/Need/Responsivity Theory which seems to provide the best guarantee of treatment effectiveness.

Keywords: sex offenders • sexual assault • RNR • treatment • anti-androgens

Riassunto

In questo articolo vengono prese in esame le più recenti meta-analisi al riguardo del dibattuto problema dell'efficacia dei trattamenti intra-carcerari rivolti agli autori di reati sessuali. Di ognuna di esse sono analizzati i punti di forza e le debolezze. Vengono sottolineate le evidenze empiriche riguardanti l'efficacia dei trattamenti, misurata nei termini di riduzione della recidiva. Viene evidenziato che la formulazione di interventi teoricamente indirizzati secondo i principi della teoria Rischio/ Bisogni/ Responsività sembra, ad oggi, fornire le migliori garanzie di efficacia dei trattamenti.

Parole chiave: aggressori sessuali • reati sessuali • RNR • trattamento • anti-androgeni

Per corrispondenza: Carlo Rosso, S.I.S.P.Se., Corso Stati Uniti 57 Torino, Tel/ Fax 0115171853 • e-mail: rosso.carlo@virgilio.it, <http://www.si-spse.it>.

CARLO ROSSO, medico, psichiatra, psicoterapeuta, specializzato in Sessuologia e Psicoterapie sessuali. Professore a contratto di Psicopatologia del Comportamento Sessuale e di Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Torino. Presidente della Società Italiana di Psicopatologia Sessuale (S.I.S.P.Se.).

MAURA GAROMBO, psicologo, psicoterapeuta. Dal 2001 Segretario Scientifico della Società Italiana di Psicopatologia Sessuale (S.I.S.P.Se.). Recapiti: SISPS, Corso Stati Uniti 57 Torino, Tel/Fax 0115171853

FRANCESCO OLIVA, medico, psichiatra. Ricercatore universitario di Psichiatria presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia "San Luigi Gonzaga" dell'Università degli Studi di Torino, SCU Psichiatria AOU San Luigi Gonzaga, Direzione Integrata Interaziendale di Salute Mentale e della Patologia delle Dipendenze AOU San Luigi Gonzaga/ASL TO3. Recapiti: AOU San Luigi Gonzaga, Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano (Torino) Tel. 0119026504, Fax 0119026595 • e-mail: francesco.oliva@unito.it

PIER MARIA FURLAN, medico, psichiatra, psicoterapeuta. Preside e Professore ordinario di Psichiatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia "San Luigi Gonzaga" dell'Università degli Studi di Torino. Responsabile della Direzione Integrata Interaziendale di Salute Mentale e della Patologia delle Dipendenze AOU San Luigi Gonzaga/ASL TO3. Recapiti: AOU San Luigi Gonzaga, Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano (Torino) Tel. 0119026517, Fax 0119026595 • e-mail: piermaria.furlan@unito.it

ROCCO LUIGI PICCI, medico, psichiatra, psicoterapeuta. Professore aggregato di Psichiatria presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia "San Luigi Gonzaga" dell'Università degli Studi di Torino. Responsabile del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura AOU San Luigi Gonzaga, Direzione Integrata Interaziendale di Salute Mentale e della Patologia delle Dipendenze AOU San Luigi Gonzaga/ASL TO3. Recapiti: AOU San Luigi Gonzaga, Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano (Torino) Tel. 0119026838, Fax 0119026595 • e-mail: rocco.picci@unito.it

Efficacia, target e contesti dei trattamenti per gli autori di reati sessuali

La questione sull'opportunità di trattare gli autori di reati sessuali è argomento dibattuto nel nostro paese e in generale l'opinione pubblica non sembra essere ancora matura per accettare che denari e risorse pubbliche siano impiegati in questa direzione. La cultura esistente, infatti, vede nella detenzione la giusta punizione e il modo per tutelare la collettività. In realtà, numerosi studi, condotti nel nord Europa e nord America (Loesel, F., & Schmucker, M. 2005), hanno evidenziato significativi tassi di recidiva in tutte le tipologie di aggressori sessuali; detto in un altro modo la detenzione non è una cura e neppure funge da efficace deterrente. Esistono invece alcune interessanti evidenze empiriche riguardanti l'efficacia dei trattamenti, misurata nei termini di riduzione della recidiva (Marshall, W. L., & Barbaree, H., E. 1988; Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P., & Barbaree, H., 1991). In vero sono già molti gli studi che affermano tale efficacia, ma questi sono per lo più privi dei requisiti minimi di validità scientifica (Hall, G. C., 1995). Ciò vale, ad esempio, per tutti gli studi sul trattamento con anti-androgeno e sulla castrazione chirurgica – attuata in passato – mentre l'efficacia dei trattamenti ad ispirazione cognitivo-comportamentale è sostenuta da un convincente corpo di ricerche empiriche (Kenworthy, T., Adams, C. E., Bilby, C., Brooks-Gordon, B., & Fenton, M., 2008; Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L. et al., 2002). In generale, come vedremo, si ritiene che il perfezionamento dei risultati non possa prescindere dall'attuazione di trattamenti teoricamente indirizzati secondo i principi della teoria del Rischio/Bisogno/Responsività (RNR) (Bonta & Andrews, 2008) che dovrebbero guidare la progettazione dei programmi di trattamento e la loro misura di efficacia. Ad oggi, tuttavia, il dibattito scientifico sull'efficacia dei trattamenti dedicati agli autori di reati sessuali è quanto mai aperto e vivace.

William Marshall, già presidente dell'IATSO (International Association for the Treatment of Sexual Offenders) nonché uno dei più eminenti ricercatori nell'ambito dei trattamenti per autori di reati sessuali, fa parte di coloro che sostengono che il trattamento degli aggressori sessuali funziona. Nel suo articolo sugli ambiti di efficacia dei trattamenti (Marshall & McGuire, 2003) afferma che i risultati ottenuti nel trattamento degli autori di reati sessuali sono confrontabili, e a volte superiori, a quelli ottenuti nel trattamento di autori di altri reati o nel trattamento di soggetti affetti da disturbi mentali o fisici. Pur dando il giusto peso alla contraddittorietà dei dati empirici, essendo tutte le meta-analisi a cui fa riferimento criticate per il motivo che nella maggior parte di esse non sono inclusi studi con gruppi di controllo comparabili, conclude che vi sono senz'altro evidenze che incoraggiano a ritenere che il trattamento degli aggressori sessuali sia realmente efficace (Marshall, Jones, Ward, Johnston, & Barbaree, 1991). Marshall auspica, inoltre, la progettazione di ricerche sostenute

da disegni più accurati, che includano almeno un gruppo di controllo corrispondente per dati demografici e caratteristiche di storia criminale. D'altra parte afferma che i disegni di studio randomizzati non sono facilmente realizzabili per ragioni etiche e pratiche. Infine cita i risultati del Collaborative Outcome Data Committee (CODC) dell'Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA - Hanson et al., 2002) in cui sono stati presi in esame solo gli studi empirici che soddisfacevano gli attuali standard di validità scientifica. I dati conclusivi della meta-analisi di queste ricerche ha evidenziato che solo il 10% del gruppo dei soggetti trattati presentava recidiva, a fronte del 17.4% del gruppo dei soggetti non trattati.

Insomma, diversi autori hanno dimostrato l'efficacia dei trattamenti nel ridurre la recidiva sessuale (Hall, 1995; Hanson et al., 2002; Gallagher, Wilson, Hirschfield, Coggeshall, & MacKenzie, 1999; Loesel & Schmucker, 2005), ma altri sono stati più prudenti e critici ed hanno enfatizzato come la riduzione della recidiva sia spesso stata dimostrata attraverso studi che non raggiungevano gli standard minimi di validità scientifica (Furby, Weinrott, & Blackshaw, 1989; Rice & Harris, 2003).

Analizziamo più in dettaglio il problema avvalendoci delle meta-analisi a disposizione. Hall (1995), nella sua meta-analisi, ha preso in esame anche i 92 studi utilizzati nella meta-analisi di Furby (1989), che concludeva per l'inefficacia dei trattamenti, e di quelle ricerche ne ha scartate 80 poiché tutte prive di gruppi di controllo o di dati di follow-up relativi alla recidiva. Nei restanti 12 studi egli ha riscontrato un tasso complessivo di recidiva del 19% per i reati trattati, a fronte di un 27% per quelli non trattati. Inoltre ha rilevato che la combinazione del trattamento cognitivo-comportamentale con quello anti-androgeno era superiore al solo trattamento cognitivo comportamentale. Nella successiva meta-analisi di Loesel e Schmucker (2005) altri quattro dei 12 studi sono stati esclusi per la loro debolezza empirica, tra i rimanenti otto ve n'era uno relativo alla castrazione chirurgica (Willie & Beier, 1989) privo di un gruppo di controllo e dei restanti sette studi, in quattro è stato utilizzato il Medrossiprogesterone Acetato (MPA) (Fedoroff, Wisner-Carlson, Dean, & Berlin, 1992; Maletzky, 1991; McConaghy, Blaszczyński, & Kidson, 1988; Meyer, Cole, & Emory, 1992) e solo due (Fedoroff et al., 1992; Meyer et al., 1992) di questi quattro studi riferivano sull'efficacia del trattamento anti-androgeno. In questi due studi, tuttavia, non vi era alcuna equivalenza nel gruppo di controllo, e quindi l'efficacia dichiarata potrebbe essere stata distorta dall'inferiore rischio iniziale nel gruppo di trattamento (Eher, Gnoth, Birkbauer, & Pfäfflin, 2007). Dei tre studi rimanenti (Hanson, Steffy, & Gauthier, 1993; Borduin, Henggler, Blaske, & Stein, 1990; Marshall & Barbaree, 1988) solo uno (Borduin et al., 1990) ha utilizzato un disegno randomizzato in cui otto adolescenti autori di reati ses-

suali, inseriti in un trattamento ad orientamento sistemico, sono stati confrontati con un gruppo di controllo con caratteristiche simili. Il gruppo in trattamento è risultato avere un tasso di recidiva sessuale del 12.5% rispetto al 75% del gruppo di controllo. Tuttavia, gli stessi autori, poiché neppure nell'assegnazione random è garantita un'equivalenza tra i gruppi rispetto le variabili di rischio, e dato che il campione era molto esiguo, hanno suggerito prudenza nell'interpretazione del dato.

Lo studio di Hanson et al. (1993) ha confrontato con due gruppi di controllo 106 molestatore di bambini rilasciati tra il 1965 e il 1973 e aventi un'età media di 32,4 anni. Il gruppo di trattamento presentava un tasso di precedenti condanne per reati sessuali del 63%, quasi il doppio di entrambi i gruppi di controllo (32% e 35% rispettivamente), e un profilo di rischio più elevato. Il follow-up della durata media di 19 anni non ha evidenziato un tasso di recidiva significativamente diverso tra il gruppo di trattamento e i gruppi di controllo. Considerato il più alto profilo di rischio del gruppo in trattamento è verosimile postulare un'efficacia, sia pur parziale del trattamento. In un altro studio attuato su molestatore di bambini sottoposti a trattamento cognitivo-comportamentale sono stati evidenziati consistenti vantaggi per il gruppo di rei trattati rispetto a quello dei non trattati (Marshall & Barbaree, 1988). Purtroppo in questa ricerca l'equivalenza dei gruppi di controllo è stata enunciata, ma non descritta, nessuna informazione sulle variabili rilevanti per la recidiva (precedenti reati, tipo di vittima) tra il gruppo di trattamento e quello di controllo è stata fornita. I tassi di recidiva dei rei trattati appartenenti al gruppo dei molestatore di minori non intra-familiari, sono risultati più bassi di quelli dei rei non trattati. Nel caso di vittime di sesso femminile: 42.9% vs. 17.9%, mentre nel caso di vittime maschili: 42.9% vs. 13.3%. Gli effetti benefici del trattamento sono apparsi essere tanto maggiori quanto più lungo era il periodo di follow-up. La conclusione degli autori era che i rei trattati ottenevano risultati migliori alla valutazione di follow-up sul lungo termine, rispetto a quelli non trattati. I soggetti trattati avevano minori probabilità di recidiva, ma se questa avveniva essi divenivano indistinguibili dal gruppo dei non trattati in termini di frequenza di recidiva. Nel complesso, lo studio di Hall (1995) è stato criticato per il fatto che "i dati più convincenti di efficacia del trattamento risultavano da confronti tra i soggetti che lo avevano portato a termine e soggetti che lo avevano abbandonato" (Hanson et al., 2002).

Tutti gli studi clinici randomizzati (RCT) sul trattamento degli aggressori sessuali sono stati esaminati da White, Bradley, Ferriter, & Hatzipetrou (2000), ma questi autori hanno riscontrato un solo studio che soddisfaceva in modo pieno i criteri dei RCT (McConaghy et al., 1988). In questo studio l'effetto della terapia farmacologica (MPA) associata alla desensibilizzazione immaginativa non risultava migliore di quello della sola desensibilizzazione immaginativa. Gli autori conclusero per la mancanza di una forte base di evidenze empiriche a sostegno del trattamento degli aggressori sessuali. Insomma il dibattito scientifico sull'efficacia dei trattamenti è aperto, vivace e controverso. Un esempio è il recente ritiro (giugno 2008) di una meta-analisi sui trattamenti controllati e randomizzati non farmacologici (Kenworthy, Adams, Bilby, Brooks-Gordon, & Fenton, 2008).

Questa meta-analisi includeva nove studi controllati randomizzati (Kenworthy, Adams, Bilby, Brooks-Gordon, & Fenton, 2004) e gli autori erano giunti alla conclusione che i trattamenti cognitivo-comportamentali di gruppo, confrontati ad altre tipologie di intervento, erano più efficaci nel ridurre i tassi di recidiva ad un anno dei molestatore di bambini. Tuttavia gli stessi autori sottolineavano che la limitata quantità di ricerche e dati contenuti nella loro meta-analisi non consentiva di fare raccomandazioni di indirizzo terapeutico considerata la pericolosità della popolazione a cui i trattamenti erano indirizzati. La meta-analisi del CODC (Hanson et al., 2002) focalizzata sui trattamenti non farmacologici sugli autori di reati sessuali ha evidenziato un tasso di recidiva del 12.3% per i rei trattati e del 16.8% per quelli non trattati. Analizzando solo gli studi che soddisfacevano gli standard attuali, la differenza è risultata ancora più evidente (10% vs. 17.4%). Questa meta-analisi ha evidenziato che il trattamento cognitivo-comportamentale e quello sistemico erano associati ad una riduzione della recidiva sessuale e generale, mentre altre forme di trattamento non avevano una significativa efficacia. In questa meta-analisi di 43 studi, i criteri di inclusione erano la disponibilità di dati sulla recidiva e la presenza di un gruppo di controllo, furono inclusi studi ad "assegnazione random", ad "assegnazione incidentale" e ad "assegnazione basata sulle esigenze", e anche studi con gruppi di controllo costituiti da soggetti che avevano rifiutato il trattamento o lo avevano abbandonato. Anche i risultati di questa meta-analisi sono stati storicamente criticati (Rice & Harris, 2003). In primo luogo perché i soli studi ad assegnazione random non davano convincente prova dell'efficacia dei trattamenti, specie per quelli sugli adulti. Soltanto uno dei quattro studi ad assegnazione random riportava risultati positivi. Tuttavia, questo studio includeva solo otto adolescenti inseriti in un programma di trattamento di tipo sistemico (Borduin et al., 1990), un trattamento difficilmente applicabile agli adulti. I cosiddetti studi ad "assegnazione incidentale", che secondo le conclusioni di Hanson (2002) avrebbero dimostrato un'efficacia dei trattamenti, furono anch'essi criticati, in quanto, ad un'analisi più approfondita, erano stati inclusi gruppi di controllo non comparabili e i risultati di questo tipo di studi sarebbero troppo deboli per trarne inferenze sull'efficacia del trattamento. Rice & Harris (2003), al termine della loro disamina critica della meta-analisi, giunsero alla conclusione che, "in quasi tutti i casi, le evidenze erano inquinate dal fatto che i gruppi di controllo includevano rei a rischio più elevato che avrebbero rifiutato o abbandonato il trattamento, se fosse stato loro offerto". Inoltre, gli stessi autori hanno ammonito che qualsiasi informazione utile sull'efficacia del trattamento richiede che il gruppo trattato sia confrontato con un gruppo comparabile che riceve un trattamento diverso, o nessun trattamento. E ancora, benché il *golden standard* sia l'assegnazione random, anch'essa non è garanzia assoluta di equivalenza tra i gruppi. Gli autori insistono sulla necessità in questo campo di ricerche che saturino al meglio i criteri della scientificità perché conclusioni errate sono in questo ambito un "rischio inaccettabile". Valutazioni inferenziali distorte tratte dalle conclusioni errate delle ricerche scientifiche determinano spreco di risorse e, forse, generano danni anche per la comunità. Detto in altre parole qualora uno studio non pre-

veda l'analisi della recidiva di almeno due gruppi distinti di aggressori sessuali (dei quali almeno uno riceve il trattamento), e a meno che i gruppi non siano, tranne che per la variante del trattamento, comparabili, lo studio non ha alcun valore scientifico e da esso non si possono trarre indicazioni per il trattamento. Gli autori raccomandano l'assegnazione random e sostengono che l'unica via accettabile per raggiungere la comparabilità dei gruppi (in trattamento e controllo) sia che questi coincidano in merito ai fattori di rischio di recidiva sessuale noti (bisogni criminogenici). Inoltre, poiché sembra essere ragionevole ritenere coloro che rifiutano il trattamento più a rischio rispetto a quelli che lo abbandonano, i primi non dovrebbero mai essere inclusi nei gruppi di controllo. E ancora, non dovrebbe accadere che il gruppo di controllo venga a costituirsi con soggetti a cui non è stato proposto il trattamento perché, in questo caso, non vi sarebbe alcuna informazione sulla percentuale di possibili rifiuti nel gruppo di controllo, a ragione del fatto che a queste persone il trattamento non è stato offerto. Nella più recente meta-analisi di Loesel e Schmucker (2005) l'efficacia del trattamento risulta essere netta: 37% di recidiva sessuale in meno rispetto ai controlli. Ad ogni modo anche questa meta-analisi non è esente da critiche. La principale è la presenza nelle ricerche incluse di gruppi di controllo non equivalenti o la cui equivalenza è solo supposta. In circa il 25% degli studi il gruppo di controllo è poi composto da soggetti che avevano rifiutato il trattamento che sono, per definizione, a più alto rischio di recidiva e quindi non adatti a partecipare alla composizione di un gruppo di controllo. Nella meta-analisi in questione sono state incluse ricerche su diverse tipologie di trattamento e la maggiore efficacia è stata riscontrata nei trattamenti basati sulla terapia anti-androgena e su quella chirurgica (castrazione chirurgica). Per la precisione sono stati inclusi otto studi sull'uso della terapia anti-androgena e sei studi sulla castrazione chirurgica per i quali non vi erano gruppi di controllo equivalenti. Una revisione di Eher (2007) degli studi sul trattamento anti-androgeno inclusi nella meta-analisi di Loesel e Schmucker, ha evidenziato che le ricerche riguardanti l'uso del Ciproterone Acetato e degli Agonisti del GnRH non rispondevano ai criteri di inclusione per la meta-analisi poiché erano prive di gruppi di controllo e non presentavano nessun dato sulla recidiva sessuale. I sei rimanenti studi riguardavano l'uso del MPA, di cui quattro non hanno evidenziato alcun effetto del MPA sulla recidiva sessuale. Soltanto in due di questi studi (Fedoroff, 1992; Meyer, Molett, Richards, Arnold, & Latham, 2003) è stata dimostrata un'efficacia, ma in nessuno dei due era presente un gruppo di controllo equivalente e i risultati potrebbero essere stati falsati dalla presenza di un campione di controllo costituito da soggetti a più alto rischio (Eher, 2007). Nella meta-analisi viene sottolineata l'efficacia degli approcci cognitivo-comportamentali e comportamentali classici. Purtroppo solo un terzo degli studi che misuravano l'efficacia di questi approcci terapeutici soddisfaceva i requisiti minimi per un gruppo di controllo equivalente. Inoltre, prendendo in esame i soli studi randomizzati, non era più possibile dimostrare in modo statisticamente significativo l'efficacia di questi trattamenti (Schmucker, 2004).

Marshall, Marshall, Fernandez, Malcolm, & Moulden

(2008) esprimono la necessità di una approfondita analisi delle ragioni per cui un programma di trattamento non è efficace. Essi stessi propongono un elenco di possibili motivi: l'abilità e lo stile di intervento del terapeuta, l'atmosfera che si viene a creare nel gruppo, la quantità e l'appropriatezza dei target di trattamento, la durata e l'intensità del trattamento, l'aderenza del programma ai principi di efficacia per il trattamento degli autori di reati sessuali e la responsabilità del paziente. Gli autori descrivono tre popolazioni di rischio: coloro che rifiutano il trattamento, quelli che abbandonano il programma (o che vengono allontanati dal trattamento) e quelli che rimangono, ma non raggiungono gli obiettivi del trattamento. Tutti i soggetti dei tre gruppi sono a più alto rischio di recidiva e non dovrebbero prendere parte alla costituzione di gruppi di controllo (Marques, Wiederanders, Day, Nelson, & Van Ommeren, 2005). Marshall (2008) suggerisce la messa in atto di un "programma preparatorio" finalizzato a promuovere la motivazione al trattamento e favorire il superamento delle resistenze. A tal fine egli utilizza colloqui motivazionali e strategie di intervento derivate da diverse cornici teoriche quali la psicologia positiva, la teoria della speranza, la teoria dell'autoefficacia e il *good lives model*. L'analisi degli effetti di questo programma pre-trattamento ha dimostrato un aumento dell'autoefficacia e del riconoscimento del bisogno di cambiamento e della speranza di poterlo attuare. Nell'esperienza di Marshall coloro che avevano effettuato il pre-trattamento e il trattamento presentavano un rischio di recidiva sessuale e violenta significativamente inferiore. Lo studio di Marshall (2008) fornisce un esempio unico di come la responsabilità possa essere incrementata e determini risultati migliori quando il soggetto si sottopone al successivo programma di trattamento. Tuttavia, l'implementazione della responsabilità non dipende solo dalla messa in atto di gruppi pre-trattamento, ma dal funzionamento psicologico del reo e dalla presenza o assenza di altri disturbi. Al riguardo, negli autori di reati sessuali si riscontra un aumentato rischio di ospedalizzazione psichiatrica (Fazel, Sjostedt, Langstrom, & Grann, 2007) e alti tassi di disturbi cronici come l'uso di sostanze, parafilie, disturbi dell'umore e disturbi di personalità (McElroy et al., 1999; Harsch, Bergk, Steinert, Keller, & Jockusch, 2006; Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson, & Miner, 1999). Questi dati ci inducono a ritenere che il paziente deve essere preparato per entrare in un gruppo di trattamento e che probabilmente occorrono gruppi di pre-trattamento diversificati: gli aggressori che soddisfano i criteri per le parafilie gravi e per la personalità psicopatica, ad esempio, necessitano di un'impostazione pre-trattamentale diversa rispetto ai soggetti affetti da personalità nevrotica (Olver, Wong, & Nicholaichuk, 2009). Inoltre, è ragionevole aspettarci che la percentuale di rifiuti, di abbandoni e di fallimenti sia più alta fra gli aggressori mentalmente disturbati, a causa dei meccanismi difensivi implicati in questi disturbi (Kernberg, 2006). Queste considerazioni suggeriscono che i trattamenti ispirati dai principi del Rischio/Bisogno/Responsività (RNR) non solo sono opportuni, ma hanno già dimostrato la loro efficacia nel trattamento degli autori di reati sessuali (Hanson, Bourbon, Helmus, & Hodgson, 2009). Analizzando i soli studi che si attevano alle linee guida della CODC per il livello minimo di qualità di ricerca (Collaborative Outcome Data

Committee, 2007a, 2007b), si osserva che i tassi di recidiva sessuale, negli studi in cui i programmi di trattamento aderivano ai principi del RNR, erano significativamente inferiori a quelli dei rei sessuali non trattati (1.92% vs. 10.9%). Quindi, pur essendo aperto il dibattito sull'efficacia dei trattamenti, quelli che aderiscono ai principi del RNR sembrano essere efficaci e in ogni caso superiori agli altri tipi di trattamento. Ecco quindi che l'intervento terapeutico sui bisogni criminogenici, altrimenti detti fattori di rischio dinamico stabili, dovrebbe diventare un preciso target di trattamento (Harkins & Beech, 2007). Infatti vi è ormai una consolidata correlazione empirica tra i bisogni criminogenici identificati (deficit autogestione, distorsioni cognitive, preferenze sessuali devianti, difficoltà nelle relazioni intime) e la recidiva (Rosso, Garombo, Furlan, 2010). È verosimile ritenere che se i futuri programmi si conformassero ai principi del Rischio/Bisogno/Responsività si consoliderebbe empiricamente l'efficacia dei trattamenti.

Per chiarezza vengono spiegati alcuni concetti relativi al rischio e ai bisogni (fattori di rischio dinamico stabili) che contribuiscono, insieme ad altri fattori, al costituirsi della condizione di rischio di recidiva sessuale. L'analisi del rischio, che qui non viene compiutamente trattata, comprende un *assessment* completo che a partire dal colloquio clinico approfondisce, anche attraverso l'uso di test psicometrici, la storia del soggetto, riservando particolare attenzione allo sviluppo sessuale, ed a quei fattori che compongono il terreno di vulnerabilità per l'aggressione in quel soggetto. In letteratura e nella pratica clinica sono stati individuati alcuni fattori di rischio che attraversano le differenti tipologie di aggressori sessuali. Tali fattori sono denominati "fattori dinamici stabili" ossia quelle caratteristiche personologiche che descrivono il modo di pensare del soggetto, i suoi stili di comportamento e di relazione su cui è possibile indirizzare il trattamento.

Questo tipo di valutazione richiede specifiche competenze da parte dell'operatore in quanto, oltre a saper affrontare le tematiche relative alla sessualità ed in particolare dei comportamenti sessuali aggressivi e delle azioni criminali ad esse connessi, deve saper gestire la relazione (evitare che si apra una conflittualità o che si crei una situazione giudicante), ma anche e soprattutto la propria emozionalità. Un clima empatico, supportato da contenuti scientifici, non collusivo ma capace di recepire lo stato d'animo dell'altro, costituisce il primo passo per analizzare i bisogni criminogenici del soggetto e favorire l'adesione al trattamento.

A ciò, nel nostro paese si aggiunge la difficoltà all'utilizzo di strumenti di valutazione (questionari, scale psicometriche) in quanto non esiste un materiale, in lingua italiana, che nello specifico sia in grado di valutare le distorsioni cognitive o le capacità empatiche, ossia quei "fattori dinamico stabili" la cui misurazione potrebbe fornire dati utili nel definire il livello di rischio, mirare l'intervento, nonché a valutare il cambiamento a seguito del trattamento.

In Italia, diversamente dai paesi anglosassoni, l'unica offerta trattamentale è organizzata nelle strutture carcerarie, con programmi di trattamento molto differenziati, discontinui, in quanto risentono della precarietà delle risorse, sia umane, sia finanziarie. Inoltre non esistono servizi territoriali in grado di assolvere un ruolo di supporto e di monitoraggio a cui la persona possa fare riferimento nella fase

post-detentiva. Nel nostro paese, quando un autore di un reato sessuale estingue la sua pena, esce anche dai programmi di riabilitazione e non ha più alcun obbligo con la società. Nel Regno Unito, invece, e in genere in tutti i paesi anglosassoni (Olanda, Danimarca, Svezia e al.), dagli USA al Canada, dall'Australia alla Nuova Zelanda, dopo la condanna l'aggressore continua ad essere oggetto dei programmi di riabilitazione, seguito dai servizi sociali, dai servizi sanitari, dai gruppi situati sul territorio, sia di mero auto aiuto sia con facilitatori, in cui è coinvolta anche la famiglia dell'aggressore.

Tutto ciò è molto importante perché uno dei primi fattori che riduce il rischio di recidiva è proprio il reinserimento sociale dell'aggressore sessuale. Del resto, ogni criminale all'uscita di prigione, senza supporto materiale, sociale e psicologico, si trova in difficoltà ed è ad alto rischio di reiterazione del reato. L'integrazione sociale non dovrebbe quindi essere più intesa come un mero supporto "regalato" all'aggressore sessuale quando è dimesso dal carcere. Gli interventi integrativi-riabilitativi dovrebbero iniziare quando il soggetto è in carcere fino alle misure alternative, dove può avere restrizioni pur rimanendo in libertà. Questa assistenza "a ponte" è definita *throughcare* e le esperienze realizzate negli USA hanno evidenziato come la semilibertà aiuti il condannato molto più che un'alienante continuazione del periodo detentivo (United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC, 2006). L'aggressore sessuale uscito dal carcere è generalmente marginalizzato nella società e gli è difficile una reintegrazione piena; già di per sé ha una storia di isolamento sociale, di marginalizzazione, di abusi subiti e disoccupazione che inizia prima della sua incarcerazione e che contribuisce non poco alle difficoltà di reinserimento. Molti aggressori sessuali accusano, inoltre, deficit cognitivi conseguenti ad uso di sostanze o ritardo intellettivo. In questi soggetti le capacità di *problem solving* sono ulteriormente ridotte. Lo stesso periodo in carcere può non essere privo di effetti collaterali: possono perdere la casa, non essendo in grado di pagare l'affitto; possono perdere beni materiali, non essendo in grado di mantenerli; possono perdere affetti, custodia dei figli, patria potestà, etc. Il reintegro non dovrebbe prescindere da un intervento psicoeducazionale che coinvolga tutta la famiglia. Tra i fattori accompagnati ad una prognosi favorevole del programma di rientro si annoverano: l'alta scolarizzazione; l'assenza di abusi infantili subiti; l'assenza di recidive; la consapevolezza rispetto al ruolo avuto nell'abuso; la buona motivazione al cambiamento. Il cosiddetto "programma di rientro" necessita di un case management che aiuti l'aggressore sessuale quando esce dal carcere ad acquisire le abilità che gli occorrono al rientro in comunità. Il carcere confina ma anche protegge. I "programmi di rientro" vanno tarati sui fattori di rischio, sul tipo di abuso e sull'ambiente in cui impatterà l'aggressore dopo il suo rilascio. Alcuni programmi sono anche centrati sul controllo dell'uso di sostanze psicotrope, altri sul trattamento della comorbidità psichiatrica, quasi tutti prevedono un tirocinio lavorativo controllato. Tutti tengono in debito conto i fattori di rischio statici, e cercano di monitorare quelli dinamici. I programmi sono volontari e possono contribuire, nei paesi anglosassoni, ad una diminuzione della pena.

Un altro grosso problema cui vanno incontro tutti co-

loro che sono stati in carcere è lo stigma. che può essere causa di recidiva. Il modo migliore per superarlo è dimostrare alla società non solo di avere estinto il debito con essa, ma di avere potenzialità e capacità che permettano di vivere in comunità alla pari con gli altri.

Per gli aggressori sessuali con comorbilità per disturbi mentali, è prevista una stretta collaborazione con i servizi psichiatrici locali e spesso un trattamento in comunità protette. Soprattutto questi casi necessitano di un trattamento multidisciplinare che coinvolge i dipendenti del ministero della Giustizia e quelli del Welfare (Harrington e Bailey, 2005). Il lavoro è una chiave di volta del successo della reintegrazione. Un lavoro, meglio se all'inizio protetto, riduce drasticamente il rischio di ricadute.

Bibliografia

- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2008). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation* [electronic version]. Public Safety Canada. Retrieved from http://www.pssp.gc.ca/res/cor/rep/_fl/Risk_Need_2007-06_e.pdf.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34, 105-113.
- Collaborative Outcome Data Committee (2007a). *Sexual offender treatment outcome research: CODC guidelines for evaluation Part 1: Introduction and overview* (Corrections Research User Report No. 2007-03). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Collaborative Outcome Data Committee (2007b). *The Collaborative Outcome Data Committee's guidelines for evaluation of sexual offender treatment outcome research Part 2: CODC guidelines* (Corrections Research User Report No. 2007-03). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Eher, R., Gnoth, A., Birklbauer, A., & Pfäfflin, F. (2007). Antandrogene medikation zur senkung der rückfalligkeit von sexualstraftätern: ein kritischer überblick [Antiandrogenic medication for sexual offenders: a critical review]. *Recht & Psychiatrie*, 25, 103-111.
- Fazel, S., Sjostedt, G., Langstrom, N., & Grann, M. (2007). Severe Mental illness and risk of sexual offending in men: A case-control study based on Swedish national register. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 588-596.
- Fedoroff, J. P., Wisner-Carlson, R., Dean, S., & Berlin, F. S. (1992). Medroxy-progesterone Acetate in the treatment of paraphilic sexual disorders. Rate of relapse in paraphilic men treated in long-term group psychotherapy with or without medroxy-progesterone acetate. *Journal of Offender Rehabilitation*, 18, 109-123.
- Furby, L., Weinrott, M. R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 105, 3-30.
- Gallagher, C. A., Wilson, D. B., Hirschfeld, P., Coggeshall, M. B., & MacKenzie, D. L. (1999). A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly*, 3, 19-29.
- Hall, G. C. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal for Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effectiveness correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L. et al. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse*, 14, 169-194.
- Hanson, R. K., Steffy, R. A., & Gauthier, R. (1993). Long term recidivism of child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 646-652.
- Harkins, L., & Beech, A. R. (2007). A review of the factors that can influence the effectiveness of sexual offender treatment: Risk, need, responsivity, and process issue. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 615-627.
- Harsch, S., Bergk, J. E., Steinert, T., Keller, F., & Jockusch, U. (2006). Prevalence of mental disorders amongst sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 443-449.
- Kenworthy, T., Adams, C. E., Bilby, C., Brooks-Gordon, B., & Fenton, M. (2008). WITHDRAWN: Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD004858.
- Loesel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Maletzky, B. M. (1991). The use of medroxyprogesterone acetate to assist in the treatment of sexual offenders. *Annals of Sex Research*, 4, 117-129.
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1988). The long term evaluation of a behavioural treatment program for child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 499-511.
- Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P., & Barbaree, H. (1991). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 11, 465-485.
- Marshall, L. E., Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Malcom, P. B., & Moulden, H. M. (2008). The Rockwood Preparatory Program for sexual offenders: Description and preliminary appraisal. *Sex Abuse*, 20, 25-42.
- Marshall, W. L., & McGuire, J. (2003). Effect sizes in the treatment of sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 653-663.
- McConaghy, N., Blaszczyński, A., & Kidson, W. (1988). Treatment of sex offenders with imaginal desensitization and/or medroxyprogesterone. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 199-206.
- Meyer, J. W., Molett, M., Richards, C. D., Arnold, L., & Latham, J. (2003). Outpatient civil commitment in Texas for management and treatment of sexually violent predators: A preliminary report. *Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 396-406.
- Meyer, W. J., Cole, C., & Emory, E. (1992). Depo provera treatment for sex offending behavior: An evaluation of outcome. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 20, 396-406.
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (2003). The size and sign of treatment effects in sex offender therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 428-440.
- Rosso, C., Garombo, M., Furlan, P. M. (2010). *Aggressori Sessuali: la comprensione empirica del comportamento abusante*. Centro Scientifico Editore / Edi. ERMES.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2006). *Criminal Justice Assessment*. New York: United Nations.
- White, P., Bradley, C., Ferriter, M., & Hatzipetrou, L. (2000). Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD000251.
- Wille, R., & Beier, K. M. (1989). Castration in Germany. *Annals of Sex Research*, 2, 103-133.