

Le parafilie, le disfunzioni sessuali e il disturbo dell'identità di genere

Enrico Spagni*

Introduzione

Inspirate.

Inalate il più possibile.

Questo racconto dovrebbe durare più o meno il tempo che riuscite a trattenere il respiro, più un altro pò.

Per cui ascoltate più in fretta che potete.

*C'era un mio amico che quando aveva più o meno tredici anni
aveva sentito parlare del "pegging".*

Vuol dire quando ci si fa scopare in culo con un dildo. Pare che stimolarsi a dovere la ghiandola prostatica ti faccia avere degli orgasmi col botto. E senza mani, per di più. Alla sua età, questo mio amico è come dire, un po' un maniaco sessuale ed è sempre in cerca di modi nuovi per arraparsi.

Ragion per cui esce a comprarsi una carota e della vaselina. Per condurre, ecco, una piccola ricerca privata sulla faccenda. Poi però si immagina al supermercato, la carota e la vaselina che scorrono sul nastro trasportatore in direzione della cassiera.

E la gente in coda che osserva.

E capisce che gran serata si è organizzato.

*Ragion per cui questo mio amico compra latte, uova, zucchero e una carota:
gli ingredienti per una bella torta di carote, insomma.*

Più la vaselina.

Come se si dovesse infilare su per il culo una torta di carote.

(Incipit del racconto "Budella", tratto da *Cavie* di Chuck Palahniuk)

Il limite tra "stranezza" e disturbo sessuale è teoricamente ben definito, ma questa distinzione non è molto chiara alla società.

Una modalità di eccitamento particolare per diventare un disturbo deve essere l'unica stimolazione che provoca un'eccitazione sessuale soddisfacente nel soggetto. Il periodo minimo di durata dell'esclusività per stabilire che si tratta di una patologia è di sei mesi. La focalizzazione sessuale non convenzionale deve provocare un disagio clinicamente significativo. Per non essere un disturbo, nel caso in cui la fantasia non sia centrata su un oggetto inanimato, ma su una persona, il consenso del partner deve essere reale. Secondo i criteri appena citati gli episodi saltuari e non esclusivi non determinano un disturbo sessuale.

Le parafilie

Il termine *parafilia* sostituisce quello precedente di *perversione sessuale* a causa della sua valenza moralistica, questo sottolinea il fatto che la deviazione (*para*) dipende dall'oggetto da cui la persona è attratta (*filia*). L'etimologia della parola deriva dal greco *para*, che significa presso, accanto, oltre e *filia* che significa amore.

Si definisce *parafilia* un disturbo del comportamento sessuale, caratterizzato da un'intensa eccitazione e ricorrenti fantasie sessuali, forti impulsi e comportamenti ritenuti devianti rispetto le normali modalità di eccitamento.

* Studente Scuola di Alta Formazione in Scienze Criminologiche e Investigative, Curtatone, (MN).

Impulsi e fantasie in genere riguardano:

- oggetti inanimati (Scarpe, biancheria intima, ecc...);
- la sofferenza o l'umiliazione di se stessi o del partner;
- bambini o altre persone non consenzienti.

Il comportamento si deve manifestare per un periodo superiore ai sei mesi per essere in presenza di un disturbo. In alcuni casi, il comportamento parafilico, può provocare un profondo disagio soggettivo (sensi di colpa, vergogna e depressione), oppure, può influire pesantemente sulla vita sociale e lavorativa dell'individuo, includendo anche implicazioni di tipo giudiziario.

Lo scopo imperativo è quello di raggiungere il piacere. Il comportamento conseguente ha caratteristiche di tipo stereotipato, ritualizzato con aspetti impulsivi e a volte compulsivi. Tale condotta tende a diventare esclusiva con aspetti di segretezza ed esclusiva dimensione personale. I soggetti che non hanno un partner consenziente con cui realizzare le proprie fantasie possono ricorrere alle prestazioni di prostitute o possono concretizzare le loro fantasie su vittime non consenzienti.

Le persone con un disturbo parafilico a volte scelgono un lavoro, un hobby o un'attività di volontariato che li porti in contatto con lo stimolo desiderato (Es. vendere scarpe o biancheria intima femminile (feticismo), lavorare coi bambini (pedofilia), o guidare un'autoambulanza [sadismo sessuale]).

Essi possono guardare, leggere, comprare, o collezionare fotografie, film, e testi focalizzati sul loro tipo preferito di stimolo parafilico. Spesso c'è una compromissione della capacità di avere un'attività sessuale reciprocamente affettuosa, e possono essere presenti Disfunzioni Sessuali. Anche le anomalie di personalità sono frequenti, e possono essere abbastanza gravi da motivare una diagnosi di Disturbo di Personalità.

Nei soggetti con parafilia possono insorgere sintomi depressivi, che possono essere seguiti da un aumento della frequenza e dell'intensità del comportamento parafilico.

La diagnosi di parafilia nelle varie culture o religioni è complicata dal fatto che ciò che è considerato deviante in un contesto culturale può essere più accettabile in un altro. Tranne per il masochismo sessuale, dove il rapporto tra i sessi è stimato di 20 maschi per ciascuna femmina, le altre parafilie non sono quasi mai state diagnosticate nelle femmine, anche se sono stati riferiti alcuni casi.

I problemi che generalmente si presentano nelle cliniche specializzate sono la pedofilia, il voyeurismo, e l'esibizionismo. Il masochismo sessuale e il sadismo sessuale si osservano molto più raramente. Circa la metà dei soggetti con Parafilia giunti all'osservazione clinica sono sposati.

L'ampio mercato di pornografia parafilica e di attrezzature indica che la prevalenza nella comunità è probabilmente alta.

Secondo il modello psicoanalitico *freudiano* le perversioni sono frutto di una mancata maturazione sessuale secondo le normali fasi: orale, anale, fallica e genitale.

Le nuove tendenze psicoanalitiche trovano nella parafilia un mezzo messo in atto per far fronte all'ansia causata dalla paura della castrazione da parte del padre e/o dalla separazione dalla madre. Altre teorie ipotizzano che esperienze precoci di tipo parafilico predispongono l'insorgenza del disturbo in età giovane adulta. Alcuni studi hanno osservato la concomitanza di disturbi di base organica come livelli ormonali anormali, segni neurologici da lievi a gravi, anomalie cromosomiche e comportamento parafilico. In alcuni casi sono stati trovati anche disturbi di tipo psichiatrico o ritardo mentale.

Alcune delle prime fantasie e i primi comportamenti parafilici possono iniziare nella fanciullezza o nella prima adolescenza, ma diventano 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. Molte persone riferiscono che le fantasie sono sempre presenti, ma che ci sono periodi in cui la frequenza delle fantasie e l'intensità degli impulsi variano sensibilmente. 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.

Una parafilia deve essere distinta dall'uso non patologico di fantasie, comportamenti, o oggetti sessuali come stimolo per l'eccitazione sessuale in soggetti senza parafilia. Le fantasie, i comportamenti o gli oggetti sono parafilici solo quando portano ad un disagio clinicamente significativo o ad una menomazione.

Nel ritardo mentale, demenza, modificazioni della personalità dovute a una condizione medica generale, intossicazione da sostanze, episodio maniacale o schizofrenia, può esserci una diminuzione del giudizio, delle capacità sociali, o del controllo degli impulsi, questo, in rari casi, porta ad un comportamento sessuale inusuale. Tale condizione può essere distinta da una parafilia per il fatto che il comportamento

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

sessuale inusuale non è la modalità preferita o vincolante del soggetto, i sintomi sessuali si manifestano solo durante il decorso di questi disturbi mentali, e gli atti sessuali inusuali tendono ad essere isolati e solitamente insorgono in un'età più avanzata. Se le preferenze sessuali del soggetto soddisfano i criteri per più di una parafilia, tutte dovrebbero essere diagnosticate.

Clinicamente sono riconosciute otto maggiori forme di parafilia:

- esibizionismo (scoptofilia)
- feticismo;
- frotteurismo;
- pedofilia;
- masochismo sessuale;
- sadismo sessuale;
- feticismo di travestimento;
- voyeurismo.

Parafilia non altrimenti specificata (NAS):

- zoofilia (animali);
- coprofilia (feci);
- necrofilia (cadaveri);
- urofilia (urina);
- apotemnofilia (amputazioni).

Le parafilie, le disfunzioni sessuali e il disturbo dell'identità di genere

a. Esibizionismo (scoptofilia)

L'esibizionismo è una forma di parafilia, lo stimolo deriva dall'esposizione dei propri genitali ad un estraneo. Ci sono casi in cui il soggetto si masturba mentre si mostra, o mentre fantasma di mostrarsi. Di solito se la persona mette in atto questi impulsi non vi sono tentativi di ulteriore attività sessuale con l'estraneo. In alcuni casi il soggetto è conscio del desiderio di stupire o di procurare uno shock a chi lo guarda. In altri casi, invece, il soggetto ha la fantasia sessualmente eccitante che chi lo guarda si ecciti sessualmente. Solitamente l'insorgenza è prima dei 18 anni, anche se il disturbo può cominciare in età più avanzata. Tra i soggetti di età più avanzata vi sono pochi arresti, questo potrebbe indicare che la condizione diventa meno grave dopo i 40 anni. L'individuo che ha seguito i suoi impulsi sessuali o le sue fantasie sessuali prova un notevole disagio o difficoltà interpersonali.

La pratica dell'esibizionismo sessuale ha avuto una rilevante diffusione in seguito allo sviluppo delle videocamere ad uso amatoriale e della fotografia digitale. A queste basi è stata poi combinata, soprattutto dagli anni novanta in avanti, la distribuzione telematica delle immagini e dei filmati mediante internet, con il risultato di consentire a un gran numero di persone di esibire i propri corpi e i propri atti intimi di fronte a una platea virtualmente mondiale, rendendo irriconoscibile la propria identità.

Esempio:

Sesso: maschile

Età: 27 anni (al momento della consulenza)

Qualifica: ingegnere

Situazione familiare: figlio unico. Religione della famiglia ebraica ortodossa.

Padre insegnante, poco coinvolto e nei momenti di presenza si mostrava autoritario e punitivo.

Madre casalinga, dominante ed intrusiva.

La sessualità era condannata come cosa "sporca" dai genitori.

Storia del paziente

Da adolescente era quieto, solitario e studioso, gli insegnanti lo descrivevano come un “bambino modello”. Era socievole ma entrava in intimità con pochi compagni di scuola.

La madre, preoccupata dalla pulizia, gli faceva il bagno fino all'età di 10 anni. Durante uno di questi bagni il paziente ricorda di aver temuto di avere un'erezione in sua presenza. L'episodio che lo spaventava non si verificò mai.

Raggiunse la pubertà a 13 anni, e a quell'età ebbe la sua prima eiaculazione durante il sonno. Tra i 13 e i 18 anni, a causa di sensi di colpa, si oppose alla tentazione di masturbarsi. Gli orgasmi si verificavano soltanto con polluzioni notturne. Sua madre era contraria ai suoi incontri ed appuntamenti con le ragazze durante l'adolescenza, malgrado i suoi valori antisessuali, essa si aggirava spesso per la casa in sua presenza parzialmente nuda. Con grande vergogna, egli veniva eccitato sessualmente da questa stimolazione, che si verificò ripetutamente nel periodo dell'adolescenza.

Durante la settimana che precede gli esami di maturità, a 18 anni, sentì per la prima volta il desiderio irrefrenabile di esibirsi. Per ragioni a lui sconosciute ricercava situazioni dove potesse trovarsi da solo con una donna che non conosceva, appena si avvicinava a lei si eccitava sessualmente. Successivamente camminava verso di lei e esibiva il suo pene in erezione. Trovava che la sorpresa e la paura della donna lo stimolassero ulteriormente e spesso quindi eiaculava. Altre volte fantasticava masturbandosi su incontri passati. Dopo essersi esibito si sentiva colpevole e pieno di vergogna e giurava di non farlo mai più. Tuttavia, spesso il desiderio lo sopraffaceva e il comportamento si ripeteva di sovente, solitamente in periodi di tensione. Era disperato, ma si vergognava troppo per cercare un aiuto professionale. A 24 anni venne quasi catturato da un poliziotto, ma riuscì a fuggire. A 25 anni, dopo aver lasciato la casa dei genitori, iniziò ad uscire con donne. Nei due anni successivi ebbe degli appuntamenti ma era troppo inibito per iniziare un'attività sessuale. A 27 anni incontra una donna che si innamorerà di lui, e vorrà stabilire una relazione. Fino ad allora il paziente è riuscito a resistere alle sue necessità esibizionistiche, ma dopo averla incontrata, ha di nuovo iniziato ad esibirsi e teme che se non smetterà verrà infine arrestato. Gli piace e rispetta la sua potenziale partner sessuale, ma tuttavia la condanna per il suo desiderio di stabilire una relazione prematrimoniale. Dopo aver ripreso ha deciso di chiedere una consulenza per l'esigenza irresistibile di esibire il suo pene di fronte a donne sconosciute.

Conclusioni sul caso

Si potrebbe ragionare a lungo sulle esperienze infantili che potrebbero aver contribuito allo sviluppo del disturbo nel paziente. L'impulso sessuale intenso e ricorrente, il tipo di fantasie che provocano eccitamento sessuale e generano un disagio marcato, determinano una diagnosi di esibizionismo. Si potrebbe ipotizzare anche un contemporaneo disturbo di personalità, ma gli elementi non sono sufficienti, servono maggiori informazioni sul funzionamento della personalità del paziente.

b. Feticismo

Il feticismo è una forma di parafilia, lo stimolo deriva dall'uso di oggetti inanimati, “feticcio”. Tra i più comuni oggetti feticistici ci sono mutande, reggiseni, calze, scarpe, stivali, o altri accessori di abbigliamento femminile. Il soggetto con Feticismo spesso si masturba mentre tiene in mano, si strofina contro, o annusa l'oggetto feticistico, oppure può chiedere al partner sessuale di indossare l'oggetto durante gli incontri sessuali. Di solito il feticcio è indispensabile o di gran lunga preferito per l'eccitazione sessuale, e in sua mancanza possono esservi disfunzioni dell'erezione nei maschi. Questa parafilia non viene diagnosticata quando i feticci sono limitati a capi di abbigliamento femminile usati nel travestimento, come nel feticismo di travestimento, o quando l'oggetto stimola i genitali in quanto progettato a questo scopo (per es., un vibratore).

Normalmente la parafilia esordisce nell'adolescenza, sebbene il feticcio possa essere stato investito di significato particolare già nella prima fanciullezza. Una volta instauratosi, il feticismo tende ad essere cronico.

Fra i più diffusi feticismi, vi sono il feticismo del piede maschile e il feticismo del piede femminile: in questo caso il feticista è attratto dai piedi e prova piacere non solo nel vederli, ma anche nel leccarli, bacciarli, annusarli e nell'esserne masturbato. Relativi perlopiù al feticismo del piede maschile, specie nelle pratiche erotiche omosessuali, sono diffusi il trampling, consistente nel farsi calpestare dal partner,

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

il tickling, ossia il farsi solleticare, lo sneaking, che comporta l'uso delle scarpe, il socking, con l'utilizzo dei calzini, e molte altre.

Il feticismo in psicoanalisi è un disturbo derivante dalla separazione dell'Io e proiezione, talvolta derivante dal diniego. Il diniego è un meccanismo di difesa che consiste nel rifiuto di riconoscere qualcosa di traumatizzante avvenuto nella realtà.

La psicoanalisi freudiana spiega il feticismo impiegando la teoria dello sviluppo psicosessuale. Secondo Freud il bambino nella fase edipica, per superare l'angoscia di castrazione derivante dalla paura del padre e soprattutto dalla vista dei genitali femminili privi del pene, si crea un feticcio, cioè un oggetto impiegato a sostituire il pene mancante nelle bambine. Se queste ultime sono prive di fallo, infatti, significa che sono state punite (evirate) per qualcosa che hanno commesso, quindi anche il bambino rischia l'evirazione a causa dei suoi desideri incestuosi verso la madre. Il piede, la scarpa e qualsiasi oggetto feticistico consentono al bambino di ridurre l'angoscia. Donald Woods Winnicott considera il feticcio un oggetto transizionale, il quale viene investito di libido.

Per poter effettuare una diagnosi di feticismo il comportamento deve avere una durata di almeno sei mesi. Tale atteggiamento deve creare un disagio clinicamente significativo o una compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre importanti aree del funzionamento.

Esempio

Sesso: maschile

Età: 26 anni (al momento del colloquio)

Orientamento: omosessuale

Occupazione: commesso in una drogheria

Storia del paziente

Il soggetto lamenta: “Ho un problema con la merda”, un consulente pastorale lo ha inviato al centro dopo averlo seguito per 6 mesi per problemi interpersonali.

Nei tre quattro anni precedenti, in periodi di limitata attività sessuale, Sean è giunto a sentirsi frustrato e va nei bagni pubblici, dove chiude l'acqua delle toilettes e per entrare aspetta un uomo che reputa sessualmente attraente. Aspetta fino a che la persona usa una toilette e poi “recupera” le feci e le porta a casa in una borsa di plastica. Scalda le feci nell'acqua bollente e successivamente gioca con esse, eccitandosi sessualmente. Poi si masturba fino a raggiungere l'orgasmo. Questa condotta ricorre circa una volta al mese. Afferma di sentire sensi di colpa e si preoccupa del suo comportamento perché “non è socialmente accettabile”.

Sean è molto restio a frequentare bar gay. Quando lo fa, rimane il tempo necessario per essere adescato, se entro 15-20 minuti non ottiene un contatto lascia il locale. Divide l'appartamento con un compagno, ma non è emotivamente coinvolto con lui. Ha una ristretta cerchia di amici. L'attrazione per i bagni pubblici è iniziata nell'adolescenza. Alcuni dei suoi primi contatti sessuali sono avvenuti in questi luoghi. Sean ricorda di essere stato un “solitario” nella sua fanciullezza.

Precocemente si è accorto che questa attrazione sessuale per altri ragazzi lo rendeva diverso. Questa diversità l'ha portato all'isolamento sociale. La sua prima attività sessuale si realizzò a 10 anni con una masturbazione di gruppo. A 11 anni Sean cominciò ad impegnarsi nell'attività omosessuale, ciò è continuato per tutta la sua vita, e non ha mai avuto un'esperienza di eccitamento o di attività eterosessuale.

Sean è basso, tozzo, abbastanza virile, e meticolosamente vestito e pulito. Durante il colloquio è teso e rigido, soprattutto quando descrive il suo comportamento sessuale. La sua affettività è coartata. Lamenta di sentirsi depresso, ma non ha sintomi associati di depressione. Il suo linguaggio è elaborato e circostanziato. Non vi è evidenza di sintomi psicotici.

Conclusioni sul caso

La coprofilia nel DSM IV viene classificata nelle parafilie non altrimenti specificate. Nella coprofilia il soggetto è eccitato dall'atto della defecazione o dal farsi defecare sopra, in questo caso le feci servono come stimolo, non rilevando una grossa differenza con l'uso di altri oggetti inanimati (es. biancheria intima) il disturbo viene classificato come feticismo. Considerando la storia dell'isolamento sociale e

dell'incapacità di iniziare relazioni con le persone, sembra corretto codificare una diagnosi di Asse II di Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato con temporanea esclusione del Disturbo di Personalità Schizoide.

c. Frotteurismo

La fantasia parafilica del frotteurismo consiste nel toccare e nello strofinarsi contro una persona non consenziente. Il comportamento di solito si manifesta in posti affollati, in cui il soggetto può facilmente evitare l'arresto (e.g. marciapiedi affollati o mezzi di trasporto pubblico). Il soggetto strofina i propri genitali contro le cosce o le natiche della vittima oppure palpeggia i suoi genitali o le mammelle. Facendo questo egli di solito fantastica una relazione esclusiva di intimità con la vittima. Egli si rende conto che per evitare possibili procedimenti giudiziari, deve evitare di essere scoperto dopo aver toccato la sua vittima. Di solito la parafilia esordisce nell'adolescenza. La maggior parte degli atti avvengono quando il soggetto ha 15-25 anni, dopo di che vi è una graduale diminuzione.

Esempio:

Sesso: maschile

Età: 45 anni (al momento della consulenza psichiatrica)

Orientamento: eterosessuale

Storia del paziente

Dopo il secondo arresto per essersi strofinato contro una donna nella metropolitana Charles viene inviato dallo psichiatra. Egli riferisce di avere una "buona" intesa sessuale con la moglie, sposata 15 anni prima. La selezione della vittima, di solito ventenne, avveniva quando questa entrava nella stazione. Si avvolgeva il pene in un pezzo di plastica per non macchiarsi i pantaloni dopo l'eiaculazione mentre si strofinava contro la sua vittima. Quando i passeggeri salivano sul treno, seguiva la donna selezionata. Alla chiusura delle porte cominciava a spingere il pene contro le sue natiche, immaginando di avere un rapporto normale, non forzato. In circa la metà degli episodi eiaculava e dopo andava al lavoro. Se non riusciva ad eiaculare per quel giorno rinunciava o cambiava treno e selezionava un'altra vittima. Secondo Charles, egli si sentiva in colpa immediatamente dopo ogni episodio, ma ben presto si ritrovava a pregustare il prossimo incontro. Calcolava di averlo fatto circa due volte a settimana negli ultimi 10 anni e di essersi strofinato contro un centinaio di donne.

Sembrava non valutare il punto di vista delle sue vittime, comunque, durante il colloquio si mise a piangere quando parlava della sua preoccupazione riguardo l'eventuale scoperta da parte della moglie o del datore di lavoro. La sua storia personale non indicava alcun evidente problema mentale a parte il fatto che fosse piuttosto inetto e non assertivo socialmente, in particolare con le donne.

Conclusioni sul caso

Il comportamento di Charles è quello che tipicamente si osserva nel Frotteurismo, in alcuni testi classici il frotteurismo (strofinarsi) viene distinto dal Toccare (palpeggiamento), ma entrambi vengono inclusi nella categoria del Frotteurismo del DSM IV.

Nelle situazioni preferite (luoghi affollati) l'iniziale strofinamento della donna può non essere notato immediatamente, la vittima di solito non protesta perché non è sicura di ciò che sta accadendo. Questo spiega plausibilmente perché sia stato arrestato soltanto due volte.

Ciò che non si conosce è il tipo di fantasie sessuali che Charles ha avuto per anni prima di iniziare concretamente gli atti di frotteurismo. Tuttavia, come è comune nel disturbo, mentre compie l'atto immagina di avere una relazione sessuale amorosa con la vittima.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

PHILIAS!



d. Pedofilia

La pedofilia è l'attrazione sessuale verso bambini in età pubere o pre pubere, cioè di età generalmente inferiore a 13 anni circa. La parola pedofilia deriva dal greco cioè affetto, amore per i fanciulli. Il soggetto con pedofilia deve avere almeno sedici anni, e deve essere di almeno cinque 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. Per questa bisogna tenere conto sia della maturità sessuale del bambino che della differenza di età.

I soggetti con pedofilia solitamente riferiscono interesse 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 gli 8 e i 10 anni, mentre quelli attratti dai maschi di solito preferiscono bambini un po' più grandi. La pedofilia che coinvolge vittime di sesso femminile è più diffusa rispetto 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). Non tutti i soggetti con atteggiamento pedofilo hanno le stesse attività di sfogo. Alcuni 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, invece, 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. I pedofili giustificano o razionalizzano le loro azioni sostenendo che esse hanno un valore educativo per il bambino, che il bambino ne ricava piacere sessuale, o che il bambino era sessualmente provocante argomenti comuni anche nella pornografia pedofila. Per la natura egosintonica (comportamento, sentimento

o idea che sia in armonia con i bisogni e desideri dell'io) della Pedofilia, molti soggetti con fantasie, impulsi o comportamenti pedofilici non provano un considerevole disagio. È importante capire che il disagio che si può sentire per queste fantasie, impulsi o comportamenti non è sufficiente per formulare una diagnosi di pedofilia. I soggetti possono limitare le loro attività ai propri figli, a figliastri, o a parenti oppure possono scegliere vittime al di fuori della propria famiglia. Alcuni pedofili sviluppano tecniche per avere accesso ai bambini. Queste possono includere guadagnare la fiducia della madre, sposare una donna con un bambino attraente, scambiarsi bambini con altri soggetti con pedofilia, o, raramente, adottare bambini di paesi sottosviluppati o rapire bambini ad estranei. Altri invece minacciano il bambino per evitare che parli.

Escludendo i casi in cui il disturbo è associato a sadismo sessuale, il soggetto potrebbe essere attento alle necessità del bambino per ottenere l'affetto, l'interesse, e la fedeltà del bambino stesso, e per evitare che 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 dell'atteggiamento pedofilico varia spesso a seconda dello stress psicosociale. Il decorso è spesso cronico, specie in coloro che sono attratti dai maschi.

Il tasso di recidività dei soggetti con disturbo pedofilo con preferenza per i maschi è all'incirca il doppio rispetto quello di coloro che prediligono le femmine.

Esempio

Sesso: maschile

Età: 35 anni (al momento del colloquio)

Professione: neuropsichiatra infantile

Orientamento: omosessuale

Stato: celibe (mai stato sposato)

Situazione familiare: famiglia stabile. Il padre, medico, era molto dedito al lavoro, con poco tempo libero da trascorrere con i tre figli.

Storia del paziente

Il soggetto fu arrestato e condannato per avere approcciato diversi bambini del vicinato, tra i 6 e i 12 anni. Gli amici e i colleghi rimasero sconvolti e costernati perché il dottore era considerato da tutti particolarmente interessato ai bambini e un loro sostenitore. Il soggetto scelse un lavoro che lo avvicinasse ai bambini e hobby con la stessa caratteristica (dirigente dei Lupetti Scout e membro dei Big Brother locali).

Durante le indagini preliminari fu intervistato da uno psichiatra, dal colloquio emerse che la sua attrazione verso donne adulte e non, era praticamente nulla. Negò anche un'attrazione sessuale nei confronti di uomini adulti. Nell'espone la storia del suo sviluppo psicosessuale disse che si sentì demoralizzato quando i suoi amici iniziarono ad esprimere una primitiva consapevolezza di un'attrazione nei confronti del sesso opposto. A quell'epoca il suo "segreto" consisteva nel fatto di essere attratto dai ragazzi e, infatti, durante l'infanzia spesso iniziava a giocare al "dottore" con altri compagni, finendo per masturbarsi reciprocamente.

La sua prima esperienza sessuale risale all'età di 6 anni quando un assistente di campo di 15 anni gli praticò più volte la fellatio nel corso dell'estate (esperienza che non rivelò a nessuno). Raggiunta l'adolescenza, cominciò a sospettare di essere omosessuale. Crescendo rimase stupito del fatto che la fascia di età dei maschi che lo attraevano sessualmente non si modificava e continuò ad avere fantasie e impulsi erotici verso bambini tra i 6 e i 12 anni. Quando si masturbava, faceva fantasie su un bambino di quell'età e in un paio di occasioni nel corso degli anni si era sentito innamorato del fanciullo. Il paziente nonostante fosse a conoscenza della disapprovazione sociale riteneva di non fare nulla di male, e pensava di dare delle sensazioni piacevoli ai bambini.

Il desiderio di essere eterosessuale era ben radicato in lui, ma non fu mai capace di provare dei sentimenti amorosi per le donne. Provò a smettere per molto tempo, ma la tentazione era troppo forte e la paura di distruggere la propria reputazione, perdere le amicizie e il lavoro cresceva. Aveva così tanto timore che non raccontò mai a nessuno del suo problema.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Conclusioni sul caso

Il paziente prova impulsi sessuali frequenti ed intensi e fantasie sessualmente eccitanti che coinvolgono ragazzi prepuberi. In svariate occasioni ha agito sotto la spinta di questi impulsi e fantasie. Solo questi elementi sono sufficienti per la diagnosi di pedofilia.

Nel caso in cui non avesse mai agito, la diagnosi sarebbe comunque stata posta se le fantasie e gli impulsi provocavano un disagio marcato.

Una diagnosi di pedofilia più specifica può essere formulata come: sessualmente attratto solo da maschi tipo esclusivo.

Il soggetto come molti altri uomini affetti da pedofilia che non presentano anche sadismo sessuale, ha un interesse genuino per i bambini e giustifica il suo comportamento con la razionalizzazione che non li sta danneggiando.

e. Masochismo Sessuale

Il masochismo sessuale è una tendenza sessuale per cui il soggetto raggiunge l'eccitamento o il soddisfacimento sessuale sottoponendosi a sofferenze ed umiliazioni. Alcune persone sono infastidite dalle proprie fantasie masochistiche, che possono essere rievocate durante il rapporto sessuale o la masturbazione, ma mai realizzate. In questi casi le fantasie di solito riguardano l'essere violentati mentre si è tenuti o legati da altri, in modo che non vi sia alcuna possibilità di fuga. Altri agiscono i propri impulsi sessuali masochistici da sé (es. legandosi, pungendosi con spilli, procurandosi scosse elettriche, o automutilandosi. Gli atti masochistici che possono essere ricercati con un partner includono l'imprigionamento (costrizione fisica), l'essere bendati (costrizione sensoriale), lo schiaffeggiamento, lo sculacciamento, la fustigazione, le percosse, le scosse elettriche, le ferite da taglio, le punture e le perforazioni (infibulazioni), e le umiliazioni (per es., farsi urinare o defecare addosso, essere costretti a camminare carponi e ad abbaiare come un cane, o sottoporsi a maltrattamenti verbali). L'obbligo a indossare abbigliamento del sesso opposto può essere ricercato per le sue connotazioni umilianti. Il soggetto può avere il desiderio di essere trattato come un bambino indifeso e di farsi mettere il pannolino ("infantilismo").

In alcune circostanze si verificano decessi accidentali per cattivo funzionamento dell'attrezzatura, o per errori dei soggetti coinvolti. I dati di Stati Uniti, Gran Bretagna, Australia, e Canada indicano che ogni anno sono scoperti e denunciati uno due decessi per ipossifilia per milione di abitanti.

L'ipossifilia è una forma particolarmente pericolosa di masochismo, questa tecnica implica eccitazione sessuale da privazione di ossigeno, ottenuta per mezzo di una compressione del petto, un cappio, una legatura, un sacchetto di plastica, una maschera, o una sostanza chimica. Di solito viene usato un nitrato volatile che provoca una temporanea riduzione dell'ossigenazione cerebrale attraverso vasodilatazione periferica. Le attività che implicano privazione di ossigeno possono essere praticate da soli o con un partner. Alcuni soggetti di sesso maschile con masochismo sessuale presentano anche feticismo, feticismo di travestimento, o sadismo sessuale.

Solitamente il periodo di iniziazione a pratiche masochistiche con un partner è la prima età adulta, è probabile però che le fantasie siano presenti già dalla fanciullezza. Il Masochismo Sessuale è di solito cronico, e il soggetto tende a ripetere lo stesso atto masochistico. Non c'è una regola che stabilisce che con il procedere dell'esperienza i soggetti tendano ad aumentare la pericolosità dei loro atti, alcuni soggetti con Masochismo possono dedicarsi agli stessi atti per molti anni senza aumentare la potenziale pericolosità, altri, invece, aumentano la gravità degli atti nel tempo o durante periodi di stress, e alla fine ne possono conseguire lesioni o anche la morte.

Esempio

Sesso: femminile

Età: 25 anni (al momento della consulenza)

Orientamento: eterosessuale

Stato: coniugata

Storia del paziente

Una studentessa diplomata chiede una consulenza per la presenza di depressione e di un conflitto coniugale. La paziente è sposata da cinque anni, durante i quali sia lei che il marito hanno frequentato la scuola. Negli ultimi tre anni il suo rendimento scolastico era stato decisamente migliore di quello del marito e riteneva che questa fosse la ragione delle loro liti abituali ed intense. Rilevava una sensazione di eccitamento sessuale quando il marito gridava o la percuoteva in preda alla rabbia. Talvolta lo provocava finché non aveva dei rapporti sessuali in modo brutale, come se subisse un abuso. Percepiva come sessualmente eccitante la brutalità e la sensazione di essere punita.

Un anno prima della consulenza, la paziente si era spesso trovata a concludere le liti precipitandosi fuori di casa. In una di tali occasioni si recò in un “bar per scapoli”, prese un uomo e lo indusse a schiaffeggiarla come parte della loro attività sessuale. Trovò la “punizione” sessualmente eccitante e in seguito immaginò durante la masturbazione di essere picchiata per raggiungere l’orgasmo. La paziente aveva scoperto che le piaceva, più di ogni altro tipo di stimolo sessuale, ricevere una punizione fisica da uomini estranei. Quando poteva essere frustata o picchiata, tutti gli aspetti dell’attività sessuale, compresa la qualità dell’orgasmo, erano molto migliori di quanto avesse provato precedentemente.

Questa preferenza sessuale non rappresentava, comunque, il motivo della consultazione. Lamentava di non poter vivere senza il marito, eppure non poteva nemmeno vivere con lui. Aveva fantasie di suicidio che derivavano dal timore che lui potesse lasciarla. Ammetteva che il suo comportamento sessuale era pericoloso e si sentiva leggermente imbarazzata. Non era consapevole di alcun motivo che avesse potuto provocare tale abitudine e non era sicura di desiderare una cura per risolverlo, poiché le procurava molto piacere.

Conclusioni sul caso

Le fantasie di essere umiliati, picchiati; legati o fatti soffrire in altro modo può aumentare l’eccitazione sessuale in alcune persone la cui vita sessuale è normale sotto tutti i punti di vista. Tuttavia, quando le fantasie sessualmente eccitanti di questo tipo vengono messe in atto, come in questo caso, o provocano un disagio marcato, viene eseguita una diagnosi di masochismo sessuale.

Con le scarse informazioni disponibili non è possibile stabilire se il conflitto coniugale della paziente sia principalmente: un sintomo del masochismo sessuale (provoca delle liti allo scopo di essere eccitata sessualmente?); un sintomo di un disturbo di personalità; un problema non legato ad un disturbo mentale per il quale sarebbe appropriato il codice v problema relazionale tra partner.

f. Sadismo Sessuale

Il soggetto sadico ha la necessità di infliggere umiliazioni e sofferenze fisiche al partner per raggiungere l’eccitamento e il soddisfacimento sessuale. Alcuni soggetti con questa parafilia sono infastiditi dalle loro fantasie sadiche, che possono essere evocate durante l’attività sessuale ma non realizzate. In questi casi le fantasie sadiche solitamente implicano il fatto di avere un controllo completo sulla vittima, che è terrorizzata dall’anticipazione dell’atto sadico successivo. Altri soggetti mettono in atto i propri impulsi sessuali sadici con un partner consenziente, che può essere affetto da masochismo sessuale. Egli si sottopone volentieri a dolore o umiliazioni. Ancora altri soggetti con sadismo sessuale sfogano i propri impulsi sessuali sadici con vittime non consenzienti. In tutti questi casi, è la sofferenza della vittima che è sessualmente eccitante. Le fantasie o gli atti sadici possono comportare attività che indicano il dominio del soggetto sulla vittima. Le tecniche usate possono comportare l’imprigionamento, il bendare, lo schiaffeggiare, lo sculacciare, il fustigare, il pizzicare, il percuotere, il bruciare, la provocazione di scosse elettriche, il violentare, il procurare ferite da taglio o da punta, lo strangolare, il torturare, il mutilare, o l’uccidere. L’età di esordio delle attività sadiche è variabile, ma di solito si trova nella prima età adulta, è possibile però che le fantasie sessuali sadiche siano presenti fin dalla fanciullezza.

Di solito il sadismo sessuale è cronico. Quando il sadismo sessuale viene praticato su partner non consenzienti, è probabile che l’attività venga ripetuta finché il soggetto viene arrestato. Alcuni soggetti affetti da questa parafilia possono dedicarsi ad atti sadici per molti anni senza bisogno di accrescere la possibilità di infliggere gravi danni fisici. Di solito, comunque, la gravità degli atti sadici aumenta nel tempo.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Quando il sadismo sessuale è grave, e specie quando è associato col disturbo antisociale di personalità, i soggetti con sadismo sessuale possono ferire gravemente o uccidere le proprie vittime.

Esempio

Sesso: maschile

Età: 35 anni (al momento della consulenza psichiatrica)

Professione: scrittore

Orientamento: incerto

Stato: coniugato

Storia del paziente

Il soggetto si rivolge allo specialista per la paura di poter uccidere qualcuno sotto la spinta di impulsi sessuali sadici.

Il paziente è sposato da 15 anni, e durante l'ultimo anno ha avuto rapporti sessuali con sua moglie in media ogni 15 giorni. Le fantasie del paziente, in realtà, sono prevalentemente di tipo omosessuale, ed è stato così dai 9 anni di età, nonostante abbia resistito a questi impulsi fino a metà della vita adulta.

Fu esposto fin dall'adolescenza a materiale pornografico omosessuale con contenuti sadici. Era interessato, in modo molto minore, anche alla pornografia eterosessuale ma non si eccitava mai con quella riguardante il sadismo. Il paziente si era sposato per ragioni di decoro sociale ed era anche spinto dalla speranza che una regolare attività eterosessuale lo avrebbe condotto ad una diminuzione dei suoi impulsi sadici omosessuali.

Le sue speranze non divennero realtà, gli impulsi continuarono periodicamente a formare la base delle sue fantasie masturbatorie. Le tipiche fantasie erano quelle di un uomo legato, torturato ed ucciso. Qualche volta gli uomini nelle sue fantasie erano persone che conosceva, come colleghi o insegnanti, e qualche volta star del cinema o sconosciuti. Queste fantasie avevano intensità variabile a seconda dei momenti. Il paziente ricorda, che era “violentemente” eccitato quando leggeva di un omicidio a sfondo omosessuale, descritto ad esempio in un giallo. Subito dopo, si masturbava molte volte al giorno, sempre con sadiche fantasie omosessuali. Dopo qualche settimana, questo intenso eccitamento sessuale decresceva.

A circa 27 anni il paziente andò in un pub gay con un collega. In quel periodo era molto sotto pressione, ed il suo lavoro veniva supervisionato con attenzione da un superiore di sesso maschile aggressivo ed esigente. Il collega del paziente era un omosessuale dichiarato, ed il paziente andò ingenuamente al bar con lui. Sulla strada verso il bar nel quale entrarono, passarono davanti ad altri bar che, a detta dell'amico del paziente erano “per la gente vestita di pelle alla quale piacciono la S e la M (sadosochismo)”. Il paziente ebbe un breve incontro omosessuale con qualcuno che aveva conosciuto nel bar dove erano stati, dopo di che “fece uscire il sesso dalla mente”.

Alcuni mesi più tardi, dopo una settimana di intenso lavoro nel suo ufficio, impulsivamente andò a cercare uno dei bar “S e M”. Là incontrò un uomo che si eccitava sessualmente quando veniva colpito, ed il paziente si impegnò nell'attività sadica con l'accordo che l'intensità dei colpi inferti con una cintura fosse stabilita dal suo partner masochista. Quell'evento fu il primo episodio di una serie di attività sessuali sadiche, che alla fine lo portarono a chiedere aiuto. Circa una volta al mese il paziente frequentava un bar sadosochistico per omosessuali. Si vestiva con una giacca ed un berretto di pelle. Una volta nel bar, cercava un partner masochista e si impegnava in una serie di attività, che il paziente trova tutte eccitanti. Le attività includono legare il partner con corde, frustarlo, minacciare di bruciarlo con le sigarette, costringerlo a bere urina, costringerlo a “supplicare pietà”. Il paziente raggiunge l'orgasmo durante queste attività di solito “costringendo” il suo partner alla fellatio.

Nell'anno precedente al colloquio, la moglie del paziente era sempre più insoddisfatta del loro matrimonio. Non era a conoscenza dell'interesse omosessuale di suo marito e delle sue tendenze sadiche. Lei sospettava il tradimento a causa del suo scarso coinvolgimento sessuale.

Divenne aggressiva ed anche più ostile ed esigente. Il paziente si rese conto che “aveva bisogno” della moglie e non voleva che la relazione finisse, ma non si sentiva in grado di affrontare direttamente le sue insoddisfazioni. La evitava il più possibile e litigava con lei quando insisteva per parlargli. Il paziente scoprì che con l'aumento delle pressioni lavorative l'intensità degli impulsi sadici aumentava. In un

episodio convinse il partner a essere bruciato, successivamente si sentì molto in colpa e pieno di vergogna. Nel rapporto prima della richiesta di aiuto dopo aver legato il partner gli procurò un taglio su un braccio e alla vista del sangue trattenne a fatica l'impulso di ucciderlo.

Conclusioni sul caso

Il paziente è stato eccitato da fantasie omosessuali sadiche per la prima volta nel periodo dell'adolescenza. Si è sposato, sperando che il matrimonio fungesse da antidoto contro i suoi impulsi omosessuali, ma si rese conto che non era così. Ora entra in trattamento timoroso che gli impulsi sadici possano diventare così forti da fargli perdere il controllo ed uccidere il partner.

Questa è una storia abbastanza tipica di una persona con un grave sadismo sessuale. Questo caso risale al 1978, prima dell'epidemia dell'AIDS. Se fosse stato trattato al giorno d'oggi, sicuramente ci si sarebbe preoccupati del fatto che potesse contagiare altre persone.

g. Feticismo di travestimento

Il feticismo di travestimento è una forma di parafilia per cui si prova eccitazione o piacere sessuale indossando abiti tradizionalmente attribuiti all'altro sesso (crossdressing).

Nella maggior parte dei casi, l'eccitamento sessuale è dovuto all'autogenofilia. L'autogenofilia è il prodotto dall'associazione di pensieri o di immagini della persona che si vede come una femmina. Queste immagini variano dall'essere una donna con genitali femminili, al vedersi completamente vestito da donna senza porre una vera attenzione ai genitali.

Gli indumenti femminili sono una fonte di eccitamento soprattutto perché sono simboli della femminilità del soggetto, non in quanto feticci con specifiche proprietà oggettive (es. oggetti di gomma). Di solito, il maschio con feticismo di travestimento conserva una collezione di abiti femminili che usa a intervalli per travestirsi da donna. Questo disturbo è stato descritto solo nei maschi eterosessuali. Il feticismo di travestimento non è diagnosticato quando il travestirsi con abiti del sesso opposto si manifesta solamente durante il Disturbo di Identità di Genere (DIG). I casi di travestimento variano dall'indossare abiti femminili saltuariamente e da soli fino ad un ampio coinvolgimento in una sottocultura del travestimento. Alcuni maschi indossano un singolo capo di abbigliamento femminile sotto gli abiti maschili (es. biancheria intima o maglieria). Altri maschi con feticismo di travestimento si vestono interamente da donna e si truccano. Il grado in cui il soggetto travestito riesce a sembrare una donna dipende dal modo di atteggiarsi, dalla corporatura, e dall'abilità nel travestimento. Il soggetto quando non è travestito di solito è un maschio che passa inosservato. Nonostante la sua preferenza di base sia eterosessuale, egli tende ad avere pochi partner sessuali e può essersi dedicato ad atti omosessuali occasionali. Una peculiarità combinata può essere la presenza di masochismo sessuale.

Il disturbo di solito insorge con travestimenti nella fanciullezza o nella prima adolescenza. In alcuni casi il travestimento non è praticato in pubblico fino all'età adulta. Il travestimento parziale spesso progredisce fino al travestimento completo. Le prime esperienze possono comportare sia il travestimento parziale che totale. Un capo preferito di abbigliamento può diventare erotico in se stesso, e può essere usato abitualmente, prima nella masturbazione e poi nel rapporto sessuale. La causa del travestimento può cambiare nel tempo, in maniera temporanea o permanente, con diminuzione o scomparsa dell'eccitazione sessuale in reazione al travestimento. In questi casi, il travestimento diventa un antidoto all'ansia o alla depressione, oppure contribuisce ad un senso di pace e di calma. In altri soggetti può insorgere una disforia di genere, specialmente in situazioni stressanti, con o senza sintomi di depressione. Per qualche soggetto, la disforia di genere diviene parte fissa del quadro clinico, ed è seguita dal desiderio di vestirsi e di vivere sempre come una donna, e dalla richiesta di cambiamento del sesso con trattamento ormonale o chirurgico. I soggetti richiedono spesso un trattamento quando la disforia di genere emerge.

h. Voyeurismo

Con il termine voyeurismo si definisce l'atteggiamento e la pratica sessuale di chi, per ottenere l'eccitazione e il piacere sessuale, desidera e ama guardare persone seminude, nude o intente a spogliarsi, oppure persone impegnate in un rapporto sessuale.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

L'atto di guardare furtivamente, o sbirciare, ha lo scopo di ottenere l'eccitazione sessuale, e di solito non viene ricercata alcuna attività sessuale con la persona osservata. L'orgasmo è solitamente indotto dalla masturbazione, può insorgere durante l'attività voyeuristica, o più tardi in risposta al ricordo di ciò a cui il soggetto ha assistito. Spesso questi soggetti hanno la fantasia di avere un'esperienza sessuale con la persona che guardano, ma in realtà questo avviene raramente. Nella sua forma grave, fare il guardone rappresenta l'unico tipo di attività sessuale.

L'esordio del comportamento voyeuristico è di norma precedentemente ai 15 anni. Il decorso tende ad essere cronico.

Esempio

Sesso: maschile

Età: 25 anni (al momento della consulenza psichiatrica)

Professione: dirigente

Orientamento: eterosessuale

Stato: coniugato

Situazione familiare: allevato in una famiglia con tre sorelle maggiori. Padre puritano, religioso e generalmente punitivo. Madre espansiva, espressiva e seduttiva nei confronti degli uomini, ma non nei confronti del paziente. Regole di rettitudine sessuale (es. i membri della famiglia non si spogliavano di fronte agli altri e i genitori evitavano qualsiasi gesto che potesse essere inteso come erotico.)

Storia del paziente

Il soggetto richiede una consulenza psichiatrica per un'insistente esigenza di guardare clandestinamente donne che si spogliano o impegnate in rapporti sessuali. Il paziente era già stato arrestato per questa sua attività e il capo del personale, una volta scoperto il suo bisogno, lo aveva avvisato che riteneva d'obbligo il trattamento del suo problema e che sarebbe stato licenziato se si fosse ripetuto tale comportamento. Nonostante l'avvertimento continuò la sua attività voyeuristica. Dopo aver rischiato di nuovo l'arresto si decise a richiedere una consulenza.

Il paziente è un bell'uomo, distinto, che non ha difficoltà ad attrarre partner sessuali. Ha frequenti incontri e rapporti sessuali una o due volte a settimana con diverse partner. Sebbene la sua attività sessuale sia frequente viene spesso coinvolto in situazioni che ritiene gli provochino un'eccitazione unica. Possiede un binocolo ad alta potenza che usa per guardare furtivamente negli appartamenti del vicinato. Nella maggior parte dei casi non trova una situazione per lui eccitante quindi si sposta sui tetti dei grandi edifici dove con il suo binocolo cerca una situazione eccitante. Non ha il desiderio di entrare negli appartamenti che spia e nega l'impulso di commettere violenza carnale. Se trova una scena di una donna che si sveste o durante un rapporto sessuale, si masturba fino all'orgasmo mentre guarda o immediatamente dopo, e poi ritorna a casa. Vive l'esperienza voyeuristica nella sua interezza come un piacere unico, nonostante talvolta si imbatte in situazioni potenzialmente pericolose. In varie occasioni è stato quasi catturato dal personale dell'edificio o dalla polizia, che lo aveva ritenuto un possibile scassinatore o un assaltatore. Una volta venne inseguito in una "zona per Coppiette" da un uomo adirato armato di un ferro, un'altra volta venne scoperto mentre guardava dalla finestra di una camera da letto in un'area rurale e a stento scampò dall'essere colpito da un proiettile.

Il soggetto sentiva di essere il figlio prediletto di sua madre e si chiedeva se potesse mai innamorarsi di una donna che fosse all'altezza della madre. Non si era mai innamorato né aveva avuto una relazione duratura e profonda con una donna. Il paziente ricorda che fra i 7 e i 10 anni guardava il più possibile sua madre e le sue sorelle svestite. Il paziente iniziò a "guardare" insieme ad altri ragazzi a 10 anni durante un campo estivo. Ha iniziato ad usare il binocolo per cercare scene stimolanti fin dall'età di 11 anni, ma non ha lasciato la sua casa fino ai 17 anni.

Il paziente si accorge di qualche relazione tra eventuali stress psicologici e la sua attività voyeuristica. Non è consapevole di alcuna relazione tra l'ansia di avere rapporti sessuali e il desiderio di intraprendere l'attività voyeuristica. Nelle situazioni voyeuristiche è spesso ansioso, ma è soltanto per la paura di essere catturato. Non prova sentimenti di colpa o di vergogna per il suo voyeurismo, è comunque preoccupato per la possibilità di finire in prigione a meno che il suo comportamento sessuale non cambi ed è questo il motivo per cui ha chiesto aiuto.

Conclusioni sul caso

La diagnosi è quella di voyeurismo. Molte persone hanno questi impulsi, ma nessun clinico assegnerebbe una diagnosi di voyeurismo in chi saltuariamente sia stato eccitato sessualmente dall'osservare un soggetto nudo che non se l'aspetta. In questo caso, gli impulsi sono ricorrenti e intensi, e anche il paziente in prima persona è in grado di riconoscere le conseguenze ipoteticamente disastrose del suo comportamento.

Questo caso dimostra che gli individui con parafilie possono anche trarre piacere da rapporti sessuali eterosessuali non parafilici.

Parafilie non altrimenti specificate (NAS)

Questa categoria diagnostica viene inclusa per codificare le parafilie che non soddisfano i criteri per le categorie specifiche. Alcuni esempi sono:

- zoofilia (animali);
- coprofilia (feci);
- necrofilia (cadaveri);
- urofilia (urina);
- parzialismo (attenzione esclusiva per una parte del corpo);
- apotemnofilia (amputazioni e amputati);
- scatologia telefonica (telefonate oscene);
- clismafilia (clisteri).

Conclusioni

Le parafilie non sono socialmente accettate, ma ancora meno lo è la pedofilia, che spesso viene valutata come semplice vizio e non come disturbo mentale. La pedofilia è un fenomeno sempre esistito, ma non è sempre stata etichettata come problema sociale. In un caso di pedofilia un prete affermò che i bambini non mentono mai, purtroppo non si può avere questa certezza, tutte le testimonianze vanno verificate. La fiducia che si dà immediatamente alla testimonianza dei bambini è mal riposta, i bambini a volte mentono per fraintendimento, o per interesse, o perché i genitori non sono soddisfatti di una risposta negativa riguardo le domande poste al bambino su insegnati o adulti in generale. Le false testimonianze di minori hanno portato alla distruzione di famiglie, tentativi di suicidi e depressione. L'attenzione posta dai mass media sull'argomento ha influito pesantemente l'opinione pubblica. Appena un caso, anche non verificato, emerge la comunicazione nazionale è rapida e i soggetti coinvolti perdono la loro buona reputazione con conseguenze gravi. Anche dopo l'assoluzione l'etichetta rimane e ricominciare una vita è molto difficile. L'opinione pubblica reclama la castrazione fisica/chimica dei soggetti con atteggiamenti pedofili. La castrazione fisica per ovvi motivi è impensabile, quella chimica è già stata applicata in alcuni paesi, ma i risultati sono tutt'altro che soddisfacenti. I farmaci antiandrogeni, come il Ciproteroneacetato (CPA) e il Metossiprogesteroneacetato (MPA), abbassano la spinta sessuale riducendo i livelli plasmatici di testosterone, ma non agiscono sulla perversione in sé, hanno gravi effetti collaterali, quali embolia polmonare e tromboflebite, almeno nel 15% dei casi non riducono il comportamento perverso, e all'interruzione il comportamento ricompare.

L'omosessualità era precedentemente catalogata come parafilie nel DSM I e nel DSM II. Con il consenso degli psichiatri è stata tolta nelle edizioni successive. Tuttora il DSM è sottoposto a numerose critiche per alcune categorizzazioni. Varie parafilie non sono ritenute sufficientemente dimostrate e circoscritte come forme di disturbo mentale. Un disordine clinico dell'ansia causata dalla repressione dell'omosessualità fa ancora parte del manuale.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Nelle ultime pagine sono riportati due articoli di due quotidiani differenti.

Entrambi descrivono lo stesso decesso insorto durante pratiche sadomasochistiche. Come citato precedentemente l'ipossifilia è una perversione molto rischiosa che porta al decesso una due persone per milione di abitanti negli Stati Uniti. I due articoli descrivono lo stesso fatto riportando informazioni sostanzialmente differenti. Comparando i due articoli del giorno 9 settembre, non si riesce a stabilire il sesso della vittima, per il Resto del Carlino si tratta di un Transessuale MtF di 19 anni, per Il Bologna è una ragazza di 19 anni.

Come in molti altri casi le informazioni comunicate alla società sono distorte dal mezzo di comunicazione di massa. Questo "farcire" le notizie per renderle più interessanti induce l'opinione pubblica a creare allarmismi ed etichette. Negli articoli del giorno seguente non sono state riportate smentite ufficiali, i nuovi articoli erano presenti con informazioni che escludevano le precedenti, ma nessuna ammissione di colpa per i dati precedenti erronei.

Le Disfunzioni Sessuali

Per disfunzione sessuale si intende un'anomalia del desiderio sessuale e delle modificazioni psicofisiologiche che caratterizzano il ciclo di risposta sessuale e causano notevole disagio e difficoltà nei rapporti interpersonali.

Si rileva dunque un'alterazione del ciclo di risposta sessuale che può essere diviso in quattro fasi: desiderio, eccitazione, orgasmo e risoluzione; i disturbi della risposta sessuale possono verificarsi in una o più di queste fasi.

Desiderio: questa fase è formata da fantasie sull'attività sessuale e dal desiderio di praticare attività sessuale.

Eccitazione: questa fase è formata da una sensazione soggettiva di piacere sessuale e dalle simultanee modificazioni fisiologiche. Le principali modificazioni nel maschio sono la tumescenza del pene e l'erezione. Le principali modificazioni nella donna sono la vasocongestione pelvica, la lubrificazione e la dilatazione della vagina, e la tumescenza dei genitali esterni.

Orgasmo: questa fase consiste in un picco di piacere sessuale, con allentamento della tensione sessuale e contrazioni ritmiche dei muscoli perineali e degli organi riproduttivi. Nel maschio vi è la sensazione di inevitabilità dell'eiaculazione, seguita dall'emissione di sperma. Nella femmina vi sono contrazioni (non sempre percepite soggettivamente come tali) della parete del terzo esterno della vagina. Sia nel maschio che nella femmina, lo sfintere anale si contrae ritmicamente.

Risoluzione: questa fase è composta da una sensazione di rilassamento muscolare e di benessere generale. Durante questa fase, i maschi sono fisiologicamente refrattari ad ulteriori erezioni ed orgasmi per un periodo variabile di tempo. Al contrario, le femmine possono essere in grado di rispondere a nuove stimolazioni quasi immediatamente.

Come per le parafilie, se sono presenti più disfunzioni sessuali tutte devono essere diagnosticate.

Il clinico che si appresta a valutare il soggetto, deve tenere conto di fattori come l'età, l'esperienza, la frequenza e la cronicità del sintomo, il disagio soggettivo, e l'effetto su altre aree del funzionamento.

Nei criteri diagnostici non si cerca di specificare una frequenza minima o una gamma di situazioni, attività o tipi di rapporti sessuali in cui la disfunzione deve verificarsi. Questa valutazione deve essere fatta dal clinico, tenendo conto di fattori come l'età e l'esperienza del soggetto, la frequenza e la cronicità del sintomo, il disagio soggettivo, e l'effetto su altre aree del funzionamento. Se la stimolazione sessuale è inadeguata per localizzazione, intensità, o durata, non è corretto effettuare una

diagnosi di Disfunzione Sessuale riguardante l'eccitazione o l'orgasmo. Il disturbo, per essere tale, si deve manifestare in modo ricorrente e persistente. Nelle disfunzioni sessuali esistono varie tipologie di sottotipi, e definiscono l'esordio, il contesto, e i fattori etiologici legati alle Disfunzioni Sessuali. Nel caso in cui siano presenti più disfunzioni sessuali i sottotipi di ciascuna possono essere registrati. Le diagnosi di disfunzione sessuale dovuta ad una condizione medica generale o di disfunzione sessuale indotta da sostanze non sono stabilite dai sottotipi.

I sottotipi che definiscono l'esordio del disturbo sono i seguenti:

Tipo permanente: se la disfunzione sessuale è presente fin dall'inizio dell'attività sessuale.

Tipo acquisito: se la disfunzione sessuale si sviluppa solo successivamente un periodo di funzionamento normale.

I sottotipi che definiscono il contesto del disturbo sono i seguenti:

Tipo generalizzato: se la disfunzione sessuale non è limitata a certi tipi di stimolazione, di situazioni, o di partner.

Tipo situazionale: si impiega se la disfunzione sessuale è limitata ad alcuni tipi di stimolazione, di situazioni o di partner. Questo sottotipo può aiutare la diagnosi differenziale. Per esempio, se i sintomi del disturbo sono presenti nel rapporto di coppia e nella masturbazione no, si può dedurre che l'origine del problema sia psicologica e non fisica.

I sottotipi che definiscono i fattori eziologici del disturbo sono i seguenti:

- dovuta a fattori psicologici: quando si pensa che fattori psicologici abbiano un ruolo principale nell'insorgenza, nella gravità, nell'acutizzarsi, o nel mantenimento di una disfunzione sessuale, e le condizioni mediche generali o delle sostanze non hanno nessun ruolo nella causa della disfunzione sessuale.
- dovuta a fattori combinati: quando si ritiene che fattori psicologici abbiano un ruolo nell'insorgenza, nella gravità, nell'aggravamento, o nel mantenimento della disfunzione sessuale, e si ritiene che anche una condizione medica generale o l'uso di sostanze contribuiscano ma non siano sufficienti a giustificare la disfunzione sessuale.

Se una condizione medica generale o l'uso di sostanze (inclusi gli effetti collaterali dei farmaci) sono sufficienti a giustificare la disfunzione sessuale, si fa diagnosi di disfunzione sessuale dovuta ad una condizione medica generale e/o di disfunzione sessuale indotta da sostanze.

La valutazione clinica sulla presenza di una disfunzione sessuale dovrebbe prendere in considerazione le caratteristiche etniche, culturali, religiose, e sociali che possono condizionare il desiderio e le aspettative sessuali, e l'atteggiamento nei confronti della prestazione.

La disfunzione sessuale può essere associata a Disturbi dell'Umore e a Disturbi d'Ansia (Disturbo Ossessivo Compulsivo, Disturbo di Panico con Agorafobia e Fobia Specifica).

Uno studio condotto su un campione rappresentativo della popolazione statunitense tra i 18 e i 59 anni ha raccolto le seguenti percentuali:

- dispareunia: 3% maschi / 15% femmine
- problemi di orgasmo: 10% maschi / 25% femmine;
- desiderio sessuale ipoattivo: 33% femmine;
- eiaculazione precoce: 27%;
- problemi di eccitazione: 20% femmine ;
- difficoltà di erezione: 10%.

Le principali disfunzioni sessuali sono le seguenti:

- disturbi del desiderio sessuale (disturbo da desiderio sessuale ipoattivo, disturbo da avversione sessuale)
- disturbi dell'eccitazione sessuale (disturbo dell'eccitazione sessuale femminile, disturbo maschile dell'erezione),

- disturbi dell'orgasmo (disturbo dell'orgasmo femminile, disturbo dell'orgasmo maschile, eiaculazione precoce),
- disturbi da dolore sessuale (dispareunia, vaginismo),
- disfunzione sessuale dovuta ad una condizione medica generale,
- disfunzione sessuale indotta da sostanze,
- disfunzione sessuale non altrimenti specificata.

i. Disturbo da desiderio sessuale ipoattivo

Nel disturbo da desiderio sessuale ipoattivo sono presenti tre criteri diagnostici:

Criterio A: insufficienza o assenza di fantasie sessuali e del desiderio di attività sessuale.

Criterio B: anomalia che causa notevole disagio o difficoltà interpersonale.

Criterio C: la disfunzione non è attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (ad eccezione di un'altra disfunzione sessuale), e non è dovuta esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (farmaci inclusi) o di una condizione medica generale.

Uno scarso desiderio sessuale può essere generale e includere tutte le forme di espressione sessuale, oppure può essere situazionale e limitato ad un partner o ad una attività sessuale specifica (es. rapporto sessuale ma non masturbazione).

Alla base del disturbo c'è una scarsa motivazione a cercare stimoli, e la frustrazione diminuisce quando manca l'opportunità di prestazione sessuale. Solitamente il soggetto non comincia un'attività sessuale, se il partner la inizia può parteciparvi, ma controvoglia.

Nonostante il numero delle esperienze sessuali sia scarso nella maggior parte dei casi, la pressione da parte del partner oppure i bisogni non sessuali (e.g. di conforto fisico o di intimità) possono aumentare la frequenza degli incontri sessuali. Non esistono dati standard per valutare la normalità della frequenza o dell'intensità del rapporto sessuale in base all'età e al sesso. Il professionista che si appresta alla valutazione del caso potrebbe aver bisogno di consultare entrambi i partner, perché un apparente scarso desiderio può essere visto tale da un partner con un eccessivo bisogno di espressione sessuale. In alternativa, entrambi i partner possono avere livelli di desiderio nella norma, ma alle estremità opposte.

Uno scarso interesse sessuale è spesso associato a problemi di eccitazione sessuale o a difficoltà di orgasmo. La scarsità del desiderio sessuale può essere la disfunzione primaria oppure la conseguenza del disagio emotivo indotto dai disturbi dell'eccitazione o dell'orgasmo. Comunque, alcuni soggetti con scarso desiderio sessuale mantengono la capacità di adeguata eccitazione sessuale e orgasmo in risposta alla stimolazione sessuale. Le condizioni mediche generali possono avere un effetto deleterio aspecifico sul desiderio sessuale, dovuto alla debolezza, al dolore, a problemi di immagine corporea, o a preoccupazioni riguardanti la sopravvivenza. I disturbi depressivi sono spesso associati con scarso desiderio sessuale, e l'esordio della depressione può precedere, essere concomitante, oppure essere la conseguenza di un insufficiente desiderio sessuale. I soggetti con Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo possono avere difficoltà a sviluppare stabili relazioni sessuali, e possono andare incontro a insoddisfazione coniugale e a separazione.

Nell'individuo con una forma permanente di Disturbo del Desiderio Sessuale Ipoattivo il problema insorge nella pubertà. Più spesso il disturbo si sviluppa nell'età adulta dopo un normale interesse sessuale, in contemporanea con un disagio psicologico, con eventi di vita stressanti, o con difficoltà interpersonali.

La perdita di desiderio sessuale può essere continua o episodica, in rapporto a fattori psicosociali o relazionali. Una modalità episodica di perdita del desiderio sessuale si verifica in alcuni individui in relazione a problemi di intimità e di fiducia.

Il Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo deve essere separato dalla disfunzione sessuale dovuta ad una condizione medica generale. Per effettuare una diagnosi corretta si valutano i dati raccolti sull'anamnesi, sui dati di laboratorio, o sull'esame fisico. Alcune condizioni mediche generali, come anomalie neurologiche, ormonali, e metaboliche, possono compromettere in modo specifico il

desiderio sessuale. Anomalie del testosterone totale e di quello biodisponibile e della prolattina possono essere indice di disturbi ormonali responsabili della perdita del desiderio sessuale.

Se alla base del problema c'è sia un Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo, che una condizione medica generale o un abuso di sostanze, la diagnosi sarà di Disturbo del Desiderio Sessuale Dovuto a Fattori Combinati. I problemi occasionali di desiderio sessuale, non persistenti o ricorrenti, o non accompagnati da notevole disagio o difficoltà interpersonali, non vengono valutati come Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo.

Esempio

Soggetti coinvolti: coniugi B.

Situazione familiare: sposati da 14 anni. Tre figli tra gli 8 e i 12 anni.

Professione: il marito è un consulente industriale.

Storia dei soggetti

I soggetti sono entrambi intelligenti e ben educati, originari della Scozia, da cui si sono allontanati da circa 10 anni a causa del lavoro del Signor B. Si presentano alla consulenza lamentandosi del fatto che la Signora B. partecipa passivamente all'attività sessuale "come se fosse un dovere", e che non ha ne mai goduto da quando sono sposati. Prima del matrimonio, nonostante avessero avuto solo due rapporti sessuali, la Signora B. si eccitava molto con i baci e con le carezze intime ed aveva la sensazione di usare il suo fascino per "sedurre" il marito nel matrimonio. Si sentiva, comunque, in colpa per i due episodi di rapporti sessuali prematrimoniali. Durante la luna di miele, iniziò a pensare al sesso come a qualcosa che poteva non essere piacevole. Sebbene saltuariamente si adattasse passivamente all'atto sessuale, quasi mai aveva un desiderio spontaneo per il sesso. La Signora non si era mai masturbata, non aveva mai raggiunto l'orgasmo, pensava che tutte le varianti (Es. Rapporto orale), fossero repellenti, ed era ossessionata dalla paura di quanto la sua famiglia l'avrebbe disapprovata se si fosse impegnata in una di queste attività e l'avessero scoperta. La Signora B. è quasi completamente sicura che nessuna donna di cui ha rispetto in tutte le generazioni precedenti abbia gioito del sesso e, che nonostante "la nuova moda" riguardo alla sessualità, solo donne inconsistenti e rudi si abbandonino all'atto come "animali". La situazione è arrivata ad una modalità di regolare, ma infrequente, attività sessuale che al massimo è accomodante e procura poco o nessun piacere sia a lei che al marito.

Ogni volta che la Signora B. è vicina a provare una sensazione di eccitamento sessuale, vari pensieri negativi le invadono la mente. Questi pensieri quasi inevitabilmente sono accompagnati da una sensazione di freddezza e da un'insensibilità al piacere sessuale. Come risultato, il sesso è sempre un'esperienza triste. Tutte le scusanti, come la fatica o l'essere occupata, sono sufficienti per lei per evitare il rapporto sessuale. La signora preoccupata dalla situazione ha dei dubbi sulla correttezza della sua persona. Il marito si mostra comprensivo, ma è comunque non soddisfatto della loro vita sessuale e confida nell'aiuto.

Conclusioni sul caso

La coppia cerca aiuto per il problema sessuale della moglie, presente da lungo tempo. Evidentemente le difficoltà sessuali di questa donna originano dai molti atteggiamenti negativi che ha nei confronti della sessualità, e non possono essere considerati un disturbo di Asse I, come un Disturbo Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente). Deve essere presa in considerazione la diagnosi di Disturbo da Avversione Sessuale. Nonostante abbia un'avversione estrema e persistente al contatto sessuale genitale, e possa desiderare di evitare l'attività sessuale, in realtà ha rapporti regolari, anche se poco frequenti. La costante assenza di fantasie sessuali e di desiderio di attività sessuale giustifica la diagnosi di Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo, dovuto a Fattori Psicologici, di tipo Permanente e Generalizzato. Durante i rapporti probabilmente non si eccita, quindi dovrebbe essere considerata la diagnosi aggiuntiva di Disturbo dell'Eccitamento Sessuale Femminile.

L'assenza di lamentele significative da parte del marito si riflette nell'annotazione come Nessuna Diagnosi o Condizione sull'Asse I.

j. Disturbo da Avversione Sessuale



Nel Disturbo da Avversione Sessuale sono presenti tre criteri diagnostici:

Criterio A: avversione, ed attivo evitamento, del contatto sessuale genitale con un partner sessuale;

Criterio B: l'anomalia deve causare notevole disagio o difficoltà interpersonale;

Criterio C: la disfunzione non è meglio attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (ad eccezione di un'altra Disfunzione Sessuale).

Il soggetto prova ansia, timore, o disgusto quando si trova di fronte ad un'opportunità sessuale con un partner. L'avversione al contatto genitale può essere concentrata su un particolare aspetto dell'esperienza sessuale (Es. secrezioni genitali, penetrazione vaginale). Alcuni soggetti provano una repulsione generalizzata verso tutti gli stimoli sessuali, inclusi baci e tocamenti. L'intensità della reazione del soggetto esposto allo stimolo che produce avversione varia da un'ansia moderata con mancanza di piacere ad un'estrema sofferenza psicologica.

Per il Disturbo da Avversione Sessuale vengono forniti dei sottotipi, per indicare l'insorgenza (Permanente o Acquisito), il contesto (Generalizzato o Situazionale), e i fattori eziologici (Dovuto a Fattori Psicologici, Dovuto a Fattori Combinati).

I soggetti più gravi durante l'esposizione ad un contesto sessuale possono incorrere in attacchi di panico, ansia estrema, sentimenti di terrore, sensazione di svenimento, nausea, palpitazioni, vertigini e difficoltà respiratorie.

L'insoddisfazione coniugale è una delle molte relazioni interpersonali che possono essere compromesse. I soggetti sono in grado di evitare i contesti sessuali o i potenziali partner sessuali con strategie di copertura, per esempio, andando a dormire presto, viaggiando, trascurando il proprio aspetto, usando sostanze, e dedicandosi in modo eccessivo ad attività lavorative, sociali, o alla famiglia.

Questo disturbo può insorgere in associazione con altre Disfunzioni Sessuali (Es. Dispareunia), in questo caso, i disturbi dovrebbero essere entrambi registrati.

La diagnosi di Disturbo da Avversione Sessuale non viene fatta se l'avversione è meglio attribuibile ad un disturbo di asse primo, nel caso in cui il Disturbo da Avversione Sessuale sia precedente al disturbo di asse primo, o richieda di per sé attenzione clinica, può essere diagnosticato.

Una saltuaria avversione sessuale, non persistente o ricorrente, oppure non accompagnata da notevole disagio o da difficoltà interpersonali non viene valutata come Disturbo da Avversione Sessuale.

k. Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile

Nel Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile sono presenti tre criteri diagnostici:

Criterio A: costante o ripetuta incapacità di raggiungere, o di mantenere fino alla conclusione dell'attività sessuale, un'adeguata risposta di eccitazione sessuale con lubrificazione tumescenza;

Criterio B: l'anomalia deve causare notevole disagio o difficoltà interpersonale;

Criterio C: la disfunzione non è meglio attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (ad eccezione di un'altra Disfunzione Sessuale) e non è dovuta esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (farmaci inclusi) o di una condizione medica generale.

Anche in questo disturbo i sottotipi indicano l'insorgenza (Permanente o Acquisito), il contesto (Generalizzato o Situazionale), e i fattori eziologici (Dovuto a Fattori Psicologici, Dovuto a Fattori Combinati).

I dati raccolti sono circoscritti ma indicano che il Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile è spesso accompagnato da Disturbi del Desiderio Sessuale e dal Disturbo dell'Orgasmo Femminile.

Il Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile deve essere distinto da una Disfunzione Sessuale dovuta ad una Condizione Medica Generale, oppure da una Disfunzione Sessuale Indotta da Sostanze. Se i fattori scatenanti del disturbo sono sia fisiologici, o indotti da sostanze, che psicologici la diagnosi sarà di Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile, Dovuto a Fattori Combinati.

Le condizioni fisiologiche di riduzione dell'eccitazione possono essere: diminuzione dei livelli di estrogeni in periodo menopausale o post menopausale, vaginiti atrofiche, diabete mellito, radioterapia della pelvi.

1. Disturbo Maschile dell'Erezione

Nel Disturbo Maschile dell'Erezione sono presenti tre criteri diagnostici:

Criterio A: costante o ripetuta incapacità di raggiungere, o di mantenere fino alla conclusione dell'attività sessuale, un'adequata erezione;

Criterio B: l'anomalia deve causare notevole disagio o difficoltà interpersonale;

Criterio C: la disfunzione non è meglio attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (ad eccezione di un'altra Disfunzione Sessuale) e non è dovuta esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (farmaci inclusi) o di una condizione medica generale.

Ci sono vari tipi di disfunzione dell'erezione. In alcuni soggetti il problema riguarda l'incapacità di avere l'erezione fin dall'inizio del rapporto sessuale, in altri all'inizio l'erezione è adeguata, e successivamente, nel tentativo della penetrazione, o nelle successive spinte, perdono la tumescenza. Alcuni maschi riferiscono di riuscire ad avere l'erezione solo durante la masturbazione o al risveglio. Anche le erezioni masturbatorie possono venire meno, ma ciò è raro.

Le difficoltà di erezione del Disturbo Maschile dell'Erezione sono spesso associate ad ansia sessuale, timore di fallimento, preoccupazioni sulla prestazione sessuale, e ad una ristretta percezione soggettiva di eccitazione sessuale e di piacere.

Questo disturbo può danneggiare le relazioni coniugali o sessuali in corso e può essere la causa di matrimoni non consumati e di sterilità. A volte il disturbo può essere associato con il Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo e con l'Eiaculazione Precoce.

I soggetti con Disturbi dell'Umore e con Disturbi Correlati a Sostanze frequentemente riferiscono problemi di eccitazione sessuale.

L'età di insorgenza delle varie forme di Disturbo Maschile dell'Erezione varia notevolmente.

I pochi individui che non hanno mai sperimentato un'erezione sufficiente a completare un rapporto sessuale con un partner hanno di solito un disturbo cronico permanente. Il 15-30% dei casi in cui il disturbo è acquisito vanno incontro ad una remissione spontanea.

I fattori fisiologici che possono essere il diabete mellito, la sclerosi multipla, l'insufficienza renale, la neuropatia periferica, il disturbo vascolare periferico, la lesione al midollo spinale, la lesione chirurgica o da radiazioni al sistema nervoso autonomo.

Gli studi sulla tumescenza notturna del pene possono evidenziare se durante il sonno si verificano erezioni, e possono essere utili per differenziare i disturbi primitivi dell'erezione dal Disturbo Maschile dell'Erezione Dovuto ad una Condizione Medica Generale. Gli studi sulla pressione sanguigna peniena effettuati con il doppler pulsato e l'ecodoppler possono indicare una perdita della funzionalità erettile su base vasculogenetica. Le procedure invasive come test farmacologici intracavernosi o l'angiografia possono valutare la presenza di difficoltà di flusso arterioso. La cavernosografia può valutare la funzionalità venosa. I maschi anziani possono richiedere maggiore stimolazione, oppure impiegare più tempo per raggiungere un'erezione completa. Questi cambiamenti fisiologici non dovrebbero essere considerati un Disturbo Maschile dell'Erezione.

m. Disturbo dell'Orgasmo Femminile

Nel Disturbo dell'orgasmo femminile sono presenti tre criteri diagnostici:

Criterio A: costante o ripetuto ritardo, o assenza, dell'orgasmo dopo una fase normale di eccitazione sessuale;

Criterio B: l'anomalia deve causare notevole disagio o difficoltà interpersonale;

Criterio C: la disfunzione non è meglio attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (ad eccezione di un'altra Disfunzione Sessuale) e non è dovuta esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (farmaci inclusi) o di una condizione medica generale.

Le donne presentano un'ampia variabilità nel tipo o nell'intensità di stimolazione che provoca l'orgasmo. La diagnosi di Disturbo dell'Orgasmo Femminile dovrebbe essere fondata sull'opinione del clinico che la capacità di orgasmo della donna sia inferiore di quanto ci si aspetterebbe per l'età, per l'esperienza sessuale, e per l'adequatezza della stimolazione sessuale ricevuta.

Non è stata trovata alcuna relazione tra caratteristiche specifiche di personalità o psicopatologia e disfunzioni dell'orgasmo femminile. Il Disturbo dell'Orgasmo Femminile può compromettere l'immagine corporea, l'autostima, o la soddisfazione nelle relazioni. Secondo alcuni studi la capacità di

orgasmo non è relazionata all'ampiezza della vagina o alla potenza del muscolo pelvico. Nella maggior parte dei casi con situazioni di lesioni al midollo spinale, rimozione della vulva, o asportazione e ricostruzione della vagina le donne lamentano una disfunzione dell'orgasmo; sono pochi i casi in cui le pazienti abbiano riferito di raggiungere l'orgasmo.

In generale, tuttavia, è più probabile che condizioni mediche generali croniche come il diabete o il cancro alla pelvi pregiudichino la fase di eccitazione della risposta sessuale, lasciando moderatamente integra la capacità di orgasmo.

Nelle donne la capacità di orgasmo può aumentare con la pratica sessuale, di conseguenza il Disturbo dell'Orgasmo Femminile può risultare più diffuso nelle donne giovani.

La maggior parte dei disturbi dell'orgasmo femminile sono permanenti piuttosto che acquisiti. Quando una donna impara come giungere all'orgasmo, è raro che perda questa capacità, a meno che non intervengano una scarsa comunicazione sessuale, un conflitto relazionale, un'esperienza traumatica come lo stupro, un Disturbo dell'Umore o una condizione medica generale. Se la disfunzione dell'orgasmo si manifesta solo in certe situazioni, al di là del disturbo dell'orgasmo sono spesso presenti difficoltà nel desiderio sessuale e nell'eccitazione.

n. Disturbo dell'Orgasmo Maschile

Nel Disturbo dell'Orgasmo Maschile sono presenti tre criteri diagnostici:

Criterio A: costante o ripetuto ritardo, o assenza, dell'orgasmo dopo una fase normale di eccitazione sessuale. Nella valutazione devono essere considerati elementi come l'età del soggetto e l'adeguatezza della stimolazione per quanto riguarda la localizzazione, l'intensità, e la durata.

Criterio B: l'anomalia deve causare notevole disagio o difficoltà interpersonale;

Criterio C: la disfunzione non è meglio attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (ad eccezione di un'altra Disfunzione Sessuale) e non è dovuta esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (farmaci inclusi) o di una condizione medica generale.

Nella forma più diffusa di Disturbo dell'Orgasmo Maschile, il maschio non può raggiungere l'orgasmo durante il rapporto sessuale, nonostante possa eiaculare a seguito di stimolazione manuale o orale da parte del partner. Alcuni soggetti con Disturbo dell'Orgasmo Maschile riescono a raggiungere l'orgasmo durante il coito ma solo dopo una assai prolungata e intensa stimolazione non coitale. Altri possono eiaculare solo con la masturbazione. Un gruppo ancora più limitato ha sperimentato l'orgasmo solo al momento del risveglio da un sogno erotico.

La maggior parte dei soggetti che non riesce a raggiungere l'orgasmo durante il coito sostiene che la propria eccitazione è inizialmente soddisfacente poi quella spinta iniziale diviene gradualmente un compito ingrato più che un piacere. Può essere presente una modalità para-filica di eccitazione sessuale. Se un uomo nasconde alla moglie la propria assenza di orgasmo durante il coito, la coppia può giungere all'osservazione per sterilità da cause sconosciute. Il disturbo può causare una compromissione delle relazioni coniugali o sessuali in corso. Abituamente i maschi possono raggiungere l'orgasmo anche quando disturbi vascolari o neurologici interferiscono con la rigidità dell'erezione.

Esempio

Sesso: maschile

Età: 33 anni (al momento del colloquio)

Orientamento: eterosessuale

Occupazione: professore (collega)

Storia del paziente

Il soggetto si presenta al colloquio lamentandosi di non essere mai riuscito ad eiaculare durante un rapporto sessuale. Non ha alcun problema a raggiungere e mantenere un'erezione e nessuna difficoltà a stimolare la sua partner fino al raggiungimento dell'orgasmo, ma non riesce ad essere stimolato fino all'eiaculazione e alla fine è costretto a rinunciare contrariato. È sempre stato in grado di raggiungere l'eiaculazione masturbandosi, azione che fa circa due volte a settimana, ma non è mai stato disposto a consentire ad una partner di masturbarlo fino a raggiungere l'orgasmo. In precedenza aveva resistito a

tutti i tentativi della sua fidanzata di convincerlo a chiedere aiuto medico o psicologico, poiché era convinto che l'eiaculazione intravaginale non fosse importante a meno che si desiderassero dei figli. L'attuale relazione del paziente è in crisi perché la fidanzata desidera sposarsi ed avere dei figli. Egli è restio a diventare padre, ma le pressioni da parte della sua fidanzata lo hanno spinto a cercare una terapia. Nel corso del colloquio il suo atteggiamento nei confronti del problema è di distacco e disdegno. Descrive il problema come se fosse non fosse suo, come un osservatore neutrale, con una partecipazione affettiva apparentemente limitata.

Conclusioni sul caso

Il soggetto ha un problema sessuale singolare. È in grado di avere un'erezione senza difficoltà, non ha problemi nel sostenere l'erezione durante il rapporto (come accadrebbe nel Disturbo Maschile dell'Erezione) ma è incapace di raggiungere l'orgasmo durante il rapporto. Il raggiungimento dell'orgasmo quando si masturba esclude la possibilità di una condizione medica generale che giustifichi il problema. La diagnosi è di Disturbo dell'Orgasmo Maschile (Inibizione dell'Orgasmo Maschile). Si può registrare che la condizione è Dovuta a Fattori Psicologici, Permanente (non acquisita dopo un periodo di normale funzionamento) e Generalizzata (non limitata ad una situazione specifica). Elementi come freddezza ed eccessiva intellettualizzazione, fanno pensare che in presenza di più informazioni si possa diagnosticare un Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità.

o. Eiaculazione Precoce

Nell'Eiaculazione Precoce sono presenti tre criteri diagnostici:

Criterio A: costante o ripetuta insorgenza di orgasmo ed eiaculazione a seguito di minima stimolazione sessuale prima, durante, o subito dopo la penetrazione, e prima che il soggetto lo desideri.

Criterio B: l'anomalia deve causare notevole disagio o difficoltà interpersonale;

Criterio C: l'eiaculazione precoce non è dovuta unicamente agli effetti diretti di una sostanza (Es. astinenza da oppiacei).

È importante che vengano valutati i fattori che influenzano la durata della fase di eccitazione. I fattori principali sono l'età, la novità del partner sessuale o della situazione, e la recente frequenza dell'attività sessuale. La maggior parte dei maschi con questo disturbo possono ritardare l'orgasmo con meno difficoltà durante la masturbazione.

Come altre Disfunzioni Sessuali, l'Eiaculazione Precoce può creare tensione in una relazione. Alcuni maschi non sposati esitano a cominciare a uscire con nuovi partner per la paura dell'imbarazzo causato dal disturbo. Questo può coadiuvare l'isolamento sociale. La maggior parte dei giovani maschi impara a ritardare l'orgasmo con l'esperienza sessuale e con l'età, ma alcuni continuano ad eiaculare precocemente e possono cercare aiuto per il proprio disturbo. Alcuni maschi riescono a ritardare l'eiaculazione nell'ambito di una relazione stabile, ma vanno nuovamente incontro ad eiaculazione precoce quando hanno un nuovo partner. Dopo un certo periodo alcuni soggetti perdono la capacità di ritardare l'orgasmo. L'Eiaculazione Precoce viene spesso osservata in uomini giovani, ed è presente fin dai loro primi esperimenti di rapporto sessuale.

Quando il disturbo inizia dopo un periodo di funzionamento sessuale appropriato, la condizione è spesso quello di una diminuita frequenza di attività sessuale, di intensa ansia da prestazione con un nuovo partner, o di una perdita di controllo sull'eiaculazione legata alla difficoltà nel raggiungere o nel conservare l'erezione.

Alcuni maschi che interrompono l'assunzione regolare di alcool possono sviluppare l'Eiaculazione Precoce, dal momento che facevano affidamento per ritardare l'orgasmo sull'assunzione di alcoolici, invece di apprendere strategie comportamentali.

Problemi saltuari di eiaculazione precoce, non continui o ripetuti oppure non accompagnati da notevole disagio o difficoltà interpersonali non motivano una diagnosi di Eiaculazione Precoce.

p. Dispareunia

Nella Dispareunia sono presenti tre criteri diagnostici:

Criterio A: dolore genitale associato al rapporto sessuale.

Criterio B: l'anomalia deve causare notevole disagio o difficoltà interpersonale;

Criterio C: l'anomalia non è causata unicamente da Vaginismo o da mancanza di lubrificazione, non è meglio attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (ad eccezione di un'altra Disfunzione Sessuale), e non è dovuta solamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco), o di una condizione medica generale.

Sebbene si presenti più normalmente durante il coito, essa può anche manifestarsi prima o dopo il rapporto. Il disturbo può verificarsi sia nei maschi che nelle femmine. Nelle femmine il dolore può essere descritto come superficiale durante la penetrazione o come profondo durante le spinte del pene. L'intensità dei sintomi può variare da una lieve sensazione dolorosa ad un dolore intenso.

È raro che la Dispareunia sia presentata come sintomo principale nella pratica psichiatrica. I soggetti con Dispareunia comunemente richiedono trattamento in ambienti di medicina generale.

La ripetuta esperienza di dolore genitale durante il coito può causare l'evitamento delle esperienze sessuali, la compromissione delle relazioni sessuali esistenti o la limitazione dello sviluppo di nuove relazioni sessuali.

q. Vaginismo

Nel Vaginismo sono presenti tre criteri diagnostici:

Criterio A: costante o ripetuta contrazione involontaria dei muscoli perineali che circondano il terzo esterno della vagina quando si tenta la penetrazione vaginale con pene, dita, tamponi o speculum (Dispositivo medico utilizzato per mantenere aperto un orifizio).

Criterio B: l'anomalia deve causare notevole disagio o difficoltà interpersonale;

Criterio C: l'anomalia non è meglio attribuibile ad un altro disturbo in Asse I (ad eccezione di un'altra Disfunzione Sessuale) e non è dovuta esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale.

In alcune donne, persino l'idea dell'introduzione in vagina può causare spasmo muscolare. La contrazione può variare da una forma lieve, che induce una certa tensione e disagio, fino a forme gravi, che impediscono la penetrazione.

Le risposte sessuali come il desiderio, il piacere, la capacità di orgasmo possono essere conservate se la penetrazione non viene tentata o prevista. L'ostruzione fisica dovuta allo spasmo muscolare di solito impedisce il coito. La condizione può quindi limitare lo sviluppo di relazioni sessuali e compromettere le relazioni in corso. Alcuni casi di matrimonio non consumato o di sterilità sono stati associati a questa condizione. La diagnosi viene spesso effettuata con visite ginecologiche di routine, quando la risposta all'esame della pelvi induce una contrazione facilmente rilevabile dell'ostio vaginale. In alcuni casi l'intensità della contrazione può essere così grave e prolungata da causare dolore. In alcune donne il Vaginismo si manifesta durante l'attività sessuale ma non durante la visita ginecologica. Il disturbo si riscontra più spesso in donne giovani piuttosto che anziane, in donne con atteggiamenti negativi nei confronti del sesso, e in donne con una storia di abuso o traumi sessuali.

Il Vaginismo Permanente ha di solito un inizio fulmineo, manifestandosi per la prima volta durante i primi tentativi di penetrazione. Una volta che il disturbo si è instaurato, il decorso è solitamente cronico, se non vi sono miglioramenti a seguito di una terapia. Il Vaginismo Acquisito può anche rivelarsi improvvisamente in risposta ad un trauma sessuale o ad una condizione medica generale.

r. Disfunzione Sessuale dovuta ad una Condizione Medica Generale

Nella Disfunzione Sessuale Dovuta ad una Condizione Medica Generale sono presenti tre criteri diagnostici:

Criterio A: presenza di una disfunzione sessuale clinicamente significativa che si ritiene sia dovuta unicamente agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale. Deve causare un notevole disagio o difficoltà interpersonali.

Criterio B: dall'anamnesi, dall'esame fisico o dai dati di laboratorio deve risultare che la disfunzione è del tutto comprensibile sulla base degli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale

Criterio C: l'anomalia non è meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale

Il clinico deve provare che la disfunzione sessuale è etiologicamente collegata alla condizione medica generale attraverso un procedimento fisiologico. Per trarre questa conclusione è necessaria un'attenta e completa valutazione di diversi fattori.

Viene effettuata una diagnosi di Disfunzione Sessuale con il sottotipo "Dovuta a Fattori Combinati" se si ritiene che un insieme di fattori psicologici, unitamente o ad una condizione medica generale o ad una sostanza, abbiano un ruolo eziologico, ma nessuna singola causa sia sufficiente a giustificare la disfunzione.

Per i maschi, test come la tumescenza notturna del pene, esami vascolari e l'iniezione di attivatori dei tessuti possono essere utili nella valutazione. Nell'eseguire accertamenti nelle femmine, è importante un'attenta visita ginecologica, specie per valutare i Disturbi da Dolore Sessuale. Una valutazione neurologica ed endocrina può essere utile sia nei maschi che nelle femmine.

Disfunzione Sessuale Indotta da Sostanze

Nella Disfunzione Sessuale Indotta da Sostanze sono presenti tre criteri diagnostici:

Criterio A: disfunzione sessuale clinicamente significativa che causa un notevole disagio o difficoltà interpersonali.

Criterio B: a seconda della sostanza coinvolta, la disfunzione può riguardare una compromissione del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo, o dolore sessuale. Si considera che la disfunzione sia del tutto dovuta dagli effetti fisiologici diretti di una sostanza.

Criterio C: l'anomalia non deve essere meglio attribuibile ad un'altra Disfunzione Sessuale che non sia indotta da sostanze.

Una Disfunzione Sessuale Indotta da Sostanze viene distinta da una Disfunzione Sessuale primaria in base all'insorgenza e al decorso.

Una Disfunzione Sessuale Indotta da Sostanze appare solo in associazione con un'intossicazione, mentre le Disfunzioni Sessuali primarie possono essere precedenti all'insorgenza dell'uso di sostanze oppure rivelarsi durante periodi di estesa astinenza dalla sostanza. Se il disturbo persiste dopo un mese o più dalla cessazione dell'intossicazione da sostanze la disfunzione sessuale è di tipo primario. Le seguenti specificazioni per la Disfunzione Sessuale Indotta da Sostanze sono selezionate sulla base della disfunzione sessuale predominante. Nonostante la presentazione clinica della disfunzione sessuale possa somigliare a quella delle Disfunzioni Sessuali primarie specifiche, non è necessario che soddisfino tutti i criteri per uno di questi disturbi.

Con Compromissione del Desiderio. (Insufficiente o assente desiderio sessuale.)

Con Compromissione dell'Eccitazione. (Compromissione dell'eccitazione sessuale, per esempio disturbo dell'erezione, compromissione della lubrificazione).

Con Compromissione dell'Orgasmo. (Compromissione dell'orgasmo.)

Con Dolore Sessuale. (Dolore associato al rapporto sessuale).

Le Disfunzioni Sessuali possono esibirsi in associazione con l'intossicazione dalle seguenti classi di sostanze: alcool; amfetamine e sostanze affini; cocaina; oppiacei; sedativi, ipnotici, e ansiolitici; e altre sostanze sconosciute.

Nel caso in cui i dati non siano sufficienti per individuare se la Disfunzione Sessuale è dovuta ad una sostanza (incluso un farmaco), o ad una condizione medica generale, oppure è primaria, si dovrebbe indicare una Disfunzione Sessuale Non Altrimenti Specificata.

Disfunzione Sessuale Non Altrimenti Specificata

Questa categoria diagnostica include le disfunzioni sessuali che non soddisfano i criteri per alcuna Disfunzione Sessuale specifica. Gli esempi comprendono: assenti o ridotte sensazioni erotiche, nonostante eccitazione e orgasmo "normali". Circostanze in cui il clinico è giunto alla conclusione che è presente una disfunzione sessuale, ma non riesce a stabilire se è primaria, dovuta ad una condizione medica generale, o indotta da sostanze.

Conclusioni

Al contrario delle parafilie le disfunzioni sessuali non creano problemi sociali o nel mondo lavorativo, creano difficoltà nelle relazioni interpersonali e nella relazione sentimentale. Questi disturbi, portano l'individuo all'isolamento sociale. La paura di una situazione imbarazzante spinge il paziente a non cercare nuovi partner e a evitare i rapporti sessuali con il compagno o la compagna. Le conseguenze di questo atteggiamento sono solitudine e depressione.

Il Disturbo dell'identità di genere (DIG)

Il disturbo dell'identità di genere, è una condizione in cui il soggetto ha una forte e persistente identificazione nel sesso opposto a quello biologico o comunque a quello assegnato anagraficamente alla nascita. Questo disturbo è indipendente dall'orientamento sessuale, e non va confuso con esso. Una transessuale da maschio a femmina (MtF) può essere eterosessuale o lesbica, così come un transessuale da femmina a maschio (FtM) può essere eterosessuale o gay.

I criteri diagnostici per identificare il disturbo dell'identità di genere sono i seguenti:

- il soggetto si identifica in maniera intensa e persistente con individui di sesso opposto (a quello anagrafico);
- questa identificazione non deve essere semplicemente un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto (a quello anagrafico);
- deve esserci l'evidenza di una condizione di malessere persistente o di estraneità riguardo al proprio sesso anagrafico;
- l'individuo non deve esibire una condizione di intersessualità (es. sindrome di insensibilità agli androgeni o iperplasia surrenale congenita);
- deve esserci un disagio clinicamente significativo o compromissione in ambito sociale, lavorativo e nelle relazioni interpersonali.

Nei maschi, l'identificazione col sesso opposto si manifesta con un eccessivo interesse per le tradizionali attività femminili. Essi possono preferire indossare abiti da ragazza o da donna.

Nei bambini con DIG esiste una forte attrazione verso i giochi e i passatempi tipici delle bambine. Spesso gli piace particolarmente giocare "alla casa", disegnare belle ragazze e principesse, e guardare programmi o video di personaggi femminili. Le bambole con sembianze femminili (Barbie), sono spesso i giocattoli preferiti, e i compagni di gioco preferiti sono le bambine. Quando giocano "alla casa", questi bambini recitano ruoli femminili, più abitualmente "le parti della mamma", e sono spesso eccessivamente interessati ai personaggi femminili della loro fantasia. Essi evitano i giochi che implicano baruffe e gli sport competitivi, ed hanno scarso interesse per le macchine e i camion o per altri giocattoli non aggressivi ma tipici dei maschi. Essi possono manifestare il desiderio di essere bambine, o sostenere che quando cresceranno diverranno donne. Questi bambini possono insistere per urinare seduti e far finta di non avere il pene spingendolo tra le gambe. Più raramente, i maschi con Disturbo dell'Identità di Genere possono sostenere di trovare nauseante il proprio pene o i testicoli, di volersene sbarazzare, oppure di avere, o di desiderare una vagina.

Le femmine con Disturbo dell'Identità di Genere rivelano intense reazioni negative nei confronti delle aspettative dei genitori o dei tentativi di far indossare loro dei vestiti o altri capi femminili. Preferiscono l'abbigliamento maschile e i capelli corti, sono spesso scambiate per maschi dagli estranei, e possono chiedere di essere chiamate con nomi maschili. Gli eroi della loro fantasia di solito sono personaggi maschili potenti, come Batman o Superman. Le bambine con Disturbo dell'Identità di Genere preferiscono giocare coi maschi, con cui condividono l'interesse per gli sport che implicano contatto fisico, per i giochi violenti, e per i giochi maschili tradizionali. L'interesse per le bambole o per ogni altro tipo di gioco che comporti agghindarsi o rappresentare parti femminili è molto scarso. Una bambina con questo disturbo può alle volte rifiutarsi di urinare in posizione seduta. Può sostenere di

avere un pene, o che questo le crescerà, e può non volere che crescano le mammelle o che vengano le mestruazioni. Potrebbe sostenere anche che quando crescerà sarà un uomo.

Gli adulti con Disturbo dell'Identità di Genere sono assorbiti dal proprio desiderio di vivere come un membro dell'altro sesso. Gli adulti con tale disturbo sono innervositi quando sono considerati dagli altri, oppure quando si comportano nella società, come membri del sesso che è loro assegnato. In vari gradi adottano il comportamento, i vestiti, e gli atteggiamenti dell'altro sesso. In privato, questi soggetti trascorrono molto tempo travestiti, cercando di apparire come membri dell'altro sesso. L'attività sessuale di questi soggetti con partner dello stesso sesso è di solito limitata dalla preferenza che i partner non vedano e non tocchino i loro genitali. Per alcuni maschi che arrivano all'osservazione più tardi (spesso dopo il matrimonio), l'attività sessuale con una donna è accompagnata dalla fantasia di essere lesbiche o che la partner sia un uomo ed essi siano donne.

Negli adolescenti, le caratteristiche cliniche possono somigliare o a quelle dei bambini o a quelle degli adulti, a seconda del livello di sviluppo del soggetto. Negli adolescenti più giovani, può essere più difficile giungere ad una diagnosi accurata per la diffidenza adolescenziale. L'adolescente di solito giunge all'osservazione perché i genitori o gli insegnanti sono preoccupati per l'isolamento sociale o per le prese in giro o il rifiuto da parte dei compagni. La delucidazione diagnostica nei bambini e negli adolescenti può richiedere un monitoraggio per un periodo di tempo prolungato.

Il disagio o la menomazione nei soggetti con Disturbo dell'Identità di Genere si manifestano in modo differente nel corso della vita. Nei bambini piccoli, il disagio si manifesta tramite la dichiarata scontentezza riguardo alla propria assegnazione sessuale. Nei bambini più grandi, l'incapacità di sviluppare esperienze e rapporti adeguati per l'età coi compagni dello stesso sesso porta spesso all'isolamento e al disagio, fino a rifiutare di andare a scuola per le prese in giro o per le pressioni ad indossare abbigliamento tipici del proprio sesso. Negli adolescenti e negli adulti, l'eccessivo coinvolgimento nel desiderio di appartenere all'altro sesso frequentemente interferisce con le attività ordinarie.

Le seguenti specificazioni basate sull'orientamento sessuale si possono assegnare ai soggetti sessualmente maturi:

- Sessualmente Attratto da Maschi,
- Sessualmente Attratto da Femmine,
- Sessualmente Attratto sia da Maschi che da Femmine, e
- Non Attratto Sessualmente Né da Maschi Né da Femmine.

I maschi con Disturbo dell'Identità di Genere sono molto presenti in tutti e quattro i gruppi.

Coloro che sono attratti dai maschi di solito mostrano prima il disturbo, nella fanciullezza o nella prima adolescenza, mentre quelli che sono attratti dalle femmine, sia da maschi che femmine o da nessuno dei due riferiscono l'insorgenza della disforia di genere nella prima media età adulta. Gli uomini con alcuna attrazione sono spesso individui isolati con tratti schizoidi. Quasi tutte le femmine con Disturbo dell'Identità di Genere ricevono la stessa precisazione, Sessualmente Attratte da Femmine; in rari casi di disforia comunque si registrano femmine Sessualmente Attratte da Maschi. Molti soggetti con Disturbo dell'Identità di Genere diventano socialmente

isolati. Alcuni maschi con Disturbo dell'Identità di Genere utilizzano autotrattamenti ormonali, e possono, anche se di rado, castrarsi o penectomizzarsi. Soprattutto nei centri urbani, alcuni maschi con questo disturbo possono prostituirsi, con alto rischio di contrarre l'infezione da HIV. Tentativi di suicidio e Disturbi Correlati a Sostanze risultano assiduamente associati.

I bambini con Disturbo dell'Identità di Genere possono manifestare in concomitanza un Disturbo d'Ansia di Separazione, un Disturbo d'Ansia Generalizzato, e sintomi depressivi. Gli adolescenti sono particolarmente a rischio di depressione, di ideazione suicidaria e di tentativi di suicidio. Negli adulti si possono riscontrare ansia e sintomi depressivi. Nei campioni clinici, i Disturbi di Personalità associati sono più comuni fra i maschi che fra le femmine. Nella Schizofrenia raramente possono esservi deliri di appartenenza al sesso opposto. L'insistenza di un soggetto con un Disturbo dell'Identità di Genere sul fatto di appartenere all'altro sesso non è considerata un delirio, perché il significato di questo è che il soggetto "si sente" come un membro dell'altro sesso, e non che crede davvero di essere un membro del sesso opposto. In casi molto rari, comunque, la Schizofrenia e un grave Disturbo dell'Identità di Genere possono coesistere. I maschi adulti che sono sessualmente attratti dalle femmine, sia dai maschi che dalle femmine o da nessuno dei due di solito riferiscono un eccitamento erotico da autoginofilia. Nella maggioranza dei casi il soggetto dovrebbe presentare i requisiti necessari, almeno nel passato, per

una diagnosi di Feticismo di Travestimento. Non esistono test diagnostici specifici per il Disturbo dell'Identità di Genere. La valutazione con test psicologici può rivelare un'identificazione col sesso opposto o atteggiamenti tipici del sesso opposto. I soggetti con Disturbo dell'Identità di Genere hanno genitali normali. I maschi adolescenti e adulti con Disturbo dell'Identità di Genere possono ostentare un ingrandimento delle mammelle a seguito di assunzione di ormoni, assenza di peli a seguito di depilazione temporanea o permanente, e altri cambiamenti fisici a seguito di procedure come rinoplastica o rasatura della cartilagine tiroidea (riduzione chirurgica del pomo d'Adamo). Nelle femmine che indossano fasciature delle mammelle si possono esaminare mammelle deformate o irritazioni mammarie. Le complicanze post operatorie nei soggetti geneticamente femmine includono cicatrici vistose nella parete toracica, e, nei soggetti geneticamente maschi, restringimenti della vagina, fistole retrovaginali, stenosi uretrali, e deviazioni del getto urinario. I pazienti pediatrici maschi con questo disturbo sono inviati per una valutazione più spesso delle femmine. Nei campioni di pazienti adulti, i maschi sono di due o tre volte più numerosi delle femmine.

Non sono stati fatti studi epidemiologici recenti che forniscano valori sulla diffusione del Disturbo dell'Identità di Genere. Gli unici valori provengono dei paesi più piccoli in Europa, secondo le statistiche circa 1 maschio adulto su 30000 e 1 femmina adulta su 100000 richiedono interventi chirurgici per cambiamento di sesso.

Se il Disturbo dell'Identità di Genere è presente nell'età adulta, tende ad avere decorso cronico, anche se sono state registrate remissioni spontanee.

Il Disturbo dell'Identità di Genere può essere riconosciuto da un semplice anticonformismo nei confronti del comportamento stereotipato del ruolo sessuale sulla base del grado e dell'insistenza dei desideri, degli interessi e delle attività proprie del sesso opposto. Con questo disturbo non si vuole descrivere un anticonformismo del bambino verso il comportamento stereotipato del ruolo sessuale, come, per esempio, il comportamento "da maschiaccio" nelle femmine o "da femminuccia" nei maschi. Il disturbo rappresenta una profonda alterazione del senso di identità del soggetto rispetto all'essere maschio o all'essere femmina.

Esempio

Sesso: femminile

Età: 25 anni (al momento del colloquio)

Occupazione: operatore di grosse macchine da costruzione

Storia del paziente

La paziente, dicendo di chiamarsi Charles, richiede "un'operazione per cambiare sesso". Per 3 anni aveva condotto vita sociale ed aveva lavorato come uomo. Nei due anni precedenti al colloquio, era stata il compagno di casa, il sostenitore economico, l'equivalente marito di una donna bisessuale che era scappata da un brutto matrimonio. I due figli della donna, consideravano Charles, come il loro patrigno, e c'era un forte legame affettivo fra di loro. Socialmente il paziente appariva come un uomo scarsamente virile il cui sviluppo sessuale nella pubertà poteva essere stato estremamente ritardato o carente da un punto di vista ormonale. La sua voce era di bassa tonalità, ma non da baritono. La sua maglia e la sua giacca erano voluminosi ed efficacemente camuffavano il petto appiattito e strettamente fasciato. Un pene protesico produceva un rigonfiamento di aspetto mascolino nei pantaloni; era costruito in modo tale che, in caso di necessità, poteva essere usato come un condotto urinario nella posizione eretta.

Senza successo il paziente aveva cercato di ottenere una mastectomia così che in estate avrebbe potuto indossare solo una maglietta mentre lavorava all'aperto come operatore di grosse macchine da costruzione. Non era riuscita nemmeno a farsi prescrivere del testosterone per produrre delle caratteristiche secondarie maschili e sopprimere il ciclo. Il paziente desiderava un'isterosalpingectomia, e come obiettivo a lungo termine aspirava ad una falloplastica.

La storia era un chiaro resoconto della progressiva consapevolezza nell'adolescenza di essere capace di innamorarsi solo di una donna, dopo essere stato una bambina mascolina che alla fine aveva consolidato un ruolo e un'identità transessuale. L'esame fisico aveva rilevato una normale anatomia femminile, che il paziente aveva trovato personalmente repulsiva, incongrua, e fonte di disagio

continuo. I risultati degli esami di laboratorio endocrinologici erano nei limiti della norma per una donna.

Conclusioni sul caso

La volontà della paziente di liberarsi delle sue caratteristiche femminili ed acquisire quelle maschili porta alla diagnosi di Disturbo dell'Identità di Genere. Oltre alla volontà è presente anche un disagio e un senso di inadeguatezza riguardo al sesso attribuito. In questo caso sono presenti anche le altre manifestazioni caratteristiche del disturbo quando si verifica in un adulto: una forte e continua identificazione col sesso opposto manifestata dall'abbigliamento, dalle modalità sociali, e dallo svolgere un'attività lavorativa maschile.

Come in quasi tutti i casi, l'anomalia non è contemporanea con una condizione fisica o genetica intersessuale. La diagnosi viene ulteriormente specificata come di Tipo Adulto e, riguardo alla storia predominante di orientamento sessuale, Sessualmente Attratto da Femmine.

Disturbo dell'identità di genere Non Altrimenti Specificato

Questa categoria codifica i Disturbi dell'identità di genere che non sono classificabili come specifico Disturbo dell'Identità di Genere.

Gli esempi includono:

- Condizioni intersessuali (Sindrome di insensibilità agli androgeni o iperplasia surrenale congenita con concomitante disforia di genere.)
- Comportamento di travestimento con abbigliamento del sesso opposto transitorio e connesso a stress.
- Persistenti pensieri di castrazione o di penectomia senza desiderio di acquisire le caratteristiche sessuali del sesso opposto.

Conclusioni

Dopo la mia operazione, neanche un ginecologo sarà in grado di trovare qualcosa di anormale nel mio corpo. Io diventerò una donna. Non trova curioso che la chirurgia possa curare un disturbo mentale? (Bree (Felicity Huffman) dal film *Transamerica*).

Secondo Peggy Cohen Kettenis, il Disturbo dell'Identità di Genere è catalogato nel DSM IV per motivi pratici. Per esempio, se non fosse classificato come disturbo mentale, le compagnie assicurative di molti Paesi non coprirebbero le spese di trattamento. Questo tema è in discussione riguardo alla stesura del DSM V (previsto per il 2011). Anche secondo Anne Vitale il manuale sarebbe da rivedere. In seguito agli studi da lei condotti, propone una teoria e suggerisce che il termine “Disturbo di Identità di Genere” venga rinominato in “Disturbo d'ansia da privazione dell'espressione di genere” (Gender Expression Deprivation Anxiety Disorder, GEDAD).

È possibile racchiudere in due categorie coloro che vorrebbero vedere dei cambiamenti nel DSM:

1. Alcuni medici chiedono la rimozione completa di ogni riferimento alle tematiche di genere nella prossima edizione del DSM.
2. Altri medici chiedono un'inclusione non patologizzante, riconosco la variabilità di genere come un fenomeno naturale che richiede una combinazione di attenzione psicologica e medica.

I membri del primo gruppo credono che solo il fatto di includere la questione nel DSM porti automaticamente alla stigmatizzazione psicologica e incoraggi la disapprovazione culturale. Il secondo gruppo si preoccupa del fatto che, a meno che la questione non sia inserita in un elenco di disturbi di ordine medico, le procedure mediche necessarie sarebbero considerate non necessarie, specialmente in paesi che hanno un Servizio Sanitario Nazionale.

La dottoressa Anne Vitale si schiera dalla parte di chi crede che un'inclusione sia positiva, ma allo stesso tempo chiede che il riferimento sia spostato dall'insieme dei disordini sessuali a quello dei disordini dell'ansia.

I vantaggi della terminologia “Disturbo d'ansia da privazione dell'espressione di genere” (GEDAD) sono i seguenti:

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

- GEDAD riconosce tacitamente che l'espressione di genere è un elemento critico in ciò che ci rende umani.
- GEDAD riconosce tacitamente che l'espressione di genere è un dettame della nascita. Non è negoziabile.
- GEDAD riconosce tacitamente che l'espressione di genere, come definita dall'individuo, è vitale per una buona salute psicologica.
- GEDAD sposta il centro dell'attenzione dal lato sessuale a quello psicologico.
- Diversamente da DIG, GEDAD non connota disturbi o confusione in qualcuno che si presenta per una questione di genere. Questo dovrebbe escludere la possibilità di usare il DSM in obiezioni di carattere religioso/politico alla transizione del ruolo di genere come parte del piano di trattamento.
- GEDAD descrive quello che l'individuo realmente prova.
- GEDAD può essere inserito in una directory di disturbi che permetta al Servizio Sanitario Nazionale di coprire le spese del trattamento senza gli strascichi negativi che l'espressione Disturbo di Identità di Genere si porta dietro.
- GEDAD non fa differenza tra adulti, adolescenti, bambini, MTF, FTM, intersessuati, androfilici o autogenefili tra le persone con variabilità di genere.

Guardando i risultati ottenuti dai percorsi per il cambio di sesso, e la successiva integrazione, non passerà molto tempo prima che i medici accettino la condizione che non si tratta di un problema di identità confusa ma un problema di privazione dell'espressione di genere.

Gli autori del DSM IV TR affermano:

Bisogna notare che il DSM IV riflette un consenso sulla classificazione e la diagnosi di disturbi mentali riscontrati al tempo della sua pubblicazione iniziale. Le nuove conoscenze generate da studi o esperienze cliniche porteranno senza dubbio a una maggiore comprensione dei disturbi inclusi nel DSM IV, all'identificazione di nuovi disturbi, e alla rimozione di alcuni disturbi nelle prossime classificazioni.

Personalmente, in accordo con la dottoressa Anne Vitale, credo sia arrivato il momento di togliere il Disturbo di Identità di Genere e sostituirlo con la nuova classificazione: *Disturbo d'Ansia da Deprivazione dell'Espressione di Genere*.

Disturbo Sessuale Non Altrimenti Specificato

In questa categoria sono codificati i disturbi sessuali che non soddisfano i criteri di nessun Disturbo Sessuale specifico, e non sono né una Disfunzione Sessuale, né una Parafilia. Gli esempi includono:

- Marcati sentimenti di inadeguatezza riguardo alla prestazione sessuale o altre
- caratteristiche connesse a standard auto imposti di mascolinità o femminilità.
- Disagio connesso a un quadro di ripetute relazioni sessuali con una successione di partner vissuti dal soggetto come cose da usare.
- Persistente e intenso disagio riguardo all'orientamento sessuale.

Bibliografia

American Psychiatric Association, *DSM IV*, Masson
Compact, *L'enciclopedia della medicina*, De Agostini
Dèttore D., *Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale*, McGraw Hill
Ayzad, *BDSM. Guida per esploratori dell'erotismo estremo*, Castelvechi
Fenelli A., Lorenzini R., *Clinica delle disfunzioni sessuali*, Carocci
Simonelli C., *Diagnosi e trattamento delle disfunzioni sessuali*, Franco Angeli
Dèttore D., *I Disturbi dell'Identità di Genere*, McGraw Hill
Cohen Kettenis P., *Disturbi dell'Identità di Genere. Eziologia, Prevalenza e Management Clinico*. (Saggio)
Vitale A., *Note sulla transizione del ruolo di genere*, Anne Vitale Ph.D.
Ripensare la Terminologia del Disturbo di Identità di Genere nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali IV (Saggio)
Palahniuk C., *Cavie*, Mondadori

Indice

Introduzione

Le Parafilie

Esibizionismo (Scoptofilia)

Feticismo

Frotteurismo

Pedofilia

Masochismo Sessuale

Sadismo Sessuale

Feticismo di Travestimento

Voyeurismo

Parafilia Non Altrimenti Specificata

Conclusioni

Le Disfunzioni Sessuali

Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo

Disturbo da Avversione Sessuale

Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile

Disturbo Maschile dell'Erezione

Disturbo dell'Orgasmo Femminile

Disturbo dell'Orgasmo Maschile

Eiaculazione Precoce

Dispareunia

Vaginismo

Disfunzione Sessuale Dovuta ad una Condizione Medica Generale

Disfunzione Sessuale Indotta da Sostanze

Disfunzione Sessuale Non Altrimenti Specificata

Conclusioni

Il Disturbo dell'identità di genere (DIG)

Disturbo dell'identità di genere Non Altrimenti Specificato

Conclusioni

Disturbo Sessuale Non Altrimenti Specificato

Muore impiccato a un albero «Facevamo un gioco erotico»

Bologna, la vittima è un trans di 19 anni. Interrogato l'amico

— BARICELLA (Bologna) —

SOFFOCATO durante un gioco erotico sadomaso. E' morto così un giovane transessuale, il cui cadavere, quando i soccorritori sono arrivati, era ancora legato con una catena a un larice nel giardino di un'abitazione in via Guidetti 16/2, a Passo Segni, una frazione di Baricella, nella Bassa bolognese. E' stato l'amico del ragazzo, Michele Tropper, un 35enne titolare del contratto d'affitto della casa, a dare l'allarme, poco dopo le 18,30 di ieri. Proprio con lui il trans, che sarebbe triestino e avrebbe 19 anni, era intento in quella pratica sessuale estrema che ha spezzato la sua giovane vita. Era legato a un albero, in un gioco di sottomissione: prevedeva che la vittima, con i legacci al collo, e le manette ai polsi, rimanesse lì da sola, mentre il compagno-padrone si dedicava ad altro, ignorandolo. Ma quando è tornato, l'ha trovato morto. Soffocato. Non aveva retto a quella catena che mozzava il respiro.

LA VITTIMA era seminuda, indossava una minigonna e non aveva documenti. Ma stando ai primi accertamenti sarebbe friulano. Sul posto è arrivato il pm di turno Lorenzo Gestri, oltre al medico legale e ai tecnici della scientifica. Il magistrato ha sentito a lungo il 35enne nella caserma dei carabinieri. L'uomo viveva in quel cascinale, in pessime condizioni e in una zona molto isolata vicino al cimitero del paese, insieme con l'anziano e malato padre, che dopo la macabra scoperta è stato portato a casa

SADOMASO
Trovato seminudo
Aveva una catena
attorno al collo
e le manette ai polsi

di una parente. Il giovane ha detto di aver conosciuto il trans su internet e che si frequentavano: quello di ieri non era il primo incontro. Dentro casa c'erano amplificatori e una brandina su cui dormiva la vittima. Il 35enne, tipo solitario senza lavoro, ha detto di non aver mai avuto rapporti sessuali con il diciannovenne. Prima ha spiegato di averlo trovato già legato, poi di averlo aiutato a legarsi. A tarda notte era ancora in caserma.



INDAGINE
I primi rilievi dei carabinieri nella villetta della Bassa bolognese. La vittima indossava soltanto una minigonna
(foto Radogna)



Telefono
070.665.0200

sms
3475215.666

e-mail
bologna@liblogna.com

Il Bologna
9 Settembre 2008

Bologna

Passo Segni di Baricella. Il corpo era legato a un albero nel cortile dell'uomo che ha chiamato il 112

Gioco erotico finisce in tragedia trovata morta ragazza di 19 anni

È Era andata a casa del partner conosciuto su internet. Interrogatorio ieri in tarda serata

Giulio Marcante
bologna@liblogna.com

C'è un gioco erotico all'origine della tragedia avvenuta ieri pomeriggio nella "bassa". Una ragazza di 19 anni è morta legata ad un albero nel giardino di una villetta a Passo Segni di Baricella, nella campagna tra Bologna e Ferrara. A dare l'allarme è stato l'uomo di 35 anni che vive in affitto nell'abitazione e che aveva invitato la ragazza a casa sua. Verso le 17.30 si è reso conto che la ragazza non respirava più e ha chiamato il 112. La ragazza sarebbe rimasta soffocata perché legata dal collo, non aveva con sé i documenti e si trovava lì perché aveva accettato di andare a casa dell'uomo che molto probabilmente ha conosciuto in Internet. L'ipotesi del gioco erotico è

foto.



► Sul posto sono intervenuti i carabinieri

emersa anche dagli oggetti che sono stati trovati nella villetta: corde, manette e tutto quanto viene utilizzato nelle pratiche sadomaso.

IL PM DI TURNO Lorenzo Gestri è andato a Passo Segni per interrogare il 35enne e ricostruire le ore precedenti la morte della ragazza e valutare la sua posizione che nel corso delle ore potrebbe essersi aggravata. L'uomo è stato sentito a lungo dai carabinieri della stazione di Baricella e dal magistrato. Gli investigatori hanno lavorato innanzitutto per dare un nome alla vittima di cui non si sapeva ancora l'identità certa nelle pri-

me ore della serata poi, dopo aver effettuato i rilievi nel giardino e nella villetta, hanno accompagnato il 35enne in caserma per l'interrogatorio. È stato proprio lui a decidere di avvisare i carabinieri quando si è reso conto che la giovanissima donna non respirava più. La zona dove è avvenuta la tragedia è estremamente isolata, in piena campagna tra casolari e villette che distano anche alcune centinaia di metri l'una dall'altra, non stupisce quindi che i due si trovassero in giardino all'aria aperta. Quando i carabinieri sono arrivati hanno trovato il corpo della donna già senza vita legato all'albero. ■

I dati

Il precedente

■ A fine luglio in provincia di Mantova un uomo di origine slava, Dean Diljevic di 27 anni, è stato trovato morto legato alla cancellata di un locale di

scambisti. L'uomo era legato al collo da un guinzaglio per cani e si occupava della gestione del locale. Anche qui è stata valutata l'ipotesi del gioco erotico.

Parafilie e morte: un breve percorso

*Sofo Giuseppe**



*Quando bacio il tuo labbro profumato,
cara fanciulla, non posso obliare
che un bianco teschio v'è sotto celato.
Quando a me stringo il tuo corpo vezzoso,
obliar non poss'io, cara fanciulla,
che vi è sotto uno scheletro nascosto.
E nell'orrenda visione assorto,
dovunque o tocchi, o baci, o la man posi.
sento sporger le fredde ossa di morto.
(Memento, Iginio Ugo Tarchetti)*

*Studente Scuola di Alta Formazione in Scienze Criminologiche e Investigative, Curtatone, (MN).

La passione del cadavere può estendersi a tutto quanto lo concerne. Attraverso la necrofilia, si può arrivare al caso estremo della thanatofilia - il desiderio di morire noi stessi - oppure limitarsi al feticismo funerario (Il vampiro, Ornella Volta)

Ab! Foutre, foutre, le beau cadavre! (Juliette, De Sade)

Il DSM IV inserisce la necrofilia nella categoria delle parafilie non altrimenti specificate e la descrive come un desiderio di preferire il rapporto sessuale con cadaveri, piuttosto che con esseri viventi.



Il primo ad utilizzare il termine necrofilia nei suoi studi scientifici fu Richard Von Kraft - Ebing attorno al 1860. Egli introdusse lo “stupro dei cadaveri” nella casistica del “sadismo” e catalogò la necrofilia come una forma di amore che non si arresta mai neanche di fronte alla morte.

Secondo altri autori il primo a coniare il termine necrofilo fu il belga Guslain intorno la metà del XIX secolo per catalogare una tipologia di “alienati distruttivi”. In seguito, nel 1901 a Lione ad opera di Alexis Epoulard, apparve l'opera più citata dagli studi di necrofilia, la tesa di laurea intitolata *vampirisme, nèrophilie, nèrosadisme, nèrophagia*, nella quale vengono analizzati in modo approfondito alcuni casi clinici di estrema importanza, basti solo pensare al caso di Victor Ardisa, meglio conosciuto come “il Vampiro del Muy”. Egli definì la necrofilia come “ogni tendenza manifesta a compiere atti sessuali con un cadavere”.

Galimberti invece la definisce come “un investimento erotico di scene macabre che approda a rituali con significati funerei ricercati, contemplati e talvolta eseguiti, fino a giungere, in casi più rari, a rapporti sessuali con cadaveri”.

Altra definizione di necrofilia è quella data dagli autori Matteucci, Palaia e Tripodi: “La necrofilia consiste nel realizzare esclusivamente la soddisfazione sessuale con un cadavere di sesso femminile, della cui morte non si è alcun modo responsabili. Davanti al cadavere il necrofilo può accarezzarlo voluttuosamente, può masturbarsi o giungere all'amplesso”.

Ma solo con il saggio “Psicoanalisi dell'incubo” di Ernest Jones si ha però una prima distinzione fra due diversi tipi di necrofilia. Il primo tipo riguarda coloro che non accettano la morte della persona amata e continuano il rapporto affettivo anche dopo il decesso del loro partner. Il secondo concerne coloro i quali provano un forte desiderio di avere rapporti sessuali con qualsiasi cadavere, sia esso di una persona conosciuta o meno. Spesso gli appartenenti a questa seconda tipologia non si limitano ad avere rapporti sessuali ma mordono, infieriscono e mangiano la carne dei cadaveri.

In questo caso bisogna però citare almeno due altre parafilie.

La prima è la necrofagia, cioè la perversione per cui il soggetto prova piacere nel nutrirsi di carne di cadaveri (parafilia che si differenzia dall'antropofagia in quanto, secondo alcuni studiosi, in quest'ultima la vittima è ancora viva).

La seconda è il necrosadismo, cioè la perversione per cui il soggetto prova piacere nell'infliggere atti sadici sui cadaveri, siano essi umani o animali.

Jones afferma che “Con il morto tutto è permesso, egli non offre resistenza e il rapporto non ha nessuna delle fastidiose conseguenze che la sessualità può avere da vivi”. In realtà, in alcuni casi, anche una persona morta può interferire con le fantasie del suo assassino che farà il possibile per neutralizzarla e renderla pari ad un oggetto, ossia farà di tutto per spersonalizzarla la propria vittima.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Per fare ciò potrà semplicemente voltare il cadavere oppure potrà giungere a forme estreme come la sfigurazione del viso, attraverso coltello o colpi contundenti.

Altra suddivisione tra diversi tipi di necrofilia è quella offerta dal Dr. Jonathan Rosman e dal Dr. Phillip Resnick, che ne individuano tre tipi basilari: la necrofilia omicida, nella quale il soggetto uccide per ottenere il corpo, la necrofilia regolare, nella quale è necessario l'uso di cadaveri affinché il soggetto ottenga un piacere sessuale, ed infine la necrofilia fantastica, dove il soggetto si limita ad immaginare questi atti ma non arriva a compierli.

Si arriva così al 1998 quando Franklin S. Klaf e William Brown pubblicano un saggio dal titolo "*Necrophilia, brief review and case report*". Essi individuano quattro diversi tipi di necrofilia: necrofagia, nella quale la vittima viene mutilata e almeno parzialmente divorata, necrostuprum, nel quale il soggetto violenta il cadavere, pseudo necrofilia, nella quale il soggetto non ha nessun contatto fisico con il cadavere ma si limita a contemplarlo o, al limite, giunge alla masturbazione, ed infine il desiderio omicida, nel quale il soggetto uccide la vittima prima di avere un rapporto sessuale con il cadavere. In questo caso dovremmo però parlare di necromania, ossia un desiderio irrefrenabile, patologico, che induce a ricercare e trovare un diretto contatto con la morte, quindi con un bisogno estremo di uccidere e con un'attrazione morbosa verso i cadaveri.

Questo piacere, secondo alcuni studi, passa attraverso due fasi: la prima è quella di far morire ciò che è vivo mentre la seconda consiste nel prolungare il più possibile il rapporto con il cadavere stesso.

Quindi si può affermare che la grande differenza fra un necrofilo e un necromane è che il primo raramente arriva ad uccidere per procurarsi cadaveri ed inoltre quasi mai si spinge a commettere ferite inferte post-mortem (overkill), a differenza del necromane. In definitiva il necrofilo è attratto dai cadaveri e si eccita sessualmente solo e principalmente unendosi carnalmente ad essi, altre volte invece basta la sola vista o la semplice rappresentazione mentale, infatti spesso la sua attività preferita è la masturbazione. Egli ama il morto, in quanto riesce ad avere rapporti sessuali solo con una persona completamente inerme, avendo troppa paura per affrontare una relazione sessuale con una persona viva. Secondo alcuni studi pare siano tre le caratteristiche principali dei cadaveri che attraggono il necrofilo: la freddezza, il cattivo odore e l'immobilità.

Il necromane invece esaspera il suo interesse patologico per la morte proprio uccidendo e solo in seguito attraverso ad un contatto col cadavere. Egli odia la sua vittima e il suo obiettivo è quello di ucciderla fra sofferenze atroci.

Secondo lo psichiatra Paolo De Pasquali la necromania è il fattore basilare del comportamento omicidario seriale in quanto ha un carattere compulsivo che si esprime attraverso il bisogno di uccidere ripetutamente.

In questo caso avremo degli assassini sadici detti anche *lust murderer* o assassini per libidine, dove l'assassinio fa parte diretta dell'esperienza sessuale.

Nello schema dei necromani, basato sull'esperienza di dominio/controllo, si passa dallo stupro alla tortura e all'omicidio, ed ogni singolo atto è finalizzato a soddisfare le fantasie di sesso-morte del soggetto.

Già Freud si accorse che la psiche non era solo governata da una pulsione di vita rivolta verso il piacere (eros) ma anche da una pulsione di morte rivolta verso la distruzione (thanatos). Secondo Freud entrambe le pulsioni sono presenti contemporaneamente in ogni uomo e nel caso della necromania la contrapposizione dialettica di questi due elementi raggiunge un carattere patologico.

Ma torniamo al necrofilo e vediamo se è possibile individuarne delle caratteristiche caratteriali tipiche. Alcuni studi ne presentano un elenco dettagliato:

- l'incapacità di rapportarsi con persone viventi
- un linguaggio che include numerosi riferimenti alla morte o parole scatologiche
- una tendenza verso la noia con conversazioni senza calore, senza vita
- una tendenza ad indossare abiti di colore scuro e ad evitare quelli con colori vivaci
- la convinzione che la soluzione dei conflitti implichi necessariamente l'uso della forza e della violenza
- un apprezzamento maggiore per le macchine piuttosto che per le persone

- sogni che comprendono morte, distruzione o parti di corpi morti
- un interesse per le malattie
- una visione per cui il passato diventa più reale del presente
- un fascino per i cattivi odori
- una incapacità di ridere e una tendenza a sogghignare
- una mancanza di spontaneità
- l'essere una persona senza vita, monotona
- il culto di tecniche o di dispositivi di distruzione
- un forte controllo sulle proprie emozioni
- un'insensibilità verso le tragedie compresa la perdita della vita

Altri studi individuano nei sogni l'espressione più diretta dei desideri necrofili dato che in essi appaiono spesso pezzi di cadaveri che galleggiano nel sangue o nell'acqua misti a feci¹. Inoltre pare sia osservabile il desiderio di smembramento dei necrofili attraverso piccoli gesti quotidiani come continuare ripetutamente a spezzare piccole cose come fiori, stecchini a tavola, pezzetti di carta.

Entrambi questi studi, a mio modesto avviso, non mi pare facciano una distinzione fra necrofilia e altre patologie legate alla morte e credo racchiudano le caratteristiche caratteriali in unico grande contenitore, per l'appunto la necrofilia, vista più come un culto della morte che come una parafilia.

Questa visione della necrofilia è espressa in modo esemplare da Erich Fromm nel libro *Psicoanalisi dell'amore. Necrofilia e biofilia dell'uomo*. Egli infatti vede la necrofilia non solo come una perversione sessuale ma come un orientamento che può riscontrarsi in molte persone senza alcun tipo di interferenze sessuali. La persona orientata in senso necrofilo è, secondo Fromm, affascinata ed attratta da tutto ciò che è morte, disfacimento, distruzione, feci, sudiciume. È una persona immersa nel passato e mai nel futuro e ha un modo di sentire eminentemente sentimentale. È fredda, distante, devota all'ordine e alla legge. È pedante, ossessiva, ordinata. La morte, e non la vita, la eccita e la soddisfa. Ama la morte e quindi necessariamente la forza, il potere di uccidere un'altra persona, di umiliarla, di privarla della sua libertà. Vede l'uso della forza non come un fatto transitorio ma come uno stile di vita. Per costui il massimo raggiungimento dell'uomo sta nel distruggere la vita, non nel darla. Per lui esiste una sola ed unica polarità: coloro che hanno il potere di uccidere e coloro che sono privi di questo potere. Ama tutto ciò che non cresce, tutto ciò che è meccanico, è spinto dal desiderio di trasformare l'organico nell'inorganico e si accosta alla vita in modo meccanico, come se tutte le persone fossero oggetti. Tutti i suoi sentimenti, le sue emozioni, i suoi pensieri sono trasformati in cose. Ama il controllo e proprio per questa ha una profonda paura della vita, perché per sua propria natura essa è incontrollabile e disordinata. È in perenne cerca di certezze e odia la vita perché è imprevedibile e ama la morte perché rimane l'unica certezza della vita. Per lui la giustizia significa sempre una corretta divisione ed è disposto a morire o ad uccidere per ciò che chiama giustizia, per i suoi idoli: la legge e l'ordine.

Si sente attratto dalla notte e dall'oscurità. Ha una pelle cadaverica, un'espressione fredda, come se stesse annusando un cattivo odore.

Fromm afferma che le tendenze necrofile si manifestano in modo più netto nei sogni. Essi trattano di cadaveri, di sangue, di delitti, di scheletri, di feci, di uomini tramutati in macchine o che agiscono come esse. Questi sogni, nella persona necrofila, sono in genere frequenti e talvolta ripetuti.

Per citare testualmente Fromm

La necrofilia rappresenta un orientamento fondamentale; essa è l'unica risposta alla vita che sia completamente opposta alla vita; è il più morboso e il più pericoloso degli orientamenti verso la vita, di cui sia capace l'uomo. È la vera perversione; mentre si è vivi, si ama non la vita ma la morte; non lo sviluppo, ma la distruzione. La persona necrofila, se osa essere conscia di ciò che sente, esprime il motto della sua vita con quelle parole: Viva la morte!

L'autore afferma che però l'orientamento necrofilo nella sua forma pura è raro e che le persone sono un misto particolare di orientamenti tra il necrofilo ed il suo opposto: il biofilo. L'aspetto principale è quale delle due tendenze predomini sul soggetto.

¹ La parafilia dove il soggetto ha un interesse morboso verso le feci è chiamata coprofagia.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Coloro nei quali prevale l'orientamento necrofilo, uccideranno lentamente la loro parte biofila, lasciando indurire il proprio cuore, spesso senza essere consapevoli di questa loro inclinazione verso la morte. Agiranno come se il loro amore per la morte non sia altro che la risposta più logica e razionale a tutto ciò che essi provano.

Per quanto concerne invece i fattori responsabili della necrofilia l'autore ammette di non avere approfondito pienamente il tema ma espone comunque delle teorie.

Per quanto riguarda le condizioni familiari vi sono la paura, la noia, la meccanicità, una mancanza di stimoli e la crescita vicino a persone che amano la morte.

Per quanto riguarda le condizioni sociali il fattore più importante è una situazione di *penuria*, sia in senso economico che psicologico. Se l'energia dell'uomo è assorbita dalla difesa della propria esistenza contro continui attacchi, contro la fame, la necrofilia viene incoraggiata a scapito dell'amore per la vita.

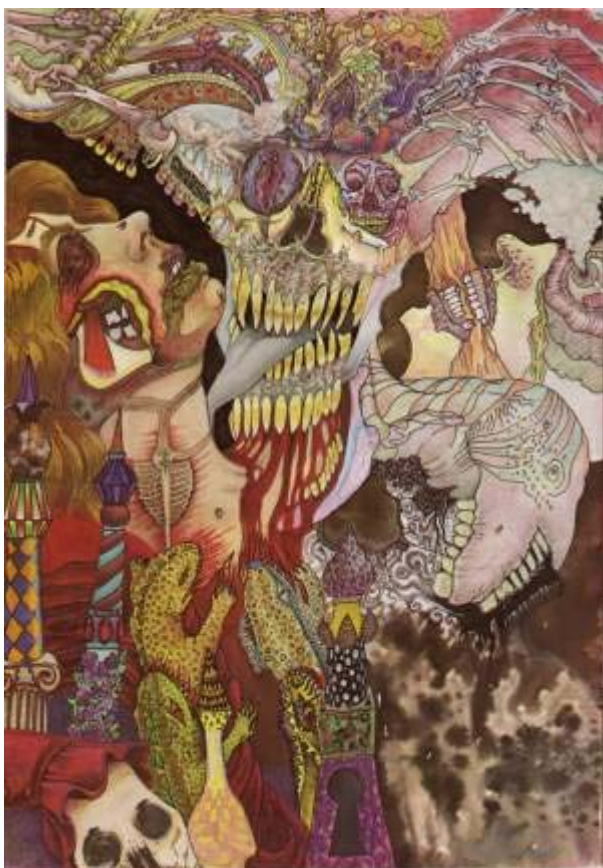
Un altro fattore sociale è il permanere dell'*ingiustizia*, ossia di una situazione sociale per cui un uomo non è fine a se stesso bensì diventa un mezzo per i fini di un altro uomo.

Altra condizione è la mancanza della *libertà*, intesa non solo da restrizioni politiche ma anche la libertà di creare e di costruire, ossia che l'individuo sia attivo e responsabile e non uno schiavo o un ingranaggio ben lubrificato di una meccanismo.

Per riassumere con le parole di Fromm

L'amore per la vita si svilupperà soprattutto in una società dove ci siano: sicurezza, nel senso che le condizioni materiali elementari per una vita dignitosa non siano minacciate, giustizia nel senso che nessuno possa essere un fine per gli scopi di un altro, e libertà nel senso che ogni uomo abbia la possibilità di essere un membro attivo e responsabile della società.

La necrofagia: il cannibalismo post-mortem



*La carne umana ha lo stesso sapore di quella di maiale,
è solo leggermente più amara,
ma più sostanziosa.*

È buona davvero.

(Armin Meiwes, il cannibale di Rotenburg)

*Per prima cosa l'ho spogliata nuda. Come scalciaia,
mordeva e graffiava ... L'ho uccisa strangolandola e poi
l'ho tagliata a pezzetti. Ci ho messo nove giorni a
mangiarcela tutta...* (Albert Fish, il vampiro di
Brooklyn)

La necrofagia è una particolare forma di cannibalismo chiamata cannibalismo post-mortem e consiste nel provare piacere nutrendosi con carne di cadaveri o parte di essi.

Quindi per spiegare cos'è la necrofagia credo sia utile fare una breve sintesi di ciò che è il cannibalismo. Innanzitutto il cannibalismo è quella pratica per cui, per motivi assai diversi, si giunge a mangiare la carne dei propri simili e quindi, se si tratta di esseri umani, si parla di antropofagia. Non viene considerato una perversione sessuale solo quando praticato per necessità di sopravvivenza (come i sopravvissuti

dell'incidente aereo delle Ande, nel 1971) o in quanto facente parte di pratiche magiche o religiose di popolazioni che non considerano l'atto del mangiare la carne dei propri simili un tabù ma anzi serve loro per incorporare l'oggetto temuto, una volta ucciso, così da poterne possedere i valori ed i poteri.

I principali studi antropologici odierni tendono a suddividere il cannibalismo in tre categorie, in relazione all'oggetto: autocannibalismo, quando è rivolto verso il proprio corpo, esocannibalismo, quando è indirizzato verso individui che non fanno parte della propria comunità, ed endocannibalismo, quando invece riguarda membri della stessa comunità.

Ma torniamo alla necrofagia e vediamo da dove nasce questa perversione. Il primo ad affrontare questa tematica da un punto di vista biofisiologico fu Cesare Lombroso nel 1878. Egli studiò il caso di Vincenzo Verzeni, responsabile, qualche anno prima, di aver ucciso e in seguito mangiato almeno venti donne. Lombroso ipotizzò l'esistenza di un organo cerebrale ferino collocato nella regione temporo-parietale destra causa "della sventurata e irresistibile inclinazione ad uccidere".

Secondo invece alcuni studi odierni ad opera di Joel Norris, autore di uno dei più importanti studi sui serial killer, sono delle disfunzioni dell'ipotalamo che possono destabilizzare il sistema ormonale e alterare le capacità del cervello di misurare le emozioni. Secondo Norris abbiamo quindi diverse fasi nelle quali il soggetto passa dal provare fantasie compulsive e desideri da soddisfare irrefrenabilmente (prima fase) alla manifestazione di comportamenti di tipo paranoide (seconda fase).

In seguito il soggetto prova il sollievo orgasmico provocato dall'intrappolare ed uccidere la vittima (terza fase). Norris parla in merito di un "quasar emozionale" e di "rivelazione della verità". Infine vi è la fase totem, la fase che più ci interessa, nella quale il soggetto provvede all'asportazione degli organi, alla necrofagia e in seguito, immancabilmente, alla depressione.

Quindi la necrofagia ha una valenza altamente simbolica e, come fa notare il criminologo Francesco Bruno, titolare della cattedra di Psicopatologia Forense all'Università di Roma

L'espressione "ti mangio" rivolta alla persona amata ha una valenza aggressiva, di possesso totale, ma anche di affetto. È l'idea simbolica di introiettare, attraverso la bocca, l'altra persona. All'origine di questi comportamenti c'è il "pasto cannibalico" che il bambino fa della madre succhiando il suo latte. In questo gesto il seno materno assume un significato profondamente affettivo, ma è anche l'unico oggetto contro il quale il bambino può esercitare le sue pulsioni negative. Freud, chiamò questa prima fase dello sviluppo fisico e psicologico "fase orale", durante la quale il bambino sperimenta oggetti e sensazioni attraverso la bocca. Ogni individuo attraversa la fase orale e conosce il mondo inizialmente con la bocca; per questo non dobbiamo stupirci se in noi rimangono dei modi di dire, e delle fantasie in cui simbolicamente utilizziamo la bocca per comunicare in modo che non è solo verbale.

Ovviamente la patologia di questo impulso porta al cannibalismo criminale. In questi soggetti questo tipo di comportamento patologico ed irrefrenabile ha la stessa radice di un qualsiasi comportamento affettivo che, mentre nella persona normale si esaurisce in un bacio o in morsetti affettuosi, in un individuo con disordini psicologici diventa un'esperienza completamente diversa. Egli ha il bisogno di possedere completamente quella certa persona per poterne fare ciò che vuole e, poiché ha difficoltà, addirittura paura, a relazionarsi normalmente con una persona viva, la vuole morta. Non per vendetta, ma per poterla manipolare, per poter avere rapporti anche carnali con essa e alcuni, volendo relazionarsi anche sul piano della "amicizia", oltre ad uccidere, arrivano a squartare la vittima per poi mangiarla.

Tutti questi studi si richiamano di fatto alla "pulsione di appropriazione" individuata da Freud nel sadismo e alla credenza studiata dallo stesso che "assimilando in sé, mediante ingestione, parti del corpo di qualcuno, ci si impadronisce anche delle qualità che a costui erano proprie"(Freud).

Egli avanza l'ipotesi nel suo lavoro *Totem e Tabù* della fissazione alla fase orale dello sviluppo libidico, infatti il bambino, da piccolo, trae piacere nell'assumere latte dal seno materno. Nel comportamento cannibalico l'appagamento di questo desiderio, restato latente è esasperato e diventa l'unica modalità di rapporto con gli altri ed ha una forte valenza sessuale. Per questo possiamo considerare la necrofagia al pari della altre perversioni sessuali, perché solo attraverso l'atto del mangiare la carne del cadavere il soggetto ottiene il pieno soddisfacimento dei propri desideri sessuali.

La fase cannibalesca è quindi la prima organizzazione della libido in cui l'attività sessuale e il cibo non sono ancora differenziati e la meta sessuale consiste nell'incorporazione dell'oggetto.

Uno dei casi più tristemente famosi di necrofagia fu quello dello statunitense Jeffrey Dahmer, soprannominato "*il cannibale di Milwaukee*", che si rese responsabile di 17 atroci omicidi tra il 1978 e 1991. Egli non solo uccideva e faceva a pezzi le sue vittime, ma, dopo averle violentate, le mangiava.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Fatte a pezzi, teneva come souvenir parti dei loro corpi, come i genitali e le mani, mentre per le teste aveva una procedura particolare. Alcune venivano tenute in frigorifero o sotto spirito, mentre altre venivano fatte bollire per un giorno intero fino a quando la carne non si staccava dal teschio. Quest'ultimo poi veniva cerato e dipinto per diventare un soprammobile. Le parti del corpo che non mangiava, o teneva come ricordo, Dahmer le scioglieva in grossi bidoni pieni d'acido. Inoltre provvedeva a effettuare un completo e dettagliato servizio fotografico dei cadaveri e delle loro parti.

Altro caso fu quello di Albert Fish, meglio conosciuto come l'Uomo Nero, il Lupo mannaro di Wysteria e, probabilmente, il Vampiro di Brooklyn, sospettato di aver commesso almeno cinque omicidi e di aver molestato oltre 100 bambini.

In merito alla necrofilia mi preme riportare integralmente la lettera che il serial killer inviò in forma anonima ai genitori di una delle sue vittime e che diede inizio alle indagini della polizia nei suoi confronti.

Cara Signora Budd. Nel 1894 un mio amico, John Davis, s'imbarcò come addetto al ponte sulla Steamer Tracoma. La nave salpò da San Francisco per Hong Kong, Cina. Arrivati lui ed altri due sbarcarono e andarono a bere. Quando ritornarono la barca era partita. A quell'epoca c'era la carestia in Cina. Carne di ogni tipo per \$1-3 a libbra. Era così grande la sofferenza tra le persone molto povere che tutti i bambini under 12 venivano venduti per cibo allo scopo di evitare di far morire di fame gli altri. Un ragazzo o una ragazza under 14 non era al sicuro in strada. Potevate andare in qualsiasi negozio e chiedere una fetta, una braciola o uno stufato di carnet. Parti del corpo nudo di un ragazzo o di una ragazza sarebbero state messe in evidenza e il pezzo che volevate sarebbe stato tagliato. Il posteriore di un ragazzo o di una ragazza è la parte più dolce del corpo ed era venduta come costoletta di agnello accompagnata dal prezzo più alto. John rimase lì così a lungo che acquisì il gusto della carne umana. Al suo ritorno a N.Y. rubò due bambini, uno di 7 e l'altro di 11 anni. Li portò a casa sua, li spogliò e li legò nudi in un armadio a muro. Poi bruciò ogni cosa avessero addosso. Molte volte, giorno e notte lui li sculacciava, li torturava, per rendere la loro carne buona e tenera. Uccise per primo il ragazzo di undici anni, perché aveva il culo più grasso e di certo più carne su di esso. Ogni parte del suo corpo fu cucinata e mangiata eccetto la testa, le ossa e le budella. Fu arrostito nel forno (riempito dal suo culo), bollito, grigliato, fritto e stufato. L'altro ragazzino fu il prossimo, andò allo stesso modo. All'epoca, vivevo al 409 E 100 St., lato destro. Lui mi disse così spesso quanto era buona la carne umana che decisi di provarla. La domenica del 3 giugno 1928 vi chiamai al 406 W 15 St. Vi portai delle conserve di formaggio e di fragole. Cenammo. Grace si sedette sul mio grembo e mi baciò. Immaginai nella mia mente di mangiarla. Con la pretesa di portarla ad una festa, diceste che poteva andare. La portai in una casa vuota a Westchester che io avevo già scelto. Quando arrivammo lì, le dissi di rimanere fuori. Si mise a raccogliere fiori da campo. Andai al piano di sopra e mi strappai tutti i vestiti di dosso. Sapevo che se non l'avessi fatto il suo sangue sarebbe finito su di loro. Quando tutto fu pronto andai alla finestra e la chiamai. Allora mi nascosi in un armadio a muro fino a che non entrò nella stanza. Quando mi vide tutto nudo cominciai a piangere e provò a correre giù per le scale. L'afferrai e lei disse che l'avrebbe detto alla sua mamma. Per prima cosa la spogliai. Lei calciava, mordeva e graffiava. La soffocai fino ad ucciderla, poi la tagliai in piccoli pezzi così potevo portare la mia carne nella mia stanza. La cucinai e la mangiai. Il suo piccolo, dolce e tenero culo fu arrostito nel forno. Mi ci vollero nove giorni per mangiare il suo intero corpo. Non l'ho scopata anche se avrei potuto se lo avessi voluto. Morì vergine.

La necrofilia nella cultura: scenari di morte

...e così, nelle notti, al fianco io giaccio
del mio amore – mio amore – mia vita e mia sposa,
nel suo sepolcro lì in riva al mare,
nella sua tomba in riva al risonante mare
(Annabel Lee, Edgar Allan Poe)

Vorrei che potessimo parlare più a lungo, ma sto per avere un vecchio amico per cena, stasera ... (Hannibal Lecter, dal film Il silenzio degli innocenti)

Senza ombra di dubbio possiamo trovare nell'heavy metal il filone musicale che più si attiene a temi riferenti alla necrofilia e alla morte in generale, in particolar modo nei sottogeneri del death metal e del black metal.

Per esempio nell'album *Kill* degli statunitensi *Cannibal Corpse* vi è una canzone dal titolo inquietante *Necrosadistic Warning*. Mi basta riportarne solo la strofa di apertura, con relativa traduzione, per capire come il tema della morte in generale sia predominante in questo genere di gruppi musicali:



*Hordes of the rotting dead surround the villagers
Unwary victims mangled and battered
Once buried warriors have risen to kill again
Signs of their wickedness left for a warning
Mutilate
Disembowel
Amputate
Kill and rape*

*orde di morti in putrefazione circondano il villaggio
incaute vittime fatte a pezzi
guerrieri che una volta sepolti si sono rialzati per uccidere
ancora
segni della loro malvagità lasciati per avvertimento.
Mutilare
Sventrare
Amputare
Uccidere e stuprare*

Sono moltissimi i gruppi che si richiamano apertamente alla morte e alla necrofilia e credo basti citare il nome solo di alcuni di essi per capire come molti di questi soggetti, a mio parere, per motivi molto probabilmente diversi fra di loro, non ultimo la vendita di album, sono comunque responsabili, certo non in egual modo, di lanciare messaggi che inneggiano alla morte.

Personalmente credo che il radicamento, specialmente fra gli adolescenti, di un genere così estremo non sia positivo, in quanto crea, mi si perdoni il termine, una certa "cultura necrofila" che può, in alcuni casi e indirettamente, servire come scenario di certe azioni scellerate.

Partendo dalla patria di questo genere musicale, gli Stati Uniti d'America, abbiamo i *Lacrime Necromanzia*, i *Requiem in White*, i *Mors Syphilitica*, i *Love Is Colder Than Death*; in Europa abbiamo i norvegesi *Cadaver*, gli svedesi *Dissection*, gli inglesi *Necrosanct*, i finlandesi *Funebre*, gli italiani *Thanatos*, i tedeschi *Ex-Humer*; nel resto del mondo ci sono i messicani *Mortuary*, i brasiliani *Sepultura* e gli australiani *Mortification*. Questi sono solo alcuni ma lista potrebbe essere molto più lunga.

Per quanto riguarda la letteratura fra i più famosi "amanti della morte" abbiamo Edgar Allan Poe, attratto dal pallore delle donne prossime alla morte. Nel racconto *La cassa oblunga* racconta di donne morte da portare con sé nei suoi viaggi, donne morte alle quali sottrae macabri reliquie come i denti strappati al cadavere di una di esse Berenice.

In *La morte innamorata* Thèophile Gautier ci offre lo spettacolo di un prete, in realtà un vampiro, attratto da una donna morta: *Era seducente come allora, e la morte non le aggiungeva che una civetteria supplementare.*

In *The Loved Dead* H.P. Lovecraft dedica l'intera racconto alla confessione di un necrofilo convinto che i cadaveri gli infondano un'incredibile energia.

In *Cadavere squisito* la scrittrice odierna Poppy Z. Brite descrive i desideri di una coppia di serial killer che godono nel violare i corpi morte delle loro vittime. Ne riporto integralmente una breve parte:

Gran parte dei ventitré sono stati uccisi con armi da taglio. Incidendo le grandi arterie con un coltello o un rasoio quando le vittime erano stordite dall'alcol. Non li ammazza così per vigliaccheria o per evitare la lotta: pur non essendo grande e grosso, avrei potuto, in uno scontro alla pari, avere la meglio su tutti quei randagi mezzo morti di

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

fame e rincoglioniti dalla droga. Li uccidevo così perché apprezzavo quei begli oggetti che erano i loro corpi, i lucenti rivoli di sangue serpeggianti sul velluto della pelle, la sensazione dei muscoli che cedevano come burro a temperatura ambiente. Due li ho annegati nella vasca da bagno, un altro l'ho strangolato con le stringhe dei suoi stessi scarponcini Dr. Marten mentre era in una sorta di coma alcolico. Ma per lo più incidavo e tagliavo. Il che non vuol dire che li facessi a pezzi per divertimento. Non cavavo alcun piacere da volgari mutilazioni o smembramenti... non allora, quantomeno; quel che più gradivo era il fruscio appena percettibile del rasoio. I miei ragazzi mi piacevano com'erano: grosse bambole morte con una o due bocche extra, scarlatte e sanguinanti. Me li tenevo così anche per una settimana, sino a che il tanfo non ammorbava l'appartamento. Non trovavo sgradevole l'odore della morte. Era un po' come quello dei fiori recisi lasciati troppo a lungo nell'acqua stagnante, un sentore dolciastro e appiccicoso che ti si infilava nelle narici e nella gola a ogni respiro.

Per quanto riguarda il cinema il caso più eclatante pare sia il mediometraggio del regista tedesco Jorg Buttergereit *Nekromantik*. Il film narra la storia d'amore di una coppia di necrofili. Essi fanno il bagno nel sangue, copulano con un cadavere in decomposizione e sono accecati dall'amore per il macabro. Il film termina con Rob, il protagonista maschile, che, abbandonato da Betty, la protagonista femminile, finisce per uccidere una prostituta in un cimitero ed un becchino. Ciò non basterà a porre fine alla sua angoscia ed egli si toglierà la vita piantandosi un coltello nello stomaco con il suo pene che eiaculerà sangue.



Altro caso è *Gorotica* del regista americano Hugh Gallagher, nel quale Carry, ragazza dai gusti necrofili, si masturba davanti a scene di morte, ha rapporti sessuali con un defunto, sevizia la salma e in seguito la utilizza per un'orgia.

In *Cannibal Love* il regista Claire Denis narra l'incontro fra un coppia di coniugi americani, Shane e June, e il Dr. Semeneau, bandito dalla comunità scientifica per le sue teorie e i suoi studi sul cervello. I suoi esperimenti lo portano a verificare che uno smisurato aumento della libido ha come estrema conseguenza il cannibalismo durante l'accoppiamento. La moglie del dottore, rinchiusa e segregata dallo stesso, e Shane soffrono di questo terribile morbo e l'epilogo del film sarà una vagina letteralmente divorata dal protagonista.

Ma il più famoso personaggio della storia cinematografica che gode nel mangiare la carne delle proprie vittime rimane indiscutibilmente Hannibal Lecter, personaggio interpretato magistralmente da Anthony Hopkins.

La saga, basata sui romanzi di Thomas Harris, è composta da cinque film:

- *Hannibal Lecter. Le origini del male* (2007), regia di Peter Webber
- *Manhunter. Frammenti di un omicidio* (1986), regia di Michael Mann
- *Red Dragon* (2002), regia di Brett Ratner (*remake di Manhunter*)
- *Il silenzio degli innocenti* (1991), regia di Jonathan Demme
- *Hannibal* (2001), regia di Ridley Scott

Bibliografia

Fromm E, *Psicoanalisi dell'amore: necrofilia e biofilia nell'uomo*
Santovecchi P., *Satanisti*
De Pasquali P., *Serial killer in Italia*
Giovannini F., *Necrocultura*
Kastorini V., *Serial Killer: imputabilità e capacità di intendere e di volere*
Poppy Z. Brite, *Cadavere squisito*

Sitografia

<http://it.wikipedia.org/wiki/Necrofilia>
http://www.serialkillers.it/articoli/art_necrofilia.htm
<http://www.psicologi-psicoterapeuti.it/rubriche/pichi/pichi2.htm>
http://www.trutv.com/library/crime/serial_killers/notorious/necrophiles
<http://www.latelanera.com/serialkillersserialkillerdossier.asp?id=JeffreyDahmer>
http://it.wikipedia.org/wiki/Albert_Fish
http://testimania.leonardo.it/testi/testi_cannibal_corpse_2088/testi_kill_27787/testo_necrosadistic_arning_304198.html
<http://www.horrorstv.it/mangiataviva.htm>
[http://it.wikipedia.org/wiki/Il_silenzio_degli_innocenti_\(film\)](http://it.wikipedia.org/wiki/Il_silenzio_degli_innocenti_(film))

I veri Hannibal Lecter

Valente Stefania*

Evilenko (in inglese *evil* significa il male) rappresenta il simbolo del male, della malattia e della crisi della società sovietica che perde progressivamente la propria identità culturale riflettendosi sulle coscienze individuali, ma al tempo stesso il possibile prodotto di ogni intellettuale cui vengano tolte le radici del proprio credo. Perché come si ripete lungo tutto l'arco del film, il mostro alberga in ognuno di noi e potrebbe essere chiunque. Non è solo un film autobiografico su un puro e semplice "mostro serial-killer", ma vuole andare ad indagare la crisi del comunismo e le radici dell'infanzia negata.

La storia di Evilenko, si basa e si ispira a quella vera di Andrei Romanov Chikatilo, soprannominato il mostro di Rostov, per aver ucciso e fatto a pezzi e divorato, nell'arco di dodici anni, più di cinquanta bambini e adolescenti di ambo i sessi, condannato a morte in quanto dichiarato sano di mente e giustiziato, forse, il 14 febbraio 1994. Il regista aveva già scritto il libro *Il comunista che mangiava i bambini* e da quel libro riparte per farne una sceneggiatura e film, senza seguire pedissequamente la verità reale. Per questo nel film non si ritrovano tutta una serie di dati oggettivi, come i due figli naturali del vero Chikatilo, o la messa in scena di una vera propria complicità della moglie che fin dall'inizio sapeva e giustificava. Il film è più un'esplorazione sociopsicologica di una malattia, la lucida schizofrenia di un intellettuale di sinistra che un giorno, improvvisamente, si ritrova dentro un meccanismo di perversione irrefrenabile. Chikatilo-Evilenko spodestato delle proprie certezze, alle soglie di un mondo che non accetta più il suo attaccamento ai valori comunisti e che lui non capisce più perché contrario a tutto quello che ha respirato sin da bambino, sprofonda con tutto se stesso dentro l'abisso del nulla, di un vuoto che lo atterra e lo spaventa. Un abisso che in lui prende la forma della perversione pedofila, e diventa criminale magnetico capace di adescare solo con il potere dei suoi occhi. A questo mostro dà la caccia un giovane investigatore Vadim Timurovic, anch'egli comunista ma che incarna lo spirito della nuova Russia, quella che invece cerca di capire e giustificare perché forse per capire il male bisogna non solo conoscerlo, ma entrargli davvero dentro, fin quasi a ragionare come lui. Fino a quando messo con le spalle al muro non potrà che confessare. Confessioni di efferati delitti, di dettagli raccapriccianti che il vero Chikatilo raccontò con matematica precisione e senza i quali la polizia non sarebbe mai venuta a capo di molti delitti rimasti insoluti.

È un film di denuncia su un problema di cui fino ad oggi molti preferiscono tacere (chissà poi perché dato che la cronaca ogni giorno ci regala un nuovo Evilenko).

Se Hannibal Lecter rappresenta la versione romanzata del Killer cannibale, Chikatilo è una realtà che sta dietro alla fiction. Ma come fa un essere umano a diventare un vero Hannibal Lecter? Bisogna innanzi tutto cercare nella vita e nel passato di questo antropofago qualche indizio che ci aiuti a spiegare un comportamento così aberrante.

È stato nei dintorni di Rostov che il Killer cannibale più famoso al mondo ha ucciso la maggior parte delle sue vittime. Chikatilo era nato nel 1936 in un piccolo villaggio dell'Ucraina. La famiglia, come tutti gli abitanti della regione, soffriva ancora gli strascichi della carestia provocata intenzionalmente da Stalin nel 1932-33. Da quelle parti ricordavano bene quanto era stata dura la vita in piena carestia, quando molti abitanti delle campagne si erano dati al cannibalismo e si erano cibati dei parenti morti. Inoltre giravano voci su bande di saccheggiatori cannibali che rapivano i bambini, li uccidevano e ne vendevano la carne al mercato.

Quando Andrei Chikatilo diventò un po' più grande, la madre gli raccontò che Stephan, il fratello maggiore, era stato rapito e ucciso da una banda di cannibali. Che fosse vero o no, la storia ebbe di

* Studente Scuola di Scuola di Perfezionamento in Scienze criminologiche e investigative, Camera di Commercio di Londra, Cielis Padova.

sicuro un notevole effetto su Andrei, tanto che da piccolo soffrì di incubi ricorrenti legati al cannibalismo.

Questo “eroe” non ebbe un’infanzia felice. La famiglia era poverissima. Fino a 12 anni soffrì in maniera cronica di enuresi notturna che gli causò grossi problemi con la madre. Quando Andrei bagnava il letto, tutti lo venivano a sapere e la madre Anna, una donna irascibile e autoritaria, se la prendeva con il figlio. Con l’arrivo della pubertà, l’enuresi di Chikatilo sparì ma si presentò un altro imbarazzante disturbo: era incline all’ejaculazione precoce, e mentre gli altri ragazzi a scuola si davano da fare per avere rapporti sessuali con le amiche, le poche esperienze di Chikatilo con l’altro sesso furono piuttosto traumatiche.

Dopo un’adolescenza travagliata Chikatilo trovò pace nello studio, iscrivendosi all’università e poi iniziando ad insegnare in una scuola. Nonostante i problemi sessuali nel 1963 si sposò con Feodosia. All’inizio il loro fu un matrimonio relativamente felice (nacquero due figli) anche se i problemi di impotenza di Andrei gli imponevano, per concepire, di eiaculare sulla moglie e poi far colare lo sperma dentro di lei.

Si stabilì con la famiglia vicino a Rostov, dove trovò lavoro come insegnante, ma dopo pochi anni si fece sorprendere mentre molestava alcune ragazze e cercò un altro lavoro in un istituto minerario lontano dalla famiglia. Qui si stava creando un mondo privato lontano dall’esistenza di tutti i giorni, un mondo che nessuno avrebbe scoperto fino alla sua cattura.

Nel dicembre del 1978 Chikatilo compie il suo primo omicidio. La vittima è una bambina di nove anni incontrata alla fermata dell’autobus. Egli aveva scoperto, quasi per caso, che assalire, accoltellare e uccidere lo eccitava. Da quel momento non c’è stato modo di tornare indietro. Chikatilo soddisfa le proprie pulsioni sessuali più oscure, e mentre gli omicidi si accumulavano, come succede a tutti i sadici, cominciò a cercare delle varianti. Dopo gli iniziali attacchi sferrati a coltellate, inflisse ferite più superficiali per prolungare l’agonia delle vittime. Masticava e mangiava i genitali per raggiungere nuovi picchi di piacere.

L’arresto che tutta Rostov aspettava avvenne il 20 novembre 1990. Fu chiamato uno psichiatra di Rostov, Alexander Bukhanovsky, che riuscì a convincerlo a confessare. Chikatilo sembrava desideroso di liberarsi del pesante fardello psicologico che aveva portato per tanti anni. Durante un interrogatorio dichiarò: “ più ci penso, più mi convinco di soffrire di qualche malattia. Mentre commettevo quegli omicidi, ero preda di una forza esterna”. Prevedendo che sarebbe ricorso all’incapacità di intendere e volere, la polizia lo spedì in un istituto psichiatrico di Mosca dove restò in cura per sei mesi.

Simulando la pazzia, Chikatilo tentò più di una volta di manipolare la corte, mostrando il pene, cantando l’Internazionale, l’inno comunista, e, a un certo punto, sbottonandosi la camicia disse:” E’ arrivato il momento di partorire!”. Comunque il 15 ottobre 1992 venne dichiarato sano di mente e colpevole di tutti gli omicidi ascrittigli tranne uno. Nel 1994 venne giustiziato con un colpo di pistola alla nuca.

Questa è la vera storia di Evilenko dove le atrocità delle azioni di questo assassino cannibale non ci incoraggia a tentare di comprendere un comportamento tanto aberrante. Si tratta semplicemente di un individuo malvagio (come del resto altri noti omicida cannibali come Jeffrey Dahmer, Arthur Shawcross, Issei Sagawa) e perverso che sceglie di uscire, uccidere e mangiare le vittime solo per il gusto di farlo? Sono stati fattori esterni, legati all’ambiente sociale, a corromperlo? Oppure la genesi del Killer cannibale richiede un’altra spiegazione?

Quali sono stati gli episodi e le esperienze più significative nella sua vita, gli eventi che possono avere contribuito a renderlo tale?

Come già detto Andrei Chikatilo era stato tormentato fin da piccolo dall’idea che una banda di cannibali avesse rapito e ucciso il fratello Stephan.

È importante ripercorrere le varie fasi della giovinezza di Chikatilo, e il momento in cui ha scoperto di essere eccitato da atti o pensieri violenti. Andrei Tkachenko, lo psichiatra che l’aveva visitato a Mosca spiega che Chikatilo è cresciuto durante l’occupazione, perciò oltre al pensiero che il fratello fosse stato mangiato, la sua mente era stata ossessionata dai ricordi delle vittime dei bombardamenti a cui aveva assistito. Nell’adolescenza aveva cominciato a ricorrere a fantasie incentrate su esperienze sadiche e aggressive. Inoltre l’infanzia di Chikatilo era stata segnata dal rapporto difficile con la madre. Questa era una donna feroce, autoritaria, con un brutto carattere (anche la sorella dichiarò che la madre era molto severa e sgarbata).

Il fatto che Chikatilo abbia continuato a bagnare il letto fino all’età di dodici anni faceva imbestialire la madre. Andrei Tkachenko può solo immaginare quanto questo periodo abbia influenzato Chikatilo,



RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

oppresso dal carattere perfido della madre, dagli insulti e dalle botte che riceveva. Il ragazzo veniva preso in giro anche a scuola e questo ha compromesso ulteriormente il suo rapporto con gli altri. Esperienze infantili del genere sono state importanti nel plasmare la personalità e nel determinare lo sviluppo del suo carattere solitario e difficile, tormentato dalle umiliazioni e da un senso di inadeguatezza. Eppure secondo lo psichiatra, il fatto che Chikatilo abbia avuto un'infanzia difficile non può spiegare fino in fondo come mai è diventato un assassino cannibale.

Fattori sociali hanno avuto una notevole rilevanza in questo caso, ma probabilmente rimangono fattori secondari, perché questo ragazzo si stava già sviluppando in modo sbagliato, come conseguenza di certi deficit preesistenti, presenti dalla nascita.

Quando si esaminano le ragioni che hanno spinto questo individuo (come altri) al cannibalismo e all'omicidio non si può fare ricorso semplicemente a fattori socioambientali (non tutti i bambini ucraini sono cresciuti con incubi di cannibalismo). Forse la risposta va cercata nel campo della biologia? Ci sono delle ragioni biochimiche o neurologiche che possono avere predisposto questo individuo a comportamenti del genere?

La ricerca psichiatrica ha suggerito che anche fattori biologici giocherebbero un ruolo importante nell'influenzare il comportamento criminale. Sebbene i fattori socioambientali abbiano una maggiore influenza nel definire la personalità di un individuo, gli studi hanno dimostrato che la base biologica ha effetti misurabili, sia in concomitanza con fattori ambientali sia da sola, e predetermina le azioni e il comportamento dell'individuo. Uno dei più importanti studiosi in questo campo è Adrian Raine, un neurologo nato in Gran Bretagna. Siccome gran parte del suo lavoro è stato dedicato allo studio degli psicopatici, è importante dare un'occhiata alla "check list della psicopatia" ideata da Robert Hare nel 1980. Essa consiste in un elenco dei tratti caratteriali specifici degli psicopatici. Tra questi ci sono: superficialità e loquacità, atteggiamento egocentrico e pomposo, mancanza di rimorso o senso di colpa, assenza di paura, incapacità di immedesimazione con gli altri, emozioni in genere deboli e superficiali. A livello comportamentale, fra i tratti che rimandano alla devianza sociale degli psicopatici vi sono: reazioni impulsive, scarso autocontrollo, forte bisogno di eccitazione e stimoli, mancanza di responsabilità, problemi di relazione fin dai primi anni di vita e comportamento antisociale in età adulta. Chikatilo mostra delle caratteristiche associate alla personalità psicopatica: non ha provato rimorso per nessuno dei numerosi omicidi commessi, forte bisogno di eccitazione e stimoli, ecc.. Ma in quale misura le caratteristiche della psicopatia contribuiscono a rendere un individuo più predisposto alla violenza e all'omicidio? Come spiega Adrian Raine lo psicopatico è sostanzialmente un individuo con sentimenti sopiti. Gli psicopatici non provano paura, perciò non si preoccupano di essere a loro volta aggrediti da chi stanno attaccando, né temono le conseguenze delle loro azioni. Ottusità emotiva e mancanza di empatia si traducono nella capacità di spersonalizzare gli altri più facilmente. Se non ci si relaziona agli altri come persone, come esseri umani, allora è ovvio che sarà più facile compiere atti tanto efferati senza provare il minimo sentimento di disgusto o pietà. Una caratteristica comportamentale comune negli psicopatici è la "ricerca di stimoli". A uno psicopatico la vita ordinaria non basta, egli cerca eccitazione e nuovi stimoli. Se si considera il cannibalismo una forma di ricerca di stimoli, il tentativo di fare qualcosa di bizzarro, strano e inusuale per eccitarsi, allora forse esiste una connessione tra una bassa reattività fisiologica (che si pensa induca alla ricerca di stimoli) e questo comportamento carnivoro anomalo.

Perché alcuni individui finiscono per diventare psicopatici? Si instaura un dilemma tra natura contro cultura. Sono un prodotto del loro ambiente? Sono stati plasmati da un'educazione sbagliata o da famiglie disastrose? Come già detto questi fattori non chiariscono fino in fondo la situazione.

Le ricerche cliniche di Raine hanno raggiunto risultati sorprendenti che indicano una molteplicità di fattori biologici come causa e motore di comportamenti psicopatici, elementi che spesso si sommano a quelli socioambientali nel plasmare e guidare i violenti.

Quando Andrei Tkachenko visitò Chikatilo scoprì che alla nascita il russo era idrocefalo, ossia soffriva di un disturbo causato da accumulo di liquido nel cervello, che può fare ingrossare la testa e causare una menomazione cerebrale. Tkachenko eseguì test neurologici alla ricerca di eventuali danni cerebrali "...abbiamo scoperto che i sintomi neurologici di Chikatilo indicavano la presenza di difetti cerebrali associati allo sviluppo prenatale e al parto. In particolare, grazie alla visualizzazione funzionale, abbiamo

individuato segni di disfunzione delle sezioni frontali del lato destro del cervello”. Anche referti psichiatrici di altri assassini cannibali (Shawcross, Sagawa) mostravano delle anomalie nelle regioni frontali del cervello. Il fatto che tre assassini cannibali abbiano avuto una scarsa funzionalità frontale non sorprende Raine, che anzi vede confermati molti studi fondamentali sul cervello da lui condotti sugli assassini impulsivi.

Raine comparando la scansione cerebrale di un individuo normale a quella di un assassino notò differenze molto evidenti nell’attività della corteccia prefrontale. Il soggetto normale mostra un’area estremamente attiva, mentre quella dell’assassino lo è molto meno. Raine ha spiegato perché questo risultato è così importante:

...questi assassini violenti e impulsivi hanno un'insufficiente funzionalità della regione prefrontale del cervello. Il dato è significativo perché questa zona è deputata a controllare il comportamento. La corteccia prefrontale assomiglia un po' al freno a mano di una macchina: quest'area del cervello ci impedisce di commettere azioni antisociali, aggressive e scellerate. È per questa parte del cervello che gli individui psicotici sono diversi, come hanno dimostrato le nostre ricerche”.

Il cervello è un organo complesso, e scienziati come Adrian Raine stanno iniziando a capire come le sue diverse strutture possano concorrere al manifestarsi di un comportamento violento.

Dopo il 1994, Raine condusse parecchie altre ricerche ed esaminò le interazioni tra il danno alla corteccia frontale e i fattori socioambientali, prendendo in esame assassini cresciuti sia in famiglie separate e difficili, sia in ambienti stabili. Con questi test Raine ha scoperto che gli assassini con famiglie solide alle spalle avevano una funzionalità prefrontale ancora più debole degli altri, fatto che suggerisce che quando i fattori socioambientali giocano un ruolo minore, sono quelli biologici a prendere il sopravvento nell’equazione.

Non è né la natura, né la cultura in quanto tali a governare il comportamento, ma entrambe. Si può parlare di un approccio “biosociale”, secondo cui la natura e la cultura interagiscono. Questa interazione è certamente riscontrabile in Chikatilo.

Comunque non esistono due psicopatici, assassini cannibali, che presentino lo stesso insieme di fattori di interazione. In questo campo non è possibile fare raffronti diretti. Alcuni hanno relazioni umane significative, alcuni hanno una coscienza. Sfortunatamente non si tratta di un disturbo medico o di una malattia come l’aids, per esempio, dove i sintomi sono sempre gli stessi.

Io penso che la natura di un criminale violento sia un rompicapo complesso, dove bisogna scoprire i pezzi di quel puzzle e trovare il modo di metterli insieme.

Il cannibalismo resta uno dei più profondi tabù della nostra cultura. Il disgusto che ne proviamo dice di noi più di quanto vorremmo. Sotto l’ipocrisia e l’inaccettabilità del tabù, oltre agli ambigui significati legati al cibo e al di là dei complessi ideali della dottrina cristiana, spunta un lato nascosto dell’umanità. Nonostante il concetto a noi caro di civiltà, l’uomo è istintivamente violento, crudele e capace di tutto, anche di mangiare i propri simili.

Bibliografia

Cannavicci M., *I delitti seriali. Le valutazioni psicopatologiche.*
Marangoni F., *Dossier. Andrej Chikatilo*
Grieco D., *Il Comunista che mangiava i bambini*
Serial Killer Enciclopedia
Indovina chi c'è per cena, articolo in Newton, settembre 1999.
Horn D., Radice M., Hawes C., *La storia dei mangiatori di uomini.*

Sitografia

www.grandinotizie.it
www.serialkiller.it
www.adrianraine.it
www.biologicalpsychiatry.com

Pedofilia: tra rappresentazione e realtà

Simona Brancati*

Il cinema, specchio e memoria storica delle tensioni sociali, riflette ancora qualche perplessità nell'accettare la sfida di portare sul grande schermo la pedofilia. Le pellicole di riferimento, soprattutto in Italia, sono ancora poche. Molti film, nonostante i premi conseguiti, hanno avuto difficoltà di distribuzione e di censura, che hanno limitato la visibilità al grande pubblico. La produzione qui analizzata non è esaustiva ma pone l'accento solo su una parte dei film che hanno cercato di sdoganare l'argomento, affrontandolo da prospettive e con approcci diversi. La difficoltà del cinema, però, non dipende solo dalla delicatezza del tema, che richiede un costante accordo del registro narrativo sempre in bilico tra morbosità e crudezza. Sembra più riflettere l'ambiguità della realtà stessa da sottoporre alla rappresentazione. Sempre più spesso, infatti, si preferisce parlare di "pedofilie" perché i profili dei pedofili, le loro modalità espressive e i funzionamenti mentali sono diversi e procedono per livelli di patologia più o meno gravi. La sua stessa definizione la classifica come parafilia, un disturbo del comportamento e dell'orientamento sessuali, ma si ritrova associata più generalmente a tipologie di reati violenti o minacciosi come la molestia, l'omicidio, l'abuso e lo sfruttamento sessuali, che sono invece la conseguenza del desiderio sessuale del pedofilo, il passaggio non necessariamente obbligatorio dalla fantasia all'*acting out* che mette in scena l'atto delittuoso. A questo si aggiunge che la sua realtà oggettiva, contestuale e storicizzata è ancora un "numero oscuro" confuso con la sua rappresentazione statistica, mediatica e fobica.

L'oggetto della rappresentazione filmica pertanto non è la realtà diretta, difficile da sondare e accertare, ma la rappresentazione della sua rappresentazione, organizzata di volta in volta secondo il punto di vista giudiziario, investigativo, clinico, giornalistico, sociale e familiare. Una rappresentazione di seconda mano che diventa iperrealtà, parossismo che tutto annulla compresa la verità.

È illuminante in questa direzione la scelta del regista Andrew Jarecki, che affida un clamoroso ed emblematico caso di cronaca che sconvolse l'America negli anni Ottanta al linguaggio asciutto e neutro del documentario. *Una storia americana*, candidato all'Oscar nel 2004, ripercorre la vicenda giudiziaria dei Friedman, tranquilla famiglia della borghesia ebraica di provincia che si ritrova al centro di accuse di sodomia, torture e abusi sessuali dirette contro il padre Arnold e suo figlio Jesse. L'inchiesta, che viene presentata lacunosa nelle prove tangibili, scorretta e suggestiva nelle interviste ai minori, condusse la famiglia alla gogna mediatica e alla devastazione. Il regista affida l'impossibile decifrazione della realtà vera alle interviste contraddittorie che moltiplicano i punti di vista e la verità, ma fa parlare soprattutto i filmati sulla realtà privata registrata ossessivamente con la telecamera dai Friedman stessi. Immagini che restituiscono, al di là della verità relativa alle specifiche accuse, il ritratto di una famiglia disfunzionale sotto l'apparenza patinata. La manciata di "certezze" che rimangono su Arnold Friedman sono quelle di un buon padre, un insegnante apprezzato e un po' patetico, poco interessato al sesso con la moglie alla quale preferisce la collezione di riviste pedopornografiche e per sua stessa ammissione, l'unica in realtà che gli fa varcare la soglia della fantasia masturbatoria, molestatore di minorenni maschi in tempi antecedenti alla vicenda giudiziaria.

La denuncia del tema come frustrazione e repressione dei desideri all'interno della rispettabile famiglia borghese, viene proposta anche da Todd Solondz nella forma corrosiva della commedia grottesca in *Happiness* (Usa, 1998), film che nonostante l'ottima accoglienza a Cannes scontò con l'ostracismo in patria l'aver "umanizzato" e "normalizzato" un comportamento pedofilo. Bill, di professione psicologo e buon padre di famiglia, confessa senza pentirsene al figlio undicenne di aver sodomizzato due suoi amici, ma di non avere alcuna intenzione di farlo con lui. La sua tendenza, che si indirizza verso i

* Studente Scuola di Scuola di Perfezionamento in Scienze criminologiche e investigative, Camera di Commercio di Londra, Cielis Padova.

minori di genere maschile e non rivela alcuna inclinazione per la vergogna o il senso di colpa, sembra emergere in un momento di forte stress e frustrazione affettiva, nel quadro di un disinteresse totale verso i rapporti sessuali adulti e castranti con la moglie, che lei stessa collabora ad evitare. Un giorno Bill compra delle riviste per ragazzini e si masturba in macchina, la sua perversione sembra essere solo latente e a livello fantastico, ma di lì a poco adescia l'amichetto del figlio con comportamenti servizievoli e lo violenta in casa propria dopo aver addormentato la famiglia con dei sonniferi.

La missione del cinema nei confronti del tema della pedofilia è anche quella di affrontare i tabù dell'immaginario collettivo, come la mitologia del privato e la sacralizzazione dell'infanzia, di rendere digeribile l'indigesto con filtri drammaturgici diversi. La maggior parte della produzione cinematografica sceglie la *detection* come modalità narrativa per rappresentare non solo la caccia all'uomo "nemico pubblico", ma anche il conflitto realtà/apparenza e vero/falso. Il *noir* e il *thriller* sono i generi legittimati a percorrere l'inferno privato, la doppiezza e l'ambiguità, i bassifondi dell'umanità e i territori oscuri della psiche. Sono utilizzati simbolicamente anche i luoghi, le atmosfere e i personaggi dell'immaginario fiabesco per tradurre attraverso i cappuccetti rossi, i vampiri, gli alieni, i lupi, gli orchi e gli uomini neri, le metamorfosi del predatore.

S'ispira ad un fatto di cronaca *M, il mostro di Düsseldorf* (Germania, 1931), primo film sonoro di Fritz Lang e forse anche il primo ad affrontare un assassino seriale violentatore di bambine nella storia del cinema. L'"uomo nero" cantato nella filastrocca non è nello spazio "altro" dei manicomi, dei quartieri malfamati e dei dormitori pubblici che vengono rastrellati per cercare l'assassino. Lang sceglie soluzioni stilistiche ed estetiche funzionali alla tesi che vuole dimostrare: panoramiche e lunghe sequenze senza interruzione per definire la serialità e l'ossessione maniacale e predatrice propria non solo del carnefice ma anche dell'intera città che lo cerca, in cui dilaga l'isteria collettiva, i chiaro-scuri per esprimere questa doppiezza speculare di ruoli, le inquadrature volutamente deformanti per riflettere l'impossibilità di comprendere lucidamente la vicenda. L'assassino, dapprima presentato come un'ombra nera proiettata sul muro, una voce gentile e ipnotica, un fischiottio da incantatore di bambine, alla fine si umanizza rivelandosi un uomo qualunque e mediocre, terrorizzato dalla sua stessa immagine riflessa nello specchio ed etichettata con la M che la gente gli ha tracciato col gesso sulla spalla. Nel finale è la vittima braccata dal tribunale popolare che si salva dal linciaggio per l'arrivo tempestivo della polizia.

A parte le moderne riflessioni sui temi della gogna collettiva, della funzionalità di una terapia oppure della pena di morte per questo tipo di reato, Lang sembra tracciare un profilo del pedofilo eterosessuale *compulsivo*² che, secondo Canziani, attua in modo irrefrenabile il comportamento sessuale in associazione ad un restringimento dello stato di coscienza al di fuori del quale soffre per tale comportamento, in questo caso è caratterizzato anche dalla distruttività che coincide con il piacere del potere di uccisione. È lo stesso killer ad ammettere l'impulso coatto: "Non ci posso fare niente, ho una maledizione, mi sento inseguito per strada da me stesso. Con me corrono i fantasmi, solo quando uccido ... poi non mi ricordo più nulla. Chi può sapere come sono fatto dentro?"

È singolare che il film venne vietato con l'ascesa del nazismo nel 1934 e che in *La caduta degli dei* (Italia, 1969), ambientato in Germania in questo stesso periodo, Luchino Visconti affronti un episodio di pedofilia come condotta licenziosa espressione della decadenza morale di una società in confusione, a cui tutto è concesso perché la morale privata è ormai morta. Il giovane Martin, rampollo di una potente famiglia legata al nuovo regime, è una personalità immatura e fissata ad un livello infantile di sviluppo psicosessuale. Ama i travestimenti, le donne e le sveltine con i camerieri, ha fantasie omicide erotizzate verso la madre, dalla quale è attratto ma anche soggiogato e deprivato d'amore. Il rifugio per alleviare il dolore di un'identità traballante lo trova nell'innocenza di Lisa, piccola ebrea di dieci anni vessata dalla madre e costretta ai mestieri domestici. Il primo approccio avviene in una stanza vuota, nel silenzio, Martin si avvicina passivamente regredendo allo stadio del bambino ferito, in lei cerca conforto e identifica la propria frustrazione e umiliazione affettiva. Ma nell'incontro successivo torna ad essere un maschio seduttivo che avvia la piccola ad una sessualità adulta, vuole amarla come avrebbe voluto essere amato dalla madre, le regala una collana di perle, le scioglie i capelli e la bacia. Il resto viene rappresentato dalle conseguenze dirette. Lisa inizia a stare male fisicamente e Martin continua a cercarla

² Nell'articolo *Il pedofilo, il bambino e il ragazzo pedofilo*, pubblicato in "Il Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva", 1996, Fabio Canziani distingue i soggetti pedofili in omosessuali, compulsivi, regressivi, perversi.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

non potendo rinunciare a quell'oggetto ideale che gli permette di ristrutturare un'immagine positiva di sé, ma pur intuendo le sue intenzioni è incapace di uscire dalla relazione narcisistica e lascia che la piccola s'impicchi. In quanto ebrea, il nazional-socialismo non considera il suo stupro un reato.

Un approccio socio-antropologico lo si ritrova anche in *Evilenko* (Italia, 2003), psycho-thriller ispirato alla storia vera del “mostro di Rostov”, serial-killer di tipo pedosadico e cannibale, partorito dalle macerie dell'ideologia del comunismo che, nella tesi del regista David Grieco, avrebbe lasciato orfani di un'identità gli uomini sovietici trasformandoli “da gregge di pecore in branco di lupi”. La personalità schizofrenica di Chikatilo-Evilenko, ex insegnante, vissuto in un orfanotrofio coltivando l'odio verso il padre eliminato dal regime in quanto potenziale spia, si autoafferma ricorrendo all'istinto di sopravvivenza con l'annientamento dell'altro, ridotto a puro oggetto e necessariamente degradato, disumanizzato e incorporato per attivare il piacere dell'eccitamento e del trionfo, senza il quale gli sarebbe intollerabile l'oblio dell'identità di cui è preda. Adesca i bambini e li conduce nel bosco con l'ipnosi, forma di controllo e sopraffazione e retaggio simbolico di Capucetto Rosso che prima di essere divorata osserva i grandi occhi del lupo travestito da nonna. Ma quando al luna-park viene adescato da un'adolescente, sua potenziale vittima, che tenta di praticargli del sesso orale, la uccide per difesa, per non essere reinghiottito nel nulla. Un altro suo profilo, più clinico, è stilato dallo psichiatra protagonista della versione americana del '95, *Il cittadino x* di Chris Gerolmo. Qui Chikatilo viene analizzato come un uomo che tende all'isolamento sin dall'infanzia, dall'apparenza normale, con una famiglia e un lavoro a contatto con i giovani, non omosessuale pur essendo le sue giovani vittime di ambo i sessi, ma con una scarsa potenza sessuale che lo induce a fantasie masturbatorie. Seduto sopra le sue vittime, che acceca per assicurarsi il potere, raggiunge l'orgasmo con la masturbazione in presenza del sangue e della loro agonia.

Anche Raffaele Verzillo utilizza le modalità del giallo poliziesco per tracciare un altro profilo del pedofilo di tipo serial-killer dall'apparenza e dalla vita normali, e affronta il tema come fenomeno giuridico, sociologico (gli adulti distratti nei confronti dei figli) e psichiatrico. In *Anima nera* (Italia, 2006), film che non ha ancora trovato una distribuzione, si sondano le inquietanti ritualità seduttive dell'adescamento prima dell'omicidio, le carezze rubate, le tenerezze e gli sguardi amorevoli, che forse sono proprio quelle che hanno imposto il divieto ai minori di 14 anni. Un tranquillo amministratore di condomini, con un passato macchiato dallo spettro di un padre-orco nel quale s'identifica per realizzare la vittoria dell'adulto, si trasforma di notte in un feroce carnefice. Quando incontra un bimbo di sette anni trascurato dai genitori ritrova se stesso e se ne innamora, ma l'istinto di protezione presto viene riconvertito in sacrificio rituale per ottenere la liberazione.

Da un punto di vista clinico la prognosi del disturbo pedofilo è sfavorevole in associazione all'alta frequenza degli atti, all'assenza del senso di colpa o vergogna e all'attrazione verso il genere maschile e, in quest'ultimo caso, le recidive sono stimate del doppio rispetto ai soggetti che preferiscono le femmine³.

È l'approccio di Nicole Kassel che in *The Woodsman – Il segreto* (Usa, 2004) cerca d'indagare il tema della pedofilia e della pulsione sessuale maschile in generale, forse per la prima volta dal punto di vista interno di un pedofilo. Walter è appena uscito dal carcere per aver molestato una bambina che “ha barato sull'età”. Il suo è un tentativo di triplice percorso di riabilitazione, nella società, dove l'etichetta pesa come un macigno e induce di continuo alla regressione-rassegnazione, nella propria interiorità, dove la consapevolezza della pulsione sempre in agguato viene scandita dalla domanda “Quando sarò normale?”, ma anche di confronto con la cosiddetta normalità sessuale che lo circonda. Walter intreccia una relazione sessualmente matura con una donna capace di comprenderlo, forse perché ha una femminilità androgina, o forse perché è stata abusata quando era piccola dai fratelli che “oggi, se glielo venisse ricordato, si sentirebbero calunniati”. L'ambiguo dialogo con il cognato gli fa comprendere quanto la fantasia sessuale verso le ragazzine sia normale negli uomini, ciò che fa la differenza in lui ed è bollata come malattia è la sua trasformazione in azione.

³ *Pedofilia ed imputabilità tra psicopatologia e legge*, Feltri A. Foglia, in “Rivista di psicologia giuridica”, Edizioni Sapere, giugno 2006.

La prognosi proposta dalla regista ha venature ottimistiche circa le possibilità terapeutiche per un soggetto-tipo come Walter, che non solo ammette la propria perversione ma vuole essere anche liberato del sintomo, e lo mostra prima nell'atto di massacrare di botte un giovane pedofilo appostato davanti alla scuola, poi nel desistere dal tentativo di molestare una bambina introversa nel momento in cui apprende che subisce molestie continue anche dal padre.

Infine si segnalano tre film che raccontano la pedofilia dal punto di vista della vittima abusata e le conseguenze sulla sua vita futura. In *Mystic River* (di Clint Eastwood - Usa, 2003) Dave viene rapito e abusato sessualmente per diversi giorni in uno scantinato. Venticinque anni dopo di lui è rimasta la maschera dolente di un adulto, fragile e dall'andatura imbambolata, spesso disoccupato nonostante abbia una famiglia sulle spalle, ideale capro espiatorio per l'omicidio di una giovane che in realtà non ha commesso. Una notte, nella stanza del figlio, inizia la sua metamorfosi e confessa alla moglie di essere sfuggito ai lupi mannari nel bosco, ma il vampiro che gli è entrato dentro e che non ha sentimenti umani non è più riuscito ad uscire, "non mi fido più della mia mente, devo avvisarti". Dave è una vittima ma non più innocente, uccide un pedofilo in un parcheggio per liberare il bambino che lui stesso non è mai stato, ma ambigualmente la proiezione della vendetta personale sembra essere più un tentativo di deviare l'identificazione con il carnefice, "stavo diventando come lui".

In *Sleepers* (di Barry Levinson, Usa, 1996) gli abusi sessuali nei confronti di quattro ragazzini da parte della guardia carceraria del riformatorio, pedofilo sadico che li tratta come giocattoli "per farli diventare dei duri", conducono alla deriva le vite adulte dei protagonisti rubandogli le possibili alternative. Per loro l'unico lieto fine possibile è quello giudiziario, ma in un processo manipolato per ottenere vendetta.

In *Mysterious Skin, Pelle d'alieno* (Usa, 2004) viene utilizzata la metafora alieno-pedofilo per mettere in scena il vuoto di memoria mescolato all'allucinazione, come conseguenze devastanti del trauma dell'abuso sessuale. Il regista Gregg Araki scava nell'intimità di due diciottenni, Brian e Neil, per mostrare le diverse modalità di reazione e sublimazione di una stessa esperienza di violenza subita a otto anni, escludendo i punti di vista del carnefice e del gruppo sociale di contorno ai bambini. Brian è diventato un giovane timido, freddo sessualmente e convinto di essere stato rapito dagli alieni per giustificare il rimosso che gli ha lasciato il vuoto nell'anima e nella memoria. Neil invece è diventato cinico, omosessuale e gigolò, conseguenze di un trauma che rimane ambigualmente sospeso sul confine tra l'identificazione difensiva nel suo aggressore, e il ricordo del desiderio sessuale provato nei confronti dell'istruttore di baseball da cui è stato sedotto, che continua a perpetrare e ricercare in tutti i suoi nuovi partners.

Bibliografia

Feltri A., Foglia A., *Pedofilia e imputabilità tra psicopatologia e legge*, Rivista di Psicologia Giuridica, Edizioni Sapere, giugno 2006.

Canziani F., *Il pedofilo, il bambino e il ragazzo pedofilo*, Il Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva, 1996.

Cosimo Schinaia C., *Pedofilia pedofilie*, Bollati Boringhieri, 2001.



Il Poeta...metamorfosi di una sofferenza

Savinia Fruet*

*Che strana mania di distruzione spinge certi uomini.
Distruzione materiale, distruzione morale.
Bisognerebbe narrare la storia delle loro macerie interiori,
delle rovine che hanno dentro,
per comprendere quello che provocano intorno a loro
e per domare l'orrore del mondo.*
M.R.P.

Introduzione

“Il poeta” di Michael Connelly è uno di quei libri che ti entra sottopelle, che ti fa provare i brividi della vittima e ti trasporta nella testa dell’aggressore, uno di quei libri che ti conduce nel mondo di un pedofilo e nel “delirio” di un serial killer e non te lo fa sentire poi così “distante”, uno di quei libri che “ti fa percepire” l’intersecarsi tra normalità e patologia.

Sono passati alcuni anni da quando l’ho letto ma non appena mi è stata proposta questa Tesina, ho pensato immediatamente a questo romanzo e a come poteva prestarsi perfettamente allo scopo, ossia partire da un romanzo per evidenziare tutta una serie di collegamenti con la teoria della psicopatologia. Ho pensato immediatamente a William Gladden e al “Poeta” Bob Backus, a come in questi due personaggi si concretizzassero molte delle teorie sulla spiegazione della personalità criminale. Ho deciso di ritagliare anche un piccolo spazio per il giornalista Jack McEvoy, perché anche nel suo caso si evidenzia come il passato abbia marchiato i suoi sentimenti, il suo vivere e il suo viversi. Ognuno dei personaggi chiave di questo romanzo ha avuto, in forme diverse, nel proprio passato, dolore e sofferenza e ognuno di loro, nel presente mostra la “metamorfosi” di questo dolore e sofferenza, mostra come quel passato abbia influito sulle loro vite plasmandone il carattere.

In copertina ho inserito il dipinto di una giovanissima pittrice che si chiama Caterina Palmieri, il cui titolo è “metamorfosi”.

Ho scelto questo dipinto, perché rende bene l’idea di un’identità strappata, sconvolta da un dolore, da un trauma che a volte può trasformarsi in qualcosa di distruttivo per sé e per gli altri.

Jack McEvoy

Jack è uno scrittore di cronaca nera e per lavoro è spesso a contatto con la morte, a lui piace raccontare la storia della vittima e del suo aggressore romanzando l’evento.

* Studente Scuola di Scuola di Perfezionamento in Scienze criminologiche e investigative, Camera di Commercio di Londra, Ciels Padova.

Nelle prime pagine del romanzo, ci troviamo immersi nelle emozioni di Jack che è appena stato informato del suicidio del fratello poliziotto. In questa situazione, il suo autocontrollo e la tipica freddezza con cui tratta i vari casi che deve raccontare, si scontrano con l'angoscia e il dolore che sta provando. I suoi pensieri vagano dall'ultimo incontro con il fratello, a come reagirà sua cognata, alle eventuali spiegazioni del suicidio, alle incongruenze della situazione.

La prima cosa che colpisce è l'alternarsi di emozioni e il tentativo di controllare di queste emozioni. L'impossibilità, anzi l'incapacità di lasciarsi andare a causa del ruolo che ricopre...

Jack si è sempre sentito protagonista nel raccontare le storie degli altri.

Mi accorsi di comportarmi come un personaggio delle mie storie: mostravo anch'io quei segni e dettagli del dolore che cercavo sempre di distribuire nei miei articoli per renderli più partecipi. Adesso però ero io uno dei dettagli della storia. Un senso di vergogna mi avvolse mentre ripensavo a tutte le telefonate di lavoro fatte a una vedova, ai genitori di un bambino morto, o al fratello di un suicida... Si ho fatto anche questo, Non credo che esista un solo genere di morte sul quale io non abbia scritto qualcosa, spingendomi come un intruso nel dolore altrui.

Che cosa prova? Ecco le tipiche domande del cronista.....

Solo in questo momento scopre cosa prova il protagonista delle sue "cronache", le emozioni, le sensazioni...

...Stavo seduto con le braccia conserte: era una posizione confortante come se mi aiutasse a tenermi insieme...

In questi passaggi si coglie tutto il disagio di Jack nel dover guardare in faccia quel dolore che ha sempre abilmente descritto. Solo adesso si rende conto di cosa si prova realmente....Ha difficoltà ad accettare la sua impotenza, la sua fragilità, la sua rabbia nei confronti di sentimenti che credeva di saper padroneggiare. Il suo ruolo e il suo lavoro in quel momento sono nemici dei suoi sentimenti, perché lui è quello che descrive il dolore, che lo confeziona nella sua veste più elegante e questo lo limita nell'espressione dei suoi reali sentimenti. Ha difficoltà a trovarsi dall'altra parte, dalla parte di chi ha bisogno di sostegno, difficoltà ad accettare questo bisogno. Prova confusione, imbavagliato in un ruolo che rende difficile affrontare la sofferenza, accettare le proprie fragilità, è smarrito nello scoprire che tutta l'esperienza accumulata non lo aiuta a provare meno dolore e a saperlo gestire.

...la mia abilità nella vita consisteva nel mettere insieme parole in modo coerente e magari interessante ma dentro di me non avevo parole per ciò che stavo vivendo...

La morte del fratello e il dolore che ne deriva, portano Jack a confrontarsi con sé stesso e i suoi sentimenti. Emerge il suo passato, la morte della sorella adolescente in un incidente in cui lui si era salvato, il senso di colpa conseguente, il rapporto con i genitori e il suo sentirsi mai completamente accettato da loro.

Volevo quella storia solo per me? Era la risposta più semplice e la usai per alleviare il disagio che mi procurava il mio silenzio. Ma nelle pieghe della mia mente ero convinto che il motivo fosse un altro. Qualcosa che forse non volevo portare alla luce per non affrontarlo....È una cosa di cui non riesco a parlare....devo solo farla...

Risolvere il caso della morte di suo fratello, ha per Jack il significato di un riscatto personale, dimostrare e dimostrarsi il suo valore e meritarsi così di essere l'unico sopravvissuto.....

Ricordo che quando ci siamo diplomati sapevamo con molta sicurezza ciò che volevamo fare.....Nessuno di noi ci è riuscito veramente però Sean (il fratello) è quello che ci è arrivato più vicino.

Riflettendo sulla sua vita, Jack si rende improvvisamente conto di non avere una vita privata fatta di affetti e di stabilità.

Mai sposato mai divorziato non ho nemmeno una pianta in casa...

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

C'è una forte mancanza di autostima che porta Jack a pensare che non è degno nemmeno di essere amato da qualcuno, che non può suscitare amore e interesse in qualcun altro e quando questo accade è pronto a interpretare l'amore dell'altra persona come inganno...

Il fantasma che mi perseguita maggiormente è l'ombra dentro di me che mi ha spinto a dubitare della persona che desideravo più di chiunque altro...

Riuscire a scoprire chi ha ucciso suo fratello e a portare a termine il caso che suo fratello non era stato in grado di risolvere, sarà un modo per esorcizzare il suo senso di inferiorità e l'occasione per riuscire ad accettarsi un po' di più...

William Gladden

La storia di William Gladden si svela lentamente durante la lettura del libro ma la sua personalità inizia a delinearsi immediatamente

Gladden amava la giostra sul molo di Santa Monica. Ma non l'amava perché era un pezzo originale né perché erano occorsi sei anni per dipingere a mano i cavalli al galoppo.....Non l'amava neppure perché gli riportava alla mente di aver galoppato insieme con il suo Miglior Amico sulla giostra della Saratoga County Fair. Lui piuttosto l'amava per i bambini che l'affollavano. L'innocenza e l'abbandono illuminavano tutti i loro visi..... Mentre osservava quel collage di colori vivaci la sua mente tornò al passato, ... Ricordò il suo Miglior Amico. Ricordò l'armadio a muro buio come la notte, la lama di luce sotto la porta

Da questi passaggi del romanzo, si può dedurre che William Gladden da bambino è stato abusato ed ora agisce la sessualità per come ha imparato a conoscerla, abusando lui stesso dei bambini.

Cos' è la pedofilia? La pedofilia è un fenomeno che esiste da sempre, anche se ha assunto significati diversi a seconda delle differenti epoche storiche. Etimologicamente parlando, il termine deriva dalle parole *païs* e *philia* e significa, letteralmente, "amore per i fanciulli". Ma del significato originario di *philia*, che fa riferimento ad una relazione di affetto e condivisione basata sul consenso, vale a dire una relazione che si sviluppa all'insegna della simmetria e della reciprocità, nulla rimane quando si prende in considerazione il rapporto pedofilo, basato invece sull'asimmetria e connotato in senso fortemente dannoso per la piccola vittima. La finalità dell'incontro tra l'abusante e la sua preda non è la ricerca di prossimità affettiva, come propagandato a gran voce dai movimenti pedofili, bensì dal tentativo da parte del pedofilo di affermare il suo potere, degradando l'oggetto delle sue attenzioni (Stevani 2006).

La pedofilia, secondo la classificazione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali IV, Text Revision (DSM-IV-TR), essendo un disturbo della sfera sessuale, rientra in quei disturbi che la terminologia psichiatrica indica come "parafilie". Il termine "parafilie", sta ad indicare che la deviazione (*para*) dipende dall'oggetto fonte d'attrazione (*filia*). Le caratteristiche essenziali delle parafilie sono fantasie, impulsi sessuali o comportamenti ricorrenti o intensamente eccitanti, che possono riguardare oggetti inanimati, la sofferenza e l'umiliazione di se stessi o del partner, di bambini o di altre persone non consenzienti (...)» (DSM-IV-TR).

Questa definizione ci fa dunque capire che il pedofilo è "psicopatologicamente pedofilo", perché mosso in modo invasivo e incontrollabile dalle sue fantasie, impulsi e desideri, a tal punto da compromettere una o più aree della sua vita, a livello socio-relazionale o professionale. Non è possibile inquadrare l'origine della pedofilia in una singola classe di eventi, né tanto meno delineare un quadro preciso di personalità ad essa corrispondente ma s'impone la necessità di prendere in esame tutta una serie di concause, di tipo sia intrapsichico che ambientale. Il problema della pedofilia, risulta poi di difficile distinzione tra "primaria" (o essenziale) ben radicata nel soggetto e forme di pedofilia "secondaria" per lo più estemporanee e connesse a fattori o quadri psicologici diversi, quali, una modesta oligofrenia, una lieve insufficienza cognitivo-affettiva, abuso di alcool (molto frequente), una sindrome psico-organica specie su base involutiva (per lo più in soggetti anziani), abuso di sostanze

stupefacenti. Queste condizioni psicofisiche possono abbassare la soglia di controllo delle pulsioni, della capacità di giudizio, dei comportamenti adattivi e quindi condurre a isolati atti sessuali con bambini.

Uno dei nuclei fondamentali della personalità pedofila è l'adesione al mito dell'eterna giovinezza, che comporta un'idealizzazione del corpo infantile, un tipo di bellezza quasi angelica non ancora corrotta. I pedofili sono attratti da un corpo ancora incontaminato, simile al loro corpo di un tempo, di quella che fu l'età d'oro della loro vita. Una volta divenuti grandi (ma mai adulti), vedono nel bambino una riserva d'energia a cui attingere per compensare la loro carenza e assumono nei suoi confronti un'attitudine parassitaria e predatoria, che non contempla il riconoscimento dell'emotività della piccola preda. (Stevani 2006)

Nel DSM-IV-TR, ai fini di una corretta valutazione clinica della pedofilia, si fa riferimento a tre criteri specifici:

- la presenza durante un periodo di almeno 6 mesi di fantasie, impulsi sessuali, o comportamenti ricorrenti e intensamente eccitanti sessualmente che comportano attività sessuale con uno o più bambini prepuberi;
- 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.

A rendere ancora più difficoltosa una chiara definizione e differenziazione delle condotte pedofile è il fatto che nel tempo, sui reati sessuali in generale e sulla pedofilia nello specifico, si è costruita una vera e propria mitologia che coinvolge aggressore e vittima in una realtà diadica stereotipata, mitizzata tanto dai protagonisti quanto dalla società nel suo complesso. Ad esempio, lo stereotipo del maniaco anziano e psicopatico, malgrado sia stato ormai smentito da numerose ricerche e dalle statistiche ufficiali, continua ad essere presente nell'immaginario collettivo. Questo mito dipinge l'abusante come un "maniaco" incapace di gestire i propri impulsi, una sorta di "belva feroce" mossa da un'irrefrenabile potenzialità sessuale che non riesce a controllare. Un uomo diverso dal *normale*, poiché impossibilitato ad avere una normale vita sessuale, che è insaziabilmente assetato di sesso ed ha un carattere fermo ad uno stadio di sviluppo infantile. Un soggetto in balia delle sue istanze nevrotiche, un "malato mentale", per il quale la condotta sessualmente deviante rappresenterebbe l'unico, estremo tentativo di riscattarsi da una vita intrisa di fallimenti, frustrazioni e profondi sentimenti di inferiorità (Traverso - Marzi, 1986; Traverso et al., 1989; De Leo et al., 2001a; 2001b.).

L'età d'insorgenza di questa parafilia, di solito, è da ascrivere all'infanzia, anche se alcuni soggetti riferiscono di essere stati eccitati dai bambini solo a partire dalla mezza età. A tale riguardo, i pedofili possono essere distinti considerando la presenza di un blocco evolutivo, per cui il soggetto è attratto sessualmente da individui più giovani sin dall'adolescenza, o di una regressione: in tale caso l'attrazione sessuale nei confronti di persone più giovani compare non prima dell'età adulta (Groth et al., 1979; Gabbard, 2002). Il DSM-IV suggerisce però che non si possa fare una diagnosi di pedofilia se il soggetto è un tardo adolescente che intrattiene una relazione sessuale con un bambino di 12-13 anni (Dettore, 1999), malgrado si debba constatare un numero sempre più elevato di responsabili di reati sessuali nella fascia adolescenziale (Barbaree, 1990; 1997).

Canziani (1996), in base alle caratteristiche di personalità e ai livelli di gravità, distingue tra:

- Pedofili omosessuali, che desiderano avere rapporti con bambini/e dello stesso sesso, con modalità "d'amore" vicine a quelle fra madre e figlio;
- Pedofili compulsivi, che agiscono in modo irrefrenabile i comportamenti sessuali sui bambini/e in associazione ad un restringimento dello stato di coscienza, al di fuori del quale soffrono per tale comportamento;
- Pedofili perversi, che non considerano il bambino come soggetto, ma solo un mezzo per soddisfare un comportamento sessuale, intriso di ritualità violenta.

Secondo Holmes e Holmes (1996) i pedofili possono essere ancora suddivisi in due tipologie:

-Pedofili situazionali e pedofili preferenziali.

I primi non presentano una originaria e unica preferenza verso i bambini e sono portati a rivolgersi al mondo infantile nel momento in cui eventi particolarmente stressanti intervengono nella loro vita. Questa tipologia di soggetti abuserebbe non solo di minori, ma di qualunque soggetto che presenta delle vulnerabilità.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

I pedofili preferenziali, al contrario della precedente tipologia, sarebbero soggetti che provano un'attrazione esclusiva per i bambini.

Un'altra differenziazione è quella rappresentata da Groth, Birnbaum (1978) tra pedofili regressivi e pedofili fissati:

- I pedofili regressivi, sono coloro che rivolgono il loro interesse sui bambini, perché sono caratterizzati da una personalità immatura e fissata ad un livello infantile di sviluppo psicosessuale. Spesso l'attrazione verso soggetti pre-puberi è preceduta o accompagnata da forme più mature di attrazione sessuale. In questi casi si ha a che fare con soggetti che hanno relazioni con adulti e sono sposati, ma che tendono a rivolgersi sessualmente ad individui più giovani in conseguenza di frustrazioni e conflitti di relazione con soggetti della loro età. In questi casi la spinta non è esclusiva ma episodica e le motivazioni non strettamente sessuali;

- I pedofili fissati sono coloro nei quali vi è un arresto temporaneo o permanente dello sviluppo psicosessuale e fin dall'adolescenza un atteggiamento di tipo pedofilo. L'interesse sessuale primario non è mai evoluto oltre lo stadio prepubere; raramente intrattengono relazioni sessuali adulte, sono spesso celibi e tengono a mettere in atto comportamenti sessuali pedofili verso sconosciuti o vicini di casa.

La personalità base del pedofilo è essenzialmente immatura e caratterizzata da grosse carenze per quanto riguarda le normali capacità adulte di relazione interpersonale. Dal punto di vista affettivo il pedofilo è un ipoevoluto, cioè più orientato in senso egocentrico piuttosto che adattivo, non tiene in considerazione le esigenze dell'altro e di conseguenza non riesce ad instaurare rapporti paritari ed adulti. Non avendo vissuto un appropriato processo di identificazione, non ha raggiunto quella consapevolezza delle proprie componenti sessuali che consente agli adulti normali di instaurare e vivere relazioni erotiche (Stevani 2006).

Secondo la prospettiva psicoanalitica, la pedofilia rappresenterebbe una scelta oggettuale di tipo narcisistico. Spesso questi pazienti soffrono, infatti, anche di una patologia narcisistica del carattere, compresa una variante psicopatica del disturbo narcisistico di personalità; quest'ultima è spesso caratterizzata da gravi tratti antisociali, in questo caso è fortemente probabile che siano presenti dinamiche di matrice sadica in cui potere, aggressività e sentimenti di vendetta nei confronti dei bambini si affiancano ai desideri di fusione con l'oggetto Sé (Groth et al., 1979; Gabbard, 2002). La conquista sessuale del bambino, in questo caso, rappresenta uno strumento di vendetta per gli abusi subiti, una sorta di puntello alla scarsa stima di sé. Un senso di trionfo e di potere, può accompagnare la trasformazione di un trauma passivo in una vittimizzazione perpetrata attivamente: Il bambino è così visto come un oggetto che può essere facilmente dominato e terrorizzato, che non provoca frustrazione e non si vendica (Ferraris, Graziosi 2001).

Una particolare categoria di abusanti è quella delle cosiddette "persone autorizzate", cioè di coloro che, in virtù dell'attività che svolgono (infermiere, medico, ecc.), hanno l'opportunità di entrare in relazione con la vittima in maniera naturale.

Otto anni fa Gladden lavorava in un centro di assistenza infantile....Venne arrestato e accusato di molestie ai danni di almeno undici bambini nell'arco di tre anni.

Queste persone, (molte delle quali in giovane età hanno subito essi stessi degli abusi), scelgono anche dei lavori che li pongano a diretto contatto con i bambini, non solo per i motivi che è facile immaginare, ma anche perché ricoprendo nei loro confronti dei ruoli di prestigio, riceveranno da loro delle risposte idealizzanti, necessarie a puntellare il loro fragile senso di Sé.

Andando avanti nella lettura del romanzo, troviamo due spunti particolarmente significativi per ciò che concerne il fenomeno della pedofilia, ossia la scelta della vittima e l'assenza di empatia.

Il bambino sullo scivolo veniva identificato come M.A. di sette anni. Gladden immaginò che la nuova stazione della metropolitana sarebbe stata approvata solo per un'area a basso reddito. Questo voleva dire che in massima parte i bambini sarebbero stati poveri...Decise che avrebbe fatto un giro in quel parco....era più facile con i bambini poveri, bisognosi, che volevano sempre un sacco di cose....

Sapeva che ci sarebbe voluto del tempo, ma prima o poi l'occasione si sarebbe presentata e lui sarebbe riuscito ad avere ciò che voleva.

Per quanto concerne il primo punto, dobbiamo specificare che si fa qui riferimento ad un caso di pedofilia extrafamiliare, in cui l'abusante sceglie con molta cura la vittima. Difficilmente viene scelto un bambino con una situazione familiare fatta di affetto ed equilibrio. In effetti lo stesso Gladden era stato scelto come vittima dal suo abusante perché in una situazione di bisogno affettivo:

Aveva conosciuto il bambino attraverso un programma dei servizi sociali del posto chiamato "I migliori amici", che metteva in contatto ragazzini senza padre con adulti.

L'aggancio che viene cercato è un bisogno da colmare, un vuoto affettivo da riempire, il bambino più vulnerabile è quello che non ha alle spalle una famiglia equilibrata che lo tutela dal punto di vista emotivo. Si crea così un circolo vizioso per cui il bambino, anche se percepisce che c'è del negativo "nell'attenzione" che riceve, preferisce non allontanarsi da quel legame che gratifica il bisogno di sentirsi considerato e quindi accetta determinati comportamenti (anche se devianti), pur di non spezzare questo legame (anche se patologico).

Per quanto riguarda la meta d'attrazione, alcuni pedofili preferiscono minori dello stesso loro genere (pedofilia omosessuale), altri quelli di sesso opposto (pedofilia eterosessuale), altri ancora sono eccitati sia dagli uni sia dagli altri (pedofilia bisessuale). L'attrazione verso le femmine è descritta come la più frequente e riguardante per lo più bambine dagli otto ai dieci anni; quella per i maschi, invece, sembra coinvolgere minori con un'età leggermente più elevata. Tra i pedofili è possibile, inoltre, osservare soggetti attratti esclusivamente da bambini (tipo esclusivo) e soggetti attratti da bambini e adulti (tipo non esclusivo) (Cosuccia, Calvanese, 2004).

Il secondo punto che si evidenzia è l'assenza di empatia, in effetti la freddezza, l'assenza di sentimenti, di emotività, contraddistinguono Gladden; come un predatore che osserva la preda, ha come unico obiettivo raggiungere il suo scopo. Gladden non interagisce con gli altri, c'è solo un bisogno che deve essere appagato indipendentemente dal resto. Il problema è narcisistico e non primariamente libidico, si riflette cioè sulla struttura stessa del sé, sul nucleo della personalità del soggetto.

Secondo la psicanalisi classica, i pedofili abituali sarebbero preda di un disturbo narcisistico della personalità. Il narcisismo primario è uno stadio in cui la libido è interamente investita sul corpo (sull'io), questo stadio è normale nel bambino ma quando persiste nell'adulto determina quadri clinici di tipo psicotico o borderline ed è caratterizzato da un amore di sé che precede e spesso preclude l'amore per gli altri (Racamier 1992). Nei bambini, essi rivedrebbero sé stessi nel periodo della propria infanzia, idealizzerebbero il corpo e la bellezza infantile o preadolescenziale e rievocherebbero lo stesso trattamento, o il suo opposto, subito in passato. Sarebbero dunque al centro di una specie di circuito che si autoalimenta e che li riporta compulsivamente indietro nel tempo, al momento in cui essi stessi hanno vissuto quel tipo di esperienza, al momento in cui hanno provato eccitazione/paura e anche il turbamento di essere depositari di un segreto incomunicabile, in una sorta di doppia vita. I pedofili sarebbero rimasti "fermi" a quelle emozioni intense e a quegli schemi estetico-erotici che ora cercano di riesplorare e rivivere, senza riuscire ad evolvere verso forme diverse di erotismo, incuranti della differenza tra generazioni e negando l'esistenza di ruoli e funzioni adulte (Ferraris, Graziosi 2001).

Nel passaggio seguente troviamo altri spunti molto interessanti che ci riportano a riferimenti teorici reali.

Mi sento come quando ero bambino e aspettavo che la porta dello sgabuzzino si aprisse, per poterlo ricevere. La linea di luce sul fondo. Il mio faro. Guardavo la luce e le ombre prodotte da ognuno dei suoi passi. Allora sapevo che lui era là e che avrei avuto il suo amore. La luce dei suoi occhi. Siamo ciò che ci hanno resi eppure ci voltano le spalle. Veniamo scaricati. Diventiamo nomadi nel mondo del lamento. La mia emarginazione è il mio dolore e la mia motivazione. Porto con me la vendetta di tutti i bambini... Io sono la maschera lo sfumare di luce e tenebra. La mia non è una storia di privazioni e abusi. Accolsi con gioia il contatto. Io so ammetterlo. Tu sai farlo? Io volevo, anelavo, accoglievo con gioia il contatto. Fu solo l'allontanamento, quando le mie ossa divennero troppo grandi, che mi ferì nel profondo e mi costrinse alla vita da nomade. Sono stato scacciato. E i bambini devono rimanere giovani per sempre.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

...Gladden guardò le parole sullo schermo. Erano splendide, quasi scritte dalla mano invisibile di Dio. Così onniscienti.....”

Gladden riflette sul fatto che la crescita per un bambino abusato significa abbandono, significa non essere più amati e questo porta emarginazione emotiva, solitudine di sentimenti.

In genere, i pedofili riferiscono un interesse sessuale rivolto a minori di una particolare fascia d'età; sono individui particolarmente attratti da soggetti che hanno un'età che precede, rientra o ha appena superato la pubertà. Da ciò consegue che non appena questi soggetti, crescendo, assumono sembianze più adulte viene meno la capacità di attrarre sessualmente il pedofilo. Come sottolinea Giese (1962) (...) “il desiderio del pedofilo si aggira appena secondariamente intorno al sesso del partner, importando in primo luogo a lui l'età e precisamente l'infanzia di un determinato partner sessuale(...)”. La diagnosi di pedofilia si orienta dunque fin verso un limite di età, entro il quale un bambino o fanciullo viene considerato sessualmente desiderabile (appetibile). L'età si estende dalla prima e primissima infanzia sino all'inizio o termine della pubertà (De Cataldo Neuburger, 1999).

La scelta oggettuale (di chi abusa) riferita ad un bambino piccolo risponde alla doppia esigenza di far sentire le risorse del paziente grandiose in rapporto a quelle più limitate del bambino, onde evitare di minare la sua fragile autostima e anche di permettere la realizzazione della fantasia inconscia di una “fusione” con un oggetto ideale, capace di ristrutturare un difettoso senso di Sé. Secondo molti psicologi e psichiatri, i pedofili hanno una personalità immatura, problemi di relazione o sensi di inferiorità, che non consentono loro di reggere un rapporto amoroso adulto, alla pari. Si focalizzano sui bambini perché possono controllarli e dominarli. Con loro non provano sentimenti di inadeguatezza. (Ferraris, Graziosi 2001).

Sempre in riferimento a questo passaggio del romanzo, troviamo un altro spunto interessante quando Gladden afferma che la sua *non è una storia di privazioni e abusi*, che lui ha avuto la forza di ammettere che *accolse con gioia il contatto*. Gladden trasforma il suo dolore in gioia, l'inaccettabile in accettabile perché solo così riuscirà a sopravvivere. Trasversale a tutte le tipologie evidenziate, come anche per gli autori di reati sessuali in genere, è infatti la presenza di alcune caratteristiche distorsioni cognitive (Bandura, 1986; Pithers et al, 1989; Marshal, 1988; Barbaree, 1997; Ward, 2000; Mihailides et al, 2004) che possono essere così riassunte:

- negazione o minimizzazione del danno;
- spostamento della responsabilità ad altri o a fattori esterni situazionali;
- credenze e convinzioni secondo cui i bambini amano fare sesso con gli adulti, cercando attivamente di impegnarsi in tali attività con loro e non vengono danneggiati da ciò.

La perversione narcisistica, a cui accennavamo prima, è in effetti caratterizzata dal bisogno e dal piacere di far valere sé stessi a spese di altri. Si tratta di un piacere specifico. Tale piacere è ottenuto con manovre e comportamenti pragmaticamente organizzati a detrimento di persone reali. Quanto al bisogno che sottende questa perversione, le sue sorgenti inconscie, certamente complesse e parzialmente pulsionali (parzialmente è qui una parola che conviene doppiamente), sono fondamentalmente contro-depressive e anti-conflittuali (Racamier 1992).

In riferimento a questo, mi viene in mente il concetto di identità strappata, lacerata che bene viene rappresentata dal quadro riprodotto in copertina. Le persone che Gladden rappresenta nel libro, non hanno avuto l'opportunità di essere sé stessi perché il trauma subito e non elaborato, ha snaturato la loro essenza, li ha costretti ad indossare una maschera, a far finta di accettare la loro sofferenza come “normale” per poter sopravvivere al loro dolore.

Era perseguitato dalla società, ma per cosa poi? I suoi istinti e i suoi desideri non li aveva scelti lui. Perché non riuscivano a capirlo?

Sempre più spesso la cronaca ci fa prendere coscienza di come ci sia un mondo parallelo al nostro, con regole e moralità peculiari che hanno la funzione di giustificare la pedofilia. Chi ne fa parte, cerca di proteggere la sua identità rivendicandone il diritto.

...I pedofili lavorano in rete, a gruppi. Hanno reti telefoniche, reti informatiche, un intero sistema di supporto. Si considerano in lotta contro la società...

Navigando in internet, non è raro imbattersi in siti pedofili che spiegano il senso e il valore di essere pedofili. Alcuni giorni fa, cercando informazioni su Don Fortunato di Noto, (un prete che si occupa di tutela dell'infanzia contro la pedofilia), mi sono imbattuta in una singolare lettera scritta da un pedofilo che sintetizza bene i concetti precedentemente citati. La riporto integralmente sottolineando i passaggi più significativi.

Gent. don Fortunato Di Noto,

Sino ad oggi ho letto senza replicare i Suoi ripetuti attacchi alla mia persona e al mio sito web "Puellula". Tuttavia il tono del Suo ultimo attacco nei miei confronti mi obbliga a rompere il silenzio e a risponderLe pubblicamente. In un articolo datato 7 febbraio 2004 ho appreso con grande tristezza la Sua decisione di denunciarmi apertamente per il fatto che io abbia ricordato la memoria di Carlie Jane Brucia, la ragazzina recentemente rapita e uccisa in Florida. Dalle Sue parole traspare un inequivocabile disprezzo per la mia persona – un pedofilo – che ha avuto il "cattivo gusto" di ricordare la memoria di questa ragazzina. Tutto ciò è evidentemente considerato da Lei un grave insulto alla famiglia della vittima. Il tono retorico delle Sue parole lascia trasparire la radicata convinzione della malvagità della mia persona (in quanto pedofilo) che non ha il diritto di esprimere non solo sincero dispiacere, ma orrore, per la tragica morte di una bambina. Dal momento che ho pubblicamente ammesso la mia attrazione (fisica, è vero, ma soprattutto emotiva) alle bambine, Lei si sente in diritto di giudicarmi alla stregua di un depravato morale con unico scopo quello di nuocere ai bambini. Le dirò, non solo non mi permetterei mai di compiere un qualsivoglia atto dannoso nei confronti di un bambino, ma a mio carico non è nemmeno mai stata fatta una accusa simile. Se Lei avesse la pazienza di leggere, si accorgerebbe che la violenza nonché qualsiasi tipo di azione coercitiva nei confronti dei minori è fortemente condannata da me nel mio sito web. Lei tuttavia, non fa che riferirsi al mio sito, come all'incarnazione del male, mentre in realtà altro non è che un omaggio all'infanzia e al rispetto che si deve nutrire per essa. Il dispiacere che provo di fronte all'inutile morte di quella povera bambina è forse minore dal momento che ho dichiarato di essere pedofilo? Le mie lacrime sono forse meno reali di quelle degli altri data la mia appartenenza ad una categoria di persone rifiutate dalla società? Mi permetta di chiederLe: da dove prende l'autorità morale per giudicarmi in questo modo? Lei è un uomo di Chiesa e sicuramente non ha bisogno che sia io a ricordarLe le parole di Gesù Cristo, anch'Egli perseguitato per le cose in cui credeva "Non giudicate affinché non siate giudicati; perché con il giudizio con il quale giudicate, sarete giudicati; e con la misura con la quale misurate; sarà misurato a voi. Perché guardi la pagliuzza che è negli occhi di tuo fratello, mentre non scorgi la trave che è nell'occhio tuo? Come potrai dire a tuo fratello, 'lascia che io ti tolga dall'occhio la pagliuzza' mentre la trave è nell'occhio tuo? Ipocrita, togli prima dal tuo occhio la trave e allora ci vedrai bene per trarre la pagliuzza dall'occhio di tuo fratello". (Matteo 7: 1-5)

"Non giudicate e non sarete giudicati. Non condannate e non sarete condannati" (Luca 6:37)

"Non giudicate secondo l'apparenza, ma giudicate secondo giustizia" (Giovanni 7:24)
Dall'epistola di S. Giacomo: "Non parlate gli uni degli altri, fratelli. Chi dice male del fratello, o chi giudica il fratello, parla male della Legge e giudica la Legge. Ora, se tu giudichi la Legge non sei uno che la mette in pratica, ma un giudice. Uno soltanto è legislatore e giudice, colui che può salvare e perdere: ma tu chi sei, che giudichi il tuo prossimo?" (Giacomo 4: 11-12)

Le porgo sinceri saluti,

Lindsay Ashford

Nel sito di Lindsay Ashford, www.puellula.com, si trova un decalogo di comportamento, un link (The neptune link directory) a cui far riferimento per trovare gadgets, riferimenti legislativi, narrativa specifica etc.

Una realtà in cui la pedofilia ha una spiegazione e giustificazione se non addirittura una valorizzazione, una realtà che nel libro viene dipinta in questo modo:

Prima o poi ognuno di noi indossa il suo mantello. L'anonimato verrà lasciato alle spalle. Avrò un nome..... La mia sofferenza è la mia passione la mia religione. Non mi lascia mai. Mi guida. E' me stesso. Adesso lo capisco. il nostro dolore è il sentiero lungo il quale noi costruiamo i viaggi e le scelte della nostra vita. Il dolore lastrica la via a tutto ciò che facciamo e diventiamo.....Pertanto noi lo accettiamo. Noi studiamo il dolore e malgrado tutte le resistenze lo amiamo. Non abbiamo altra scelta.

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Ho una grande chiarezza a questo proposito, una totale comprensione. Posso girarmi indietro lungo il sentiero e vedere come il dolore ha causato tutte le mie scelte. Guardo avanti e vedo dove mi condurrà. In realtà non sono più io a camminare sul sentiero. E' lui a muoversi sotto di me, a trasportarmi, come un grande nastro che attraversa il tempo. E mi ha portato qui. Il mio dolore è la roccia sulla quale mi isserò. La vera identità è dolore. Il mio dolore. Finché morte non ci separi.

Quando parliamo di pedofili tendiamo per autodifesa ad immaginarli come altro da noi ma....se riflettiamo non possiamo dimenticare che il pedofilo è prima di tutto una persona....come lo siamo noi (Lindsay Ashford nella sua lettera lo sottolinea più volte).

Una persona con un passato, con quel passato. Una persona che non ha potuto o saputo affrontare il dolore e la sofferenza emotiva provocati dall'abuso subito. Una persona che deve sopravvivere a sé stessa, per farlo deve indossare una maschera perché non ha più la sua identità il dolore gliel'ha portata via. Quella maschera, quel convincersi che va tutto bene e che è giusto così, diventa la loro scappatoia e al tempo stesso la loro gabbia.

Vorrei concludere il capitolo riferito a William Gladden, il cui tema centrale è stato la pedofilia, con due passaggi del libro che da soli sintetizzano gli spunti teorici trattati:

Non è stato lui a creare il mostro che vive nella sua mente...è stato creato da qualcun altro

...penso ad un bambino che avrebbe potuto diventare molte cose diverse...

Il Poeta

Il poeta è la figura chiave della storia. Per l'intera durata del romanzo, la figura del poeta è associata a William Gladden ma in realtà il serial killer intorno a cui ruota tutta la storia è Bob Backus, figura di spicco dell'FBI. Lo spietato serial Killer è la persona più insospettabile, proprio colui che sta dirigendo l'indagine.

Nella società moderna e Mass-mediatica l'omicidio, soprattutto quello efferato, trova sempre più spazio nei notiziari e nei quotidiani; ma già alla fine del '800 un caso di omicidi in serie, (forse il primo caso di moderno serial-killer), destò scalpore in Inghilterra, dove, in un arco di tempo di poco più di due mesi, vennero massacrare cinque prostitute, presumibilmente dalla stessa persona, che la stampa di allora definì *Jack the Ripper* (Jack lo squartatore). Non fu mai individuato il colpevole di questi omicidi, ma a distanza di più di un secolo, la figura di questo serial killer dell'Inghilterra vittoriana, desta ancora fascino e timore. L'assassino seriale è un soggetto che mette in atto personalmente due o più azioni omicidiarie separate tra loro, oppure esercita un qualche tipo di influenza psicologica, affinché altre persone commettano azioni omicidiarie al suo posto. Per parlare di assassino seriale, è necessario che il soggetto mostri una chiara volontà di uccidere, anche se poi gli omicidi non si compiono e le vittime sopravvivono; l'elemento centrale è la "ripetitività dell'azione omicidiaria". L'intervallo che separa le azioni omicidiarie, può andare da qualche ora, a interi anni e le vittime coinvolte in ogni singolo episodio possono essere più di una. L'assassino seriale agisce preferibilmente da solo, ma può agire anche in coppia o come membro di un gruppo. Le motivazioni sono varie, ma c'è sempre una componente psicologica interna al soggetto che lo spinge al comportamento omicidiario ripetitivo. In alcuni casi, vanno considerati assassini seriali anche i soggetti che uccidono nell'ambito della criminalità organizzata, i terroristi, i soldati. (De Luca, 2001)

Con alcuni di loro non riusciamo mai a fare luce. Gli inspiegabili. Sappiamo soltanto che era dentro di loro. Il seme. Poi un giorno è entrato in metastasi....e lui ha iniziato a fare quello che prima si limitava a immaginare.

Dall'analisi della letteratura criminologica e della cronaca nera, emergono diversi delitti e reati, legati a problematiche narcisistiche. Spesso infatti le dinamiche implicate nel narcisismo patologico, possono

costituire il background personale o, in alcuni casi, la causa principale e la spinta motivazionale primaria che porta il soggetto a compiere un'azione delittuosa. L'aspetto che maggiormente può chiarire la distinzione tra forme adattive di narcisismo e forme patologiche è rappresentato dalle relazioni oggettuali (Kernberg, 1975). La qualità delle relazioni interpersonali degli individui caratterizzati da narcisismo patologico è infatti molto bassa, e si concretizza nella cosiddetta "incapacità di amare".

Diversi autori che si sono occupati dell'omicidio seriale, hanno sottolineato l'importanza delle esperienze traumatiche subite dal soggetto in ambito sia familiare che extrafamiliare, durante l'infanzia e l'adolescenza, per spiegare il manifestarsi del comportamento omicidiario seriale.

L'infanzia è un momento fondamentale per la salute fisica e mentale del futuro adulto ed è molto importante la formazione di un buon "legame di attaccamento" fra il bambino e chi si prende cura di lui. Con il procedere della costruzione del legame, il bambino s'identifica e cerca attivamente il contatto con i genitori o con chi ne fa le veci. La frantumazione o la mancata formazione del "legame di attaccamento", può produrre un bambino - ed un futuro adulto - incapace di provare empatia, affetto o rimorso per un altro essere umano, caratteristiche, queste, comuni anche agli assassini seriali (Bourgoin, 1993).

Secondo Palanca, il processo attraverso il quale si diventa assassini seriali passa attraverso tre fasi:

1. l'autoprotezione; il bambino rifiuta di vivere la propria angoscia, nasconde i suoi sentimenti, si isola.
2. la rimozione; le angosce vengono trasferite nell'inconscio, dove giacciono dimenticate, ma attivissime.
3. la proiezione; si addossa, cioè, ad altri la colpa della propria angoscia.

Il serial killer strazia ed uccide perché vede nella vittima l'origine dei propri mali (Palanca 1994).

I serial Killer, in apparenza, non si distinguono da qualsiasi altro individuo per ciò che concerne abitudini, comportamenti, aspetto. Molti conducono una vita normale, tale da rendere assai complessa e difficile la loro identificazione e cattura. Spesso hanno una famiglia, una vita sociale rispettabile, un lavoro regolare, tutte caratteristiche che li rendono a detta dei vicini e conoscenti "insospettabili". In realtà, l'approfondimento delle loro storie di vita evidenzia spesso la coincidenza di traumi drammatici, quali abbandoni, maltrattamenti, sevizie ripetute e abusi infantili, eventi che li hanno resi talmente fragili, da indurli a provare la più compiuta sensazione di piacere, efficacia personale e stima di sé, solo attraverso l'omicidio ripetuto, in quanto atto che implica il totale controllo della vita altrui e della propria (Kessler 1995).

Fromm sostiene, a conferma di ciò, che il desiderio di infliggere dolore agli altri, non è il punto essenziale, è fondamentale invece il controllo totale e assoluto su di un essere vivente come manifestazione della propria potenza.

Qui stiamo parlando di controllo. È una delle chiavi

Le motivazioni che spingono il serial killer ad uccidere, non sono quasi mai conseguenza di un evento specifico e contestualizzato, ma prevalentemente collegate a fantasie sadiche. Ciò consente di differenziare il serial killer da altri assassini multipli, ad esempio dall'assassino di massa (*mass murder*), che uccide molte persone in un unico evento e dall'assassino compulsivo (*spree killer*), che uccide più persone in eventi fra loro ravvicinati. In queste due tipologie di assassini, il fattore scatenante, può essere riconducibile ad un episodio di fallimento personale, oppure a tensioni eccessive (anche di origine biologica, come un tumore cerebrale). Invece la motivazione che spinge il serial killer a colpire molte persone e con continuità, non è quasi mai determinata da un singolo evento specifico e contestualizzato (Bastianoni, Maroni, Villano 2001)

I serial killer ...quasi sempre i casi riguardano la gratificazione sessuale. Gravitano intorno al potere e al controllo e queste sono componenti della gravitazione sessuale

La comunità dei criminologi così riassume la figura del serial killer: Un soggetto che commette una serie di omicidi, minimo tre, in tempi differenti (ciò indica premeditazione) e in posti differenti. In ciascun evento delittuoso può uccidere anche più di una vittima, può colpire a caso o sceglierla accuratamente, spinto da motivazioni prevalentemente di natura sessuale. La sessualità, infatti, ben lungi dal rispondere a motivazioni solo di ordine fisiologico, riflette una molteplicità di fattori consci ed inconsci, che

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

coinvolgono funzioni istintuali, erotiche ed affettive, esprimendosi in condotte complesse, che ben difficilmente possono essere delimitate nell'ambito degli atti sessuali e, quindi, dei reati sessuali.

Il comportamento sessuale dell'uomo, infatti, è un'espressione individuale, soggetta ad un'enorme molteplicità di variabili, tra cui i fattori fondamentali sono riconducibili all'assetto genetico, alle influenze ormonali e culturali in momenti critici dello sviluppo psicosessuale, alle esperienze di vita e ad aspetti transitori dati da modificazioni ormonali, dall'attività ideativa, dallo stato dell'umore e da eventi esterni.

A partire dal pensiero di Freud, si potrebbe dire che la naturale evoluzione di un sano sviluppo psicosessuale, prevede una linea di progressione evolutiva dall'autoerotismo, al narcisismo primario, all'amore oggettuale. Quando tale linea di progressione si interrompe, si origina la psicopatologia. Sempre secondo Freud, la vita sessuale appare inizialmente collegata al soddisfacimento dei bisogni organici fondamentali ed è determinata dall'attività di una serie di pulsioni parziali, le quali, una indipendentemente dall'altra, si comportano autoeroticamente, cioè hanno origine da una zona del corpo, da cui traggono il proprio piacere e dalla quale sono caratterizzate. Si determinano così le fasi di sviluppo psicosessuale legate alla soddisfazione dei bisogni primari: fase orale, anale e genitale, ognuna con relative pulsioni.

Durante il loro sviluppo nell'infanzia le pulsioni parziali si unificano e si rivolgono ad un oggetto esterno. L'arresto dello sviluppo psicosessuale con conseguente psicopatologia, sarebbe provocato da due processi ben definiti:

- fissazione, che provocherebbe un blocco nello sviluppo pulsionale, per cui la libido non raggiungerebbe il primato genitale, ossia il livello personale più maturo, rimanendo legata a modalità immature e parziali di soddisfazione. Essa potrebbe così costituire un polo di attrazione permanente che apre la via alla regressione, ossia un ritorno a livelli precedenti
- regressione, comporta un ritorno a stadi libidici precedenti, caratterizzati da relazioni oggettuali e identificazioni specifiche.

La maggior parte dei serial killer presenta, infatti, dei problemi nella sfera sessuale. È proprio la modalità di attuarsi della pulsione sessuale che è importante conoscere ed approfondire in relazione all'argomento di cui ci occupiamo, perché essa, nelle sue infinite sfaccettature, è ciò che caratterizza la condotta di molti serial killer. Questi soggetti, spesso, esternano la loro aggressività nella sfera sessuale. Gli assassini seriali sono caratterizzati dal fatto di avere una sessualità piuttosto precoce. Spesso, la precocità è provocata da una condizione di abuso o da una vera e propria violenza sessuale da parte dei genitori o di altri adulti, con i quali il bambino viene a contatto. In uno studio condotto dall'F.B.I., il 42% degli assassini seriali esaminati hanno subito un abuso fisico durante il periodo evolutivo (R. Ressler 1992). Suo malgrado, quindi, il futuro assassino seriale viene fatto entrare forzatamente nel mondo sessuale degli adulti e, da quel momento, i suoi pensieri e le sue azioni saranno permeate dalla sessualità, così da diventare a sua volta un soggetto che abusa. Si evidenzia inoltre che il 46% del campione di *serial killer* da lui studiato proveniva da famiglie nelle quali c'erano problemi riguardanti la sessualità.

A volte non c'è una spiegazione... è la parte più dura scoprire un movente, comprendere cosa le spinge a fare ciò che fanno. Abbiamo un modo di dire ... Diciamo che vengono da un altro pianeta a volte è l'unico modo per descriverle quando non conosciamo le risposte. Tentare di capirle è come rimettere insieme uno specchio infranto. Non esiste un modo per spiegare il comportamento di alcuni esseri umani. Sul pianeta da cui arriva il poeta, questi istinti che lui segue sono normali e naturali. Lui segue soltanto questi istinti, creando scene che gli forniscono soddisfazione. Il nostro lavoro è quello di cartografare il suo pianeta...

Le vittime del serial killer, sono prevalentemente persone estranee, vengono scelte prevalentemente per il sesso (nel 65% dei casi sono donne), per la professione (soprattutto prostitute), per l'età (bambini), o per altri elementi che rivestono un'importante importanza psicologica per l'omicida (Holmes e De Burger 1988).

Le dinamiche interpersonali e di personalità di alcune tipologie di serial killer sono di fatto incentrate su problematiche narcisistiche. In questi casi, il narcisismo patologico e le conseguenti implicazioni

psichiche, come ad esempio la mancanza di integrità del SuperIo, la bassa autostima, la mancanza di empatia e l'impossibilità di esperire la relazione con l'altro in modo significativo e costruttivo, rendono possibile il passaggio dalle fantasie omicidiarie al fatto reato.

...non sappiamo quali soggetti siano più attraenti o più soddisfacenti per la sua fantasia.....non sappiamo di che fantasia si tratta. Il punto è proprio questo non conosciamo la fantasia che spinge l'assassino perché possiamo vederne solo alcune parti e fare ipotesi. Forse non sapremo mai intorno a cosa gira il suo mondo. È arrivato da un altro pianeta...

L'efferatezza che caratterizza spesso i delitti dei serial killer, viene così a trovare senso nella struttura narcisistica del soggetto: l'altro è solo un oggetto, ed in quanto tale può essere vissuto solo in funzione della gratificazione; gratificazione che spesso coincide con le fantasie inconsce e pulsionali - libidiche ed aggressive – non mediate da strutture psichiche superiori come l'Io ed il SuperIo. Anche in questi casi l'onnipotenza, l'aggressività e la svalutazione dell'altro dominano l'attività psichica dell'omicida. (Kernberg 1975)

L'assassino seriale agisce sempre in modo determinato, spesso lucido, quasi sempre seleziona preventivamente la vittima, sovente dispone di una buona capacità organizzativa e di autocontrollo. (Bastianoni, Maroni, Villano 2001)

Il mio prossimo designato è già stato unto. Ho fatto la mia scelta l'ho nel mirino proprio adesso mentre leggi queste parole.

Nel 1988 J.Norris affronta il problema dei serial-killer da un punto di vista bio-sociologico, secondo l'Autore la dipendenza del serial killer dal crimine, è una dipendenza da uno specifico schema criminale, uno schema criminale che ben presto diviene lo schema di vita del killer.

Tutto ciò che segue è solo una ripetizione della sequenza criminale iniziale. Il Poeta sta ripetendo il suo rituale

Ogni serial killer ha incorporato l'atto omicida in un rituale psicologico in cui, la vittima scelta, il modus operandi (cioè il comportamento finalizzato al compimento del crimine), la firma (cioè il comportamento accessorio, inutile rispetto all'esecuzione vera e propria del delitto, con cui il serial vuole essere identificato), le torture, l'atto di morte, e la disposizione del cadavere sono tutti aspetti di un medesimo schema criminale. Dal momento in cui passa dalla fantasia alla pratica e cioè, dopo aver provato piacere nel dare la morte, non riesce più a fermare l'istinto, da qui la ripetitività dell'omicidio.

Questo schema che il killer segue compulsivamente può essere riassunto in un modello (Norris, 1988) a fasi:

- Fase aurorale: può durare da pochi giorni ad interi mesi, ed essa è una sorta di stato allucinatorio in cui il killer sogna ad occhi aperti e diviene progressivamente sempre meno sensibile agli stimoli esterni. Questa fase si manifesta molto spesso, nel caso dei serial killer, in una sorta di momento dominato dalla fantasia, in cui il soggetto passa tutto il tempo a fantasticare sugli omicidi, sugli atti violenti, in cui la mente del criminale resta dominata dalle visioni violente prodotte dalla fantasia. La fase aurorale è altresì una sorta di portale con due uscite. Da una parte c'è il mondo normale, in cui le convenzioni sociali, i ruoli e le regole, sono rispettati. Dall'altro lato c'è il mondo del killer, un mondo fatto di atti compulsivi, dominato dalla fantasia violenta, in cui non esistono regole e ruoli da rispettare, ma semplicemente i bisogni istintuali da soddisfare, senza mediazione e senza controllo.
- Fase del puntamento: nel momento in cui il killer è entrato nella fase aurorale, mosso dalla fantasia, inizia l'ingresso nella seconda fase, quella della ricerca di una nuova vittima. Ogni killer ha la sua vittima ideale. Questa fase non è una ricerca casuale di una vittima, ma una ricerca compulsiva e cosciente del target vittimologico preferito dal killer. Questa fase che può durare anche molto tempo, porta il soggetto in uno stato di frenesia, attenzione eccessiva e paranoia, il killer è entrato in una nuova fase che dominerà ancora di più tutta la sua vita e le sue attività. In questa fase non deve farsi rientrare solo la ricerca della vittima, perché quando la vittima viene trovata difficilmente è

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

immediatamente aggredita, inizia infatti una nuova attività del killer, quella dello stalking, in cui la vittima è seguita in ogni suo movimento, finché il killer non riterrà essere arrivato il momento per attaccare.

- Fase della seduzione: la maggior parte dei serial killer attacca le proprie vittime conquistando la loro confidenza ed attirandole in una trappola. Non mancano, tuttavia, i casi in cui il killer agisce attraverso un blitz improvviso e di forza che immobilizza la vittima, ma molto più spesso tra la vittima ed il killer esiste un momento di interazione che può andare da pochi secondi ad intere ore. I serial killer sono selettivi nella scelta delle vittime, che in linea di massima sono avvicinate solo quando il killer è convinto di trovarsi in una posizione favorevole. Non è raro che le future vittime siano ingannate dal fascino del killer, dalla loro capacità di relazionarsi e manipolare il prossimo, dalla credibilità delle loro storie inventate che servono ad abbassare le difese naturali che ognuno utilizza quando si rapporta ad uno sconosciuto.
- Fase della cattura: la cattura rappresenta la fase intermedia tra quella precedentemente descritta e quella successiva che è quella dell'omicidio. Essa rispecchia il *modus operandi*, e cioè la tecnica scelta dal killer per porre materialmente la vittima nelle proprie mani. Se la fase precedente serviva ad avvicinare la vittima e a tranquillizzarla, questa fase scatta quando il precedente risultato è stato raggiunto, quando cioè la vittima è stata attirata nella trappola ed il killer sa che la vittima non ha più vie di scampo. Il modo in cui materialmente questa cattura avviene differisce da soggetto a soggetto, e ciò perché la modalità fa parte della fantasia violenta del serial killer, e segue dunque uno schema personale.
- Fase dell'omicidio: l'omicidio è il culmine della fase di eccitazione provata dal killer, è il momento in cui il killer trionfa, domina, denigra un altro essere umano, è il momento in cui sono raggiunti gli obiettivi che il criminale si prefiggeva attraverso la commissione del crimine: potere, dominio, orgasmo, soddisfazione, rilassamento dalla tensione, denigrazione dei suoi simili, vendetta. È l'unico momento in cui questi soggetti possono guardare in faccia i propri demoni senza paura
- Fase totemica: dopo l'omicidio la fase di eccitazione svanisce molto presto, facendo scivolare il killer in una nuova fase depressiva. Per tale motivo alcuni killer rubano oggetti appartenenti alle vittime, oppure oggetti che si trovavano sulla scena del crimine. Spesso, per lo stesso motivo, il killer preferisce asportare una parte del corpo della vittima e portarlo via con sé, in modo da preservare quanto più possibile il senso di trionfo. In questa fase la vittima è trasformata da una creatura simbolica a simbolico trofeo, un trofeo che l'omicida spera gli possa trasmettere per sempre quel senso di potere e trionfo provato al momento dell'omicidio.
- Fase depressiva: la maggior parte dei serial killer catturati ha confessato che attraverso gli omicidi non è riuscita a raggiungere quella pace interiore che da essi ricercava, anzi, molti di essi riferiscono di un sentimento di vuoto e smarrimento subito dopo gli omicidi. La ragione di tutto ciò sta nel fatto che l'omicidio è semplicemente la ritualizzazione di una fantasia, una volta che la vittima è stata uccisa, la fantasia del killer si perde, la vittima non riesce più a rappresentare quello che il killer pensava potesse rappresentare per sempre. Il killer non riesce, come sperato, a cancellare il passato, e ciò perché il killer si odia molto di più di quanto possa odiare le sue vittime. Il killer non è riuscito a riaffermare la fiducia in se stesso, né a raggiungere quel senso di adeguatezza che non ha mai provato, né ha ripreso il controllo sulla sua vita, anzi attraverso la tortura di una vittima indifesa non solo non ha esorcizzato i vecchi fantasmi, ma ha risvegliato sentimenti rimossi, quelli di quando lui stesso si è trovato, durante l'infanzia e l'adolescenza, nella posizione della vittima indifesa. A questo punto il killer cade in una fase di grande depressione, che tenta di tenere a bada con la fantasia, con il ricordo dei suoi trionfi di morte, che gli servono per mantenere ancora un minimo di controllo sulla sua vita, ma che lo immettono di nuovo all'inizio della prima fase, pronto per una nuova fase aurorale e compulsiva che lo riporterà all'omicidio.

Quasi tutti i serial killer sognano di finire sui giornali o in televisione e quindi di diventare famosi. E per assecondare la loro sete di gloria si servono anche del crimine. L'insicurezza e la mancanza di un'identità precisa, vengono prepotentemente ad opprimere il soggetto, costringendolo a ripetere il comportamento omicidiario nella speranza di affermare il proprio sé (Wilson, Seaman, 1990). Quando, in una comunità, si verifica un caso di omicidio seriale, l'elemento centrale che attira l'opinione pubblica è la figura dell'assassino e tutto ciò che la riguarda (vita, personalità, abitudini, ecc.), mentre ben poca attenzione riceve la società che deve assorbire l'impatto di un crimine così devastante. In questi casi fattori individuali si compenetrano con quelli socio-ambientali; si tratta, infatti, di soggetti che non hanno un senso dell'identità ben preciso, che si sentono inadeguati e che hanno un bisogno prioritario di sentirsi importanti, bisogno che non può essere realizzato in nessun'altra sfera della vita sociale; per cui il potere esercitato sulla vittima è la loro possibilità di rivincita sulla società nella quale non riescono ad inserirsi in modo vincente. (Fisher, 1997).

Qual è il significato delle poesie?.....ovviamente le usa per dare spettacolo.. è la sua firma...anche se vuole sfuggire alla cattura, al tempo stesso la sua psicologia è tale da spingerlo a lasciarsi dietro qualcosa che dica Ehi sono stato io.....Abito solo in un mondo di lamenti...la mia opera è appena iniziata e comunque ...che vinca il migliore. Non posso firmare la mia corrispondenza perché non mi hai ancora dato un nome....Cercherò in televisione e aspetterò di sentire il mio nome....

Riassumendo quanto abbiamo letto, possiamo dire che ci sono alcune costanti psicobiografiche: infanzia difficile, violenza subita nella fase prepuberale o puberale, scarsa comunicabilità, disturbi della personalità. Tutti quanti i serial killer, sentono la loro esistenza come negativa e degradata, vivono forti sensi di inferiorità fisica e psichica, sociale e sessuale. Si sentono insicuri, rifiutati, disperatamente soli e compensano queste mancanze con un forte narcisismo e uno sfrenato bisogno di protagonismo. Si sdoppiano in una vita pubblica convenzionale e in una vita segreta perversa e ricchissima di fantasie sadiche, ma, col passare del tempo, è quest'ultima che prevale. Nella loro complessa personalità possiamo trovare tutte le perversioni, dal sadismo alla necrofilia, ma nessuna di queste la caratterizza in modo assoluto. Altri elementi comuni sono, inoltre, l'assenza di motivazioni evidenti e di relazioni con le vittime (quantomeno per quanto riguarda l'omicidio seriale maschile), che vede non come persone ma come cose, degli oggetti da utilizzare per soddisfare la propria deviazione; una finalità di tipo edonistico o di tipo fanatico, un legame più o meno netto con la sessualità ed infine la presenza frequente, ma non assoluta, di diverse forme di patologia mentale. Anche in questo caso voglio concludere con un passo del libro che sembra racchiudere in sé il significato intrinseco dell'omicidio seriale.

A me sembra un esorcismo ...lo sfogo catartico di eliminare la causa di tutto ciò che era sbagliato nella sua vita.

Conclusioni

*Ciò che mi colpisce di più
è che tante cose terribili
vengono commesse da persone
che non appaiono affatto terribili
(Ian McEwan, Il giardino di cemento)*

Quando ci troviamo di fronte ad un omicidio seriale, in cui confluiscono assenza di movente, serialità, ripetizione, violenza nelle azioni, proviamo incredulità, paura, stupore. I crimini in genere e in modo particolare quelli efferati, creano sempre un enorme interesse, basti pensare al *Caso Cogne*. Abbiamo bisogno di capire, abbiamo bisogno di contenere quell'angoscia dell'incomprensibile, suscitata da certi eventi e certi comportamenti. Comprendere un evento, capirne "il perché" è un bisogno insito nella natura umana, consente di rapportarsi ad esso nel modo più giusto possibile e quindi anche di

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

proteggersi, se necessario, da esso. Ci chiediamo: “Perché si commettono crimini così atroci?”. Di fronte a queste forme di aggressività e violenza gratuita, tendiamo ad attribuirne la responsabilità a ciò che è diverso e lontano da noi. Parliamo di “mostri” e di “crimini mostruosi”, perchè il termine mostruosità esorcizza la nostra paura. Definire mostro chi commette azioni efferate, significa non considerarlo “umano” e quindi estraneo a quella che è la nostra natura. Questo ci consente di sentirci al sicuro, protetti non tanto da “loro” ma da noi stessi....

Indice

Introduzione

Jack McEvoy

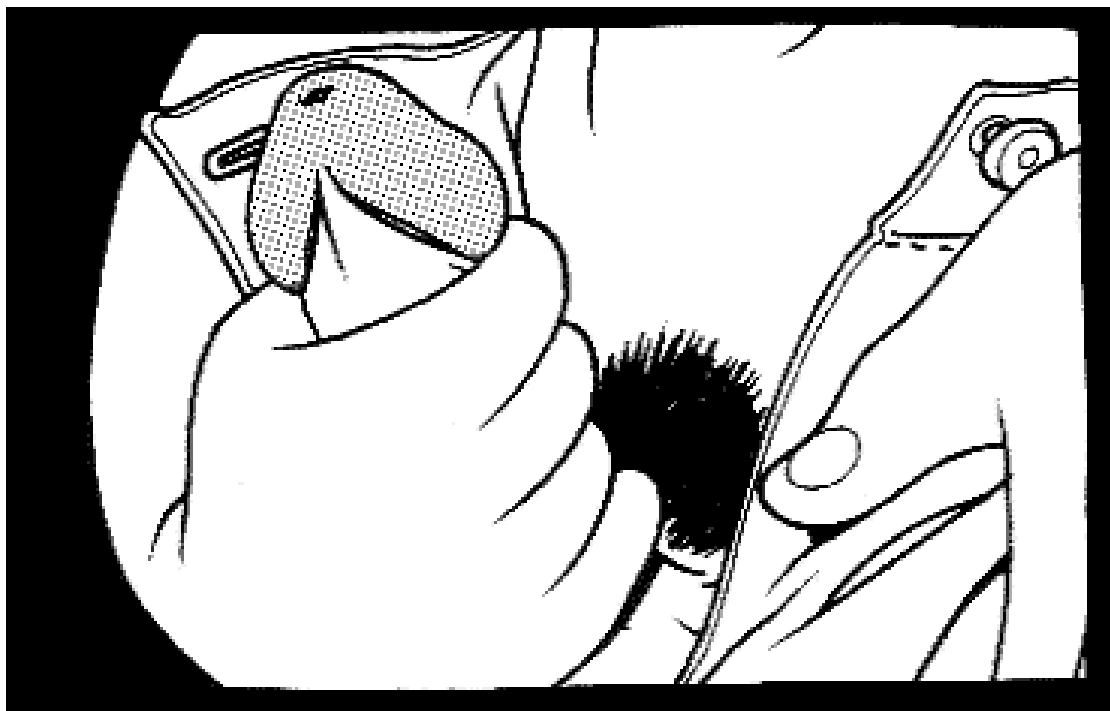
William Gladden

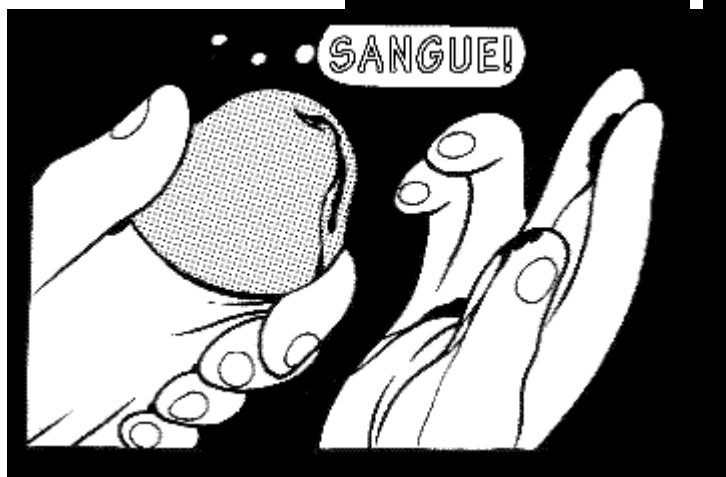
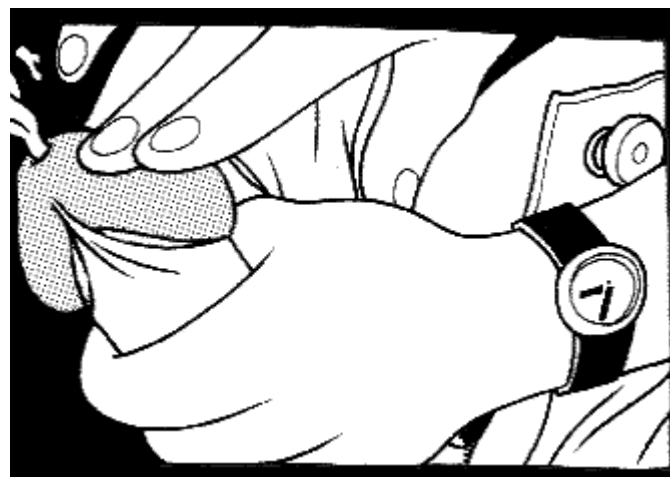
Il Poeta

Conclusioni

cock DOMINANT

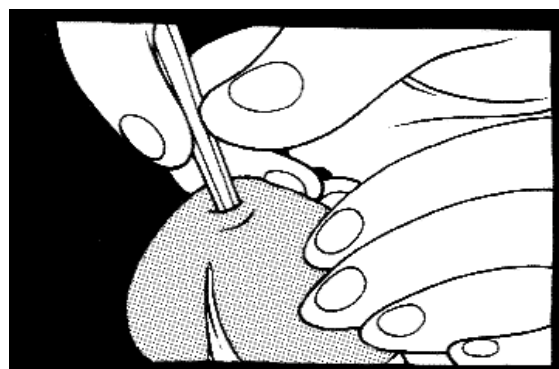
Aveva cominciato a masturbarsi all'età di quindici anni e lo faceva in media una decina di volte al giorno...



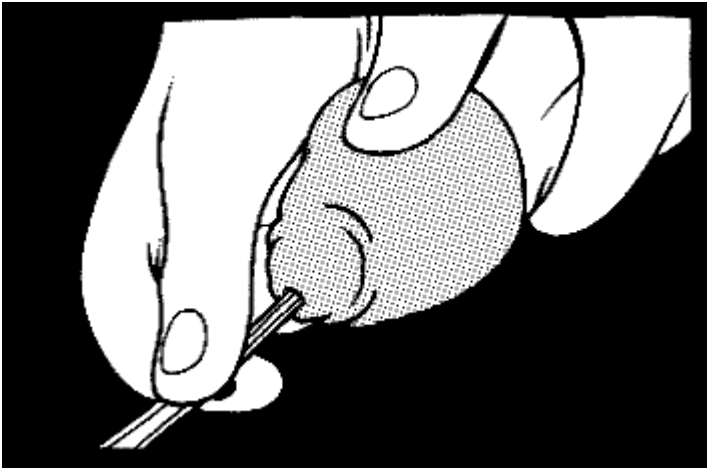


Data la frequenza e l'intensità delle masturbazioni gli si produceva una eccessiva irritazione e alle volte usciva sangue invece di seme.

Fino a ventisei anni impiegava solo le mani per masturbarsi. da allora ha avuto l'idea di introdursi piccole matite di legno nell'uretra.

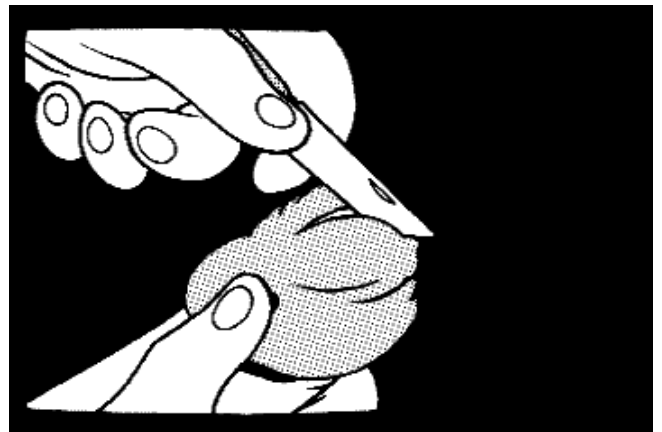


RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE



Ha fatto spesso questo per un periodo di sedici anni. In modo tale che l'uretra si è fatta callosa e insensibile.

Aveva una insuperabile avversione alle relazioni sessuali normali. Era molto depresso, non era efficiente nel suo lavoro e passava la maggior parte del tempo praticando leggere incisioni nel glande con un taglierino.



Questa operazione gli offriva un alto piacere erotico e produceva una scarica di seme caldo. Da lì in poi ha ripetuto queste incisioni con lo stesso risultato.



Dato che aveva praticato questa operazione di automutilazione più di mille volte, il suo pene si era diviso in due parti uguali.

...aveva trovato il modo di fermare l'emorragia otturando il canale con piccoli pezzi di legno.



Ha fatto questo per dieci anni. Un giorno una scheggia di legno si è introdotta nella vescica producendogli terribili dolori e un'infezione. Questo gli ha fatto cambiare idea, ma cercare piacere in un altro modo, nelle sue circostanze non era così facile...

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Benvenuto a

Tipo: volume unico

**Autore: Miguel Ángel
Martín**

**Disegnatore: Miguel
Ángel Martín**

Editore: Topolin Edizioni

Formato: spillato, 64 pag.

Prezzo: 15000 Lire

**PSYCHO
PATHIA
SEXUALIS**



Il fumetto più violento e ripugnante mai disegnato!

<http://members.tripod.com/~topolined/welc.it.html>

Intervista a Miguel Angel Martin

Madrid marzo 1999

Parlami del caso di censura e del sequestro di Psychopathia Sexualis.

Nel 1996 la procura di Cremona sequestra la prima edizione di Psychopathia Sexualis. Il tipografo porta vari esemplari al giudice per eseguire il deposito legale. Il giorno seguente arriva la polizia giudiziaria in tipografia. Viene emanato un giudizio contro la Topolin Edizioni e Jorge Vacca, proprietario della casa editrice, lo vince e viene assolto dall'accusa di induzione alla pedofilia. Rimaniamo in attesa di un seguente giudizio che però tarda ad arrivare. Intanto il fumetto già si può vendere. Due anni dopo, nell'ottobre del 1998, durante halloween, la polizia giudiziaria entra nella casa editrice Topolin (nonché abitazione privata di Vacca), in via Spaventa a Milano, forzando la porta. In quel momento Jorge Vacca è fuori casa. Al suo rientro trova la porta d'ingresso sfondata, tutta la casa sottosopra (proprio come nei film) e due tipi che frugano tra le sue cose in una forsennata ricerca. Viene interrogato, identificato e gli comunicano che c'è un ordine contro di lui per promozione della pedofilia, emesso da un giudice di Milano e basato su una denuncia anonima. Sequestrano tutti i miei disegni dove compaiono bambini, considerandoli come materiale pedofilo, diverse magliette e gadget della Subterfuge (un'etichetta musicale e editoriale) con illustrazioni di bambini, tutti i numeri di Brian the Brain, Psychopathia Sexualis, e un fumetto di Avale Rabo Consejo sexual del nuevo millenio. Hanno sequestrato persino oggetti assurdi come una scatola di pomodori con un'adesivo disegnato da Gyger, con scritto human flesh. Vacca fa ricorso sostenendo che ci dev'essere stato un errore e l'accusa di promozione della pedofilia viene modificata. Il caso è stato poi passato al tribunale di Torino. Il giudice di Torino ha deciso, come provvedimento, di restituire tutto il materiale sequestrato fino all'uscita del giudizio. Adesso crediamo che probabilmente si siano resi conto che si sia trattato di un errore. Abbiamo ricevuto appoggio dai mezzi di comunicazione che Vacca ha subito informato, da centri sociali, da intellettuali e da tutto il mondo del comic.

Quello che è successo non rispecchia assolutamente l'immagine di giustizia di un paese democratico europeo, come l'Italia, l'unico paese dove siamo stati vittime di un'accusa censoria con persecuzione legale. In Argentina, dove Psychopathia Sexualis è uscito diviso in due parti (la prima parte contiene i racconti degli psicopatici e la seconda i racconti che parlano di parafilia sessuale), non c'è stata una censura ufficiale da parte dello Stato, ma i distributori si sono rifiutati di venderlo, e l'editore argentino ha avuto molti problemi, tanto che la seconda parte addirittura non è mai uscita. In Inghilterra poi è successo qualcosa di assurdo: ho inviato materiale di Psychopathia Sexualis tradotto in inglese a una casa di distribuzione dichiaratamente alternativa e underground. Gli chiedevamo semplicemente di venderlo e non di procurare un'edizione. Ebbene, da loro ho ricevuto una lettera dove addirittura ci chiedevano di cancellare il loro nome dalla nostra mailing list. Temevano di rischiare una condanna per il semplice fatto che il loro nome stesse nella nostra mailing-list.

A livello del mondo del comic underground che differenze ci sono tra Italia e Spagna?

A differenza dell'Italia, in Spagna non c'è un vero movimento underground. In Italia, all'interno dei centri sociali, si sta muovendo una cultura che in Spagna non esiste, è una cultura che non è fatta solo di comic, ma anche di musica, cinema, arte, nuove tecnologie. Qui ci sono semplicemente case editrici indipendenti che si muovono nell'ambito di un tipo comic definito "underground" solo perché tratta contenuti estremi, ma sono pochi e la maggior parte dei settori non ufficiali propone prodotti "intellettualoidi". Non c'è una vera e propria scena underground, attenta all'attualità, all'informatica, alle nuove tecnologie, alle nuove droghe. In Italia, invece, la cybercultura è presente nei mezzi di comunicazione, nelle televisioni, nei centri sociali.

In Italia, i tuoi disegni sono stati un po' ovunque: a Napoli, alla prima fiera del fumetto, a Roma, al Forte Prenestino e a Milano al Conchetta... A Roma hai anche collaborato per la rivista Torazine...

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Sì, Jorge Vacca ha fatto girare la mostra un po' dovunque per l'Italia, sia durante il primo sequestro che durante il secondo. Per Torazine ho fatto un disegno che dovrebbe uscire nel prossimo numero. Ecco, prendi l'esempio di Torazine, in Spagna non esiste una rivista simile, che tratti temi come droghe, tecnologia, cinema, narrativa, oltretutto con una visione così originale e approfondita.

Nel mondo dei tuoi comic vivono personaggi allucinanti e allucinati, cinici e psicopati: Fryda, per esempio, in *The space between* arriverebbe ad ammazzare i suoi figli per il successo della sua antenna televisiva, o Boris, il cui mestiere consistere nel togliere vite e lo fa come se togliesse dei denti. Credi o ti interessa che chiunque si renda conto del fatto che dietro questa posizione c'è anche una critica, non una morale retorica, ma una presa di posizione rispetto a certi caratteri della società contemporanea?

Quello che mi interessa è soprattutto esporre, riflettere un mondo. Quando iniziai a trattare questi temi, dieci anni fa, non c'era nessuno che faceva questa ricerca nel comic. Io cercavo soluzioni originali e nuove, mi interessava indagare le relazioni tra gli esseri umani e le nuove tecnologie, capire in che modo le nuove tecnologie o i cambiamenti sociali rapidi incidessero sulla specie umana. I miei personaggi potranno ricevere molte accuse, ma il fatto è che sono individui amorali non immorali, sono dei sopravvissuti in un mondo di ostilità. Io non giudico i personaggi, li espongo semplicemente e lascio che il lettore tragga le sue conclusioni, preferisco che pensi di testa propria, non pretendo di dare lezioni di moralità o di immoralità. *Psychopathia Sexualis* non è un'apologia del delitto come mi hanno accusato in Italia. Ho fiducia nell'intelligenza del lettore, nella sua capacità di formularsi un'opinione da solo, e in quella di distinguere il disegnatore dalla sua creazione e di distinguere, all'interno dell'opera stessa, i personaggi e le situazioni in cui identificarsi o meno, chi gli sta simpatico da chi gli sta antipatico.

Credi che ci siano diversi livelli e sensi che possono connotare il termine di "pedofilia"?

A livello legislativo è un fatto legato essenzialmente alla cultura. In Spagna, ad esempio, a partire dai 16 anni puoi fare quello che vuoi. Se un adulto ha delle relazioni sessuali con un sedicenne non viene considerato pedofilo, ma se le ha con un quindicenne sì. In India la questione si inverte. Non conosco i criteri legali sul tema della pedofilia in India, ma sicuramente sono diversi dal momento che lì il limite di età che divide la pubertà dall'adolescenza è decisamente inferiore. Trovo che in ogni caso siano sempre dei criteri falsi e generalizzanti, perché può succedere benissimo che un ragazzino o una ragazzina sviluppino delle pulsioni sessuali prima di altri, dunque non vedo dove potrebbe risiedere l'eventuale denuncia. Pensa solo che 100 anni fa Oscar Wilde venne condannato per essere omosessuale, e pensa a quanto culturalmente e storicamente le cose possano cambiare. Credo che in genere i costumi sociali e culturali siano determinanti. Ammetto che esistano casi estremi, in cui si può parlare più in assoluto di pedofilia, come commettere abusi o violazioni su bambini di 2 o 3 anni. La pedofilia è un delitto contro le persone non contro la morale, e nei miei comic le persone non sono coinvolte, nel senso che si tratta di disegni e immaginazione.

In *Sicotronic record* c'è la tua passione per le band musicali più strane, compresi malati di cancro...

È una passione che ho da sempre per delle registrazioni underground che giravano quando iniziai a disegnare. Mi avevano affascinato quei testi così industriali perché trattavano di violenza, pazzia, torture e aberrazioni umane in contesti tecnologici stranianti ed estremi. Da quei testi mi sono venute in mente diverse storie. Ancora adesso ho molti contatti con gente che produce musica sperimentale, per lo più elettronica.

Spesso tratti di coprofilia. La consideri una delle tante pratiche sessuali estreme o per te è particolarmente rappresentativa?

È una domanda personale? Quello che mi interessa della coprofilia è il fatto che rappresenta una pratica estrema. Già nelle mie prime storie, tra il '79 e l'81, trattavo di coprofilia. Allora non esistevano assolutamente fumetti che trattassero questo tema e io ero stanco delle solite storie erotiche: un tipo che si scopava tre tipe, i soliti pompini, le solite pratiche anali. Esistevano altre pratiche, altri temi, come la coprofilia i vestiti di lattex, le torture, così cominciai a utilizzarli. Ero molto affascinato da alcuni video che giravano allora. Ne vidi uno in particolare che mi allucinò: delle persone interamente coperte da vestiti di lattice, con maschere che ne nascondevano persino la sessualità. Si masturbavano, defecavano e godevano con le loro feci, ma non si penetravano mai sessualmente. Gli ambienti scenografici erano particolarmente affascinanti, in genere ospedali dove si esponevano inquietanti strumenti chirurgici. Vedere questi film era quasi come prendere un acido, mi stimolavano moltissimo. Così iniziai a utilizzare quelle storie, quelle ambientazioni, quei personaggi, pensando che a me, come lettore, sarebbe piaciuto leggere storie nuove, diverse dallo stesso film fatto e rifatto all'infinito con poche e deboli varianti. Mi hanno sempre interessato, in genere, le pratiche non comuni, al limite dell'immaginazione, e ho cercato di trasporre questo nelle mie storie e nei miei personaggi. Che poi il lettore si identifichi o meno non mi interessa granché, l'importante è che io gli fornisca qualcosa di nuovo.

L'unico personaggio realmente cyborg dei tuoi comic è Muffy, il cane di Chris in *The space between*. Attraverso di lui giochi con il concetto di manipolizzabilità del corpo cyber: cambiando alcuni elementi del suo cervello, Muffy muta da mansueto a feroce...

Certo, un cyborg è un essere totalmente programmabile e manipolabile. Con Muffy mi sono ispirato al cane di *Cane bianco*, un film di Samul Fuller. Addestrato da un sostenitore del Ku Klux Klan ad ammazzare qualsiasi negro, il cane si trasforma da esserino mansueto a belva feroce e divoratrice appena vede un uomo nero. Come il cane bianco del film di Fuller, Muffy è un essere programmato. Mi interessa la manipolazione, e perciò il corpo cyborg.

L'utilizzo di armi da fuoco per fare buchi nei corpi per poi scoparli rappresenta per te una soluzione alla limitazione delle cavità del corpo umano?

Più che una soluzione è la rappresentazione di una psicopatia. Diciamo che se quelle della mutilazione sessuale e della necrofilia sono pratiche "più comuni", a me interessa indagare su nuove e ulteriori forme di psicopatia.

In molti tuoi fumetti alcuni personaggi escono da una serie per incontrarsi con quelli di un'altra serie, come se facessero parte tutti di un unico universo...

Certo, tutti i miei personaggi fanno riferimento a un unico universo. Viaggiano da un fumetto all'altro. Possono arrivare ad avere relazioni di amicizia o semplicemente incrociarsi per strada...

Il tema dello snuff si è rivelato una pura invenzione commerciale. Tieni conto di questa cosa in *Snuff 2000*?

In *Snuff 2000* ci sono due personaggi mascherati che realizzano film snuff, ma qui non è tutto così esplicito come in *Psychopathia Sexualis*. Più che di azioni, si tratta di conversazioni tra i personaggi, uno scambio di idee su come poter realizzare i loro film, sulle torture da compiere... In *Snuff 2000* ho usato una tecnica del subliminale per provocare paura e terrore. Non si tratta tanto di messaggi espliciti e manifesti, quanto di messaggi subliminali. Mi sono un po' ispirato a JFK, di Oliver Stone. Il montaggio di JFK è interamente cosparso di indizi che agiscono sul subliminale, messaggi che puoi avvertire solo guardando il film frame by frame. Ho applicato un po' la stessa tecnica, che d'altronde mi sembrava idonea al trattamento di un argomento molto legato alla finzione di un caso commerciale, dal momento che non sono stati mai registrati, finora, dati giuridici di casi snuff.

Norme redazionali

1. Cosa spedire alla redazione

Articolo deve essere inviato in formato Word, non utilizzando in nessun caso programmi di impaginazione grafica. Non formattare il testo in alcun modo (evitare stili, bordi, ombreggiature ...). Se i contributi sono più d'uno, devono essere divisi in diversi file, in modo che a ciascuna unità di testo corrisponda un diverso file. I nomi dei file devono essere contraddistinti dal cognome dell'autore. Nel caso di più contributi di uno stesso autore si apporrà un numero progressivo (es.: baccaro.doc, baccaro1.doc, ecc.).

Si tenga presente che i singoli articoli sono raggiungibili in rete attraverso i motori di ricerca. Sugeriamo dunque di utilizzare titoli che sintetizzino con chiarezza i contenuti del testo e che contengano parole chiave a questi riferiti.

Allegare all'articolo:

- un abstract di massimo dieci righe (sarebbe molto gradita una versione dell'abstract anche in inglese, per dare la possibilità di comprensione dei contenuti a un pubblico molto più ampio).
- una breve nota biografica dell'autore/trice. A tale scopo dovranno essere comunicati i titoli accademici ed eventuale indirizzo di posta elettronica.
- le singole tabelle e le immagini a corredo dei contenuti, devono essere in file separati dal testo, numerati per inserirli correttamente nel testo stesso e possibilmente accompagnate da didascalia e citazione della fonte.
- inserire il materiale (abstract, cenno biografico, indice, testo dell'articolo, bibliografia, siti consigliati) in un unico file, lasciando a parte solo le immagini e le tabelle.
- la bibliografia deve essere collocata in fondo all'articolo.

2. Norme per la stesura dell'articolo

Nel caso in cui l'articolo superi le due cartelle è preferibile suddividere lo scritto in paragrafi titolati, o in sezioni, evidenziati in un indice all'inizio dell'articolo.

Il testo deve avere una formattazione standard, possibilmente con le seguenti caratteristiche:

- testo: garamond 12;
- interlinea "1,15 pt";
- titolo capitolo: garamond 12 grassetto;
- titoli paragrafi: garamond 12;
- evitare soprattutto i rientri (non inserire tabulazioni a inizio capoverso);
- non sillabare;
- evitare le virgolette a sergente «», ma usare solo virgolette alte (" ");
- non usare le virgolette semplici (' ') e preferire le virgolette inglesi (" ' " ");
- fare attenzione all'uniformità dello stile quando si fanno copia/incolla di testi soprattutto provenienti da Internet;
- evitare sempre il maiuscoletto e il maiuscolo e il sottolineato.

Un termine che ammette due grafie differenti deve sempre essere scritto nello stesso modo (per esempio, i termini "psicoanalisi" e "psicanalisi" sono entrambi corretti, ma è importante utilizzarne uno solo per tutto il testo).

Le parole in lingua straniera (ad es. in latino) ed espressioni quali *en passant* vanno scritte in corsivo.

Il riferimento alle illustrazioni va scritto nel seguente modo: (Fig. 1).

Corsivo e virgolette vanno evitati come effetti stilistici.

Si raccomanda il rispetto di alcune convenzioni come le seguenti: p. e pp. (e non pag. o pagg.); s. e ss. (e non seg. e segg.); cap. e capp.; cit.; cfr.; ecc.; vol. e voll.; n. e nn.; [N.d.A.] e [N.d.T.].

I numeri di nota dovranno sempre precedere i segni di interpunzione (punti, virgole, punti e virgole, due punti ecc.), ma seguire le eventuali virgolette di chiusura. Esempio: “Nel mezzo del cammin di nostra vita”²³.

La frase deve sempre finire con il punto. Esempio: Verdi, nel 1977 (87) si chiedeva: “Perché l'alleanza non resse?”.

a. Note a piè di pagina

Per le note a piè pagina usare corpo 10 Times New Roman.

b. Elencazioni di punti

Rientrare di cm 0,5. Se sotto lo stesso punto sono riportati più periodi, rientrare la prima riga dei periodi successivi al primo di cm 1.

Quando l'elencazione è preceduta da una frase che finisce con due punti, fare minuscola la prima parola di ogni punto (se non è un nome proprio) e mettere il punto e virgola dopo l'ultima parola di ogni singolo punto. Quando invece la frase che precede l'elencazione finisce con il punto, fare maiuscola l'iniziale della prima parola e mettere il punto dopo l'ultima parola.

Preferire per contrassegnare i punti al trattino tradizionale un simbolo grafico, non variando ogni volta il simbolo usato.

c. Citazioni

- Citazioni nel testo

Le citazioni brevi (fino ad un massimo di due righe) vanno riportate tra virgolette. Citazioni più lunghe si riportano senza virgolette, ma vanno evidenziate lasciando una riga prima e dopo la citazione, in modo tale che quest'ultima rimanga distinta dal corpo del testo ma senza rientro.

Le omissioni si segnalano esclusivamente con tre puntini tra parentesi quadre: [...].

- Citazioni da web

Delle fonti reperite in rete va dato conto con la stessa precisione (e anzi maggiore) delle fonti cartacee. Se ricostruibili, vanno indicati almeno autore, titolo, contenitore (ossia il sito, la rivista *online*, o il portale che contiene il documento citato), data del documento, URL (tra parentesi angolari), e data della visita (tra parentesi tonde), come nell'esempio sotto riportato. Gli indirizzi (URL) vanno scritti per esteso, senza omettere la parte iniziale, l'indicatore di protocollo (es.: <http://>), ed evitando di spezzarli (se necessario, andare a capo prima dell'indirizzo).

es.: Pellizzi F., *I generi marginali nel Novecento letterario*, in «Bollettino '900», 22 maggio 1997, <<http://www3.unibo.it/boll900/convegni/gmpellizzi.html>> (15 agosto 2004).

d. Figure

Tutte le figure devono essere numerate, in modo progressivo iniziando da uno per ogni capitolo. Nel testo è necessario indicare la posizione esatta in cui inserire le foto e le tabelle (nel caso creare un elenco a parte) e riportare la didascalia, comprendente eventuale indicazione dell'autore il soggetto, luogo, anno, la fonte.

In didascalia di solito si utilizza l'abbreviazione tab., fig..

Le immagini dovranno essere caricate in files a parte debitamente numerati con numerazione progressiva che rispetti l'ordine di inserimento nel saggio.

Nel testo non si può scrivere «come evidenzia la tabella seguente:...» dato che ciò creerebbe la rigidità di doverla necessariamente collocare dopo i due punti. È molto più vantaggioso numerare progressivamente per capitolo tutte le figure e le tabelle e scrivere ad es. «come evidenzia la tab. 2», in modo che questa può essere inserita in qualsiasi punto della pagina o addirittura in quella a fronte, dove risulta più comodo ed esteticamente più confacente: ad es. all'inizio pagina, sopra il riferimento nel testo.

Il formato dei file grafici deve essere tra i più diffusi, preferibilmente Jpeg o Gif o Tiff.

Per le tabelle e i grafici è da preferire il formato excel o trasformate in Jpeg.

e. Titoli e sottotitoli

Titolo capitolo: non centrarli sulla pagina ma allinearli a sinistra. La distanza tra il titolo, se è di una riga, e il testo o il titolo del paragrafo è di 10 spazi in corpo 12.

Titoli paragrafi, sottoparagrafi e sotto-sottoparagrafi e altri titoli o parole in evidenza su riga a sé: lasciare 2 righe bianche prima di digitarli e ancora una riga bianca dopo averli digitati. Se il titolo finisse a fine pagina spostarlo alla pagina successiva aumentando il numero di righe bianche (di norma una o due sono sufficienti). Anche i titoli dei paragrafi, sotto paragrafi, ecc. sono allineati a sinistra, senza rientro.

f. Bibliografia

Gli autori sono invitati a utilizzare la bibliografia secondo i criteri illustrati di seguito, perché consente di ridurre l'uso delle note bibliografiche che, per un testo visionabile sul video, distolgono l'attenzione dal contenuto.

◇ *titoli dei periodici e dei libri* in corsivo senza virgolette inglesi;

◇ *titoli degli articoli* tra “virgolette inglesi” (si trovano in “inserisci - simbolo”);

◇ *nome autore*: nel testo il cognome dell'autore va preceduto, quando citato, dal nome; nella bibliografia alla fine del capitolo o del libro e nelle citazioni bibliografiche in nota mettere sempre prima il cognome. Non mettere la virgola tra il cognome e il nome dell'autore ma solo (nel caso di più autori) tra il primo autore e quelli successivi digitando preferibilmente una “e” prima del nome dell'ultimo autore;

◇ *data di pubblicazione*: metterla tra parentesi dopo il nome; per gli articoli dopo il nome della rivista o dopo il numero del fascicolo, sempre divisa da una virgola.

◇ *editore*: metterlo solo per i volumi, dopo il titolo, separato da questo da una virgola. Mettere, quindi, sempre dopo una virgola, il luogo di pubblicazione;

Esempi:

Mowen J.C., Mowen M.M. (1991), “Time and outcome evaluation”, *Journal of marketing*, 55: 54-62.

Murray H.A. (1938), *Explorations in personality*, Oxford University Press, New York.

- Bibliografia nel testo

Le indicazioni bibliografiche devono essere espresse direttamente nel testo fra parentesi tonde, secondo il seguente schema.

- Nome dell'autore (se non espresso nel testo) e anno di pubblicazione senza virgola:

Uno studio recente (Neretti, 1999) ha confermato questa opinione.

Il recente studio di Neretti (1999) ha confermato questa opinione.

I recenti studi di Neretti (1999; 2000; 2001a; 2001b) hanno confermato questa opinione.

Recenti studi (Bianchi, 2000; Neretti, 1999; Vitali, 2001) hanno confermato questa opinione.

- L'eventuale numero della pagina in cui si trova la citazione, obbligatorio quando la citazione è diretta, è separato da virgola senza nessuna sigla (Neretti, 1999, 54).

- Riviste

Cognome dell'autore e iniziale del nome puntato, anno di pubblicazione fra parentesi, separato da uno spazio, *titolo in corsivo*, nome della rivista tra virgolette preceduto da “in”, numero della rivista.

Esempio:

Alberti G. (1999), *Democratizzazione e riforme strutturali*, in “Politica Internazionale”, nn. 1-2.

Per le riviste, non si ritiene necessario il luogo di pubblicazione, né l'indicazione della pagina esatta in cui si trova l'articolo.

- Articoli di periodico

titolo tra virgolette, nome del periodico - per esteso o in forma abbreviata in corsivo – numero del volume, pagine di riferimento:

Stevenson T. (2003), “Cavalry uniforms on the Parthenon frieze”, *American Journal of Archeology* 104, 629-654.

Nel caso di un periodico composto da vari fascicoli con numerazione separata nell'ambito della stessa annata, si scrive: 104/4

- Articolo di giornale

Nelle citazioni da quotidiani, al nome dell'autore e al titolo dell'articolo si fanno seguire il titolo del giornale tra virgolette angolari, giorno, mese e anno della pubblicazione.

- Tesi di laurea

Dopo il nome e il cognome dell'autore e il titolo, che si riportano con le stesse norme usate per i libri, si aggiunge il nome del relatore, la Facoltà e l'Università di appartenenza, l'anno accademico in cui la tesi è stata discussa.

Il materiale deve essere inviato a: altracitta@libero.it