

Thibaut F, Bradford JM, Briken P, De La Barra F, Häßler F, Cosyns P; WFSBP Task Force on Sexual Disorders. (2016) The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. *World J Biol Psychiatry*; 17(1):2-38. doi:10.3109/15622975.2015.1085598. Epub 2015 Nov 23. PMID: 26595752; PMCID:PMC4743592.

Gli obiettivi principali di queste linee guida sono migliorare la qualità dell'assistenza e supportare i medici nelle loro decisioni cliniche. Queste linee guida hanno riunito diversi punti di vista di esperti e hanno comportato un'ampia ricerca bibliografica. Ogni raccomandazione terapeutica è stata valutata e discussa in base alla forza delle prove di efficacia, sicurezza, tollerabilità e fattibilità. Viene proposto un algoritmo per il trattamento dei disturbi parafilici negli adolescenti autori di reati sessuali o in coloro che sono a rischio.

L'obiettivo principale di queste linee guida era valutare il ruolo degli *agenti farmacologici* nel trattamento di adolescenti con disturbi parafilici che sono anche autori di reati sessuali o a rischio di reati sessuali. Sono stati esaminati *anche i trattamenti psicoterapeutici e psicosociali*.

Trattamenti psicologici

Gli *approcci classici orientati all'insight* per il trattamento degli adolescenti autori di reati sessuali hanno un valore limitato.

La *terapia cognitivo-comportamentale* standard, solitamente considerata un trattamento di prima scelta per i minorenni autori di reati sessuali, include: riduzione dell'eccitazione deviante, aumento dell'empatia della vittima, trattamento delle distorsioni cognitive, in particolare degli interessi sessuali atipici, prevenzione delle ricadute e consulenza familiare. Gli obiettivi principali del trattamento includono: l'accettazione da parte del giovane della responsabilità del reato/i, l'interruzione del ciclo del reato sessuale attraverso una maggiore consapevolezza del giovane dei fattori scatenanti, l'identificazione e l'esercizio di controlli comportamentali interni ed esterni e lo sviluppo di un protocollo di prevenzione delle ricadute per ridurre il rischio di recidiva.

Per raggiungere questi obiettivi, vengono utilizzate diverse tecniche: ad esempio, la 'sensibilizzazione nascosta', descritta come segue: l'abusante sessuale immagina di mettere in atto la catena di comportamenti che lo hanno portato a commettere un reato sessuale o che potrebbero portare a una situazione ad alto rischio. Prima di commettere un reato o di adottare un comportamento ad alto rischio nella sua immaginazione, l'abusante interrompe la catena immaginando una conseguenza avversa o immaginando di riuscire a sfuggire alla situazione. Questo approccio è utilizzato nell'11% dei casi in Nord America.

È stata anche segnalata la desensibilizzazione immaginale mediante l'estinzione di stimoli sessuali devianti controllata dal rilassamento.

Il *trattamento multisistemico (MST)* affronta direttamente i fattori intrapersonali (ad esempio, risoluzione cognitiva dei problemi), familiari (ad esempio, disciplina incoerente, scarso monitoraggio, conflitti familiari) ed extrafamiliari (ad esempio, frequentazione di coetanei devianti, difficoltà scolastiche) associati a gravi comportamenti antisociali nei giovani, tra cui la violenza sessuale. I protocolli affrontano anche la negazione del reato da parte dei giovani e dei caregiver.

L'*approccio psico-socio-educativo* enfatizza l'educazione come metodo per aiutare gli autori di abusi sessuali a cambiare il loro comportamento. In genere sono inclusi corsi di gruppo e pratica delle abilità sociali.

I risultati degli studi che utilizzano questi ultimi approcci terapeutici saranno dettagliati in questo articolo.

CBT: In sintesi solo due studi sono stati randomizzati. In totale, più di 800 uomini e 14 donne di età compresa tra 12 e 19 anni sono stati inclusi in questi studi. La maggior parte di loro erano autori di reati sessuali; in molti casi non sono state segnalate comorbidità. Quando è stata annotata una storia passata di abuso sessuale, questa era presente in oltre il 50% dei casi. La durata del follow-up è stata molto eterogenea, variando da diversi mesi a quasi 20 anni. Le scale utilizzate per la misurazione degli esiti erano eterogenee e non consentivano alcun confronto tra gli studi. I tassi di riarresto sono stati valutati solo in cinque studi. Sono stati utilizzati diversi approcci di terapia cognitivo-comportamentale, come: sensibilizzazione nascosta, sazietà verbale, terapia di disattivazione, desensibilizzazione immaginativa, educazione sessuale, prevenzione delle ricadute e, in alcuni casi, terapia familiare. In tutti gli studi, la terapia cognitivo-comportamentale ha ridotto gli esiti negativi considerati. In due studi, l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale era più

importante negli adolescenti più grandi e, in altri due studi, la preferenza di genere della vittima potrebbe aver interferito con l'efficacia del trattamento.

Trattamento multisistemico: In sintesi questa combinazione di terapia cognitivo-comportamentale ben strutturata e terapia familiare sembra molto promettente, soprattutto per i reati sessuali, ma è stata studiata solo da un gruppo nordamericano. Deve essere replicata da altri gruppi. Gli studi sono stati randomizzati e i gruppi di confronto utilizzavano, nella maggior parte dei casi, la terapia cognitivo-comportamentale abituale; un centinaio di adolescenti (principalmente autori di reati sessuali, tra cui tre donne) ricevevano terapia psicologica multidisciplinare.

Educazione psicosociale: In sintesi l'educazione psicosociale era una combinazione poco chiara di terapia cognitivo-comportamentale e di educazione, focalizzata principalmente sull'atteggiamento sessuale e sul miglioramento dell'empatia della vittima. Solo quattro studi avevano gruppi di confronto che ricevevano un trattamento non specifico o un gruppo di controllo in lista d'attesa. I trattamenti di educazione psicosociale venivano principalmente erogati in contesti di gruppo di pari. In totale, più di 500 adolescenti maschi autori di reati sessuali (nessuna donna) sono stati inclusi in questi programmi. I tassi di recidiva sono stati utilizzati come misure di esito in circa la metà degli studi; è stata osservata una recidiva dell'8-20% per reati sessuali a seconda della durata del follow-up (10 anni quando il tasso di recidiva era del 20%). Negli altri studi sono state utilizzate diverse misure di esito, che non possono essere confrontate, ad eccezione dell'empatia della vittima, che è stata migliorata. In generale, a causa dei vari e non controllati disegni di studio utilizzati, i risultati non sono stati convincenti.

Non ci sono studi controllati usando *trattamenti farmacologici*. Diversi casi clinici e studi non controllati (che hanno coinvolto principalmente adulti) hanno segnalato l'efficacia della clomipramina (un caso clinico) e degli SSRI (principalmente fluoxetina e sertralina) nel trattamento dei disturbi parafilici. Tra queste opzioni terapeutiche farmacologiche, gli SSRI rappresentano l'opzione più interessante per i minorenni autori di reati sessuali. La clozapina dovrebbe essere utilizzata solo in alcuni casi di pazienti schizofrenici resistenti al trattamento con fantasie o comportamenti sessuali devianti deliranti, mentre il litio dovrebbe essere utilizzato nei pazienti bipolari con disturbi parafilici concomitanti.

Nella letteratura attuale, le caratteristiche personali identificate come fattori che aumentano la probabilità di *fallimento del trattamento* includono una grave storia di vittimizzazione personale e precedenti penali di natura sessuale e non sessuale. I fattori identificati come aventi un impatto negativo sul completamento del trattamento includono livelli estremi di convinzioni distorte riguardo all'aggressione sessuale, deficit nelle capacità empatiche, abilità interpersonali grezze e un'assenza osservabile nelle capacità di coping personali. È interessante notare che questi fattori possono essere migliorati con la terapia cognitivo-comportamentale.

I risultati dello studio indicano le seguenti *tendenze utili*:

- quando è disponibile una valutazione pre e post, questa è a favore del gruppo di trattamento (come negli adulti), in particolare nei minorenni autori di reati sessuali a rischio moderato di recidiva;
- chi ha abbandonato i programmi di trattamento ha risultati peggiori a lungo termine rispetto agli autori di reati sessuali che hanno completato il programma (come negli adulti);
- vengono suggerite differenze tra adolescenti "più grandi" e "più giovani";
- non sono disponibili informazioni sui potenziali esiti avversi del trattamento;
- la motivazione al trattamento non viene generalmente valutata. A causa dell'elevato tasso di non aderenza al trattamento, può essere utile integrare nei programmi di pre-trattamento e di trattamento strategie che minimizzino l'abbandono. In generale, i giovani sottoposti a messa alla prova sono più motivati al trattamento;
- infine, l'importanza del ruolo che svolgono nello sviluppo e nel mantenimento del comportamento antisociale la disciplina del caregiver e l'associazione dei giovani con coetanei devianti è stata costantemente supportata da un'ampia letteratura correlazionale e longitudinale.

Le raccomandazioni dell'AACAP (Shaw 1999) per la valutazione e il trattamento di bambini e adolescenti autori di abusi sessuali raccomandano i seguenti obiettivi per la terapia cognitivo-comportamentale: ridurre

l'eccitazione sessuale deviante; facilitare interessi sessuali non devianti; promuovere l'empatia della vittima; migliorare le competenze interpersonali e sociali; assistere nella chiarificazione dei valori; chiarire le distorsioni cognitive; insegnare a riconoscere i precedenti interni ed esterni della violenza sessuale. Raccomandano inoltre di limitare l'uso di antiandrogeni ai casi più gravi e di scoraggiarne l'uso nei giovani di età inferiore ai 17 anni.

In conclusione, gli adolescenti con disturbi parafilici presentano specificamente una sfida terapeutica diversa rispetto agli adulti. In parte, la sfida è legata al fatto che gli adolescenti si trovano in diverse fasi della pubertà e dello sviluppo, il che può limitare l'uso di alcuni agenti farmacologici a causa dei loro potenziali effetti collaterali. Inoltre, la maggior parte dei programmi di trattamento pubblicati ha utilizzato interventi cognitivo-comportamentali, terapie familiari e interventi psicoeducativi. Il trattamento psicologico negli adolescenti si basa sul concetto che il comportamento sessualmente deviante può essere controllato dall'autore del reato e che è possibile apprendere comportamenti più adattivi.

La famiglia è l'unità primaria del trattamento e l'obiettivo della terapia familiare è modificare i modelli relazionali disadattivi. Inoltre, l'educazione (in particolare l'educazione sessuale) può aiutare gli abusatori sessuali a modificare il loro comportamento. Negli adolescenti con disturbi parafilici, gli approcci di terapia cognitivo-comportamentale (TCC) o terapia multisistemica (MST) dovrebbero sempre essere utilizzati come trattamenti di prima linea. Di conseguenza, gli interventi farmacologici, quando necessari, dovrebbero sempre essere parte di un piano di trattamento più completo che includa terapie psicologiche. Non esistono farmaci autorizzati per il trattamento degli adolescenti autori di reati sessuali, né in Europa né in Nord America.

In generale, gli approcci terapeutici raccomandati per queste fasce d'età sono interventi di terapia cognitivo-comportamentale (TCC), interventi familiari, interventi psicoeducativi e, in alcuni casi, SSRI. L'uso di antiandrogeni è sconsigliato prima dei 17 anni. La ricerca ha dimostrato che possono ritardare l'inizio della pubertà e la crescita ossea.

I servizi sono spesso forniti a domicilio, nel quartiere, a scuola e nella comunità, nel tentativo di modificare il "contesto ecologico" dell'individuo. Le visite domiciliari da parte di assistenti sociali o psicologi, dopo le dimissioni dal trattamento residenziale o durante le terapie ambulatoriali, possono essere integrazioni interessanti. Ciò sottolinea l'importanza di un team multiprofessionale che includa professionisti della salute mentale come psichiatri, psicologi, assistenti sociali, ecc. È importante anche il coinvolgimento di genitori e tutori, così come il coordinamento con insegnanti e operatori sanitari scolastici.

Il trattamento all'interno del contesto sociale abituale può essere proposto quando il reato è il primo, quando non vi è una storia di violenza, comportamento antisociale o malattia psichiatrica e quando il paziente accetta il trattamento. Il trattamento residenziale può essere preferito quando il disadattamento degli adolescenti è grave e quando l'ambiente familiare è inadeguato.

Parole chiave: Reati sessuali minorili, disturbi parafilici, trattamento psicologico, SSRI, antiandrogeni