



Ciclo di conferenze sul tema
LA PEDOFILIA E L'OSCURITA' DEL DESIDERIO

Casistica psichiatrico-forense in tema di abuso ai minori di Franco Martelli*

Conferenza tenuta il 4 novembre 2016

*Psichiatra forense, Perito del Tribunale di Milano

Il dott. Martelli vuole subito chiarire la differenza tra diagnosi psichiatrica-forense e diagnosi clinica. Il periziando non arriva quasi mai spontaneamente dallo psichiatra per avere commesso un abuso sessuale: è sempre inviato dal giudice. Se ne deduce che il lavoro del perito non è duale tra lui e il periziando, ma sullo sfondo c'è una terza persona, il giudice. Inoltre il perito non si allea, come il terapeuta, con il periziando, ma gli sta di fronte, attento a cogliere gli eventuali segni di falsità, perché è evidente che il cliente cerca un vantaggio legale durante la perizia. Infatti il contesto psichiatrico-forense ha come scopo decidere in quale costellazione psicologica o psichiatrica rientri il soggetto della violenza sessuale. Disturbo della personalità, parafilia, psicosi, insufficienza mentale o la cosiddetta normalità: e dalla diagnosi dipende il futuro del periziando che va da una riduzione della libertà alla reclusione. Il perito si colloca a livello dell'Io: l'inconscio non entra nella sua visuale, perché al giudice non interessa. Il dott. Martelli, pressato dalle domande di tipo psicoanalitico, ribadisce più volte che non è compito del perito indagare negli strati profondi della personalità. A lui interessano i comportamenti anti-giuridici messi in atto che verranno sottoposti a una diagnosi psichiatrica. Vengono riportate tre storie peritali, che si differenziano, come già esposto prima, dalle storie cliniche.

Primo caso: la signora B

Interessante per le riflessioni sui rapporti tra Disturbo post-traumatico da stress e violenza. La signora B, di circa 35 anni, viene all'incontro peritale, perché vittima qualche anno prima di molestie telefoniche da parte di uno zio, imputato di tale reato. Quindi si trattava di valutare il danno psichico subito dalla signora dalla condotta anti-giuridica dello zio. La signora B, da piccola aveva subito per vario tempo molestie sessuali pesanti da parte del succitato zio, a cui era affidata durante il pomeriggio, mentre i genitori lavoravano. Si trattò dunque di un trauma ripetuto di duplice natura, sessuale e relazionale. Sul finire delle elementari la bambina confidò alla madre quello che lo zio le faceva: dapprima la mamma non le credette: poi si aprì un'indagine penale e lo zio fu riconosciuto colpevole. Ma la famiglia della signora B non interruppe i rapporti con lo zio, una volta scontata la pena. La signora B da adolescente e poi da giovane donna sviluppò una serie di sintomi post-traumatici: difficoltà di concentrazione, accessi di ansia immotivata, difficoltà di relazione. Soprattutto si sviluppò una sintomatologia ossessiva connessa all'igiene personale. Terapie psicologiche e farmacologiche attuate per anni attenuarono, ma non eliminarono la sintomatologia. La terapia, però, consentì alla signora di provare affetto e fiducia nei confronti di un ragazzo che sposò. La coppia ebbe una bambina. Dopo la nascita la signora confidò alla psicologa che le sue ossessioni si erano acuite e che lei aveva sempre paura di far male alla figlia e di "fare a mia figlia quello che è stato fatto a me". Quando la bambina ebbe due anni, la signora ricevette una telefonata dal famoso zio che le ricordò gli approcci dell'infanzia, rammaricandosi di non avere "finito il lavoro con lei". Lo stesso giorno la signora riferisce al marito di avere toccato e maneggiato la bambina, mentre la lavava, con intento, modi e pulsioni sessualizzati.

Leggendo il comportamento della signora B come l'esito del meccanismo difensivo dell'identificazione con l'aggressore si può ritenere che sia avvenuta nella signora una scissione all'epoca del trauma: una parte di lei

era la vittima, una parte, scissa, si identificava con l'aggressore. La telefonata ha riattivato la parte scissa che ha preso il controllo dell'Io e del comportamento, inducendo la periziata a un atto violento nei riguardi della sua bambina, come risposta impulsiva di fronte alla risperimentazione del trauma vissuto. Il dott. Tronconi commenta che questo è un comportamento pedofilico da parte di una donna. Negli incontri precedenti si era sottolineato che i casi di pedofilia avevano sempre come attori degli uomini. Non si è mai parlato di casi di pedofilia femminile, come se l'immagine femminile dovesse essere tutelata da impulsi erotici nei riguardi dei bambini che sono oggetto di accudimento e di protezione.

SECONDO CASO: Il signor T

Si tratta di un giovane di circa 25 anni, imputato di essersi procurato ed essere in possesso di materiale pornografico riguardante adolescenti e di avere utilizzato un adolescente per realizzare foto e filmati che ritraevano atti sessuali. Egli aveva inoltre portato a casa un bambino di 10 anni, incontrato ai giardinetti, a cui aveva fatto foto di contenuto sessuale. Aveva anche confidato al bambino di possedere una bomba e una pistola storiche. I Carabinieri contattati dalla madre del bambino, durante la perquisizione in casa di T trovano numerose foto di adolescenti e bambini nudi e seminudi e foto di materiale bellico della prima Guerra mondiale, materiale che il signor T dice candidamente di conservare in una sua casa di campagna. Dalla storia emerge che a 13 anni fu ritenuto un bambino psicotico. A 14 anni isolamento, difficoltà scolastiche. Consigliata terapia che non fu attuata. Boccato in prima media fu mandato in collegio, da dove rientrò presto a casa perché non mangiava. Il padre aveva lasciato la moglie quando T era un bambino: scarsi rapporti con lui. A 15 anni interrompe gli studi; esce raramente, non ha amici. Sviluppa una fantasia di avere un gemello con cui convivere senza fare nulla. Solo stare insieme. L'unica esperienza di lavoro dura 15 giorni. Verso i 22 anni comincia ad avvertire attrazione per il materiale pedopornografico, in particolare per gli adolescenti tra i 12 e i 15 anni. Ma non gli interessava fare del sesso: era interessato all'aspetto estetico. Voleva proteggere i ragazzini; sentiva per loro un "senso paternale". Non si riteneva un pedofilo. In casa avvertiva strane presenze: globi luminosi che lo guidavano a dare un senso alla propria vita. All'esame psichico risulta un'intelligenza con un Q.I. piuttosto elevato, ma con contenuti di pensiero infantili. Non ha deliri strutturati, ma pensieri bizzarri, insoliti, magici, con scarsa capacità critica e con un blocco emotivo. Ha un'affettività ridotta, rigida, inappropriata ai contesti. Per questi elementi è stata fatta una diagnosi di disturbo schizotipico. La schizotimia di T è una porta d'ingresso al comportamento pedofilico; ma esiste una scissione tra senso paternale e bisogno di condivisione infantile che porta ad alterazioni cognitive con inconsapevolezza di reato.

TERZO CASO: Daniele di anni 17

Il dott. Martelli vede Daniele in carcere per cinque colloqui. E' un ragazzo che fa fatica a parlare di sé: dice di non ricordare nulla dei suoi primi dieci anni. Con sua madre parla moltissimo, mentre con il padre ha scarse relazioni. Ha un fratello più piccolo di 6/7 anni. Non studia, nessuno in famiglia si occupa di lui: lascia la scuola prima di finire la terza media. E' un ragazzo solitario, timido, pensa di non piacere. A 14 anni ha una relazione con un coetaneo, durata un anno. Ci sono stati incontri, qualche tocco: si cercavano con gli occhi. Da questa storia nacque in Daniele l'idea di essere omosessuale, perché quando l'amico iniziò una relazione con una coetanea, lui continuava a pensare all'amico. Il pensiero divenne ossessivo: passava giornate intere a girovagare in motorino. Lasciò il lavoro, senza nessuna obiezione da parte dei genitori: pensò anche di andare a vivere da solo. A 16 scrive un biglietto alla madre in cui comunicava che se ne andava di casa per sempre, perché non poteva più vivere con l'angoscia di essere omosessuale. Ritornò a casa e la madre commentò "Non è possibile che tu sia omosessuale". Il desiderio impossibile divenne dominante, così come la fantasia di contatto corporeo, confliggenti con il dubbio creato dalle parole della madre.

Poi accadde un fatto nuovo: la madre passava molto tempo con la famiglia dei vicini rumeni che avevano due bambini. Daniele era molto irritato da queste assenze della madre e nello stesso tempo cominciava a provare delle emozioni per il bambino rumeno che veniva a giocare con il fratellino. Un giorno Daniele invitò il bambino rumeno a fare un giro con lui sul motorino, lo portò in un bosco, gli toccò i genitali: il bambino si mise a piangere e scappò via. Daniele spaventato che potesse raccontare alla propria madre quello che era

successo, lo rincorse e gli mise le mani intorno al collo fino a strangolarlo. “Non credevo che potevo uccidere”. Tornò a casa senza dire nulla. Il giorno dopo da una cabina telefonica si autodenuncia alla polizia. La diagnosi del dott. Martelli vede nella rottura del contenitore materno la causa di un sgretolamento affettivo e compromissione di autocontrollo in un contesto di immaturità adolescenziale.

Report conferenza a cura della dott.ssa Clara Crespi, psicologa e psicoterapeuta