

## L'intervento terapeutico in ambito penitenziario: limiti e opportunità con detenuti *sex offender*

### Therapeutic intervention in correctional setting: limits and opportunities when working with sex offenders

Anna C. Baldry • Amalia Rodontini

#### Abstract

The work we present aims at addressing treatment programs for the ultimate goal of reducing risk of recidivims. In the paper, the main criteria for setting up and implementing such programs are taken into account mainly by focusing on the cognitive-behavioral approach applied in a detention context, through the implementation of treatment interventions in prison, in light of work conducted in a prison in the Campania area, called Santa Maria Capua Vetere.

**Key words:** sex offender • psychology • relapse prevention • risk assessment • risk factors • treatment • Good Lives Model • rehabilitation • denial

#### Riassunto

Il lavoro qui presentato nasce all'interno di progetti atti a promuovere e istituire percorsi di intervento terapeutico per i detenuti condannati per reati sessuali (ex art. 609 bis c.p. e segg.) per il fine ultimo di riduzione del rischio di recidiva. Nel lavoro sono discussi alcuni dei principali elementi da considerare nella implementazione di piani terapeutici grazie a modelli cognitivo-comportamentali attraverso la realizzazione di interventi trattamentali in ambito carcerario, alla luce anche di un'esperienza sul territorio campano presso la casa circondariale di Santa Maria Capua Vetere, sezione 'protetti'.

**Parole chiave:** sex offender • psicologia • prevenzione della recidiva • valutazione del rischio • fattori di rischio • trattamento terapeutico • Good Lives Model • riabilitazione, negazione

---

Per corrispondenza: [annacostanza.baldry@unicampania.it](mailto:annacostanza.baldry@unicampania.it)

Anna C. BALDRY, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania 'Luigi Vanvitelli'  
Amalia RODONTINI, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania 'Luigi Vanvitelli'

### Introduzione

A differenza di molti paesi del panorama europeo ed extraeuropeo, ove nel contesto carcerario l'applicazione di interventi trattamentali è divenuta oramai pratica diffusa, solo di recente il nostro paese mostra un interesse verso il trattamento degli autori di reati sessuali, in quanto potente strumento di prevenzione della recidiva (De Leo, Patrizi, 2002; Dèttore, Fuligni, 1999; Giulini, Xekka, 2011; Marshall, Laws, & Barbaree, 1990; Beech et al., 1998; Frenken, 1999; Gazan, 1999; Merzagora, 1986); infatti, nell'ottica di contrasto al fenomeno della violenza e della recidiva, diversi progetti in via sperimentale sono stati avviati e realizzati in diversi istituti penitenziari italiani coinvolgendo i *sex offenders* (Baldry, Rodontini, 2013; Giulini, Xella, 2011).

Con il termine *sex offender* facciamo riferimento ai detenuti condannati per reati a sfondo sessuale i quali si trovano collocati in sezioni speciali (*protette*) ovvero aree istituite all'interno delle strutture detentive per rispondere ad esigenze di tutela e sicurezza. Nella definizione di *sex offender* rientrano diverse tipologie di soggetti abusanti che si possono differenziare in funzione di vari elementi ovvero: il modus operandi, le motivazioni alla base del reato, la presenza di eventuali tratti psicopatologici, la tipologia di relazione (intrafamiliare - extrafamiliare) che lega vittima e autore, le caratteristiche della vittima (età, sesso). In particolare, rispetto a questo ultimo punto i dati dimostrano che nella maggior parte dei casi (87%) si tratta di vittime di sesso femminile, nel 13% dei casi le aggressioni sessuali sono rivolte verso vittime maschili e solo in piccola percentuale contro vittime di entrambi i sessi (Carabellese et al., 2012; Tofte, 2007). La considerazione di tali caratteristiche così come dell'eterogeneità che caratterizza la cosiddetta categoria *sex offender* può costituire un valido aiuto al fine di procedere all'individuazione di un trattamento adeguato per una efficace supervisione e gestione del *sex offender* nonché per l'implementazione di strategie preventive (Robertello, Terry, 2007).

A fronte di tale eterogeneità e complessità, la letteratura scientifica internazionale annovera, nel corso del tempo, diversi paradigmi teorici e modelli di riferimento nel trattamento dei *sexual offenders* a cui corrispondono altrettante metodologie terapeutiche. Il modello *Good Lives Model* (GLD), sviluppato da Ward e colleghi (Ward, Marshall, 2004; Ward, Gannon, 2006; Ward, Mann, Gannon, 2007), è applicato in vari paesi e sembra assumere una prospettiva ampia nel trattamento dei *sex offenders*. I risultati mostrano una significativa riduzione della recidiva, superando così le critiche al modello basato sulla *relapse prevention* (RP, prevenzione delle ricadute), ovvero un approccio cognitivo-comportamentale che si concentra sulla identificazione e la gestione delle *situazioni* ad alto rischio trascurando il valore dei così detti "*human goods*" ovvero valori, beni, com-

petenze connesse al benessere umano (Laws, 1989; Laws et al., 2000; Ward, Brown, 2003; Ward, Maruna, 2007; Ward, Stewart, 2003).

Il GLD può costituire, dunque, un *framework*, una guida per il professionista che opera nell'intervento con i *sex offender*; è un approccio al trattamento che ha come obiettivo principale quello di aiutare il reo a vivere una vita migliore ed a sua volta a ridurre le probabilità di ricommettere il reato. L'assunto base è che tutti gli individui hanno aspirazioni e bisogni simili e che la responsabilità principale dei genitori, insegnanti, comunità è quella di aiutare ognuno di noi ad acquisire gli strumenti necessari ad un agire pro-sociale (Purvis, Ward, Willis, 2011). In altre parole, il comportamento criminale rappresenta un tentativo non funzionale di realizzare i propri valori di vita e viene interpretato come un sintomo delle difficoltà del soggetto di realizzare i propri desideri attraverso strumenti propri pro-sociali (Ward, Stewart, 2003). L'assunto del modello è che la possibilità di costruire, progettare e agire una "*buona vita*" dipende dal possesso di competenze interne (cioè abilità, atteggiamenti, credenze) e dalle condizioni esterne (cioè, opportunità, supporto sociale) (Ward, Gannon, 2006). Pertanto, gli interventi riabilitativi dovrebbero mirare a dotare i trasgressori di competenze, social skills, e risorse necessarie per soddisfare i loro valori di vita senza danneggiare nessun altro (Purvis, Ward, Willis, 2011).

Negli ultimi due decenni la considerazione che alcuni trattamenti possono ridurre in maniera significativa i tassi di recidiva ha contribuito ad un profondo cambiamento negli atteggiamenti verso la riabilitazione/recupero del reo (Hollin, 1999; McGuire, 2000; Ward, Brown, 2004). Le ricerche in questo senso hanno messo in luce che il modo migliore per ridurre la recidiva è quello di rendere i trasgressori capaci, cioè abili a gestire gli aspetti della loro vita che per ridurre la recidiva e ciò che ne può derivare, piuttosto che affidarsi al solo valore deterrente della pena (Gendreau, 1996; Andrews, Bonta, 1998). Alla base di questo modello vi è anche l'assunto, come sostenuto da Andrews & Bonta (1998), che il trattamento è più efficace se il focus è sulla gestione e la riduzione dei *fattori di rischio dinamici*, detti anche '*needs*', bisogni connessi alla criminogeni che vanno riconosciuti e gestiti, e quindi modificati.

Occuparsi, quindi, degli autori di reati sessuali e violenti in generale (come nel caso di maltrattamenti e atti persecutori) in un'ottica di contrasto alla recidiva e trattamento riabilitativo implica, innanzitutto, operare una preliminare valutazione del soggetto dei suoi bisogni oltre che dei fattori di rischio più tipicamente statici, e dell'atto deviante in sé. È necessario partire da una "*valutazione del rischio*" di recidiva ovvero andare ad individuare tutti quei fattori di rischio del reo e legati alle circostanze e le motivazioni che lo hanno portato a commettere l'azione delittuosa, in interazione con i fattori di vulnerabilità della vittima, e determinare la loro presenza o assenza e dinamicità di interrelazione

affinché intervenendo là dove possibile, essi non possano più contribuire alla scelta da parte del reo di agire la violenza, e riducendo così la probabilità di recidiva (Baldry, 2016).

Nell'ambito della ricerca sulla recidiva sessuale, gli studiosi hanno distinto tra fattori di rischio statici e dinamici; negli statici rientrano variabili immutabili ad esempio l'età, il tipo di reati commessi in passato, precedenti abusi subiti. I fattori di rischio dinamici (così identificabili come bisogni criminogeni), sono mutabili nella vita del soggetto, e hanno un ruolo importante nella probabilità di recidiva. Fra questi: l'uso di sostanze stupefacenti, relazioni interpersonali, tratti psico-relazionali come impulsività, rabbia (Baldry, Winkel, 2004; Hanson, 1998; Hanson, Harris, 2000, 2001; Loza, 2005; Douglas, Skeem, 2005; Andrews, Bonta, 2003; Volpini, Mannello, De Leo, 2008). In tale direzione contributi interessanti provengono dagli studi di Skeem e Mulvey (2001). Gli autori ritengono che i disturbi da uso di alcol e sostanze, risultano correlati al rischio di reiterazione di reati sessuali e aumenterebbero il rischio di recidiva per reati violenti (sessuali e non sessuali); inoltre vi è una modesta correlazione fra disturbi di personalità e reati violenti non sessuali. In più la presenza di personalità antisociale aumenterebbe il rischio di recidiva per i reati violenti in generale (sessuali ma anche non sessuali) (Carabellese et al., 2012).

Tali riscontri evidenziano la necessità non solo di procedere ad una accurata valutazione del rischio (*risk assessment*) che, quindi, tenga conto di tutti i fattori di rischio presenti in ciascun caso ma anche la necessità di un'adeguata gestione del rischio (*risk management*), ovvero di individuare l'intervento più appropriato per quel caso, per quei fattori di rischio e bisogni dinamici al fine di prevenire la recidiva e proteggere le vittime (Baldry, 2016).

In linea con la più recente letteratura in materia, l'implementazione di un intervento così inteso con l'uomo abusante non implicherà, dunque, la minimizzazione e/o giustificazione della condotta deviante, piuttosto vuole essere una opportunità di contrastare la violenza promuovendo relazioni uomo-donna non asimmetriche, in tal senso "centrasi sull'uomo focalizzandosi sulla violenza" (Grifoni, 2016).

## 1. Contesto giuridico del trattamento italiano in ambito carcerario

Il trattamento e la riabilitazione sono i cardini del nostro ordinamento penitenziario entrato in vigore nel 1975 con la legge 354, 'Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà', e successive modifiche e integrazioni ex. D.P.R. 230/2000 'Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà'. In particolare agli artt. 27-28 del suddetto DPR si fa esplicito riferimento al trattamento, alla sua finalità e all'importanza di adeguarlo a una precisa e accurata valutazione dei bisogni del detenuto, attraverso il gruppo Osservazione e trattamento e quindi l'osservazione scientifica della personalità'. Viene così introdotta un'ottica riabilitativa della pena che si vuole sostituire a quella meramente retributiva, in linea con quanto previsto dalle ricerche sull'effetto della pena retributiva che di fatto indica la sua inefficacia soprattutto per alcuni detenuti (Giulini & Xella, 2011).

Quando si parla di trattamento, l'ordinamento penitenziario fa riferimento all'aspetto rieducativo e riabilitativo, in senso di recupero delle capacità dell'individuo in merito ai propri interessi umani, culturali e professionali, in un'ottica del reinserimento sociale.

Per le persone detenute in attesa di giudizio, per cui lo status giuridico è radicalmente diverso e quindi non si può parlare di riabilitazione in merito al reato commesso, proprio perché si parla di persone in attesa di giudizio, si tratta di fornire all'imputato un sostegno, la possibilità di coltivare i suoi interessi, di proseguire l'educazione.

Discorso a parte viene fatto per le persone condannate. Il concetto di trattamento è indicato all'art. 15 della legge 354/1975 (Ordinamento Penitenziario) e negli articoli citati del DPR 230/2000. Nel contesto carcerario il concetto di 'trattamento' è in parte differente da quello utilizzato in psicoterapia o più in generale in psicologia. L'art. 15 infatti recita 'Il trattamento del condannato e dell'internato è svolto avvalendosi principalmente dell'istruzione, del lavoro, della religione, delle attività culturali, ricreative e sportive e agevolando opportuni contatti con il mondo esterno ed i rapporti con la famiglia' [...]. All'art. 13 (Individualizzazione del trattamento) viene esplicitamente indicato che il trattamento penitenziario deve rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto. Nei confronti dei condannati e degli internati è predisposta l'*osservazione scientifica della personalità* (art. 27, DPR 230/2000) per rilevare le carenze fisiopsichiche e le altre cause del disadattamento sociale, che sono state di pregiudizio all'instaurazione di una normale vita di relazione. Si tratta di un concetto più ampio di trattamento, che non abbraccia solo la dimensione psicologica, terapeutica, ma anche, e soprattutto quella educativa, sociale e lavorativa. Ma è all'interno di questo spazio, che è possibile inserire il recupero, il trattamento in termini riabilitativi terapeutici, ove l'approccio cognitivo comportamentale trova i suoi spazi di applicazione efficaci (Giulini & Xella, 2011; Semerari, 2000).

All'interno di quanto previsto dal nostro Ordinamento Penitenziario è poco immaginabile quindi una vera e propria psicoterapia, sia per mancanza di risorse, di spazi, ma anche a causa di un approccio culturale ancora inadeguato in Italia nell'affrontare e gestire il problema soprattutto di alcuni soggetti responsabili di reati quali la violenza sessuale, maltrattamenti in famiglia o atti persecutori, che come abbiamo visto, sono spesso, per loro stessa natura, reiterati anche dopo una condanna.

Se quindi esiste un vincolo trattamentale, terapeutico, limite dettato dal contesto in cui si trovano le persone ritenute responsabili di questi tipi di reato, è anche vero che molti di questi condannati usufruiscono di misure alternative alla detenzione, come ad esempio l'affidamento in prova ai servizi sociali, affidati ai così detti 'uffici locali di esecuzione penale esterne' (legge 154, 27.07.2005) e potrebbero beneficiare di programmi di trattamento psicoterapico. Non solo. Anche in regime intramurario è possibile prevedere interventi trattamentali che hanno come obiettivo quello del cambiamento cognitivo-comportamentale al fine di scongiurare la recidiva, una volta rimessi in libertà, o scontano la detenzione fuori dalle carceri, come dimostrano alcune esperienze virtuose anche in Italia, e le numerosissime prassi oramai consolidate nella maggior parte dei paesi anglosassoni e non solo (Marshall, 2001).

Purtroppo, come indicano i risultati di ricerche internazionali, i condannati per violenza sessuale, maltrattamenti in famiglia e atti persecutori hanno un tasso di recidiva elevato; a un follow-up di 4 o 9 anni la recidiva è pari al 17-21% (Hanson, Gordon, Harris et al., 2002, Marshall, 2009), ma tale tasso di recidiva scende sotto la soglia del 10% per i soggetti che hanno seguito e terminato un programma trattamentale ad hoc.

Seppur il tipo di trattamento carcerario o extramurario non presenta le caratteristiche essenziali per qualsiasi tipo di terapia di recupero e cambiamento, e cioè la volontarietà di partecipazione, che nei casi di detenuti condannati può essere strumentale e non partecipata, scelta, ricercata, si tratta comunque di un possibile risultato, che se ottenuto, ha una doppia valenza: quello della tutela della società e delle persone, e un recupero effettivo delle persone che hanno commesso questi reati.

## 2. Implementare il trattamento e costruire il cambiamento in ambito penitenziario: tra sfide e possibilità

Nel nostro ordinamento penitenziario il trattamento degli autori di reato si configura come l'insieme di interventi rivolti al reo finalizzati a promuovere e avviare un percorso di riflessione sulle norme socialmente riconosciute, sulle conseguenze del reato, sulla possibilità di agire scelte comportamentali alternative a quelle devianti in funzione del reinserimento sociale (De Leo, Patrizi, 2002). È solo nella considerazione della complessità del fenomeno "violenza", dell'eterogeneità dei profili psicologici e comportamentali del reo, dei svariati approcci terapeutici, delle esigenze della istituzione carceraria e dei vincoli di contesto che il trattamento dei *sex offender* può implementarsi ed è possibile operare scelte metodologiche adeguate, efficaci e coerenti con il contesto di riferimento.

D'altro canto, se all'istituzione carceraria è affidato il duplice "mandato" di punizione e riabilitazione, il clinico, chiamato ad operare al suo interno, non può non interfacciarsi con le esigenze di custodia e sicurezza proprie del contesto così come con i vincoli che da esso ne scaturiscono e tenerne conto per definire il proprio *setting* e spazio di intervento *terapeutico*. In tal senso, possiamo immaginare che il lavoro clinico si venga a porre in una relazione che potremmo definire *triangolare*, in quanto oltre alla relazione terapeuta-paziente, c'è una terza parte rappresentata dall'istituzione in cui si opera. È necessario, allora, che il professionista non si faccia irretire dal sistema, colludendo con l'esigenza dell'una (l'istituzione carceraria- che punisce e tutela la società) e/o dell'altra istanza (il detenuto- che partecipa al trattamento) ma possa *guardare al sistema* (da *synestanaï* : *porre insieme*) nella sua complessità e considerare i diversi elementi che caratterizzano il contesto di riferimento (Baldascini, 2008; Palmucci, 2008). D'altronde è proprio a tal riguardo che vanno fatte alcune considerazioni in merito al contratto terapeutico e ai limiti di intervento.

A differenza di altri contesti terapeutici, nel sistema che stiamo osservando, ovvero l'ambito penitenziario, non sempre il consenso al trattamento sottende una richiesta di aiuto e una reale necessità di affrontare il proprio disagio. Il pro-

fessionista può incorrere nel rischio di manipolazione da parte del "paziente-detenuto" la cui decisione di adesione al trattamento è fortemente inficiata dall'idea di avere benefici rispetto all'iter processuale; è chiaro che la motivazione e la collaborazione al trattamento risentiranno di tali premesse. A ciò vanno ad aggiungersi ulteriori vincoli organizzativi e di contesto quali l'adeguatezza di spazi di riservatezza, i tempi di realizzazione e i trasferimenti dei detenuti presso altri istituti i quali possono minare l'efficacia terapeutica (Caprasecca, 2005; Campostrini, 2012; Palmucci, 2008).

Infine, come evidenziato dalla letteratura in materia, le caratteristiche del terapeuta o dello psicologo più in generale e il suo stile nel raggiungimento degli obiettivi del trattamento dei reati sessuali sono ulteriori elementi da considerare nell'efficacia di un trattamento (Marshall, 1994).

È stato evidenziato, infatti, come i *sex offender* abbiano risposto meglio al trattamento quando hanno percepito il terapeuta come colui che si prendeva cura di loro e li trattava con rispetto (Drapeau, 2005). Allo stesso modo, Marshall e i suoi colleghi (Marshall, Serran, Moulden, Mulloy, Fernandez, Mann, & Thornton, 2002; Marshall, Serran, Fernandez, Mulloy, Mann, & Thornton, 2003) hanno osservato che un terapeuta empatico e accogliente, che era anche gratificante e assertivo, ha favorito cambiamenti più positivi nei *sexual offenders*; mentre un atteggiamento ostile da parte del terapeuta induce un peggioramento nel trattamento dei reati sessuali (Marshall et al., 2003). Questi dati sul ruolo del terapeuta nel trattamento dei reati sessuali sono in linea con il principio di responsività e con l'esigenza di flessibilità del trattamento dimostrata ampiamente in letteratura in materia di psicoterapia (Marshall, 2007; Marshall, Fernandez, Serran, Mulloy, Thornton, Mann, & Anderson, 2003). Di fatti è noto come i *sex offender* con tratti di antisocialità e psicopatia dimostrino di possedere, oltre ad alti tassi di recidiva, forti resistenze al cambiamento e che se inseriti in interventi di gruppo, con soggetti che non possiedono gli stessi tratti personalologici, fungono da elementi di resistenza al cambiamento terapeutico anche per gli altri soggetti. (Carabellese et al., 2012). Nella costituzione di un gruppo di intervento - che possa dirsi evolutivo e di cambiamento - sarà, dunque, fondamentale tenere conto dei singoli elementi soggettivi (personalologici, relazionali) al fine di contrastare il rischio dell'immobilità e inefficacia del gruppo stesso.

Oltre dunque agli elementi fino ad ora evidenziati, una ulteriore sfida che il terapeuta dovrà accogliere sarà quella di ostacolare quelle barriere comunicative che si potrebbero attivare nella relazione di aiuto e che inficerebbero il trattamento (Gordon, 1974; Grifoni, 2016), rischio che un operatore non formato né esperto sulle tematiche di genere potrebbe facilmente incontrare data la complessità del fenomeno, la specificità e natura delle informazioni che si acquisiscono nel corso del colloquio clinico nonché delle emozioni in gioco nella relazione terapeutica con un autore di violenza. Di fatti è noto quanto nel lavoro terapeutico presupposto fondamentale sia la consapevolezza di sé, dei propri vissuti, e quindi nell'incontro con l'uomo violento temi ancor più centrali saranno rappresentati da: i propri pregiudizi e stereotipi, le risonanze personali, la rielaborazione della esperienza personale affettiva/relazionale, la posizione soggettiva circa il tema della violenza (Andolfi, 2000; Grifoni, 2016; Jenkins, 2009; Lalli, 2004).

In conclusione è possibile affermare che l'implementazione e attuazione di programmi trattamentali in ambito penitenziario, così come la sfida del fare terapeutico in ambito penitenziario e le forme possibili dell'intervento trattamentale, non possono prescindere dalla considerazione di variabili connesse all'approccio terapeutico, alla comprensione del contesto in cui si opera e alla ricaduta dello stesso sulla relazione terapeutica e al sentire/vissuto del terapeuta stesso. È solo nella considerazione di tutti questi elementi che possono aprirsi spazi di dialogo e possibilità di trattamento e cambiamento.

### 3. La ricerca: progetto 'Servizio RR: rispetto nelle relazioni': esperienza campana con i sex offenders

Alla luce delle precedenti considerazioni e premesse, ha preso avvio e trovato sua applicazione il progetto "servizio RR Rispetto nelle relazioni". Il progetto, della durata complessiva di 8 mesi rientrante nelle diverse attività previste dal Progetto IARA - *Interventi di Ampliamento della Rete Anti-violenza* - si rivolge ad autori di violenza sessuale, maltrattamenti e stalking, condannati in via definitiva, che hanno compiuto il reato nell'ambito di una relazione affettiva a danno di donne e minori, ed è stato realizzato presso la casa circondariale di Santa Maria Capua Vetere e finanziato dal Dipartimento Pari Opportunità.

Il progetto ha avuto come obiettivo l'implementazione di un lavoro trattamentale con i detenuti definitivi finalizzato a: i) individuare i fattori di rischio studiandone anche l'intensità, per massimizzare i fattori di protezione, contrastando la recidiva e per promuovere modalità di approccio più responsabili e non violente; ii) avviare un processo di riconoscimento, consapevolezza dei vissuti emotivi dei soggetti e della loro gestione ed elaborazione, anche in relazione all'evento-reato; iii) promuovere una consapevolezza degli effetti dei comportamenti violenti sulle vittime contrastando i meccanismi di difesa (negazione, minimizzazione, colpevolizzazione della vittima) che supportano e giustificano gli atti violenti e potenziando i processi empatici del detenuto; iv) promuovere competenze psicosociali ed educative nonché le cosiddette "respectful relationships", relazioni intime basate sul rispetto reciproco e su forme relazionali libere dalla violenza, da cui il nome del progetto, intervento attuato (RR).

Considerate le criticità e limiti che il lavoro con tale utenza richiede e del contesto di riferimento, vagliate il ventaglio di opportunità e pratiche terapeutiche attuabili, si è deciso di privilegiare l'utilizzo di una *metodologia socio-educativa*. Combinando obiettivi e pratiche che appartengono sia ai gruppi di lavoro che ai gruppi rieducativi, e in linea con il più recente *Good Lives Model* (GLD) e con l'approccio alla valutazione del rischio di recidiva (Baldry, 2016), il piano di intervento ha avuto finalità circoscritte ad obiettivi specifici ed è risultato strutturato in più fasi.

#### Partecipanti

Facendo seguito alle riunioni con il gruppo GOT, all'analisi dei fascicoli e materiali disponibili relativi ai detenuti nella sezione 'protetti', sono stati reclutati 11 detenuti definitivi

della Casa Circondariale di Santa Maria Capua Vetere "Sezione Danubio"; di questi non tutti hanno fornito il consenso e preso parte all'intervento.

Il campione partecipante alle attività di gruppo risulta così costituito da un totale di 9 detenuti (tutti italiani, di età compresa tra i 30 e i 65 anni (Età media = 44 anni; deviazione standard = 11,16; grado di istruzione è medio-basso) passati in giudicato per reati previsti dagli articoli 572, 609bis e segg. e 612bis del c.p. commessi a danno di donne e minori esclusivamente in ambito intrafamiliare; a nessuno dei partecipanti era stata riscontrata una parziale o totale incapacità di intendere e di volere e non presentava diagnosi o tratti psichiatrici.

#### Procedura

Al fine di costituire un piano di intervento quanto più adatto e specifico all'utenza di riferimento ed esplorare gli aspetti utili al trattamento, sono stati utilizzati diversi strumenti di lavoro. Si è ritenuto necessario partire da *valutazioni individuali* (mediante l'utilizzo di colloqui psicologici individuali, strumenti di screening e per la valutazione del rischio di recidiva) per poi costituire un *gruppo di intervento* con metodologie specifiche e basate sulle aree individuate.

Durante il *colloquio psicologico individuale* iniziale, a cui ha partecipato ciascun detenuto, ha avuto la finalità specifica di presentare il programma trattamentale, ottenere il consenso informato, raccogliere informazioni utili al trattamento (ad esempio motivazione, richiesta di aiuto, autostima); la *scheda anamnestica* appositamente creata, invece, ha riguardato nella prima parte domande relative a variabili socio-demografiche di base, storia clinica, posizione giuridica, dati giuridico/giudiziari in riferimento al reato sessuale per il quale il soggetto è attualmente detenuto; mentre nella seconda parte le domande erano relative alle relazioni con i familiari e all'esperienza carceraria. Inoltre tra i vari strumenti utilizzati, di fondamentale importanza, è stato il *Metodo Sara-S* (*Spousal Assault Risk Assessment, versione screening*) (Baldry, 2016) il quale ha consentito di ottenere "una fotografia del detenuto", ovvero una individuazione dei principali fattori di rischio che hanno caratterizzato la relazione reo-vittima, l'adattamento psicosociale del soggetto, fattori di vulnerabilità della vittima; elementi affrontati poi anche nelle attività di gruppo. Il metodo Sara, affermato già come una valida procedura nella valutazione del rischio e nella messa a punto di programmi trattamentali che coinvolgono l'autore di reato nonché la tutela della vittima stessa, si è rilevato qui uno strumento valido per individuare fattori di rischio ed elementi da cui partire per avviare e condurre le attività di gruppo.

Le attività di gruppo, 10 incontri ciascuno della durata di circa 90 minuti, a cadenza bimensile, non hanno avuto l'obiettivo di favorire una ristrutturazione di personalità o cambiamento immediato del comportamento e non si sono posti come gruppi terapeutici in senso stretto, ma, seguendo una metodologia di *lavoro di gruppo*, hanno mirato a favorire nei soggetti partecipanti l'acquisizione di competenze psicosociali ed educative, potenziare e migliorare il riconoscimento e la gestione delle emozioni, in un'ottica di miglioramento delle relazioni interpersonali e di reinserimento in società e di contrasto alla recidiva.

Per il *setting* dello spazio dato a disposizione, per poter favorire lo scambio tra i partecipanti, si è deciso di disporre le sedie in modo circolare così che anche i facilitatori (te-

rapeuti) del gruppo hanno potuto prendere posto tra i partecipanti, privilegiando un atteggiamento non giudicante verso il detenuto ma non per questo totalmente privo di giustificazione o minimizzazione del reato.

Data la ridotta numerosità del campione è stato possibile privilegiare l'utilizzo di un *approccio narrativo ed esperienziale* mediante racconti autobiografici, e favorire il lavoro sui temi individuati tramite l'utilizzo di varie metodologie psicologiche tra cui *hot seat* "sedia bollente", focus group tematici, role playing, brainstorming, nonché l'utilizzo di stimoli audiovisivi quali filmati/documentari, letture di testimonianze, diari. Più specificamente, anche la *metodologia del meta confronto*, ovvero l'utilizzo dell'esposizione di un partecipante come *case-study* per tutto il gruppo, è risultata utile per avviare la riflessione e il confronto tra i partecipanti.

Il percorso di gruppo è stato articolato in 4 fasi (aspetti psicosociali, individuali e modalità comportamentali a rischio, meccanismi di difesa, modalità differenti di gestione, restituzione e prospettive future). Sono stati trattati diversi temi tra cui: l'emozione e la sua gestione, l'autostima, la responsabilità nelle relazioni e nei comportamenti, l'abilità di *coping*, la relazione tra gelosia e possesso, il consenso nelle relazioni e il rispetto dell'altro, le liti - il conflitto e la violenza, l'empatia, l'utilizzo di stereotipi e pregiudizi di genere, la dipendenza dalle sostanze e nelle relazioni.

#### Risultati

L'obiettivo generale dei programmi di trattamento rivolti al sex offender è la riduzione della recidiva, nel breve, nel medio e nel lungo termine. Per valutare l'efficacia di programmi di trattamento in questa direzione andrebbe effettuata una valutazione di follow-up sul tasso di recidiva (una volta fuori dal regime detentivo) con campione sperimentale che ha be-

neficiato del programma, confrontato con quello di un gruppo di controllo che non ha fatto lo stesso percorso. Questi studi sono lunghi e costosi e fuoriuscivano dalla finalità del presente studio/progetto. Quella che qui si è valutata è la riduzione della probabilità del livello di rischio, attraverso la disamina del cambiamento di alcuni dei fattori di rischio dinamici, su cui il programma di intervento ha agito. Tra gli elementi che rendono difficile il raggiungimento di questo obiettivo vi è la resistenza da parte del condannato ad impegnarsi nel trattamento. Questa resistenza è in gran parte il prodotto di processi di negazione (Schneider, Wright, 2004).

Infatti nell'approccio al detenuto sex offender è frequente riscontrare una negazione rispetto al proprio coinvolgimento nel reato sessuale, e molti di essi continuano a negare gli aspetti critici del reato, anche dopo essere stato condannati (Barbaree, 1991; Denton, Konopasky, Street, 1994; Grossman, Cavanaugh, 1990; Happel, Auffrey, 1995; Langevin, 1988; Marshall, 1994; Quinsey, 1986; Schlank, Shaw, 1996, 1997).

Anche nel nostro campione di detenuti, sin dal primo colloquio, la negazione nelle sue diverse forme, assieme alla resistenza e riluttanza al cambiamento, si sono imposti come presenza tanto pervasiva e diffusa; tali elementi sono stati poi riscontrati in maniera preponderante nella dinamica di gruppo.

Con le valutazioni individuali e l'utilizzo del Metodo Sara-S abbiamo potuto rilevare i fattori di rischio implicati nella relazione reo-vittima e che potrebbero, dunque, avere un peso nella reiterazione del reato, una volta scontata la detenzione.

Le tabelle di seguito riportate sono riferite alle frequenze e percentuali relative ai 9 soggetti che hanno scelto di aderire al programma trattamentale.

Fattore di rischio	S (%)	? (%)	N (%)	- (%)
Violenza fisica e/o sessuale	3(33,3%)	5(55,6%)	1(11,1%)	
Gravi minacce di violenza	2(22,2%)	3(33,3%)	3(33,3%)	1(11,1%)
Escalation della violenza	4(44,4%)	2(22,2%)	2(22,2%)	1(11,1%)
Violazione delle misure cautelari			5 (55,6%)	4(44,4%)
Atteggiamenti negativi vs violenze interpersonali	4(44,4%)	5(55,6%)		

**Tab.1. Frequenze e percentuali relative ai fattori di rischio**  
Sezione A-Violenza da parte del partner o ex partner

Abbiamo evidenziato in tutti i soggetti il permanere di una cultura misogina e di pregiudizi di genere femminile anche dopo il percorso socio-educativo. Nello specifico risultano attualmente presenti in tutti i soggetti, in forma anche parziale: *atteggiamenti negativi nei confronti delle donne, con forme estreme di minimizzazione o negazione della violenza agita*. Tale dato ci suggerisce chiaramente quanto il problema della violenza sia legato ad una "faccenda culturale" e dall'analisi della letteratura risulta che tali condotte (forme estreme di minimizzazione o negazione della vio-

lenza) sono associate al reiterarsi del reato, così come anche all'adesione o meno ad programma terapeutico psichiatrico o psicologico (Baldry, Roia, 2011). Il dato è ancor più preoccupante se si considera che tra gli autori di violenza più pericolosi e persistenti vi sono quelli che tendono a minimizzare la gravità dei loro comportamenti e a non assumersene la responsabilità, o negano completamente qualsiasi coinvolgimento nel reato (Dutton, 1995; Dutton, Kropp, 2000, Hare, 1991; Riggs, Caulfield, Street, 2000; Saunders, 1992b; Webster et al., 1985).

In più del 50% dei soggetti sono presenti, anche parzialmente, *gravi minacce di agire violenza o intenzione di fare del male*. Tale dato, in linea con le principali ricerche in materia di valutazione del rischio di recidiva, suggerisce la presenza di un elevato rischio per questi soggetti di essere nuovamente violenti (Gondolf, 1988; Sonkin, 1987; Dutton, Kropp, 2000; Stuart, Campbell, 1989; Walzer, 1989).

I fattori di rischio relativi alla relazione reo-vittima, presenti nel passato e che, dunque, potrebbero aumentare il rischio di recidiva per i soggetti una volta usciti dal carcere, evidenziano il livello di gravità delle condotte violente agite: nel 88,9% dei casi erano presenti, anche parzialmente gravi violenze fisiche/sessuali; nel 66,6% circa dei casi la condotta è stata agita in forma sempre più grave e intensa (Dutton, Kropp, 2000; Fagan et al., 1983; Harrell, Smith, 1996; Hearly, Smith, O’Sullivan, 1998; Riggs, Caufield, Street 2000; Saunders, Brown, 2000, Sonkin, 1987).

Fattore di rischio	S (%)	? (%)	N (%)	- (%)
Precedenti penali	4(44,4%)		5(55,6%)	
Problemi relazionali	6(66,7%)	3(33,3%)	0	
Problemi di lavoro o finanziari	5(55,6%)	2(22,2%)	2(22,2%)	
Abuso di sostanze stupefacenti o alcool	6(66,7%)		3(33,3%)	
Disturbi mentali	1(11,1%)	1(11,1%)	7(77,8%)	

S= presente; ? = probabilmente presente; N= assente; - = omesso

**Tab.2** Frequenze e percentuali relative ai fattori di rischio  
Sezione B. Adattamento psicosociale

Come si evince dai dati riportati in tabella 2, relativamente all’adattamento psicosociale del detenuto, sono emersi in maniera preponderante i seguenti fattori di rischio: *l’abuso di sostanze stupefacenti o alcool; problemi relazionali e problemi finanziari e lavorativo*; anche in questo caso gli studi suggeriscono una correlazione tra tali fattori e i comportamenti violenti (Dutton, Hart, 1992; Gondolf, White, 2001; Riggs et al., 2000; Schumacher et al., 2001; Tolman, Bennet, 1990); Campbell et al., 2001; Dutton, Kropp, 2000; Kyriacou et al., 1999).

Infine nel campione di riferimento, oltre ai fattori di rischio sopra evidenziati, considerazioni importanti al fine della valutazione del rischio concernono il fatto che tali atti violenti sono stati compiuti alla presenza di bambini testimoni (nel 22,2% dei casi, probabile nel 33,3%); l’abuso compiuto è avvenuto anche a danno di minori (33,3% dei casi) e che nel 22,2% dei casi si è evidenziata la presenza di armi da fuoco.

#### 4. Discussione e implicazioni cliniche forensi

Relativamente al lavoro di gruppo è risultato utile per favorire un’alternanza tra aspetti individuali, ovvero dando al singolo la possibilità di raccontarsi nel gruppo, e aspetti gruppali, ovvero favorendo l’esplorazione e l’approfondimento di un’area critica individuata nella valutazione individuale e comune a tutti. Abbiamo potuto, così, osservare la potenza del gruppo come metodologia che “da un lato, funge da prisma che scompone la molteplicità interna di ciascun componente e, dall’altro, da specchio restituendo, spesso amplificato, al singolo quanto egli proietta sugli altri” (Baldascini, 1996, p.11).

Alla presenza, dunque, dei moderatori i detenuti hanno iniziato a presentarsi uno ad uno e l’approccio narrativo/autobiografico ha permesso loro di ripensare all’evento, riviverlo attraverso la narrazione, riscriverlo dando un nuovo significato, alla luce anche di stimoli emersi durante il confronto con gli altri detenuti e con l’esperto.

La dinamica di gruppo ha permesso di mettere in evidenza dimensioni di resistenza al cambiamento per coloro che sembrano rifiutare il trattamento e in cui emerge una difficoltà a riconoscere le proprie emozioni e a gestirle in maniera funzionale, ciò soprattutto in relazione a quelle emozioni che hanno una tonalità negativa (rabbia, tristezza, dolore, gelosia possessiva). In tali soggetti si evidenzia anche una scarsa propensione al riconoscimento dell’altro e dei bisogni dell’altro, della possibilità di immaginare modalità di comunicazione e comportamento libere dalla violenza; inoltre questi soggetti considerandosi innocenti possono affermare di non aver nulla da cambiare del proprio comportamento. Questi detenuti hanno difficoltà a garantire una presenza costante agli incontri, sono orientati su di sé e appaiono fortemente arrabbiati e aggressivi nella comunicazione e nelle interazioni e mancano di una capacità matura di mentalizzare i propri vissuti. Tuttavia sono proprio questi elementi che vanno tenuti in considerazione in quanto sottolineano la necessità di un lavoro di più ampio respiro e a lungo termine proprio con questa tipologia di detenuti. Infatti, è proprio a tal riguardo, che è necessario considerare che talvolta resistenza e riluttanza al cambiamento possono celare una implicita richiesta di aiuto da parte del detenuto.

Ad esempio in tal senso può essere osservata in quei soggetti che manifestano una certa difficoltà, ansia a relazionarsi con l’altro e con l’esperto. Questo può essere indice

di un normale processo di cambiamento e di messa in discussione del sé; la riluttanza, se vista e riconosciuta, può essere utilizzata come elemento che favorisce l'alleanza al trattamento e il processo di cambiamento.

Il lavoro sugli aspetti psicosociali è stato favorito dall'utilizzo di stimoli audiovisivi quali filmati/documentari, letture di testimonianze, e da metodologie più propriamente psicologiche, hot seat "sedia bollente", focus group, role playing, brainstorming. Questa metodica è fortemente consigliata. Tali stimoli sono stati utili per lavorare in modo attivo e diretto sulla vicenda-reato e invitare i detenuti ad individuare e verbalizzare, nonché condividere i propri stati emotivi ed esplorare aspetti relativi ad una gestione funzionale degli stessi. Questa modalità ha permesso di promuovere un lavoro finalizzato a favorire un maggiore riconoscimento delle tecniche di neutralizzazione connesse al reato (negazione e/o minimizzazione della responsabilità, negazione e/o minimizzazione della gravità del danno, attribuzione di colpa alla vittima) e uno sviluppo di una migliore capacità empatica, anche se i risultati ottenuti non possono essere valutati quantitativamente e quindi essere generalizzati data la scarsa numerosità del campione e comunque la mancanza di una vera revisione delle proprie condotte, nel breve tempo della durata dell'intervento socio-educativo.

Gli incontri di gruppo hanno messo in evidenza la presenza di vari deficit tra cui: una mancanza di competenze interpersonali e intrapersonali, una scarsa empatia, un congelamento degli stati emotivi soprattutto quelli connessi alla rabbia, al dolore, alla conflittualità, e tipologie differenti di negazione della colpa.

Nei detenuti sono emersi alcuni sentimenti e opinioni comuni, che sottendono radici in atteggiamenti o credenze culturali che giustificano o minimizzano il proprio comportamento, tra queste riportiamo le espressioni più comuni tra i detenuti: 'le accuse di violenza fatte nei loro confronti sono spesso utilizzate dalle donne per vendicarsi'; 'se una donna non vuole avere un rapporto sessuale ha molti modi per difendersi e/o per dire di no'; 'le donne serie non vengono violentate'; 'in una relazione di coppia duratura non si può mai parlare di violenza sessuale'; tutte motivazioni che acuiscono la loro rabbia per una colpevolezza che non si riconoscono e potrebbero favorire una reiterazione del reato.

Il lavoro in gruppo ha quindi permesso di favorire l'attivazione di un processo di apprendimento indiretto e di confronto rispetto a temi centrali dell'intervento. In gruppo i partecipanti, con l'aiuto dell'esperto, hanno potuto sperimentare il confronto sano ovvero basato sul rispetto dell'altro, sull'ascolto e sulla tolleranza di punti di vista differenti dai propri. Con particolare attenzione al processo di cambiamento si è cercato di promuovere l'assunzione di responsabilità da parte del detenuto sia del comportamento violento in sé, sia delle sue conseguenze nei confronti della vittima e di promuovere il contrasto di pregiudizi e opinioni che sorreggono i meccanismi di negazione o minimizzazione della condotta violenta.

## 5. Considerazioni finali

Il lavoro in gruppo si è mostrato utile, e sta sicuramente aiutando i detenuti a lavorare su alcuni aspetti legati sia alla sfera comportamentale che emotiva. Non si può parlare di vera e propria psicoterapia, e comunque non era questo lo scopo, che aveva invece carattere socio-educativo. Il contesto di gruppo facilita questo processo di sostegno reciproco ed elaborazione dei pensieri, delle distorsioni, delle credenze dei comportamenti. Vi sono una serie di considerazioni da fare sul livello di negazione totale attuata dalla maggior parte di questi detenuti che non permette di lavorare sul comportamento attuato che li ha portati in carcere, e quindi suo eventuale cambiamento, anche ai fini della riduzione del rischio di recidiva. Per poter garantire un minimo di efficacia, impatto della terapia va comunque previsto un livello, seppur minimo di ammissione, di assunzione di responsabilità (Giulini & Xella, 2011). L'esperienza realizzata anche in Canada nelle carceri su intervento nei casi di detenuti per reati di violenza sessuale, maltrattamento, atti persecutori ha mostrato un ampio margine di intervento per l'applicazione di programmi trattamentali che utilizzano un approccio cognitivo comportamentale.

L'esperienza maturata a Milano nel carcere di Bollate ne è una prova. La breve esperienza maturata nelle case circondariali di Santa Maria Capua Vetere e di Lecce portate avanti dalle due autrici ha comunque dimostrato l'efficacia dell'applicazione di alcuni principi sottesi a questi più ampi programmi di intervento

Il problema della violenza contro le donne e i minori è un problema globale, dove solo un concerto di azioni unisono può comportare un contrasto efficace e una tutela reale per le vittime. In Italia la parte riguardante il trattamento per questi tipi di detenuti è ancora molto carente, anche se le esperienze virtuose fatte nel settore della violenza sessuale e che ora si stanno espandendo, dimostrano risultati molto incoraggianti.

Implementare programmi di intervento per i *sex offender* e più in generale nei confronti dei maltrattanti e *stalkers* nelle relazioni intime costituisce un passo importante nella direzione di una risposta che non sia solo punitiva ma che assolva anche alla funzione di riabilitazione e di contrasto alla recidiva. La progettazione dell'intervento e la scelta della metodologia più appropriata non può attuarsi senza un'analisi della domanda e della richiesta di aiuto, la quale, nella nostra esperienza, molto di rado risulta provenire dal detenuto stesso. Da parte di questi c'è la convinzione che la detenzione costituisca un'ingiustizia subita, e che si è disposti a schierarsi dalla sua parte a causa di questa ingiustizia subita. Tale premessa va tenuta in considerazione in quanto essa può avere ripercussioni sulla motivazione nonché sulla *compliance* al trattamento, e può avallare i meccanismi di negazione e minimizzazione rispetto alle condotte agite.

Dalla pratica clinica osservata abbiamo potuto riscontrare che, superate le resistenze e le riluttanze iniziali dei soggetti, la metodologia scelta e le attività di gruppo si sono costituite come importanti strumenti di lavoro per promuovere una partecipazione attiva dei detenuti e come strumento terapeutico per osservare se stessi attraverso e nella relazione con l'altro. Tuttavia una serie di considerazioni finali vanno fatte in relazione ai tempi di intervento, all'utenza e alle possibilità di intervento terapeutico nell'ambito considerato. Il lavoro con

i detenuti ci ha permesso di riscontare che la commissione del reato non rappresenta un evento occasionale o unico nella storia anamnestica del reo; spesso il reato che stanno scontando costituisce solo l'ultima di una serie di azioni devianti che hanno radici profonde, se non anche nell'infanzia. Questo non significa giustificare le azioni criminali, ma inserirle in un'ottica di conoscenza con la sola finalità di proporre e attuare programmi efficaci, per quanto difficili.

Sono emerse carenze specifiche relative alla sfera socio-relazionale e culturale del soggetto e difficoltà di regolazione emotiva e di capacità ad entrare in relazione con l'altro in maniera rispettosa e funzionale; difficoltà a mentalizzare i propri vissuti e quindi a tollerare e gestire in maniera adulta e non nel passaggio all'atto emozioni negative come frustrazione, dolore, rabbia, tristezza. La negazione e gli altri meccanismi di difesa a cui ricorre il detenuto, così come il congelamento della conflittualità costituiscono aspetti importanti su cui bisogna lavorare e da affrontare, in quanto, se non risolti, potrebbe comportare un maggior rischio di reiterazione del reato dopo la scarcerazione.

Per quanto lunghe e repressive siano le pene, occorre, pertanto, riconoscere la necessità di interventi e strategie multidisciplinari che abbiano tempi di realizzazione più estesi e che possano garantire una continuità nonché un monitoraggio intra ed extramurario e che privilegino un lavoro di rete tra le agenzie territoriali che a diverso titolo si occupano del problema violenza e dei sex offender.

Il Dipartimento per le Pari Opportunità, presidenza del Consiglio dei Ministri, nel rispondere anche a quanto indicato nella convenzione così detta di Istanbul, promuove la progettazione e l'espletazione di questi programmi di intervento. Ciò che è fondamentale, tuttavia è che non siano frutto di improvvisazione, ma vengano progettati e realizzati da personale altamente competente, preparato e con grande esperienza anche sulle tematiche legate alla violenza di genere. Essere psicologi e/o terapeuti non è sufficiente per garantire un approccio efficace ed efficiente in questo contesto. La terapia cognitivo comportamentale non porterà all'eliminazione di questi tipi di reati che hanno radici e motivazioni culturali e sociali che vanno al di là della dimensione della psicologia (Baldry, 2016), ma sicuramente un terapeuta con un approccio di genere può contribuire a inserire quel 'germe' che anche se inizialmente rimane latente, può pian piano agire e dare risultati insperati.

## Riferimenti bibliografici

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct* (2nd ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
- Andolfi, M. (2000). *Il colloquio relazionale*. Roma: A.P.F.
- Baldascini, L. (1996). Il gruppo in formazione: apprendimento e cambiamento. *Terapia Familiare*, 52.
- Baldascini, L. (2008). *L'Adozione consapevole: la formazione degli operatori nei servizi pubblici*. Milano: Franco Angeli.
- Baldry, A.C. (2016). *Dai maltrattamenti agli omicidi. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*. 6 edizione, Milano: FrancoAngeli.
- Baldry A. C., Winkel, F.W. (2004). Internalizing symptoms of Italian youth directly and vicariously victimized at school and at home. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 77-91.
- Baldry, A.C., & Roia, F. (2011). *Strategie efficaci per il contrasto ai maltrattamenti e allo stalking. Aspetti giuridici e criminologici*. Milano: FrancoAngeli.
- Baldry, A.C., Rodontini, A. (2013). Il modello socio-educativo per detenuti di reati commessi a danno delle donne. Un'esperienza sul territorio campano e pugliese. In Bozzoli, A., Merelli, M. & Ruggerini, M.G. (eds.), *Il lato oscuro degli uomini la violenza maschile contro le donne modelli culturali di intervento* (pp.371-383). Roma: Ediesse.
- Beech A, Beckett R., & Fisher D. (1998). *STEP 3: An evaluation of the Prison Sex Offender Treatment Programme*. London: Home Office.
- Barbaree, H. E. (1991). Denial and minimization among sex offenders: Assessment and treatment outcome. *Forum on Corrections Research*, 3, 30-33.
- Balasundaram, B., Frazer, J. B., Wood, P.J. (2009). Who are sexual offenders? A survey of pre-trial psychiatric reports. *Medicine, Science and Law*, 49 (1), 33-40.
- Campbell, J.C., Sharps, P., Glass N. (2001), Risk assessment for intimate partner homicide. In G. Pinard G., L. Pagani (eds.), *Clinical assessment of dangerousness: Empirical contributions* (pp. 136-157). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Campostrini, F. (2012). Il lavoro clinico in carcere: quali spazi di terapeuticità. Retrieved Marzo, 24, 2012, from <http://www.rivistaplexus.it>
- Caraballese, F., Rocca, G., Candelli, C., La Tegola, D., & Birkhoff, J. M. (2012). La gestione degli autori di reati sessuali tra psicopatologia e rischio di recidiva. Prospettive trattamentali. *Rassegna italiana di criminologia*, 130-143.
- Caprasecca, B. (2005). Lo Psicologo Penitenziario: dalla Normativa alla Psicologia del Trattamento. *Psychomedia, Psichiatria e Psicologia Penitenziaria*. Retrieved Dicembre, 15, 2005, from <http://www.psychomedia.it>.
- De Leo, G., & Patrizi, P. (2002). *Psicologia giuridica*. Bologna: Mulino.
- Denton, K., Konopasky, R.J., & Street, P.A. (1994). *Sexual harassment: Expansion of the likelihood of sexual harassing and the positive relationship between sexual harassment and sexual aggression*. Poster session presented at the annual convention of the Canadian Psychological Association, Penticton, British Columbia, Canada.
- Drapeau, M. (2005). Research on the processes involved in treating sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 117-125.
- Dutton, D.G., & Hart, S.D. (1992). Evidence for long-term, specific effects of childhood abuse on criminal behavior in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36 (2), 129-137.
- Dutton, D.G., & Kropp, R.P. (2000), A review of domestic violence risk instruments. *Trauma, Violence & Abuse*, 1 (2), 171-181.
- Dutton, D.G. (1995). *The batterer: A psychological profile*. New York: Basic Books.
- Douglas, K.S., & Skeem, J.L. (2005). Violence Risk Assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy and Law*, 11 (3), 347-383.
- Dèttore, D., & Fuligni, C. (1999). *L'abuso sessuale sui minori. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. Milano: McGraw-Hill.
- Fagan, J.A., Stewart, D.K., Hansen, K.V. (1983). Violent men or violent husbands? Background factors and situational correlates. In Finkelhor D., Gelles R.J., Hotaling G.T., Straus M.A. (eds), *The dark side of families: Current family violence research* (pp. 49-67). Newbury Park, CA: Sage.
- Frenken, J. (1999). Trattamento degli autori di incesto: un modello in cinque fasi, in Wolf (Working on Lessening Fear). *Atti del seminario transazionale*, a cura del Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, Ufficio centrale della formazione e aggiornamento del personale (Roma, 10-12 marzo), Roma, Laurus Robuffo, pp.91-103.

- Gazan, F. (1999). Il trattamento sotto costrizione e i diritti dell'uomo: possibilità ed implicazioni etiche e professionali per gli operatori in Wolf (Working on Lessening Fear). *Atti del seminario transazionale*, a cura del Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, Ufficio centrale della formazione e aggiornamento del personale (Roma, 10-12 marzo), Roma, Laurus Robuffo, pp.104-121.
- Giulini, P., & Xella, C.M. (2011). *Buttar la Chiave. La sfida del trattamento per gli autori di reati sessuali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gendreau, P. (1996). Offender rehabilitation: what we know and what needs to be done. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 144-161.
- Gondolf, E. W. (1988). Who are those guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and Victims*, 3, 187-203.
- Gondolf, E. W., & White R.J. (2001). Batterer program participants who repeatedly reassault: Psychopathic tendencies and other disorders. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 361-380.
- Gordon, T. (1974). Insegnanti efficaci (trad.it), Firenze: Giunti.
- Grifoni, G. (2016). *L'uomo maltrattante. Dall'accoglienza all'intervento con l'autore di violenza domestica*. Milano: FrancoAngeli.
- Grossman, L.S., & Cavanaugh, J.L. (1990). Psychopathology and denial in alleged sex offenders. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 178 (12), 739-744.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Happel, R.M., & Auffrey, J.J. (1995). Sex offender assessment: Interrupting the dance of denial. *American Journal of Forensic Psychology*, 13 (2), 5-22.
- Harrell, A., Smith, B.E. (1996). "Effects of restraining orders on domestic violence victims." In E. Buzawa, C.G. Buzawa (eds), *Do arrests and restraining orders work?* (pp. 214-242). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hanson, R.K. (1998). What Do We Know About Sex Offender Risk Assessment?. *Psychology, public Policy and Law*, 4 (1-2), 50-72.
- Hanson, R.K., & Harris, A.J.R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictor of sex offense recidivism. *Criminal Justice and Behaviour*, 27, 6-35.
- Hanson, R.K., & Harris, A.J.R. (2001). A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 105-122.
- Healey, K., Smith, C., O'Sullivan, C. (1998). *Batterer intervention: Program approaches and criminal justice strategies*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Hollin, C.R. (1999). Treatment programs for offenders: meta-analysis, 'what works' and beyond. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22 (3-4), 361-372.
- Kyriacou D.N., Anglin D., Taliaferro E., Stone S., Tubb T., Linden J.A., Muelleman R., et al. (1999). Risk factors for injury to women from domestic violence. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1882-1898.
- Jenkins, A. (2009). *Becoming Ethical A Parallel, Political Journey with Men Who Have Abused*. Russell House Publishing.
- Lalli, N. (2004). *La salute mentale dello psicoterapeuta*. Lettura magistrale tenuta al Convegno organizzato dall'Ordine degli Psicologi dell'Umbria il 25 ottobre 2004 a Foligno.
- Laws, D. R. (Ed.). (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford.
- Laws, D. R., Hudson, S.M., & Ward, T. (2000). The original model of Relapse Prevention with sex offenders: Promises unfulfilled. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp. 3-24). Newbury Park, CA: Sage.
- Loza, W., & Dhaliwal G.K. (2005). Predicting Violence among forensic-correctional populations: The past 2 decades of advancements and future endeavors. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (2), 188-194.
- Marshall, W. L. (1994). Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. *Behavior Research and Therapy*, 32(5), 559-564.
- Marshall, W.L., Laws, D.R., & Barbaree, H.E. (1990). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum Press.
- Marshall, W.L., Serran, G. A., Fernandez, Y. M., Mulloy, R., Mann, R. E., & Thornton, D. (2003). Therapist characteristics in the treatment of sexual offenders: Tentative data on their relationship with indices of behaviour change. *Journal of Sexual Aggression*, 9, 25-30.
- Marshall, W.L., Serran, G. A., Moulden, H., Mulloy, R., Fernandez, Y. M., Mann, R. E., & Thornton, D. (2002). Therapist features in sexual offender treatment: Their reliable identification and influence on behaviour change. *Clinical Psychological and Psychotherapy*, 9 (6), 395-405.
- Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Serran, G. A., Mulloy, R., Thornton, D., Mann, R. E., & Anderson, D. (2003). Process variables in the treatment of sexual offenders: A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, 8 (2), 205-234.
- Marshall, W.L. (2007). Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 16-35.
- Merzagora, I., (1986). *L'incesto: Aggressori e vittime, diagnosi e terapia*. Milano: Giuffrè.
- McGuire, J. (2000). Explanations of criminal behavior. In J. McGuire, T. Mason and A. O'Kane (Eds.), *Behavior, Crime and Legal Processes: a Guide for Legal Practitioners* (pp. 135-159). Chichester: John Wiley & Sons.
- Palmucci, V. (2008). Sex Offender: riflessioni sul senso della pena. Retrieved June, 20, 2008 from <http://aresitalia.wordpress.com>
- Purvis, M., Ward, T., Willis, G. (2011). The Good Lives Model in Practice: Offence Pathways and Case Management. *European Journal of Probation*, 3 (2), 4-28.
- Quinsey, V. L. (1986). Men who have sex with children. In D. N. Weisstub (Ed.), *Law and mental health: International perspectives*, 2, (pp. 140-172). New York: Pergamon.
- Robertello, G., Terry, K.J. (2007). Can we profile sex offender? A review of sex offender typologies. *Aggression and Violent Behaviour*, 12 (5), 508-518.
- Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, A.E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1289-1316.
- Saunders, D.G. (1992). Woman battering. In R. T. Ammerman, M. Hersen (eds), *Assessment of family violence: A clinical and legal sourcebook* (pp. 208-235). New York: Wiley.
- Saunders, D.G., & Browne, A. (2000). Intimate partner homicide. In R. T. Ammerman, M. Hersen (eds), *Case studies in family violence* (pp. 415-449). New York: Kluwer.
- Schneider S., & Wright, R.C. (2004). Understanding Denial In Sexual Offenders A Review of Cognitive and Motivational Processes to Avoid Responsibility. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5, (1), 3-20.
- Schlack, A.M., & Shaw, T. (1996). Treating sexual offenders who deny their guilt: A pilot study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8 (1), 17-23.
- Schlack, A. M., & Shaw, T. (1997). Treating sexual offenders who deny: A review. In B. K. Schwartz, & H. R. Cellini (Eds.), *The sex offender: New insights, treatment innovations and legal developments* (Vol. 2, pp. 6-1-6-7). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Schumacher, J.A., Feldbau-Kohn, S., Slep, A. M. S., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for male-to female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6 (2-3), 281-352.
- Skeem, J. L., & Mulvey, E. (2001). Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: Results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 358-374.
- Sonkin, D.J. (1987). The assessment of court-mandated male batterers. In D.J. Sonkin (ed.), *Domestic violence on trial: Psychological*

- and legal dimensions of family violence* (pp. 174-196). New York: Springer.
- Stuart, E.P., & Campbell J.C. (1989). Assessment of patterns of dangerousness with battered women. *Issues in Mental Health Nursing*, 10 (3-4), 245-260.
- Tolman, R. M., & Bennett, L.A.W. (1990). A review of research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence*, 5 (1), 87-118.
- Tofte, S. (2007). No easy answers. *Human Rights Watch*, 19 (4G), 1-146.
- Volpini, L., Mannello, T., De Leo, G. (2008). La valutazione del rischio di recidiva da parte degli autori di reato: una proposta. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1, 149-151.
- Walzer, M. (1989). Citizenship. In T. Ball, J. Farr & R. L. Hanson (eds), *Political Innovation and Conceptual Change* (pp. 211-219). New York: Cambridge University Press.
- Ward, T., & Brown, M. (2003) The Risk-Need Model of Offender Rehabilitation: A Critical Analysis. In Ward, T., Laws, D. R., & Hudson, S. H. (Eds.), *Sexual deviance: Issues and controversies* (pp.338-353). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10 (3), 243-257.
- Ward, T., & Hudson, S., M. (2000). A self-regulation model or relapse prevention. In D.R. Laws, S.M. Hudson, and T.Ward, *Re-making relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp. 79-101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ward, T., & Gannon, T. (2006). Rehabilitation, Etiology, and Self-Regulation: The Comprehensive Good Lives Model of Treatment for Sexual Offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77-94.
- Ward, T., & Marshall, W. L. (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression*, 10 (2), 153-169.
- Ward, T., Mann, R.,E., & Gannon, T., A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12 (1), 87-107.
- Ward, T., & Maruna, S., (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk assessment paradigm*. London, UK: Routledge.
- Ward, T., Stewart, C., A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (4), 353-360.
- Webster C.D., Dickens B.M., & Addario S. (1985). *Constructing dangerousness: Scientific, legal and policy implications*. Toronto: University of Toronto, Centre of Criminology.