

TERAPIA DI BLOCCO ANDROGENICO E VIOLENZA DI GENERE

Antonio Aversa

Professore Ordinario di Endocrinologia

Dip.to Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Catanzaro Magna Graecia

La violenza sessuale è un problema di salute pubblica mondiale che ha un profondo impatto sul benessere fisico, emotivo, mentale e sociale delle vittime. L'offesa sessuale è un costrutto giuridico che si sovrappone, ma non è necessariamente congruente con i correlati clinici riguardanti i disturbi di preferenza sessuale come descritta nell'ICD-10 o con le parafilie come descritte nel DSM-V. La maggior parte, ma non tutti, i reati sessuali sono disturbi correlabili alle preferenze sessuali; c'è da dire, inoltre, che la maggior parte, ma non tutti, i disturbi delle preferenze sessuali possono comportare reati sessuali. La reale prevalenza dei reati sessuali non è nota. I reati sessuali rappresentano solo l'1% dei crimini registrati in Inghilterra e Galles. Negli Stati Uniti, il 9,7% dei detenuti ha precedenti di reati sessuali, con una percentuale del 13,3% segnalata anche in Australia. Queste cifre sono simili al 10% riportato nei dati registrati da ospedali ad alta e media sicurezza nel Regno Unito. Tali dati rappresentano significative sottostime della portata del problema, in quanto sappiamo che molti reati sessuali non vengono denunciati o, se lo vengono, spesso le accuse vengono spesso successivamente ritratte. La percentuale reale di criminali in custodia potrebbe essere solo lo 0,7% della totalità responsabile di reati di violenza. I risultati di un recente studio mostrano che, in generale, donne e uomini condividono una percezione non così divergente degli autori di reati sessuali. Il sesso, quindi, non rappresenta una variabile rilevante nel prevedere la percezione degli autori di reati sessuali, suggerendo che altre variabili legate al genere, come il sessismo, sono molto più rilevanti nella spiegazione di queste credenze.

Piuttosto, altre variabili attitudinali e personali, ad es. sessismo ambivalente, punitività generale e capacità di riconoscere la violenza, rappresentano dei predittori più forti e più affidabili delle percezioni che la comunità ha nei confronti degli autori di reati sessuali rispetto a quelli sociodemografici. Sondaggi e revisioni mostrano un'elevata incidenza di vittimizzazione, così come alti livelli di morbilità psichiatrica e l'intervento psicologico rimane un fondamento per la assistenza verso questi crimini. L'obiettivo degli interventi psicologici è, in generale, modificare il comportamento sessuale dell'autore del reato lasciando la libido

intatta, incoraggiando al contempo il passaggio dall'attività sessuale non consensuale a quella consensuale, con partner di età (legale) adeguata. Al contrario, molti (anche se non tutti) gli interventi farmacologici antilibidici, vengono somministrati per diminuire o abolire del tutto il desiderio e la capacità sessuale, sia temporaneamente (per fornire una “finestra” in cui possono essere tentati trattamenti psicologici) che permanentemente. Infine gli interventi chirurgici antilibidici, come l'orchietomia o l'orchietomia (castrazione maschile) o la neurochirurgia, vengono richiesti solamente in casi estremi.

I farmaci antilibidici rientrano sostanzialmente in due categorie, vale a dire quei farmaci ormonali che hanno un effetto di soppressione del testosterone e farmaci non ormonali che influenzano la libido attraverso altri meccanismi. Le tre classi principali di farmaci soppressori del testosterone utilizzati oggi includono progestinici, antiandrogeni e analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRH-a). I farmaci soppressori del testosterone comunemente usati includono medrossiprogesterone acetato (MPA), ciproterone acetato (CPA), triptorelina e goserelina (GnRH-a), questi ultimi dotati della maggiore efficacia e sicurezza. Farmaci non ormonali che influenzano la libido con mezzi diversi dalla soppressione del testosterone includono gli antidepressivi serotoninergici (SSRI), associati a riduzione della libido e ritardo dell'orgasmo nel 60%-70% delle persone che li assumevano; e gli antipsicotici maggiori (Benperidolo, Clorpromazina) con azione prevalentemente antidopaminergica ed antiadrenergica.

Recentemente, un importante studio di revisione metanalitica è stato inteso a valutare gli effetti degli interventi farmacologici sul target di comportamento sessuale per le persone che condannate ovvero a rischio di reati sessuali. Sono stati reperiti solo sette piccoli studi (tutti pubblicati più di 20 anni fa) che hanno esaminato gli effetti di un numero limitato di farmaci. Gli investigatori hanno segnalato problemi relativi all'accettazione e all'aderenza al trattamento. Non sono stati reperiti studi sui nuovi farmaci attualmente in uso, in particolare SSRI o GnRH-a. Sebbene ci siano stati alcuni risultati incoraggianti in questa revisione, le limitazioni non consentono di trarre conclusioni definitive riguardo all'intervento farmacologico come intervento efficace standard per ridurre i reati sessuali. La tollerabilità, anche dei farmaci soppressori del testosterone, è risultata essere incerta dato che tutti gli studi erano piccoli (e quindi sottodimensionati per valutare gli effetti avversi) e di durata limitata, il che non è coerente con l'attuale pratica clinica di routine. Ulteriori ricerche sono necessarie prima che venga dimostrato che la loro somministrazione riduce la recidiva sessuale e che viene



mantenuta la tollerabilità. È preoccupante il fatto che, nonostante il trattamento sia obbligatorio per la giurisprudenza di numerosi stati, le prove dell'efficacia degli interventi farmacologici siano così scarse e che nessuno studio clinico controllato sembri essere stato pubblicato negli ultimi due decenni. Nuovi studi dovrebbero essere intrapresi con campioni di dimensioni più ampie, di durata più lunga, che valutino farmaci più recenti e con risultati stratificati in base alla categoria degli autori di reati sessuali. È importante che vengano raccolti dati sulle caratteristiche di coloro che rifiutano e di coloro che abbandonano rispetto a coloro che completano il trattamento.

Bibliografia essenziale

Eastman N, Adshead G, Fox S, Latham R, Whyte S. Forensic Psychiatry (Oxford Specialist Handbooks in Psychiatry). Oxford: Oxford University Press (OSH Psychiatry), 2012.

Gelb K. Recidivism of sex offenders research paper. [http:// goo.gl/uGmOr](http://goo.gl/uGmOr).

Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Dennis JA, Duggan C. Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD007989.

Leon, C.M.; Rollero, C. The role of ambivalent sexism, punitiveness, and ability to recognize violence in the perception of sex offenders: a gender-perspective analysis. *Sexes* 2021, 2, 495-508. <https://doi.org/10.3390/sexes2040039>