

Traumi infantili, intelligenza emotiva e regolazione delle emozioni in un campione di autori di reati sessuali

Adverse childhood experiences, emotional intelligence and difficulties in emotion regulation in a sample of italian sex offenders

Marcello Paltrinieri | Maura Garombo | Ilaria Stanzione
Maria Teresa Molo | Carlo Rosso

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: Paltrinieri M. et al. (2022). Adverse childhood experiences, emotional intelligence and difficulties in emotion regulation in a sample of italian sex offenders. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVI, 1, 57-65.
<https://doi.org/10.7347/RIC-012022-p57>

Corresponding Author: Marcello Paltrinieri
email: paltrinieri.marcello@gmail.com

Copyright: © 2022 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

Received: 26.10.2020
Accepted: 28.07.2021
Published: 31.03.2021

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-012022-p57](https://doi.org/10.7347/RIC-012022-p57)

Abstract

The aim of the following study is to examine in the Italian context, the prevalence of adverse childhood experience in a sample of detainee sexual offenders, and their correlation with risk of recidivism, emotional intelligence and emotion regulation. The sample is composed by 32 inmates. For the study the following instruments were used: ACE, DERS-16, TMMS and RM2000.

The results show high presence of childhood traumas between sex offenders, and a strong correlation between adverse experiences and a higher risk of recidivism, a lower emotional intelligence and more difficulties in the regulation of bad emotions. Clinical consideration about treatment of sex offender are discussed.

Keywords: sex offender, childhood trauma, emotion regulation, emotional intelligence, recidivism.

Riassunto

L'obiettivo del presente studio è quello di analizzare nel contesto italiano, la prevalenza di traumi infantili in un campione di autori di reati sessuali e indagare quale relazione intercorra tra i pregressi traumi infantili, il rischio di recidiva, l'intelligenza emotiva e la regolazione delle emozioni.

Il campione è costituito da 32 soggetti detenuti. Per le rilevazioni sono stati usati i seguenti strumenti: ACE, DERS-16, TMMS e RM2000. Le analisi statistiche mostrano una significativa presenza di traumi infantili e evidenziano una forte correlazione tra questi, il rischio di recidiva, l'intelligenza emotiva e la capacità di gestione delle emozioni negative. Infine, sono discusse alcune implicazioni relative al trattamento conseguenti ai risultati ottenuti.

Parole chiave: aggressione sessuale, trauma infantile, regolazione emotiva, intelligenza emotiva, recidiva.

Marcello Paltrinieri, S.I.S.P.Se o.n.l.u.s (Italian Society of Sexual Psychopathology), Società Italiana di Sessuologia clinica e psicopatologia sessuale. Sezione Speciale della Società italiana di Psichiatria | **Maura Garombo**, S.I.S.P.Se o.n.l.u.s (Italian Society of Sexual Psychopathology), Società Italiana di Sessuologia clinica e psicopatologia sessuale. Sezione Speciale della Società italiana di Psichiatria | **Ilaria Stanzione**, S.I.S.P.Se o.n.l.u.s (Italian Society of Sexual Psychopathology), Società Italiana di Sessuologia clinica e psicopatologia sessuale. Sezione Speciale della Società italiana di Psichiatria | **Maria Teresa Molo**, Fondazione Carlo Molo o.n.l.u.s. (Carlo Molo Foundation Onlus) | **Carlo Rosso**, S.I.S.P.Se o.n.l.u.s (Italian Society of Sexual Psychopathology), Società Italiana di Sessuologia clinica e psicopatologia sessuale. Sezione Speciale della Società italiana di Psichiatria

Traumi infantili, intelligenza emotiva e regolazione delle emozioni in un campione di autori di reati sessuali

Introduzione

Il recidivismo è quel processo di reiterazione e continuità criminale nel corso della vita, che implica la commissione di un illecito penale a seguito di precedenti condanne per reati della stessa natura o di natura diversa. La gestione della ricaduta è fondamentale sia da un punto di vista psicologico-individuale, che sociale, in quanto intervenire subito quando il comportamento delinquenziale emerge, evita i processi di escalation e aggravamento in una carriera criminale che può divenire persistente e permette di prevenire i relativi costi individuali e sociali.

Alcune ricerche mostrano come gli autori di reati sessuali siano più inclini, rispetto ad altri gruppi di criminali, a rispondere allo stress attivando fantasie sessuali e mettendo in atto comportamenti sessuali; tutto ciò determina un aumento del rischio di recidiva (Hanson, & Bussiere, 1998).

Inoltre, la valutazione del rischio di recidiva ha messo in luce alcune divergenze tra il rischio degli autori di crimini violenti non sessuali e gli autori di crimini sessuali. Questo è dovuto dal fatto che, chi commette reati di natura sessuale, al contrario degli autori di reati di altra natura, mostra spesso un grado elevato di devianza sessuale, fattore considerato tra i più forti predittori di recidiva (Hanson, & Morton-Bourgon, 2005; Rosso, Garombo, & Furlan, 2010).

Per questa ragione in diversi paesi si sono strutturati programmi di trattamento specifici rivolti agli autori di reati sessuali che mirano alla riduzione del rischio di recidiva. Inizialmente, negli Stati Uniti si è elaborato il modello "Relapse Prevention" (Yates, 2013) e in Canada il modello "Risk-Need-Responsivity" (RNR; Andrews, Bonta, & Hoge, 1990) dai quali si sono sviluppati la maggior parte degli attuali trattamenti in ambito internazionale (Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009).

I programmi di trattamento degli autori di reato che mirano alla riduzione del rischio di recidiva cercano di agire direttamente sui bisogni criminogenici, ossia quei fattori di rischio collegati direttamente al comportamento antisociale e alla sua reiterazione. Essi possono riguardare sia l'individuo che il contesto in cui vive. Tali fattori criminogenici, se appropriatamente identificati, contribuiscono a dirigere il trattamento in modo efficace così da produrre cambiamenti nei livelli di rischio di recidiva, nella funzionalità della persona e nel suo ri-adattamento sociale.

Il modello RNR è il primo che ha messo in luce l'importanza della definizione e del trattamento dei fattori criminogenici. I tre principi generali per l'efficacia della riabilitazione degli autori di reati sessuali descritti da Andrew, Bonta e Hoge (1990) sono:

1. Risk: indica la necessità di valutare il rischio di recidiva del soggetto (tramite un protocollo di valutazione) e oggettivarlo così che si possano tarare i programmi di trattamento al livello di rischio evidenziato;
2. Need: necessità di focalizzare il trattamento specificatamente sui fattori che influenzano direttamente il rischio di recidiva, ossia i bisogni criminogenici, funzionalmente collegati al comportamento criminale;
3. Responsivity: durante il percorso di trattamento bisogna tenere conto dello stile e delle modalità d'apprendimento dei soggetti che partecipano al percorso per adattare le tecniche di intervento, al fine di garantire il massimo della capacità di assimilazione e di cambiamento dei soggetti.

A questo modello si sono aggregati, in modo complementare, altri modelli di trattamento. Attualmente, il Good Lives Model (GLM; Ward & Gannon, 2006; Andrews, Bonta, & Wormith, 2011) è stato integrato nella maggioranza dei progetti di trattamento. Il GLM amplia il modello RNR aggiungendo l'obiettivo trattamentale di sviluppare il benessere e le possibilità di realizzazione personale per garantire la riduzione del rischio attraverso un migliore inserimento sociale. Esso prende in considerazione non solo i bisogni criminogenici, ma altri aspetti quali, l'ansia o le esperienze di vittimizzazione, che, quando trattate, permettono di aumentare la *compliance* al trattamento e sviluppare maggiori competenze relazionali (Willis, Ward, & Levenson, 2014).

L'obiettivo fondamentale della riabilitazione diventa quindi duplice; da un lato la necessità di gestire i fattori criminogenici, dall'altra quello di promuovere lo sviluppo personale e il raggiungimento dei bisogni umani primari (Yates & Prescott, 2011).

Attualmente, anche l'approccio Trauma-Informed Care (TIC; Levenson, Willis, & Prescott, 2016) viene integrato in molti percorsi trattamentali. Il TIC è un approccio organizzativo, utile per riconoscere e studiare l'impatto e le conseguenze dei traumi nelle differenti popolazioni cliniche. È un approccio universale progettato per essere efficace sia sulla prevenzione che sulla riabilitazione. Esso mira a gestire i comportamenti problematici sottesi alle esperienze traumatiche quando queste sono attivate da stimoli ambientali o soggettivi, dalla percezione del pericolo e dalla correlata attivazione neurobiologica (Huckshorn, & LeBel, 2013).

Nella popolazione carceraria si riscontra un'alta presenza di esperienze traumatiche infantili, quali vittimizzazione, trascuratezza, abuso fisico, verbale e sessuale (Levenson, Willis, & Prescott, 2016; Reavis, Looman, Franco, & Rojas, 2013). Alcuni studi hanno rilevato che

l'abuso infantile e la trascuratezza siano fattori di predizione per la commissione futura di reati di natura sessuale (Jennings, Zgoba, Maschi, & Reingle, 2014; Bolder, Levenson, & Grady 2016). Conferme in tale direzione arrivano anche dal versante neurobiologico che ha esplorato la correlazione tra le esperienze traumatiche infantili e l'attaccamento, dimostrando che le prime possano produrre modifiche nella struttura neurobiologica di specifiche aree cerebrali che regolano il futuro comportamento d'attaccamento (Beech, & Mitchell, 2005).

Numerosi studi sperimentali dimostrano che l'esposizione ad un trauma, in particolare nei primi anni di vita, provoca un'alterazione fondamentale nei processi di regolazione emotiva (Tottenham et al., 2010). Un'esperienza traumatica precoce rappresenta uno dei più rilevanti fattori di rischio per lo sviluppo di alterazioni sia nel processamento, sia nella regolazione delle emozioni, nell'arco dei primi due decenni di vita (Etkin, & Wager, 2007). Tale correlazione è stata sostenuta anche da uno studio condotto da Van Der Kolk (1966), in cui si asserisce che il trauma influenzerebbe negativamente l'organizzazione della personalità, in particolare determinando una minore possibilità di attivare strategie efficaci di regolazione emotiva (Bouton, Mineka & Barlow, 2001). Tali evidenze trovano supporto anche a livello neuroscientifico (per una review sul tema si veda Pechtel e Pizzagalli, 2011; Martin, Etkin, Marusak & Thomason, 2015; McCarthy-Jones, et al., 2018).

Per tali ragioni risulterebbe importante comprendere quali siano le conseguenze dei traumi infantili, per poterne definire l'impatto sulla commissione di reato e indicare se il trattamento puntuale dei traumi debba quindi essere considerato in tutti i programmi di riduzione del rischio di recidiva. Questo studio si prefigge di rilevare il progresso profilo traumatico nel campione preso in esame, valutare l'intelligenza emotiva e la competenza nella regolazione delle emozioni negative confrontandola con la popolazione di riferimento e verificare se la presenza di traumi possa essere considerata predittiva di un rischio di recidiva futura.

Metodo

La ricerca è stata condotta nella Sezione Speciale per reati sessuali presente presso la Casa Circondariale di Vercelli. La Sezione ospita circa 50 detenuti di cui 50% di nazionalità italiana e il restante 50% soggetti provenienti da altri paesi. Sono stati esclusi tutti coloro che avevano un'insufficiente comprensione della lingua italiana. Ai restanti detenuti interessati a partecipare allo studio è stata fornita la seguente batteria di test autosomministrati: "Adverse childhood experience questionnaire, ACE"; "Trait Meta-Mood Scale, TMMS"; "Difficulties Emotion Regulation Scale Brief Version, DERS-16". Per ognuno dei partecipanti si è visionata la sentenza passata in giudicato per la compilazione del "RiskMatrix2000, RM2000). Per tutta la durata della esecuzione dei test un rilevatore è stato disponibile per chiarire eventuali dubbi e difficoltà nella

comprensione degli item dei test autosomministrati. Il periodo di rilevazione è durato 6 mesi.

Partecipanti

Nell'arco temporale in cui è avvenuto il reclutamento hanno aderito alla ricerca 37 soggetti. Durante le analisi statistiche 5 soggetti sono stati esclusi per incompletezza nella compilazione dei test. I restanti 32 partecipanti avevano, al momento della somministrazione dei test, un'età media di 44 anni (sd=13,9) con range che andava da un min=23 ad un max=68.

Il campione di controllo ad hoc è stato estratto dai campioni di riferimento considerando il campionamento per range d'età di 10 anni (20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69).

Strumenti

Come citato in precedenza, gli strumenti utilizzati sono stati i seguenti:

Difficulties Emotion Regulation Scale Brief Version (DERS-16; Bjureberg, et al., 2016). La versione originale della DERS (Gratz & Roemer, 2004) comprende 36 item che valutano le difficoltà di rilevanza clinica nella regolazione delle emozioni negative. Per agevolare la compilazione si è scelto di utilizzare la forma breve (16 items) che ha buone proprietà psicometriche (Bjureberg, et al., 2016). La DERS è un questionario self-report sviluppato sulla base di un modello teorico della regolazione emotiva integrato ed esaustivo. Esso permette di ottenere misurazioni sulla presenza di difficoltà nella consapevolezza e nella comprensione delle emozioni, nell'accettazione di esse, nella capacità di controllare le proprie condotte e di usare strategie il più flessibili possibile di regolazione emotiva (Sighinolfi, Pala, Marchetti & Sica, 2010). Sia la versione completa che quella breve contengono sei scale: (1) *NON ACCEPTANCE* costituita da item che riflettono la tendenza a provare emozioni secondarie negative in risposta alle proprie emozioni negative o ad avere atteggiamenti di non accettazione rispetto ad un disagio personale; (2) *GOALS* comprende tutti gli item che indagano le difficoltà nel concentrarsi e nell'eseguire un compito mentre si provano emozioni negative; (3) *IMPULSE* rileva la difficoltà nel mantenere il controllo del proprio comportamento quando si esperiscono emozioni negative; (4) *AWARENESS* contiene item che si focalizzano sulla tendenza a prestare attenzione alle emozioni e la relativa capacità di riconoscerle; (5) *STRATEGIES* riflette la credenza secondo cui sia particolarmente difficoltoso regolare efficacemente le emozioni una volta che queste si sono manifestate; (6) *CLARITY* si riferisce alla capacità di riconoscere e discriminare con chiarezza le emozioni, nel momento in cui le si sta sperimentando.

La Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Giromini, et al., 2017b) è un self report che permette di valutare le cre-

denze e le capacità percepite che concernono l'attenzione attribuita alle emozioni, le capacità del soggetto di discriminarle e regolarle. L'obiettivo del questionario è identificare gli aspetti principali dell'intelligenza emotiva. La scala evidenzia tre fattori: (1) *ATTENTION TO FEELINGS*: indica la tendenza a riconoscere i propri stati emotivi e tenerli in considerazione; (2) *CLARITY OF FEELINGS*: si riferisce alla capacità di riconoscere e discriminare tra le differenti emozioni riconoscendone l'esperienza interiore e le conseguenze comportamentali; (3) *MOOD REPAIR*: indica la capacità di regolare gli stati emotivi per adattarsi meglio alle diverse situazioni (Salovey, Goldman, Turvey, Palfai, 2005).

Risk Matrix 2000 (RM2000; Thornton, 2005) è uno strumento per la classificazione del rischio di recidiva statico per autori di reati sessuali. La Società Italiana di Sessuologia e Psicopatologia Sessuale (S.I.S.P.Se) ha tradotto e realizzato la validazione di questo strumento su un campione di autori di reati sessuali italiani con sentenza definitiva (Garombo, Rosso, et al., 2016). Attualmente il RM2000 è l'unico strumento per la valutazione del rischio di recidiva statico, ossia il rischio di recidiva determinato dalla storia delinquenziale del soggetto preso in esame, validato in Italia. La scala psicometrica è applicabile a soggetti maschi di almeno 18 anni, condannati con sentenza definitiva per uno o più crimini sessuali, di cui almeno uno commesso dopo i 16 anni di età. Essa fornisce un indicatore di base del livello di rischio di recidiva statico. Il suddetto strumento è composto da 3 scale: (1) *RMS*: indaga il rischio di recidiva sessuale; (2) *RMV*: indaga il rischio di recidiva violento non sessuale; (3) *RMC*: combinazione delle precedenti scale ed esprime il livello di rischio di recidiva complessivo.

L'Adverse Childhood Experience Questionnaire (ACE; Felitti, et al., 1998) è un questionario self report composto da 10 item che indagano le esperienze traumatiche vissute all'interno del contesto familiare prima dei 18 anni di età. Questo strumento considera traumatiche le esperienze di: (1) Abuso fisico ricorrente (Esempio: *Un genitore o un altro adulto della tua famiglia ti ha spesso o molto spesso: Spinto, afferrato, schiaffeggiato o tirato qualcosa addosso Oppure Colpito/a così forte da lasciarti segni o lesioni?*); (2) Abuso psicologico ricorrente; (3) Abuso sessuale; (4) Presenza nel nucleo familiare di un soggetto dipendente da alcol o da sostanze; (5) Presenza di un soggetto nel nucleo familiare incriminato per un reato; (6) Presenza di un soggetto affetto da un disturbo depressivo all'interno del nucleo familiare o altri disturbi mentali conclamati, istituzionalizzato o a rischio suicidario; (7) Presenza di un genitore trattato in modo violento; (8) Presenza di un solo genitore o nessun genitore (Esempio: *I tuoi genitori si sono separati o hanno divorziato?*); (9) Trascuratezza fisica; (10) Trascuratezza emozionale diretta o tra i propri genitori (Esempio: *Hai spesso o molto spesso avuto la sensazione che: Nessuno della tua famiglia ti abbia amato o ti consideri speciale o importante? Oppure, I membri della tua famiglia non si prestino attenzione l'un l'altro, non si sentano vicini gli uni agli altri o non si sostengano a vicenda?*).

Analisi statistiche

Tutti i dati raccolti sono stati codificati per garantire l'anonimato e le analisi statistiche sono state condotte attraverso il software SPSS 24. Sono state condotte le analisi descrittive dei diversi test. Per l'ACE si sono considerate le frequenze di risposte, la mediana del numero di eventi traumatici indicati.

Si è valutata la media dei risultati dei questionari DERS-16 e TMMS. Tali medie sono state messe a confronto (tramite T test) con due campioni di riferimento costituiti attraverso l'estrazione randomizzata di un numero corrispondente di soggetti, appaiati per sesso ed età, da campioni normativi utilizzati negli studi di validazione di Giromini, Colombarolli, Brusadelli, & Zennaro (2017b) per il TMMS, e Giromini, Ales, De Campora, Zennaro, & Pignolo (2017a) per la DERS-16. Poiché lo studio sulla DERS utilizzava la versione a 36 item prima di confrontare i dati con quelli raccolti dalla nostra versione sono stati ricalcolati i risultati estraendo i valori come se fossero stati utilizzati solo i 16 item presenti nella versione breve del test. Non è stato possibile confrontare i dati sull'ACE con un campione di riferimento italiano poiché non presente al momento dello studio.

Successivamente si sono calcolati i coefficienti di correlazione lineare (con q di Person e test non parametrici) tra gli strumenti utilizzati. Data la correlazione evidenziata tra il valore del RM2000 e il numero di traumi subiti si è voluto indagare anche le correlazioni parziali inserendo come fattori la DERS-16 e il TMMS.

Risultati

Esperienze traumatiche infantili

I risultati ottenuti mostrano che i soggetti appartenenti al campione hanno vissuto in media due esperienze traumatiche nella loro infanzia. Tredici soggetti (40,6% del campione) non hanno riportato nessuna esperienza traumatica (ACE_TOTAL=0), 5 soggetti (15,6% del campione) hanno riportato una singola esperienza traumatica in età infantile, mentre 14 soggetti (43,8% del campione) hanno riportato da 2 a 8 esperienze traumatiche durante l'infanzia. Le esperienze traumatiche riportate con maggior frequenza sono state: "abuso fisico ricorrente" (14 soggetti, 43,8% del campione), seguito da "trascuratezza emotiva" e "l'aver vissuto in una famiglia con i genitori separati" (12 soggetti, 32,4% del campione).

DERS-16, Difficulties Emotion Regulation Scale Brief Version

Per quanto riguarda la DERS-16, applicata nel campione in studio, è stato riscontrato un punteggio medio pari a 31,27, in un range compreso tra 16 e 53 e con una deviazione standard pari a 9,11. Nel campione di controllo è stato, invece, riscontrato un punteggio medio di 33,31 in un range compreso tra 16 e 69 e con una deviazione stan-

dard pari a 11,85. Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due campioni che sono risultati differire solo per quanto riguarda le sotto-scale

DERS_Nonacceptance ($\alpha < 0,05$ $q = 0,017$) e DERS_Impulse ($\alpha < 0,05$ $q = 0,050$) (tab.1).

	Normative DERS- 16				
	M	SD	M	SD	t(62)
DERS-16	29.5	8.1	33.3	11.8	-1.51
DERS_Clarity	3.6	1.8	3.9	1.9	-0.69
DERS_Goals	7	2.9	7.3	3.1	-0.42
DERS_Impulse	4.6	2	5.8	2.7	-2.01*
DERS_Nonacceptance	5.4	1.8	6.7	2.2	-2.45*
DERS_Strategies	8.8	2.7	9.6	4.4	-0.85
* Statisticamente significativo per $p < 0,05$					

Table 1: Confronto tra campione di riferimento e campione clinico sulle medie dei punteggi ottenuti alla DERS-16

TMMS, Trait Meta-Mood Scale

I risultati al TMMS riportano un valore medio pari a 111,90, in un range compreso tra 85 e 141 e con una deviazione standard pari a 15,25. Sulla scala totale non è stata riscontrata nessuna differenza con il campione di

controllo (n=108,92, min=89 max=108,92, d.s.=11,79). Soltanto nella sottoscala TMMS_Repair è stata evidenziata una differenza statisticamente significativa ($\alpha < 0,001$ $q = 0,001$) (tab.2).

	Normative TMMS				
	M	SD	M	SD	t(62)
TMMS-Total	111.9	15.2	108.9	11.8	0.88
TMMS_Attention	45.9	6.6	48.2	6.7	-1.40
TMMS_Clarity	41.8	7.9	39.7	5.1	1.27
TMMS_Repair	24.2	3.9	21.1	3.7	3.38**
** Statisticamente significativo per $p < 0,01$					

Table 2: Confronto tra campione di riferimento e campione clinico sulle medie dei punteggi ottenuti alla TMMS

Correlazioni tra strumenti

L'analisi delle correlazioni tra strumenti ha registrato correlazioni statisticamente significative solo con lo strumento ACE. Con la DERS-16 si è riscontrata una correlazione forte con di Person di 0.503 con $\alpha < 0,01$. Con la TMMS si evidenzia una correlazione media con di Person di -0.386 con $\alpha < 0,05$. Con il rischio di recidiva, calcolato con il RM2000, una relazione media con q di Person di 0.415 con $\alpha < 0,05$. Le analisi statistiche non hanno mostrato ulteriori correlazioni (tab.3). Sono state

effettuate anche le analisi con gli indici non parametrici che hanno confermato i risultati ottenuti.

Infine, si sono effettuate le correlazioni parziali utilizzando come variabili intervenienti TMMS e DERS nella relazione tra ACE e RM2000. I risultati mostrano che la DERS_Total influisce in modo forte nella relazione tra ACE e Risk Matrix poiché la correlazione decade ($q = 0.301$ per $\alpha < 0,09$) mentre inserendo la variabile TMMS_Total la correlazione non subisce modifiche statisticamente significative ($q = 0.371$ per $\alpha < 0,04$).

	Ace Total	DERS Total	TMMS Total
Ace Total	1		
DERS Total	0.503**	1	
TMMS Total	-0.386*	-0.281	1
RISK Total	0.415*	0.321	-0,207
** Statisticamente significativo per $p < 0,01$			
* Statisticamente significativo per $p < 0,05$			

Table 3: Correlazioni tra strumenti

Discussione

Questo studio ha inteso valutare la presenza di esperienze traumatiche infantili, indagate retrospettivamente, di un campione di 32 autori di reati sessuali detenuti presso la Sezione Speciale della Casa Circondariale di Vercelli con l'obiettivo di evidenziare correlazioni con il rischio di recidiva e con alcuni tratti di personalità. Nello specifico, sono stati indagati l'intelligenza emotiva attraverso il TMMS e la capacità di gestione delle emozioni negative attraverso la DERS-16.

I risultati ottenuti evidenziano come le esperienze traumatiche vissute nell'infanzia rappresentino un background comune tra gli autori di reati sessuali. Il numero di esperienze traumatiche infantili riportate da questa popolazione risulta essere molto elevato. La maggior parte del campione (59,4%) ha riportato di aver subito esperienze traumatiche prima dei 18 anni. Di questi il 73,9% ha riportato di aver subito almeno due tipologie di esperienze avverse. Le esperienze più riportate sono state l'abuso fisico, l'aver vissuto il divorzio o la separazione dei propri genitori e l'aver vissuto in una situazione di trascuratezza emotiva.

In letteratura è risaputo come aver subito esperienze avverse in età infantile abbia conseguenze per la salute e influenzi il costituirsi della personalità (Grady, Levenson & Bolder, 2016). In linea con queste osservazioni, nel nostro campione è emerso che a livello statistico il numero di traumi subiti nell'infanzia correlava sia con una minore intelligenza emotiva, sia con una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni negative.

Tuttavia, né il TMMS né la DERS-16, nei loro punteggi totali, hanno mostrato differenze significative rispetto al campione di controllo. Anche i risultati ottenuti per quanto riguarda le sotto scale dei due strumenti hanno mostrato delle controtendenze. La sotto scala Repair del TMMS, che indica la capacità di regolare i propri stati emotivi per meglio adattarsi al contesto risulta essere superiore al campione di controllo, così come le sotto scale della DERS-16 "Non Acceptance" e "Impulse" mantengono la stessa tendenza. Questi risultati potrebbero così spiegarsi: per primo è da sottolineare che i campioni di confronto della TMMS e della DERS-16 sono stati sele-

zionati dai campioni di validazione e, per quanto la selezione randomizzata garantisca la costruzione di campioni di controllo validi, non è stato possibile costruire un campione di controllo ad hoc sul quale misurare le esperienze traumatiche infantili per poterne confrontare i profili in modo completo ed esaustivo anche nei loro aspetti di correlazione con l'intelligenza emotiva e la difficoltà nelle relazioni negative.

In secondo luogo, è possibile che in questo determinato campione non siano presenti carenze per quanto riguarda l'intelligenza emotiva e la regolazione delle emozioni negative. La letteratura scientifica sottolinea come in determinati sottoinsiemi della popolazione dei sex offender, caratterizzati da tratti o disturbo psicopatico (Garofalo, Neumann, & Velotti, 2018) o da tratti di aggressività marcata (Garofalo, & Velotti, 2017) e nei giovani offender (Moriarty, et al. 2001) le capacità emotive risultino tendenzialmente minori rispetto alla popolazione generale. Tuttavia, è anche risaputo che questo aspetto non sia comune a tutta la popolazione sex offender (Polaschek, & Ward, 2002) e viene anche sottolineato che, anche per tale motivo, il focus di trattamento dovrebbe essere la regolazione delle emozioni (Day, 2009), piuttosto che lo sviluppo di intelligenza emotiva o della capacità di discriminazione delle emozioni.

Facendo riferimento ai fattori esplorati nella presente ricerca, sarebbe interessante approfondire la possibilità di lavorare sulla regolazione delle emozioni attraverso l'elaborazione dei traumi infantili. Le correlazioni tra i due strumenti potrebbero essere una manifestazione del fatto che, come sostenuto in letteratura, queste esperienze compromettano la capacità di regolare le emozioni, soprattutto quando connesse agli stessi fattori traumatici (trascuratezza emotiva, fisica, paura dell'abbandono).

In maniera indiretta anche il GLM sottolinea l'importanza di lavorare con i sex offender sugli aspetti di emotività positiva in modo di aiutare questa popolazione nella realizzazione di sé stessi una volta iniziato il percorso di reinserimento sociale (Yates & Prescott, 2011). Inoltre, anche il concetto di Responsivity sottolineato dall'approccio RNR potrebbe essere integrato da un lavoro terapeutico focalizzato sul trauma. Questo risulta evidente se si considera che l'elaborazione di tali esperienze può mo-

dificare le capacità dei soggetti di stare in relazione con determinate tematiche all'interno di spazi terapeutici.

Un altro aspetto peculiare dei dati da noi ottenuti è che in letteratura è risaputo che la DERS-16 e la TMMS correlino tra di loro (a maggiore intelligenza emotiva corrisponde una minore difficoltà nella regolazione delle emozioni negative (Giromini, et. Al, 2017b) ma le analisi statistiche effettuate nel nostro campione non mostrano questa correlazione. Due possono essere le motivazioni: per primo possiamo mettere in discussione la veridicità delle risposte date dalla popolazione carceraria, che potrebbero essere state fornite in modo tendenzioso al fine di non mostrare le proprie difficoltà durante la somministrazione di test percepiti come un assetto di autovalutazione. Sarebbe dunque necessario uno studio che prenda in considerazione anche la tendenza alla simulazione durante la somministrazione (Rogers, & Dickey, 1991). Un'altra possibilità è che l'aver subito traumi infantili influenzi la relazione tra l'intelligenza emotiva e la regolazione delle emozioni, andando a definire un deficit maggiore nel secondo fattore indipendentemente dall'intelligenza emotiva.

Focalizzandosi sulle correlazioni tra i test, emerge che l'aver subito un maggior numero di traumi infantili correli con un maggior rischio di recidiva e, come abbiamo detto precedentemente, con un più basso livello di intelligenza emotiva e una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni negative. Il fatto che l'ACE correli con il RM2000 rafforza l'ipotesi che i traumi infantili portino a una serie di difficoltà nell'età adulta che possono favorire la messa in atto di comportamenti criminali. In merito ai risultati una futura prospettiva di ricerca dovrebbe indagare la presenza di differenti profili traumatici tra gli autori di reati sessuali, di reati non sessuali e tra coloro che, pur traumatizzati, non hanno intrapreso carriere criminali.

Tuttavia, da un punto di vista clinico, risulta imprudente sostenere una relazione diretta tra trauma pregresso e maggiore rischio di commettere un crimine e di recidivarlo. Per tale motivo, attraverso l'analisi delle correlazioni parziali, si è valutato se la capacità di gestione delle emozioni negative e l'intelligenza emotiva avessero un influsso nella relazione tra numero di traumi subiti e rischio di recidiva. I dati ottenuti hanno evidenziato che sia la DERS-16 che il TMMS influenzano la relazione tra ACE e RM2000. I dati statistici confermano quindi che la relazione tra traumi e rischio di recidiva non sia diretta ma mediata da altri fattori.

Queste correlazioni consentono alcune riflessioni cliniche finali importanti. Essendo la DERS-16 fortemente correlata all'ACE (0.549** per $a < 0,01$), sarebbe importante indagare se, lavorando, *non sulla funzione della gestione delle emozioni negative*, ma sulla *rielaborazione delle esperienze traumatiche subite*, nei soggetti che hanno subito molte esperienze traumatiche prima dei 18 anni (con punteggio ACE maggiore di 2), si possa ottenere come effetto una diminuzione nella difficoltà della gestione delle emozioni negative, un aumento dell'intelligenza emotiva e una *conseguente* diminuzione del rischio di recidiva.

È noto come la rielaborazione dei traumi migliori il rapporto con le emozioni negative legate all'evento traumatico e alle situazioni che lo riattivano (Aideuis, 2007). Da questo punto di vista è possibile ipotizzare che, se gli eventi traumatici dell'infanzia non vengono efficacemente rielaborati, le emozioni ad essi collegati continuano ad essere di difficile gestione e tendono ad essere agite. Per tale motivo, il trauma potrebbe essere considerato un fattore criminogenico su cui focalizzare parte dei trattamenti sia per ridurre il rischio di recidiva, in linea con il modello RNR (come detto precedentemente) sia per migliorare la vita del soggetto come suggerito dall'approccio del Good Lives Model (GLM; Barnao, Robertson, & Ward, 2010) nel momento in cui i soggetti in carico siano stati *pluri-traumatizzati* nell'infanzia. In questa prospettiva, l'elaborazione del trauma all'interno dei percorsi di trattamento focalizzati sulla riduzione del rischio di recidiva sembra assumere un'importante rilevanza clinica. Si può anche sottolineare come l'ambito penitenziario possa mettere i detenuti in una condizione di "ibernazione penitenziaria" (Giulini, Vassalli, Di Mauro 2003), lontananza rispetto ad alcune esperienze di vita che possono riattivare i traumi e le conseguenti reazioni fisiche ed emotive. Per tale ragione questo luogo potrebbe rivestire uno spazio privilegiato per lavorare su questi aspetti.

Concludendo, la recidiva del comportamento delinquenziale non deve essere interpretata come inevitabile poiché presenta diverse variabili intervenienti, quali, ad esempio, la capacità di regolazione le emozioni negative. Inoltre, in un'ottica di prevenzione, si potrebbe avanzare l'ipotesi che l'individuazione precoce delle situazioni e dei contesti familiari e sociali traumatizzanti potrebbe costituire un importante contributo di prevenzione primaria dato l'impatto che queste esperienze hanno sulla possibilità di intraprendere una carriera criminale e di continuarla.

Limiti

Il seguente studio presenta alcuni limiti. In primis, poiché la ricerca è stata condotta presso un solo istituto penitenziario il campione raccolto risulta poco numeroso per cui i dati non raggiungono un criterio di generalizzazione. Risultano, tuttavia, estremamente significativi in una prospettiva esplorativa in quanto non sono presenti altri studi in ambito nazionale che abbiano indagato questi aspetti.

Un altro limite è che, ad oggi, in Italia, non sono presenti dati sulle esperienze traumatiche infantili esperite da altre tipologie di campioni di popolazione e questo rende impossibile distinguere in quale misura gli autori di sessuali si differenzino dalla popolazione normativa. Per tale motivo si è fatto riferimento a dati internazionali che risultano estremamente significativi (Levenson, Willis, Prescott, 2016).

Infine, anche i dati sul rischio di recidiva sono in parte inconsistenti poiché in Italia non sono presenti studi longitudinali di validazione di nessuna delle scale di valuta-

zione utilizzate in ambito nazionale. Risulterebbe pertanto fondamentale avviare questo tipo di studi per poter definire protocolli di valutazione del rischio validi sui quali strutturare i percorsi di trattamento di riduzione del rischio di recidiva dei crimini sessuali e violenti.

Riferimenti bibliografici

- Aideuis, D. (2007). Promoting attachment and emotional regulation of children with complex trauma disorder. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3(4): 546.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17: 19-52.
- Andrews, D.A., Bonta, J., Wormith, J. S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model. Does Adding The Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention?. *Criminal Justice and Behaviour*, vol. 38: 735-55. doi: 10.1177/0093854811406356
- Barnao, M., Robertson, P. & Ward, T. (2010). Good lives model applied to a forensic population. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17: 202-17. doi: 10.1080/13218710903421274
- Beech, A. R., & Mitchell, I. J. (2005). A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems. *Clinical Psychology Review*, 25(2): 153-182.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 38(2), 284-296.
- Bolder, T., Levenson, S. J., & Grady, D. M. (2016). Linking Adverse Childhood Effects and Attachment: A Theory of Etiology for Sexual Offending. *Trauma, Violence & Abuse*, 1-12. Doi: 10.1177/1524838015627147.
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological review*, 108(1): 4.
- Day, A. (2009). Offender emotion and self-regulation: implications for offender rehabilitation programming. *Psychology, Crime & Law*, 15(2-3): 119-130. doi: 10.1080/10683160802190848.
- Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164(10): 1476-1488.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4): 245-258.
- Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2018). Difficulties in emotion regulation and psychopathic traits in violent offenders. *Journal of Criminal Justice*, 57: 116-125.
- Garofalo, C., & Velotti, P. (2017). Negative emotionality and aggression in violent offenders: The moderating role of emotion dysregulation. *Journal of Criminal Justice*, 51: 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2017.05.015>
- Garombo, M. F., Salvadori, S., Contarino, A., Castellino, N., Molinaro, S., Garofano, P., Molo, M.T., Veglia, F., & Rosso, C. (2016). Factorial analysis of risk matrix 2000 on an Italian sample of sexual offenders. *Journal of sexual aggression*, 22(2): 137-146.
- Giromini, L., Ales, F., De Campora, G., Zennaro, A., & Pignolo, C. (2017a). Developing Age and Gender Adjusted Normative Reference Values for the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4): 705-714.
- Giromini, L., Colombaroli, M., S., Brusadelli, E., & Zennaro, A. (2017b). An Italian contribution to the study of the validity and reliability of the trait meta-mood scale. *Journal of Mental Health*, DOI: 10.1080/09638237.2017.1340621
- Giulini, P., Vassalli, A., & Di Mauro, S. (2003). Un detenuto ibernato: l'autore di reato sessuale tra tutela dei diritti e prospettive di difesa sociale. In U. Gatti, B. Gualco (ed.), *Carcere e territorio*. Milano: Giuffrè.
- Gratz, L., K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 26, 1.
- Hanson, K. R., & Bussière, T. M., (1998). Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 2: 348-362.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and behavior*, 36(9): 865-891.
- Hanson, K. R., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 6, 1154-1163. Doi: DOI: 10.1037/0022-006X.73.6.1154.
- Huckshorn, K. E. V. I. N., & LeBel, J. L. (2013). Trauma-informed care. Modern community mental health: An interdisciplinary approach. In Yeager, K., Cutler, D., Svendsen, D., & Sills G. M., *Modern Community Mental Health: An Interdisciplinary Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Jennings, W. G., Zgoba, K. M., Maschi, T., & Reingle, J. M. (2014). An empirical assessment of the overlap between sexual victimization and sex offending. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 58(12): 1466-1480.
- Levenson, J. S., Willis, G. M., & Prescott, D. S. (2016). Adverse childhood experiences in the lives of male sex offenders: Implications for trauma-informed care. *Sexual Abuse*, 28(4): 340-359.
- McCarthy-Jones, S., Oestreich, L. K. L., Lyall, A. E., Kikinis, Z., Newell, D. T., Savadjiev, P., Shenton, M. E., Kubicki, M., Pasternak, O., Whitford, T. J. (2018). Australian Schizophrenia Research Bank. Childhood adversity associated with white matter alteration in the corpus callosum, corona radiata, and uncinate fasciculus of psychiatrically healthy adults. *Brain Imaging Behav*, 12(2): 449-458.
- Moriarty, N., Stough, C., Tidmarsh, P., Eger, D., & Denniso, S. (2001). Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending. *J. Adolesc.*, 24: 743-751.
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1): 55-70.
- Polaschek, D. L., & Ward, T. (2002). The implicit theories of potential rapists: What our questionnaires tell us. *Aggression and Violent Behavior*, 7(4): 385-406.
- Reavis, J. A., Looman, J., Franco, K. A., & Rojas, B. (2013). Adverse childhood experiences and adult criminality: how

- long must we live before we possess our own lives? *The Permanente Journal*, 17(2): 44.
- Rogers, R., & Dickey, R. (1991). Denial and minimization among sex offenders. *Annals of Sex Research*, 4(1): 49-63.
- Rosso, C., Garombo, M. F., & Furlan, P. M., (2010). *Aggressori sessuali, la comprensione del comportamento abusante*. Milano: Edi Ermes.
- Sighinolfi, C., Pala, A. N., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Traduzione e adattamento Italiano. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 16(2): 141-170.
- Thomason, E., M., Etkin, A., Martin, R., K., Marusak, A., H. (2015). Childhood Trauma Exposure Disrupts the Automatic Regulation of Emotional Processing. *Neuropsychopharmacology* 40: 1250-1258.
- Thornton, D. (2005). Scoring Guide for Risk Matrix 2000.5/SVC. *Unpublished Manuscript*.
- Tottenham, N., Hare, T. A., Quinn, B. T., McCarty, T. W., Nurse, M., Gilhooly, T., & Thomas, K. M. (2010). Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Developmental science*, 13(1): 46-61.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation. *The American journal of psychiatry*, 153(7): 83.
- Ward, T., & Gannon, T. A. (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., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk assessment paradigm*. London, UK: Routledge.
- Willis, G. M., Ward, T., & Levenson, J. S. (2014). The Good Lives Model (GLM): An Evaluation of GLM Operationalization in North American Treatment Programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26(1): 58-81.
- Yates, P. M. (2013). Treatment of sexual offenders: Research, best practices, and emerging models. *International Journal of behavioral consultation and therapy*, 8(3-4): 89.
- Yates, P. M., & Prescott, D. S. (2011). *Applying the good lives model to clinical practice: Redefining primary human goods*. Newsletter of the National Organisation for the Treatment of Abusers (NOTA). Retrieved from <http://www.nota.co.uk/>