



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA FACOLTÀ DI  
PSICOLOGIA**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche dello sviluppo,  
delle personalità e delle relazioni interpersonali**

Tesi di Laurea Triennale

**LO SVILUPPO DELLE PARAFILIE A PARTIRE  
DALL'ATTACCAMENTO INFANTILE**

Relatore: Prof. Paolo Meneguzzo

Laureanda: Anna Munaro

N° Matricola: 2045734

Anno Accademico: 2023/2024

# Indice

<b>Introduzione</b> .....	<b>3</b>
<b>Capitolo 1</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 Definizione di parafilia</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2 Classificazione e criteri diagnostici</b> .....	<b>5</b>
1.2.1 <i>Disturbo voyeuristico</i> .....	5
1.2.2 <i>Disturbo esibizionistico</i> .....	6
1.2.3 <i>Disturbo frotteuristico</i> .....	6
1.2.4 <i>Disturbo da masochismo sessuale</i> .....	6
1.2.5 <i>Disturbo da sadismo sessuale</i> .....	7
1.2.6 <i>Disturbo pedofilico</i> .....	7
1.2.7 <i>Disturbo feticistico</i> .....	7
1.2.8 <i>Disturbo da transvestitismo</i> .....	7
1.2.9 <i>Disturbo parafilico con altra specificazione e Disturbo parafilico senza specificazione</i> ..	8
<b>1.3 Parafilie non incluse nel DSM-5</b> .....	<b>8</b>
<b>Capitolo 2</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1 La teoria dell'attaccamento</b> .....	<b>10</b>
2.1.1 <i>Strange Situation</i> .....	11
<b>2.2 Attaccamento e sessualità</b> .....	<b>12</b>
<b>Capitolo 3</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1 Articoli scientifici</b> .....	<b>15</b>
3.1.1 <i>Disturbo voyeuristico e attaccamento</i> .....	15
3.1.2 <i>Disturbo esibizionistico e attaccamento</i> .....	16
3.1.3 <i>Disturbo frotteuristico e attaccamento</i> .....	16
3.1.4 <i>Disturbo da masochismo sessuale e attaccamento</i> .....	17
3.1.5 <i>Disturbo da sadismo sessuale e attaccamento</i> .....	17
3.1.6 <i>Disturbo pedofilico e attaccamento</i> .....	18
3.1.7 <i>Disturbo feticistico e attaccamento</i> .....	19
3.1.8 <i>Disturbo da travestitismo e attaccamento</i> .....	20
<b>3.2 Limiti della revisione</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3 Discussione</b> .....	<b>21</b>
<b>Conclusioni</b> .....	<b>24</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>25</b>

# Introduzione

La sessualità umana rappresenta un'area di studio complessa e affascinante, tuttavia rimane ancora ampiamente inesplorata, in particolar modo quando si tratta di esaminare i comportamenti sessuali devianti. Comprendere questi fenomeni è una sfida per la psicologia e la psichiatria, soprattutto perché “la capacità del DSM di soddisfare gli standard di un sistema nosologico (ossia, l'identificazione dell'eziologia, del trattamento e delle prognosi) è stata ritenuta insufficiente” (Marshall & Kingston, 2018) nel fornire una comprensione esaustiva ed efficace di tali disturbi.

L'inadeguatezza nel mostrare quadri adeguati a comprendere le parafilie evidenzia l'importanza di esplorare nuove prospettive e approcci teorici. Alla luce del fatto che “gli individui con legami sociali più forti sono meno inclini a impegnarsi in attività devianti o criminali, comprese le attività sessuali devianti (ad esempio, attività parafiliche)” (Chan, 2021) la presente tesi si propone di esplorare la relazione tra sviluppo delle parafilie e attaccamento infantile, analizzando come i legami emotivi e affettivi instaurati nell'infanzia possono influenzare l'espressione di comportamenti sessuali devianti in età adulta.

Lo studio sarà suddiviso in più capitoli, ciascuno dedicato ad un aspetto particolare dell'argomento trattato. Nel primo capitolo si esaminerà la definizione e la classificazione delle parafilie, mentre nel secondo si approfondirà il concetto di attaccamento infantile e il suo ruolo nello sviluppo individuale. Il terzo capitolo esplorerà le evidenze scientifiche sull'associazione tra attaccamento infantile e lo sviluppo delle parafilie. Infine, si trarranno conclusioni dalle analisi trovate, delineando possibili implicazioni e sviluppi futuri della ricerca.

# Capitolo 1

## Le parafilie

Con il termine “parafilie” in psicologia si “indicano comportamenti atipici caratterizzati dal fatto che chi ne è affetto deve, per ottenere eccitamento o soddisfazione sessuale, perseguire fantasie o compiere atti anomali” (Parafilìa - Treccani - Treccani, n.d.). La medicina, tuttavia, “caratterizza alcuni comportamenti sessuali come parafilie, delineandone il quadro clinico di malattia psichica con aspetti morbosi separabili dalla sfera dei comportamenti sessuali che, seppure diversi da quelli convenzionali, non sono intesi come patologici” (Birkhoff et al., 2015).

La difficoltà di comprendere il malessere derivato da un disturbo mentale rispetto a una disabilità fisica è una difficoltà seria che contribuisce alla creazione di bias, alla stigmatizzazione e, infine, alla successiva discriminazione delle persone con queste disabilità “invisibili” tanto più quando si parla di sessualità che, al giorno d’oggi, è un argomento ancora considerato “taboo”.

In quest’ottica di incertezza nel seguente capitolo verranno approfondite le definizioni delle parafilie utilizzando il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, conosciuto con il termine più comune di DSM.

### 1.1 Definizione di parafilìa

Il termine "parafilìa", utilizzato per delineare gli interessi sessuali atipici, ha origine da Friedrich Salomon Krauss (1859-1938), che la definì come un interesse sessuale invertito (Beech et al., 2016). Nonostante la precoce definizione della parola, le prime edizioni del DSM utilizzano l’appellativo “deviazioni sessuali” per nominare le parafilie e solamente nel DSM-III viene utilizzato per la prima volta il medesimo termine.

Con la pubblicazione del DSM-I gli interessi sessuali atipici vengono descritti come deviazioni sessuali e, in quanto tali, inseriti nel gruppo dei disturbi di personalità sociopatica (APA, 1952). Nell’edizione successiva (DSM-II) le deviazioni sessuali vengono categorizzate come disturbi di personalità (APA, 1968). Specificatamente nella terza edizione (DSM-III) avviene l’abolizione della parola “deviazioni sessuali” sostituita dal termine “parafilìa” e si assiste ad un’implementazione di specifici criteri utilizzati per descriverle (APA, 1968). Esse vengono inserite come sottocategoria dei disturbi psicosessuali, definiti come “fantasie sessuali ricorrenti, intense e sessualmente eccitanti, impulsi sessuali o comportamenti generalmente che coinvolgono

oggetti non umani, la sofferenza o l'umiliazione di sé o del proprio partner, o bambini o persone non consenzienti” (Spitzer 1981). Nel DSM-IV viene posta l'enfasi sul “consenso” della persona a cui sono rivolte le fantasie, i desideri o le attività sessuali ma, nonostante le molteplici modifiche, nel corso degli anni la linea di divisione tra cos'è la parafilia e quando un interesse sessuale insolito diventa un disturbo ha sempre destato molteplici dubbi (APA, 1994). Proprio per questo, la revisione successiva (DSM-5) ha introdotto la terminologia di “disturbo” dopo ogni diagnosi di parafilia cercando di superare le limitazioni precedenti (APA, 2013). Nel DSM-5 il termine parafilia indica “qualsiasi intenso e persistente interesse sessuale diverso dall'interesse sessuale per la stimolazione genitale o i preliminari sessuali con partner umani fenotipicamente normali, fisicamente maturi e consenzienti” mentre il disturbo parafilico viene definito come una “parafilia che, nel momento presente, causa disagio o compromissione nell'individuo o una parafilia la cui soddisfazione ha arrecato, o rischiato di arrecare, un danno a se stessi o agli altri” (APA, 2013).

## **1.2 Classificazione e criteri diagnostici**

Nel DSM-5 otto distinzioni di parafilie vengono descritte, seppur sono presenti ulteriori disturbi parafilici non specificati. In questo elenco troviamo: disturbo pedofilico, disturbo voyeuristico, disturbo da masochismo sessuale, disturbo feticistico, disturbo da travestitismo, disturbo esibizionistico, disturbo da sadismo sessuale e disturbo frotteuristico.

Questi disturbi sono suddivisi in disturbi del corteggiamento (disturbo esibizionistico, disturbo voyeuristico e disturbo frotteuristico), e disturbi algolagnici (disturbo da masochismo sessuale e disturbo da sadismo sessuale) i quali comprendono disturbi riguardanti la predisposizione dell'atipicità dell'oggetto sessuale. Quando l'attenzione è rivolta verso altri esseri umani si parla di disturbo pedofilico mentre quando l'attenzione è rivolta altrove si parla di disturbo feticistico e disturbo da travestitismo.

Nei set di criteri diagnostici troviamo due criteri: il Criterio A determina la natura qualitativa della parafilia mentre il Criterio B specifica le conseguenze negative della parafilia. La diagnosi avviene quando ambedue i criteri vengono soddisfatti, se, al contrario, l'individuo soddisfa uno dei due criteri allora si potrebbe dire che l'individuo possiede quella parafilia ma non presenta disturbo parafilico (APA, 2022).

### *1.2.1 Disturbo voyeuristico*

Il disturbo voyeuristico “è descritto come l'atto di osservare individui nudi, svestiti o impegnati in attività sessuali” (Beech et al., 2016b). Secondo il criterio A, il soggetto prova “eccitazione sessuale

ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dall'osservare, a sua insaputa una persona nuda o che si sta spogliando o che è impegnata in attività sessuali” (APA, 2013). Nel criterio B viene enfatizzata la natura non consenziente del soggetto a cui sono rivolti questi desideri sessuali e il “disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti” causati; infine, secondo il criterio C, il disturbo voyeuristico può essere diagnosticato al di sopra dei 18 anni.

### *1.2.2 Disturbo esibizionistico*

Il disturbo esibizionistico “è definito dall'individuo che ha fantasie o comportamenti ricorrenti, intensi e che suscitano sessualmente l'esposizione dei propri genitali ad un'altra persona senza il consenso di quest'ultima” (Beech et al., 2016b). In base al criterio A l'individuo sperimenta “eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dall'esibizione dei propri genitali a una persona a sua insaputa” (APA, 2013). Il criterio B, tuttavia, rimane il medesimo del disturbo voyeuristico e rimarrà uguale anche per il disturbo frotteuristico e il disturbo da sadismo sessuale.

### *1.2.3 Disturbo frotteuristico*

Il disturbo frotteuristico “comporta fantasie ricorrenti, intense, che suscitano sessualmente, impulsi sessuali o comportamenti che coinvolgono il contatto e lo sfregamento contro una persona che non si manifesta. Tali comportamenti si verificano comunemente in luoghi pubblici affollati” (Beech et al., 2016b). In accordo con il criterio A l'individuo verifica “Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dal toccare, o strusciarsi contro, una persona non consenziente” (APA, 2013).

### *1.2.4 Disturbo da masochismo sessuale*

Il disturbo del masochismo sessuale “comporta l'eccitazione sessuale per l'atto di essere umiliato, picchiato, legato o fatto soffrire in qualche altro modo” (Beech et al., 2016b). In base al criterio A l'individuo prova “Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desiderio comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dall'atto di essere umiliato, percosso, legato o fatto soffrire in altro modo” (APA, 2013). Il criterio B pone l'interesse verso il “disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti” (APA, 2013) causati dai comportamenti sessuali, desideri o fantasie.

### *1.2.5 Disturbo da sadismo sessuale*

Il sadismo sessuale “è definito come l'eccitazione sessuale derivante dalla sofferenza fisica o psicologica (compresa l'umiliazione) di un'altra persona” (Beech et al., 2016b). In linea con il criterio A l'individuo sperimenta “Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desiderio, comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dalla sofferenza fisica o psicologica di un'altra persona” (APA, 2013).

### *1.2.6 Disturbo pedofilico*

Il disturbo pedofilo “è descritto come un individuo con fantasie ricorrenti, intense, che suscitano sessualmente, impulsi sessuali o comportamenti che coinvolgono l'attività sessuale con bambini di 13 anni o più giovani. L'individuo ha almeno 16 anni e almeno 5 anni più della vittima/i” (Beech et al., 2016b). Secondo il criterio A l'individuo verifica “Eccitazione sessuale ricorrente e intensa manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, che comportano attività sessuate con un bambino in età prepuberale o con bambini (In genere sotto i 13 anni di età)” (APA, 2013). Per il criterio B l'individuo “ha messo in atto questi desideri sessuali, oppure i desideri o le fantasie sessuali causano marcato disagio o difficoltà interpersonali” (APA, 2013). Infine, il criterio C specifica che l'età dell'individuo deve essere di almeno 16 anni e di 5 anni maggiore di quella del bambino.

### *1.2.7 Disturbo feticistico*

Il disturbo feticistico “implica un interesse sessuale per gli oggetti non viventi o una particolare attenzione alle parti del corpo non genitali come indicato da fantasie, impulsi o comportamenti. Gli obiettivi feticistici più comuni di questa parafilia sono biancheria intima femminile, piedi e scarpe” (Beech & Harkins 2012 citato in Beech et al., 2016a, p.7). Conforme al criterio A l'individuo prova “Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi, derivante dall'uso di oggetti inanimati o da un interesse molto specifico per parte/t del corpo non genitale/i” (APA, 2013). Il criterio B coincide con quello esplicito nel disturbo da masochismo sessuale. Infine, il criterio C afferma come “gli oggetti feticistici non si limitano a capi di abbigliamento usati per il cross-dressing (come nel disturbo da travestitismo), oppure a strumenti specificamente progettati al fine della stimolazione tattile dei genitali (per es., vibratore)” (APA, 2013).

### *1.2.8 Disturbo da transvestitismo*

Il disturbo transvestico “descrive tipicamente un uomo eterosessuale che viene suscitato dal pensiero di sé stesso come una femmina e quindi un cross-dressing (autoginefilia), o più raramente, una donna che si traveste da uomo (autoandrofilia)” (Beech et al., 2016b). Il primo criterio comporta che ci sia “Eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, per un periodo di almeno 6 mesi derivante dal cross-dressing, cioè dall'indossare indumenti del sesso opposto” (APA, 2013). Il criterio B rimane il medesimo del Disturbo feticistico.

### *1.2.9 Disturbo parafilico con altra specificazione e Disturbo parafilico senza specificazione*

Il Disturbo parafilico con altra specificazione e il Disturbo parafilico senza specificazione si applicano “alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo parafilico, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi parafilici” (APA, 2013). Nel primo caso “il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri *per* nessuno specifico disturbo parafilico” (APA, 2013) e alcuni esempi includono scatologia telefonica (telefonate oscene), necrofilia (cadaveri), zoofilia, coprofilia (feci) e urofilia (urine) (APA, 2013). Nel secondo caso “il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui i criteri per un disturbo parafilico specifico non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica” (APA, 2013).

## **1.3 Parafilie non incluse nel DSM-5**

Nel corso degli ultimi anni si sono verificate innumerevoli proposte diagnostiche al fine di ampliare la categorizzazione delle parafilie. Emergono, tra le più importanti, il disturbo coercitivo parafilico, la pedoebefilia e il disturbo ipersessuale (Fedoroff, 2011).

In particolar modo il comportamento sessuale compulsivo, denominato anche con il termine “ipersessualità”, viene definito da Kafka (2009) come “una disinibita o eccessiva espressione appetitiva di comportamenti sessuali normofili culturalmente adattati”. In aggiunta a tale definizione Kafka (2009) propone i criteri diagnostici suddividendoli nel criterio A che comporta per un periodo di almeno 6 mesi, fantasie sessuali ricorrenti e intense associate a 3 o più criteri tra i quali impegnarsi in fantasie sessuali, impulsi o comportamenti in risposta a eventi stressanti, a stati d'animo disforici e ignorando il rischio di danni emotivi o fisici a sé o agli altri. Il criterio B enfatizza la compromissione e il significativo disagio in aree importanti di funzionamento, mentre il criterio C esclude la presenza

di sostanza esogena nel soggetto che esibisce tali pulsioni. Infine, come specificatori mediante i quali l'ipersessualità viene espressa troviamo la masturbazione, il cybersex, la pornografia, il comportamento sessuale con adulti consenzienti, il sesso telefonico o l'accesso a strip club.

Sebbene i criteri appena citati risultino validi, come affermato da Reid e Kafka (2014), è necessario ottenere maggiori risultati affinché si chiarisca al meglio tale disturbo, sviluppando trattamenti personalizzati e basati su valutazioni complete.

# Capitolo 2

## L'attaccamento infantile

Le esperienze che avvengono nel corso della prima infanzia risultano essenziali per ogni individuo e fungono da mezzo necessario per ricostruirne la storia della sua vita (Albanese & Marazziti, 2005). Proprio per questo motivo “la teoria dell’attaccamento fornisce una solida base di riferimento per ogni approccio teoretico, divenendo così un’indispensabile strumento di indagine” (Albanese & Marazziti, 2005).

### 2.1 La teoria dell’attaccamento

Si deve a John Bowlby (1907-1990) lo sviluppo della teoria dell’attaccamento ideata per comprendere al meglio famiglie e bambini che lo psicologo, medico e psicoanalista britannico incontrava nella sua pratica clinica (Bosmans & Borelli, 2022). Il termine attaccamento, così come usato nella teoria, “si riferisce al legame duraturo che una persona ha con un'altra che soddisfa i bisogni di sicurezza e comfort” (Obegi & Berant, 2010). Secondo la teoria dell'attaccamento (Bowlby 1969/1988), i bambini fin dalla nascita presentano un sistema biologico che li spinge verso comportamenti di vicinanza e ricerca di supporto quando sono esposti a situazioni di disagio (Bosmans & Borelli, 2022). Questi comportamenti sono organizzati mediante un principio di riscontro negativo che, una volta attivato, porta il bambino a compiere determinati azioni al fine di ottenere protezione della cosiddetta figura di attaccamento (FDA), la cui vicinanza disattiva il sistema comportamentale di attaccamento (Albanese & Marazziti, 2005). Come descritto da Hill (2017) l’obiettivo del sistema di attaccamento è quello di ripristinare la sicurezza percepita che faccia riprendere il percorso esplorativo del bambino. In quest’ottica la funzione del FDA è quella di portare il bambino ad uno stato regolato.

Le percezioni derivate dalla disponibilità o meno della FDA introducono alla concettualizzazione di un altro tema molto importante per Bowlby: i modelli operativi interni (MOI). Il MOI “è il sistema attraverso cui le interazioni madre-bambino si imprimono come azioni interiorizzate, cioè un repertorio di modi automatici di agire e di essere con la figura di attaccamento” (Hill, 2017). Sono rappresentazioni mentali che mediano la percezione e l’interpretazione degli eventi da parte dell’individuo, permettendogli di fare previsioni o generarsi aspettative (Bowlby 1973/1988 citato in Albanese & Marazziti, 2005). Tali rappresentazioni sono strutture mentali che contengono le diverse forme degli avvenimenti del mondo e che possono essere modificate permettendo al bambino, futuro adulto, di prevedere il comportamento dell’altro e ne determinano le risposte, specialmente in

situazioni di bisogno (Bowlby 1973, citato in Albanese & Marazziti, 2005). Inoltre, secondo Bowlby, i MOI sviluppati nell'infanzia mediano la relazione di attaccamento per tutta la vita dell'individuo (Hill, 2017).

### *2.1.1 Strange Situation*

Per studiare gli aspetti più manifesti dell'attaccamento e quindi classificarne lo stile, nel 1965 Ainsworth presentò i risultati di una nuova procedura osservativa, pubblicata solamente nel 1969, con il nome di Strange Situation (SSP) (Ainsworth & Wittig, 1969 citato in Van Rosmalen et al., 2015).

Lo studio, come spiegato da Hill (2017) è formato due parti. La prima fase comprende visite domiciliari nel corso del primo anno del bambino nelle quali viene osservato il modello relazionale materno. Quando il bambino ha 18 mesi si dà avvio alla seconda fase, svolta in laboratorio. Come descritto da Van Rosmalen et al. (2015) la SSP è una procedura suddivisa in otto episodi e, prima dell'avvio, al FDA viene chiesto di non iniziare alcuna interazione se non ove strettamente necessario con il bambino. Dall'episodio 1 al 3 il bambino, in presenza del caregiver, è inizialmente esposto ad un ambiente contenente attività ludiche (ambiente strano) e, in un secondo momento, con la presenza di un assistente di ricerca sconosciuto. Durante il quarto episodio, il FDA lascia la stanza e il bambino rimane con lo sconosciuto mentre, la situazione opposta avviene nel quinto episodio dove il FDA ritorna e lo sconosciuto se ne va. Il FDA abbandona di nuovo la stanza nel sesto episodio lasciando il bambino solo fino a quando, nel settimo episodio, torna lo sconosciuto e nell'ottavo si aggiunge anche il FDA, ristabilendo l'equilibrio iniziale. Il comportamento di attaccamento è indotto dalla generazione dello stress provocato dalle tre componenti principali di tale procedura: l'ambiente strano, lo sconosciuto e le separazioni dal caregiver. L'attenzione viene posta nella relazione di incontro/separazione bambino-FDA osservando il comportamento del bambino, il modo con cui esso si avvicina al FDA e il tempo necessario per il ristabilirsi di un equilibrio tra l'esplorazione dell'ambiente e il focus sul genitore o caregiver.

Come risultato delle precedenti situazioni, Hill (2017) esplica i tre diversi pattern di relazione madre-bambino identificati da Ainsworth:

- **Attaccamento sicuro:** i bambini mostrano la capacità di immergersi nel gioco e di focalizzarsi sull'esplorazione. Manifestano una quantità normale di angoscia in presenza dell'estraneo e quando viene lasciato solo. Vedono il FDA come disponibile proprio per questo affrontano in modo efficace il disagio entrando in comunicazione, contatto e vicinanza. Hanno una buona capacità di autoregolazione e utilizzano la regolazione diadica in maniera corretta;

- Attaccamento insicuro evitante: i bambini ignorano il FDA e non mostrano disagi nel rimanere soli o in presenza dell'estranea. Non sono consapevoli della propria paura, infatti mostrano un affetto sotto regolato e un uso eccessivo di autoregolazione rispetto alla regolazione diadica;
- Attaccamento insicuro ambivalente: i bambini presentano l'ambivalenza nella necessità di vicinanza con il FDA ma, allo stesso tempo di conflitto. Esigono l'attenzione del FDA, proprio per questo gestiscono in maniera negativa il distacco da esso o la solitudine. Non rispondono positivamente alla regolazione diadica, presentano scarso autocontrollo e livelli prolungati di iperarousal.

In un momento successivo, vengono aggiunte ulteriori due classificazioni:

- Attaccamento insicuro disorganizzato: i bambini presentano ambivalenza come mostrato nell'attaccamento insicuro ambivalente tuttavia, in aggiunta, possiamo trovare espressioni confuse, stati di congelamento e crollo delle capacità di attenzione-orientamento e comportamentali;
- Attaccamento non classificabile: utilizzato quando non è possibile la categorizzazione in uno dei pattern precedentemente spiegati.

Mediante questo strumento, per la prima volta i ricercatori detenevano uno modo semplice e veloce con cui classificare il rapporto di attaccamento dei singoli bambini con i loro caregiver soddisfacendo la necessità di identificare precocemente lo sviluppo "problematico" (Van Rosmalen et al., 2015).

## **2.2 Attaccamento e sessualità**

Nell'ottica in cui la SSP è diventata fondamentale poiché "il comportamento nella situazione strana predice importanti aspetti del comportamento del bambino anche diversi anni dopo" (Lamb et al., 1984, citato in Van Rosmalen et al., 2015) risulta un elemento prezioso valutare come lo stile di attaccamento influenza il successivo sviluppo sessuale.

Evidenze empiriche "indicano una relazione reciproca tra il sistema dell'attaccamento e quello sessuale: la soddisfazione sessuale contribuisce alla qualità e alla stabilità della relazione, e gli stili di attaccamento influenzano il modo in cui gli adolescenti e gli adulti concepiscono le loro relazioni romantiche e le interazioni sessuali" (Birnbau et al., 2006). Più in particolare ricerche precedenti hanno mostrato che i diversi tipi di attaccamento aiutano a spiegare le differenze nella concezione e nell'esperienza delle relazioni romantiche (Feeney, 1999, citato in Birnbau et al., 2006). Individui

con attaccamento sicuro sono propensi ad avere relazioni generalmente stabili, soddisfacenti e durature “caratterizzate da alto coinvolgimento, fiducia, intimità, calore, sostegno e coesione” (Hazan & Shaver, 1987; Kirkpatrick & Davis, 1994; Mikulincer & Florian, 1999; Simpson, 1990 citato in Birnbaum et al., 2006). Al contrario, gli individui con stile di attaccamento evitante sono meno inclini ad innamorarsi e ad avere relazioni a lungo termine (Hatfield, Brinton, & Cornelius, 1989; Shaver & Brennan, 1992 citato in Birnbaum et al., 2006). Di conseguenza, essi tendono ad avere “relazioni relativamente meno stabili caratterizzate da paura dell'intimità e bassi livelli di coinvolgimento emotivo, fiducia, coesione e soddisfazione” (Collins & Read, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Kirkpatrick & Davis, 1994; Mikulincer & Florian, 1999; Shaver & Brennan, 1992 citato in Birnbaum et al., 2006). Le relazioni delle persone con attaccamento ansioso, tuttavia, “tendono ad essere organizzate intorno all'iperattivazione del sistema di attaccamento, manifestata in sentimenti romantici ossessivi e appassionati; modelli di comportamento relazionale appiccicosi, intrusivi e controllanti; forte desiderio di fusione con il partner; preoccupazioni per il rifiuto e l'abbandono, crisi di gelosia e rabbia” (Collins & Read, 1990; Hatfield et al. 1989; Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer, Orbach, & Iavnieli, 1998 citato in Birnbaum et al., 2006).

Posto, quindi, che la sessualità e l'attaccamento siano in relazione reciproca, alcuni autori hanno proposto che anche l'attività sessuale deviante potrebbe avere origine da difficoltà sociali, problemi interpersonali, legami disfunzionali genitore-figlio e da un attaccamento non sicuro (Marshall & Barbaree, 1990; Marshall & Marshall, 2000; Ward & Beech, 2006 citato in Maniglio, 2012). In aggiunta a ciò, tra gli autori di reati sessuali si è evidenziato come fosse prevalente “uno stile genitoriale che coinvolge bassi livelli di cura, coerenza, supervisione e disciplina e alti livelli di controllo, rifiuto e trascuratezza” (Craissati, McClurg, & Browne, 2002; Marsa et al., 2004; McCormack, Hudson, & Ward, 2002 citato in Birnbaum et al., 2006). Proprio poiché l'attaccamento del bambino si sviluppa in relazione ai comportamenti del FDA, un tale stile genitoriale potrebbe rappresentare un potenziale ostacolo per lo sviluppo di un attaccamento sicuro ma, al contrario, favorire uno stile di attaccamento insicuro (Marshall, 1989; Marshall, Hudson, & Hodkinson, 1993 citato in Birnbaum et al., 2006). Diversi modelli teorici hanno proposto che un attaccamento insicuro, specialmente evitante (Simons, Wurtele, & Durham, 2008; Smallbone & Dadds, 1998, 2000, 2001, 2003 citato in Birnbaum et al., 2006), nell'infanzia potrebbe essere un fattore di rischio per futuri reati sessuali (Baker, Beech, & Tyson, 2006; Beech & Mitchell, 2005; Beech & Ward, 2004; Burk & Burkhart, 2003; Davis, 2006; Marshall & Barbaree, 1990; Marshall & Marshall, 2000; Ward & Beech, 2006 citato in Birnbaum et al., 2006).

È chiaro che “sono necessarie ulteriori ricerche” al fine di comprendere meglio i meccanismi attraverso i quali le fantasie sessuali devianti si sviluppano (Birnbaum et al., 2006), tuttavia, bisogna ricordarsi sempre che, sebbene si presume che la genitorialità esercita un'influenza significativa nello sviluppare un determinato tipo di attaccamento, non si assume che questo sia l'unico fattore che incide nel modellare i MOI del bambino e né si presume che tutti i bambini nella stessa famiglia sviluppino lo stesso modello di attaccamento o che questa importante caratteristica dello sviluppo psicologico e dello stile interpersonale sia l'unico elemento che modella il funzionamento delle relazioni in età adulta (Belsky, 1997).

# Capitolo 3

## Revisione

Il principale obiettivo di questa revisione consiste nel valutare se nell'attuale letteratura scientifica ci sono sufficienti prove a favore dell'ipotesi di una possibile relazione tra l'attaccamento infantile e il successivo sviluppo di parafilie. Per questa revisione, la ricerca si è focalizzata sugli articoli scientifici trovati sui siti "Google scholar" e "PubMed" ponendo, considerata la limitatezza della letteratura scientifica disponibile, come unica limitazione la data di pubblicazione dall'anno 2000 fino al 2024. Successivamente sono stati scelti gli articoli che citassero le parole: "paraphilia", "voyeurism", "frotteurism", "exhibitionism", "sexual masochism", "sexual sadism", "pedophilia", "fetishism", "transvestitism" e "attachment". Data la difficoltà nel trovare articoli che parlassero direttamente del ruolo dell'attaccamento infantile nello sviluppo delle parafilie, i successivi dati saranno suddivisi per ognuna delle 8 categorizzazioni di parafilie proposte dal DSM-5. Segue, dunque, una descrizione della letteratura trovata.

### 3.1 Articoli scientifici

#### 3.1.1 *Disturbo voyeuristico e attaccamento*

Attraverso un campione di giovani adulti universitari, lo studio di Jellis (2001) ha l'obiettivo di indagare le variabili della personalità coinvolte nel sesso sicuro e come i diversi stili di attaccamento possano influenzare pensieri, sentimenti e comportamenti sessuali. Come riportato nell'articolo, già dagli scritti di Bowlby, Shaver e Hazan (1988) si evince come il comportamento sessuale potrebbe essere influenzato dallo stile di attaccamento. In particolar modo, Shaver e Hazan (1987) hanno ipotizzato che l'attaccamento evitante dovrebbe essere connesso a uno stile di comportamento sessuale caratterizzato da distacco emotivo. L'attaccamento sicuro dovrebbe essere connesso a uno stile di sessualità che cerca l'intimità reciproca e il piacere fisico. Invece, lo stile di attaccamento ansioso/ambivalente, dovrebbe riflettere una storia di accudimento non sufficientemente positiva. Riguardo al rapporto tra lo stile di attaccamento e la sessualità, Hazan e Shaver (1987) hanno riportato che gli amanti con questo stile di attaccamento tendono a sperimentare intensa passione sessuale e gelosia nei confronti dei loro partner tanto che, Brennan e Shaver (1995) hanno riportato che "tendono a diventare gelosi, appiccicosi e eccessivamente dipendenti dai partner". Più in particolare, trattando i comportamenti sessuali devianti, è stato evidenziato come "le femmine ansiose-ambivalenti hanno riportato maggiore coinvolgimento in esibizionismo, voyeurismo e dominio-schiavitù rispetto ai loro corrispettivi maschi" (Hazan et al., 1994, citato Jellis, 2001).

Sebbene i risultati che riguardano strettamente l'attaccamento enfatizzino come lo stile di attaccamento preoccupato, pauroso e sicuro siano associati, in modo differenziale, all'affetto sessuale negativo, desiderio di intimità/piacere sessuale e fiducia sessuale, sono presenti molteplici limitazioni. Oltre alla specificità del campione, e quindi alla conseguente scarsa generalizzabilità, lo studio non mira a valutare strettamente come l'attaccamento infantile possa essere un fattore di sviluppo delle parafilie, più strettamente del disturbo Voyeuristico.

### *3.1.2 Disturbo esibizionistico e attaccamento*

La revisione scientifica condotta da Seeman (2020) mira a sintetizzare la letteratura contenente informazioni sull'esibizionismo. Sulla base delle evidenze ottenute l'attaccamento insicuro, l'abuso di sostanze, gli abusi sessuali in età infantile e i disturbi sessuali sono stati riconosciuti come fattori di rischio. Focalizzando l'attenzione più nello specifico sui problemi di attaccamento con i genitori, è stato riscontrato come circa il 60% degli autori di reati sessuali detiene rapporti complessi con i propri genitori, considerandoli assenti. A causa di questa mancanza lo sviluppo di un attaccamento insicuro porta alla generazione di scarse abilità sociali, mancanza di empatia verso gli altri, difficoltà nelle relazioni e scarsa autostima.

Sebbene venga identificato l'attaccamento insicuro come fattore di rischio per l'insorgere del disturbo da esibizionismo, è da tenere in considerazione che i seguenti risultati sono stati ottenuti da campioni troppo eterogenei (campioni forensi di autori di reati sessuali, o da auto-riferimenti agli uffici degli psicoanalisti, o da auto-relazioni online, o da questionari distribuiti agli studenti universitari) affinché si possa formulare delle informazioni che si applichino a tutte le persone con disturbo esibizionistico.

### *3.1.3 Disturbo frotteuristico e attaccamento*

Come enfatizzato dal libro di Sharpless (2017) “diversi autori hanno ipotizzato presunti deficit che impediscono ai frotteur di instaurare relazioni consensuali significative”. Secondo Krafft-Ebing (1906) è presente un'inadeguatezza eterosociale, Fedoroff (2003) propongono una disabilità dello sviluppo, mentre Brockman & Bluglass (1996), ansia sociale. Sfortunatamente, tutte le precedenti affermazioni sono rimaste solo mere ipotesi poiché non testate su campioni con disturbo frotteuristico. Sebbene si parli di una verifica specifica per il disturbo precedentemente citato, le ipotesi di incompetenza sociale sono state verificate attraverso individui con altre parafilie, evidenziando come alcuni, ma non tutti, “soffrono di deficit di abilità sociali, solitudine emotiva e attaccamento insicuro (McAnulty, 2006; Marshall, 1989; Setto, 2004 citato in Sharpless, 2017). Da

questa ricerca è evidente la necessità di una ricerca empirica specifica per l'eziologia del disturbo frotteuristico, ancora oggi poco chiara. (Sharpless, 2017)

### *3.1.4 Disturbo da masochismo sessuale e attaccamento*

Békés et al. (2016) hanno condotto una revisione sistematica sul Disturbo da masochismo sessuale affinché si potessero ottenere maggiori informazioni da testare negli studi clinici. Portando alla luce come la letteratura si sia focalizzata su diversi conflitti associati al masochismo, in quelli di secondo grado troviamo proprio “il conflitto di separazione-abbandono (SA)”. Gli individui che sperimentano questo conflitto sono “dolorosamente inclini a sentimenti di separazione e abbandono” desiderando essere vicino all'altra persona con un desiderio di vendetta, probabilmente molto simile alla reazione di protesta attuata dal bambino nella fase di separazione dal genitore nella teoria dell'attaccamento di Bowlby. Le paure presentate dal soggetto riguardano i temi dell'abbandono, del senso di colpa, della solitudine, del far del male agli altri e si sviluppano, in gran parte, precocemente (fase preedipica).

Essendo che gli individui creano dei modelli mentali di sé stessi e dei loro partner di interazione sociale durante l'infanzia e che questi modelli influenzano i comportamenti sociali e i sentimenti di una persona per tutta la vita, regolando anche il loro comportamento sessuale, “la sensibile reattività da parte dei caregiver primari è il fattore che produce un attaccamento sicuro, il quale a sua volta consente a una persona di stabilire relazioni strette e durature con persone significative durante gli anni adulti” (Grossman & Grossman, 1995 citato in Santtila et al. 2001). Proprio per questo motivo, nonostante la revisione sistematica descritta precedentemente non tratti esplicitamente la relazione tra attaccamento infantile e disturbo da masochismo sessuale, risulta interessante poiché mette in luce come i timori presentati dal soggetto siano da ricondursi all'infanzia offrendo, implicitamente, uno spunto per la ricerca futura.

Uno studio più specifico viene fatto da Santtila et al. (2001) i quali mostrano come “i partecipanti esclusivamente masochistici sono meno propensi ad avere un attaccamento ambivalente e più propensi ad avere un attaccamento evitante alla madre”. Sebbene i risultati discussi siano molto interessanti, sorgono preoccupazioni sull'affidabilità a causa della natura retrospettiva dei dati.

### *3.1.5 Disturbo da sadismo sessuale e attaccamento*

Lo studio condotto da Santtila et al. (2001) ha indagato la relazione tra la percezione retrospettiva dell'attaccamento, della qualità dell'interazione familiare d'origine e dell'adattamento sessuale in 164 uomini auto identificati come sadomasochisti. Esplorando il legame tra le esperienze familiari passate e l'attuale adattamento sessuale attraverso l'utilizzo di un questionario semi strutturato, viene

osservato come la percezione dell'attaccamento, specificatamente materno, sia in relazione con la scelta di aderire al sadomasochismo.

Più nello specifico riguardo al disturbo da sadismo sessuale lo sfondo contestuale poteva essere immaginato come una situazione in cui i bambini esprimevano le loro idee ma non venivano presi in considerazione. Quindi, il controllo dell'area sessuale, si può ipotizzare essere una forma di compensazione per la mancanza di influenza sulle decisioni. Inoltre, dopo l'analisi statistica, viene mostrato come "i partecipanti esclusivamente sadici hanno più spesso un attaccamento ambivalente alle loro madri di quanto ci si aspettasse".

Anche se i risultati qui discussi sono interessanti, l'affidabilità potrebbe essere compromessa data la natura retrospettiva dei dati e la raccolta degli stessi mediante questionari.

### *3.1.6 Disturbo pedofilico e attaccamento*

Gli attuali approcci al trattamento del soggetto con disturbo pedofilico non risultano essere efficaci come dovrebbero. Da questa premessa Kear-Colwell e Boer (2000), focalizzandosi sulla teoria dell'attaccamento, suggeriscono lo sviluppo di un'alleanza terapeutica che creerebbe una valida base per il trattamento della pedofilia. Prima di arrivare alle possibili soluzioni l'articolo, creato dai medesimi, esplora la letteratura scientifica a favore dell'idea che lo stile di attaccamento potrebbe essere caratteristico per gli autori di reati sessuali, in particolar modo i pedofili.

Marshall, Hudson e Ward (Hudson & Ward, 1997; Marshall, 1993 citato in Kear-Colwell e Boer 2000) affermano che uno stile di attaccamento insicuro sia caratteristico delle persone che commettono reati sessuali. Quest'ipotesi è stata confermata anche da uno studio condotto da Sawle e Kear-Colwell che coinvolge campioni di pedofili e vittime non colpevoli di abusi sessuali in età infantile. Essendoci una continuità tra gli stili di attaccamento dall'infanzia all'età adulta e sapendo "che lo stile di attaccamento è correlato al modo in cui gli adulti si relazionano con altri adulti", le evidenze degli ultimi anni hanno portato alla conclusione che gli autori di reati sessuali in generale, e i pedofili in particolare, hanno stili di attaccamento adulti insicuri. Sebbene si riscontri un forte legame tra pedofilia e attaccamento insicuro non vi è evidenza di un legame causale.

Proprio perché l'esperienza clinica con clienti affetti da disturbo pedofilico risulta lunga, dal momento che è difficile lo sviluppo della fiducia per ottenere una storia completa da tali clienti gravemente danneggiati (Ryle, 1997 citato in Kear-Colwell e Boer 2000), diventa cruciale condurre ulteriori ricerche per comprendere il legame tra stile di attaccamento e il disturbo pedofilico.

A supporto di questa necessità Liotti 1987, 1991 (citato in Kear-Colwell e Boer 2000) discute dei problemi legati agli stili di attaccamento affermando che la conoscenza degli schemi interpersonali del cliente aiuta a evitare resistenze, nonché a prevenire ripetizioni di comportamenti causati da esperienze precedenti di attaccamento. Questi schemi, difficili da modificare, si basano su esperienze di attaccamento infantile negative e influenzano l'adattamento dell'individuo alle relazioni interpersonali e sociali.

In conclusione, nonostante non tutti gli individui con attaccamento insicuro sviluppano interessi pedofili, è importante riconoscere che alcuni intraprendono questo percorso. Pertanto, il processo di sviluppo di costruzione di un'alleanza terapeutica può servire da modello per costruire attaccamenti sani con un adulto che fornisce cure. Questa alleanza terapeutica può rappresentare un'opportunità di apprendimento per il paziente con disturbo pedofilico, contribuendo a rafforzare fiducia e relazioni adulte. Come sottolineato anche da Bowlby (1980), le esperienze significative possono influenzare lo stile di attaccamento di un individuo, tuttavia, sebbene gli stili di attaccamento siano generalmente stabili dall'infanzia all'età adulta, possono essere influenzati e modificati da eventi significativi di vita.

### *3.1.7 Disturbo feticistico e attaccamento*

Lo studio condotto da Zadeh e Mohammadian (2019) si propone di esaminare la relazione tra tratti di personalità, stili di attaccamento e feticismo, e di analizzare il ruolo degli stili di attaccamento nella modulazione della relazione tra tratti di personalità e disturbo feticistico. La ricerca coinvolge un campione di 300 partecipanti, in particolare uomini di età superiore ai 18 anni residenti a Tabriz nel 1397.

L'analisi in questione tratta nello specifico la teoria dell'attaccamento poiché, attraverso di essa si sviluppa un sistema comportamentale che ha l'obiettivo di mantenere un senso di protezione e sicurezza. Le persone con uno stile di attaccamento evitante utilizzano strategie di allontanamento verso le situazioni stressanti prestando meno attenzione alle emozioni. Le persone con attaccamento ansioso-ambivalente, allo stesso modo, adottano strategie non funzionali per il processo di valutazione e pensiero, che può impedire la flessibilità dell'individuo e favorirne la creazione di vulnerabilità psicologiche. Il risultato di queste modalità difensive genera un "sistema psicologico frammentato che porta a problemi di salute mentale e al funzionamento generale". La classificazione, dunque, risulta fondamentale poiché, come affermato per esempio da Birnbaum, gli individui con stile di attaccamento evitanti mostrano "una minore soddisfazione sessuale, eccitazione e piacere sessuale".

Oltre all'importanza, quindi, dell'esplorazione dello stile di attaccamento poiché connesso alla sessualità, esso può essere un fattore preponderante nella formazione della struttura dei cinque principali tratti della personalità. Infatti, le relazioni di attaccamento madre-bambino, sviluppatasi fin dalla nascita, portano allo sviluppo di molteplici differenze individuali e "la sensibilità e la risposta del caregiver alle emozioni e alle necessità emotive del bambino determinano i modi in cui il bambino impara a regolare le sue emozioni e a esprimerle agli altri".

Enfatizzata quindi l'importanza delle relazioni infantili, i risultati hanno mostrato che "maggiore è il punteggio individuale nelle variabili del nevroticismo e della piacevolezza, maggiore è la probabilità che una persona abbia un disturbo feticistico". In particolar modo, coloro che hanno un tratto nevrotico sono più inclini ad avere uno stile di attaccamento insicuro evitante e ambivalente. Inoltre, "lo stile di attaccamento ambivalente ha il maggiore effetto sulla variabile del feticismo".

Dunque, risultati mostrano, in linea con l'ipotesi iniziale, come gli stili di attaccamento evitante, ansioso e ambivalente possono portare allo sviluppo di parafilie, come il disturbo feticistico. Proprio perché "l'attaccamento fornisce la base della personalità adulta e il modello di attaccamento genitore-bambino può influenzare l'approccio di una persona ai futuri problemi della vita come problemi educativi, emotivi, lavorativi..." è fondamentale continuare a sviluppare più ricerche che supportino e mostrino tale relazione.

### *3.1.8 Disturbo da travestitismo e attaccamento*

In un contesto psichiatrico, il disturbo da travestitismo viene riconosciuto quando provoca alti livelli di disagio ed è definito come un modo per ottenere l'eccitazione sessuale utilizzando il vestiario del sesso opposto (Delcea & Voinea, 2020). L'articolo di Delcea e Voinea (2020), pubblicato sull'*International Journal of Advanced Studies in Sexology*, attraverso un'analisi critica e una sintesi delle ricerche esistenti, delinea le possibili cause eziologiche. Partendo dal presupposto che la prevalenza del disturbo travestitico è sconosciuta poiché meno del 3% degli uomini ammette questa eccitazione per i vestiti del sesso opposto, i primi segni possono manifestarsi in età infantile.

Per quanto riguarda l'eziologia, oltre alle ipotesi di determinanti psicogeni, all'abuso sessuale in età infantile e alla paura della castrazione, troviamo anche considerazioni legate alla famiglia d'origine e, in particolare, il rapporto con i genitori.

Risulta evidente come l'esperienza infantile abbia impatto sullo sviluppo del disturbo da travestitismo, tuttavia, anche in questo caso, non vi sono prove biologiche sufficienti a supporto di tale eziologia che, quindi, rimane una mera ipotesi.

### **3.2 Limiti della revisione**

Nonostante i risultati degli studi sopra citati enfatizzino una relazione tra ciò che accade nell'infanzia, in particolar modo lo sviluppo di un determinato tipo di attaccamento, e il sorgere in età adulta delle parafilie, si individuano molteplici difetti metodologici.

In primo luogo, troviamo una mancanza di aggiornamento. Numerose revisioni forniscono analisi dettagliate utilizzando dati ottenuti in indagini avvenute in passato. Una considerazione della qualità delle fonti utilizzate e della loro pertinenza rispetto agli argomenti trattati sono aspetti chiave da valutare.

In secondo luogo, si evidenzia una limitazione delle informazioni. Molti dati sono stati trovati nei libri i quali espongono una mera sintesi della letteratura esistente. Proprio per questo sarebbe da considerare meglio l'accuratezza e la datazione delle informazioni fornite.

In terzo luogo, i metodi utilizzati per la ricerca non sempre sono esaustivi. La natura retrospettiva dei ricordi alla quale si affidano alcuni questionari, come ad esempio quelli forniti nello studio di Santtila et al. (2001), possono portare a distorsioni e, quindi, all'inaffidabilità dei risultati.

In quarto luogo, la mancanza di rappresentatività porta a una difficoltà di generalizzare i risultati, infatti, la selezione del campione non sempre avviene secondo una suddivisione equa (età, sesso, provenienza geografica...).

Infine, la poca disponibilità di studi riguardanti strettamente la relazione tra attaccamento infantile e sviluppo delle parafilie enfatizzano la necessità di sviluppare ulteriori studi più mirati affinché si possa affermare con certezza l'eventuale legame tra le due variabili.

### **3.3 Discussione**

Questa revisione presenta una panoramica affinché si faccia più chiarezza sull'eziologia delle parafilie. Sulla base degli articoli scientifici trovati in precedenza, si può notare come lo sviluppo delle parafilie sia ancora un campo poco esplorato. Basandomi sulle ricerche visionate, possiamo notare come lo stile di attaccamento sia un fattore che va a intaccare la sessualità adulta e, più in particolare, come uno stile di attaccamento insicuro è risultato essere un filo conduttore nelle ricerche che miravano a indagare i fattori di rischio per lo sviluppo delle parafilie (Hazan et al., 1994, citato Jellis, 2001; Seeman (2020); Sharpless, (2017); Santtila et al. (2001); Kear-Colwell e Boer (2000); Zadeh e Mohammadian (2019)).

I risultati, quindi, evidenziano quanto sia importante esaminare la relazione tra attaccamento infantile e sviluppo delle perversioni sessuali; tuttavia, le evidenze scientifiche sono attualmente limitate.

Dopo un'accurata ricerca, sono stati selezionati 9 articoli scientifici per la formulazione della revisione, suddivisi in 1 per il disturbo voyeuristico, disturbo esibizionistico, disturbo frotteuristico, disturbo da sadismo sessuale, disturbo feticistico e disturbo da travestitismo mentre 2 per il disturbo da masochismo sessuale e il disturbo pedofilico. In particolar modo, escluso il disturbo pedofilico, nel quale i documenti scelti sono stati selezionati come più pertinente da un gruppo ampio di ricerche, per gli altri disturbi gli articoli selezionati sono stati gli unici trovati. Risulta evidente come la scarsità delle informazioni presenti possa bloccare possibili nuove pratiche cliniche e incrementare l'incertezza.

Alla luce delle limitazioni emerse prima si possono sviluppare molteplici follow up. Innanzitutto, per un'analisi più approfondita nel tempo, e quindi per la comprensione di una possibile evoluzione, andrebbero attuate procedure di ricerca longitudinali. Successivamente, restando al passo con la direzione del mondo d'oggi, la creazione di tecnologie avanzate potrebbe rivelarsi un'ottima alleata per comprendere al meglio i meccanismi neurali alla base di tali traiettorie di sviluppo e la loro eventuale modifica nello sviluppo del disturbo parafilico. In aggiunta a queste nuove prospettive, la suddivisione degli studi in aree geografiche implementerebbe sicuramente l'utilizzo di strumenti di intervento clinico più mirati, poiché adatti alle diverse culture. Infine, per ridurre lo stigma e reclutare un maggior numero di persone andrebbero attuati progetti che mirano al superamento dei pregiudizi legati alla sessualità e, più in generale, ai disturbi mentali.

Lo stigma, come indagato da Rüsç et al. (2005), ha un impatto significativo sulle persone con malattie mentali, in particolar modo se genera un'auto-stigmatizzazione e interferisce con vari aspetti principali della vita, tra cui alloggio, lavoro, autostima, vita sociale e assistenza sanitaria. I "consumatori potenziali", ovvero le persone con disturbi mentali che non ricorrono ai servizi psichiatrici, sono consapevoli dei pregiudizi e non vogliono essere categorizzati come parte della minoranza, proprio per questo evitano lo stigma. Tutto questo comporta un progressivo peggioramento del loro stato di salute. Questa percezione di esclusione si aggrava notevolmente quando il disagio riguarda la sfera sessuale poiché, come suggeriscono Cathey and Wetterneck (2013), oltre al contenuto socialmente meno accettato, si incorre nella paura di ricevere delle conseguenze sociali quali l'arresto. Tutte queste difficoltà portano sempre di più ad allontanarsi dal concetto di salute mentale teorizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli

eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità” (Salute Mentale - ISS, n.d.).

È essenziale, dunque, attuare delle strategie al fine di combattere lo stigma. Come proposto da Rüsç et al. (2005), la protesta, l’educazione e il contatto potrebbero essere delle valide alleate al fine di superare tali ostacoli. Per quanto riguarda la protesta si cerca di bloccare la diffusione di informazioni discriminatorie attraverso l’opposizione pubblica. L’educazione mira a sensibilizzare le persone mediante corsi o materiali didattici. Infine, il contatto porta alla riduzione di stereotipi e al miglioramento degli atteggiamenti.

Solo mediante il giusto riconoscimento di questi “taboo”, e alla conseguente adozione di strategie compensatorie, riusciremo a creare una società dove gli individui possono esprimersi liberamente fornendo preziosi spunti per la ricerca futura.

# Conclusioni

I risultati della presente tesi hanno fornito una panoramica sul rapporto tra attaccamento infantile e sviluppo delle parafilie. Come già enfatizzato da Marshall (1989) l'attaccamento insicuro infantile viene confermato essere un fattore favorevole per lo sviluppo di successivi deficit nelle abilità interpersonali, nell'empatia e nella fiducia in sé stessi, portando a sperimentare difficoltà nell'impegnarsi in "corteggiamenti appropriati e nel raggiungere l'intimità nelle relazioni adulte" (Smallbone & Dadds, 1998).

Sebbene gli studi esaminati presentino molteplici limitazioni, i risultati hanno importanti implicazioni per le ricerche future. Infatti, proprio poiché le fantasie sessuali devianti potrebbero avere un ruolo nell'origine dei reati sessuali, è fondamentale comprendere al meglio i meccanismi attraverso i quali le parafilie si sviluppano al fine di prevenire tali violazioni. Inoltre, come affrontato da Maniglio (2012) dal momento che alcune persone con parafilie, pur presentando problemi di attaccamento o difficoltà nelle relazioni intime non commettono alcun reato, le future ricerche dovrebbero scoprire i processi compensatori alla base di tali differenze.

Infine, alla luce degli studi riportati in precedenza si evince come al giorno d'oggi non ci siano evidenze chiare e studi sufficienti per poter affermare che l'attaccamento infantile possa essere un fattore eziologico per lo sviluppo delle parafilie. Questa tesi, dunque, si propone di evidenziare la necessità di ulteriori approfondimenti e indagini in merito a questi temi legati alla sessualità, ancora oggi fin troppo poco esplorati.

# Bibliografia

Albanese, F., & Marazziti, D. (2005). La disorganizzazione dell'attaccamento: implicazioni cliniche. *fioriti.it*. [https://www.fioriti.it/riviste/pdf/1/06\\_ALBANESE.pdf](https://www.fioriti.it/riviste/pdf/1/06_ALBANESE.pdf)

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*. Washington, DC, American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fifth edition, DSM-5, Arlington, VA, 685-705

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st ed.). Washington, DC, American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Washington, DC, American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC, American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC, American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Arlington, VA, American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC, American Psychiatric Association

Beech, A. R., Miner, M. H., & Thornton, D. (2016). Paraphilias in the DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 383–406. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093330>

Békés, V., Perry, J. C., & Robertson, B. (2016). Psychological masochism: A systematic review of the literature on conflicts, defenses, and motives. *Psychotherapy Research*, 28(3), 470–483. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1189618>

- Belsky, J. (1997). Attachment, mating, and parenting. *Human Nature*, 8(4), 361–381. <https://doi.org/10.1007/bf02913039>
- Birkhoff, J. M., Armocida, G., & Serra, R. (2015). Perversioni, pervertimenti e perversità, ovvero parafilie. *ITALIAN JOURNAL OF CRIMINOLOGY*, 9(1), 40–46. <https://irinsubria.uninsubria.it/handle/11383/1998320>
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 929–943. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.929>
- Bosmans, G., & Borelli, J. L. (2022). Attachment and the Development of Psychopathology: Introduction to the special issue. *Brain Sciences*, 12(2), 174. <https://doi.org/10.3390/brainsci12020174>
- Cathey, A. J., & Wetterneck, C. T. (2013). Stigma and disclosure of intrusive thoughts about sexual themes. *Journal of Obsessive-compulsive and Related Disorders*, 2(4), 439–443. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.09.001>
- Chan, H. C. (2021a). Paraphilic Interests: The Role of Psychosocial Factors in a Sample of Young Adults in Hong Kong. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00532-z>
- Delcea, C., & Voinea, M. M. (2020). Etiological factors of psychological nature in sexual dysfunctions. *International Journal of Advanced Studies in Sexology*, 2(1). <https://doi.org/10.46388/ijass.2020.13.17>
- Fedoroff, J. P. (2011). Forensic and diagnostic concerns arising from the proposed DSM-5 criteria for sexual paraphilic disorder. *PubMed*, 39(2), 238–241. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21653271>
- Hill, D. (2017). *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Psicologia clinica e psicoterapia.
- Jellis, J. (2001). *Attachment style, working models of sexuality, and their relation to safer sex behaviour in young adults*. <https://harvest.usask.ca/handle/10388/etd-10212004-002330>
- Kafka, M. P. (2009). Hypersexual Disorder: a Proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377–400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>

Kear-Colwell, J. J., & Boer, D. P. (2000). The Treatment of pedophiles: clinical experience and the implications of recent research. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(5), 593–605. <https://doi.org/10.1177/0306624x00445006>

Maniglio, R. (2012). The role of Parent–Child bonding, attachment, and interpersonal problems in the development of deviant sexual fantasies in sexual offenders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(2), 83–96. <https://doi.org/10.1177/1524838012440337>

Marshall, W. L., & Kingston, D. A. (2018). Diagnostic issues in the paraphilias. *Current Psychiatry Reports*, 20(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0919-6>

Obegi, J. H., & Berant, E. (2010). *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. Guilford Press.

*parafilia - Treccani - Treccani*. (n.d.). Treccani. <https://www.treccani.it/vocabolario/parafilia/>

Reid, R. C., & Kafka, M. P. (2014). Controversies about hypersexual disorder and the DSM-5. *Current Sexual Health Reports*, 6(4), 259–264. <https://doi.org/10.1007/s11930-014-0031-9>

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

*Salute mentale - ISS*. (n.d.). ISS. <https://www.iss.it/-/salute-mentale-2#:~:text=L'Organizzazione%20Mondiale%20della%20Salute,un%20contributo%20alla%20propria%20comunit%C3%A0%22>.

Santtila, P., Sandnabba, N. K., & MPsych, N. N. (2001). Retrospective perceptions of family interaction in childhood as correlates of current sexual adaptation among sadomasochistic males. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 12(4), 69–87. [https://doi.org/10.1300/j056v12n04\\_04](https://doi.org/10.1300/j056v12n04_04)

Seeman, M. V. (2020). Portrait of an exhibitionist. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1249–1263. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09810-w>

Sharpless, B. A. (2017). *Unusual and rare psychological disorders: A Handbook for Clinical Practice and Research*. Oxford University Press.

Smallbone, S., & Dadds, M. R. (1998). Childhood attachment and adult attachment in incarcerated adult male sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 13*(5), 555–573. <https://doi.org/10.1177/088626098013005001>

Van Rosmalen, L., Van Der Veer, R., & Van Der Horst, F. C. P. (2015). AINSWORTH'S STRANGE SITUATION PROCEDURE: THE ORIGIN OF AN INSTRUMENT. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 51*(3), 261–284. <https://doi.org/10.1002/jhbs.21729>

Zadeh, L. R. F., & Mohammadian, A. (2019). The Role of the Mediator of Attachment Styles in the Relationship between Personality Traits and Fetishism. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam, 7*(2), 44–55. <https://doi.org/10.29252/shefa.7.2.44>