

# Il caso di Francesco. Aspetti clinici e non clinici del feticismo

*The case of Francesco: clinical and non-clinical aspects*

A. Bani

Psichiatra ASL 12, Viareggio, Italy

## Summary

### Objectives

A case of fetishism is presented with the support of etiopathogenetic and therapeutic hypotheses. Some non-clinical aspects are emphasized that are often important for a global vision of a patient for which clinical answers are not possible.

### Methods

We examine the nosographic (Fig. 1) and clinical characteristics of the paraphilia (Table I). The case is described in a dimensional manner.

### Results

Therapy is problematic as the subject does not suffer from his behaviour: his greatest interest is to satisfy his compulsions, and sees no need for treatment. However, the patient's behaviour provokes pain in the family and causes social impairment.

### Conclusions

The case demonstrates that is insufficient to assert that treatment in this type of disturbance is necessary only when there is a violation of social rules. There are important ethical and clinical problems that must however be examined through analysis of a larger patient cohort.

### Key words

Paraphilias • Fetishism

## Introduzione

Nella quarta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV)<sup>1</sup> la parafilia viene definita come “fantasie o impulsi o comportamenti sessuali di tipo insolito che sono ricorrenti e producono eccitazione sessuale”. Queste attività sono in genere incentrate sull'umiliazione di se stesso o di un partner, su bambini o persone non consenzienti, o su oggetti non umani. Gli impulsi devono verificarsi per almeno sei mesi e devono causare “significativo disagio o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre importanti aree” (Criterio A, B) (Fig. 1). La Decima Edizione dell'ICD-X, *International Classification of Diseases*<sup>2</sup> parla di disturbi della preferenza sessuale.

In letteratura esistono a oggi problemi nosografici, interpretativi ed epistemologici riguardo i disturbi psicosessuali. Una delle impostazioni più seguite è stata quella di iscrivere la psicopatologia sessuale nel capitolo delle personalità psicopatiche, anche se diversi studiosi l'hanno inclusa nell'ambito dei quadri psicogeni, per sottolineare la componente “psicologica” contrapposta a quella “organica”<sup>3</sup>. Nel DSM-IV le principali categorie di parafilie sono l'esibizionismo, il feticismo, il frotteurismo, la pedofilia, il masochismo sessuale, il sadismo sessuale, il voyeurismo, il feticismo di travestitismo e una categoria separata per le altre

parafilie non altrimenti specificate, per esempio, la zoofilia. Una persona può avere disturbi con parafilie multiple. Generalmente per feticismo si intende lo spostamento della meta sessuale dalla persona nella sua globalità a un suo sostituto che può essere una parte del corpo stesso, una qualità, un indumento.

### Cenni sulle ipotesi etiopatogenetiche

Le ipotesi più importanti e riconosciute in letteratura sono quelle che si ispirano a modelli di tipo psicodinamico e quelle di tipo comportamentale; queste ultime in particolare, attribuiscono lo sviluppo di una parafilia a esperienze precoci che condizionano un bambino a commettere, successivamente, un atto parafilico.

Secondo il comportamentismo “originale” ogni condotta umana è frutto di apprendimento sia nei suoi aspetti “normali”, sia in quelli “disfunzionali”. Non si parla quindi di inconscio e non esiste un conflitto sotto il sintomo o il comportamento (processo nevrotico). L'essere molestati da bambini per alcuni studiosi può predisporre la persona a diventare oggetto di violenza da adulto o, al contrario, a diventare un molestatore verso gli altri<sup>4</sup>.

L'inizio degli atti parafilici può derivare quindi, secondo questa impostazione, dall'imitazione di comportamenti

### Correspondence

Alessandro Bani, via Badaloni 48, 57124 Livorno, Italy • Tel. +39 327 8624237 • E-mail: banialex@virgilio.it

sessuali visti ed esperiti nell'adolescenza, descritti dai mezzi di comunicazione o ricordando eventi carichi di emozione del proprio passato, come una molestia subita. Per altro ricercatori come Reichman e Hodgson, hanno cercato di dimostrare in laboratorio l'attendibilità di classici condizionamenti anche nel caso del feticismo<sup>5</sup>.

La teoria dell'apprendimento enfatizza come il fantasticare dell'interesse parafilico inizi in età precoce, tuttavia queste fantasie e pensieri non vengono condivisi con altre persone, che potrebbero censurarle o bloccarle, così che l'uso e l'abuso delle fantasie stesse e degli impulsi parafilici possono continuare fino all'età adulta. Alle prime descrizioni del comportamento sessuale come espressione di "apprendimento" attraverso un determinismo preciso più tardi vengono associate da studiosi e clinici, prospettive integrate dalla psicologia cognitivista.

D'altra parte il cognitivismo ha criticato il comportamentismo per non aver preso in considerazione con la giusta rilevanza i processi cognitivi superiori<sup>6</sup>.

La visione psicoanalitica si discosta, a sua volta, dal comportamentismo e dal cognitivismo<sup>7</sup>; lo psicanalista statunitense Robert Stoller<sup>8</sup> riconduce la nascita di una tendenza parafilica, soprattutto sadomasochista, ai primi anni dell'infanzia: eventuali episodi traumatici come umiliazioni o schiaffi sarebbero infatti collegati in età adulta a un appagamento sessuale. Il feticismo, in psicoanalisi, è un tentativo di evitare l'ansia spostando gli impulsi della libido verso oggetti inappropriati; una persona con feticismo per le scarpe, ad esempio, inconsciamente nega che le donne abbiano perso il pene attraverso la castrazione dirigendo la libido verso un oggetto fallico, la scarpa, che simbolizza il pene femminile<sup>3</sup>. Il feticismo negli uomini, per altro, potrebbe essere una "ansia da simbiosi" da conflitti nell'intimità con le donne e rappresenterebbe un modo per esserne lontani<sup>9</sup>.

Dobbiamo tuttavia dire come le tesi proposte dagli psicoanalisti non spiegano esaurientemente il perché soltanto alcune persone subiscono il fascino dei feticci, mentre durante l'infanzia tutti (molti) soffrono il distacco dalla madre e cercano conforto "tenendosi stretta la coperta" ma sono in pochi a diventare feticisti veri e propri.

Alcune persone sono, quindi, più predisposte a questo tipo di parafilia? La ricerca scientifica non ha studiato approfonditamente la possibilità di un "gene del feticismo" e d'altra parte la sessualità umana è troppo complessa perché una sola variante genetica possa determinare in modo così duraturo un simile comportamento.

Riguardo poi, al masochismo, componente presente nel caso illustrato, alcuni teorici ritengono che le persone con masochismo sessuale superino la paura dei traumi e il sentimento di impotenza dimostrando di essere insensibili al danno fisico, e si propone che il masochista diriga l'aggressività verso la propria persona<sup>10</sup>. Per Helbert feticismo e sadomasochismo sarebbero una espressione del disordine dell'intimità e di instaurazione di una relazione matura e funzionale con un pari; a sua volta Kemberg (1988) sostiene che il masochismo è un metodo per sentirsi orgogliosi nel sopportare il dolore. È interessante l'osservazione di Pietrantonio che dice come in alcune pratiche il dolore ha più una valenza percettiva mentre altre volte prevale quella simbolica.

Un comportamento parafilico può scaturire da pensieri o impulsi che da un punto di vista psicopatologico sembrano simili ad alcune dimensioni proprie della fenomenica ossessivo-compulsiva<sup>11</sup>, mentre altre volte le parafilie possono essere inquadrare come comportamenti sessuali caratterizzati da una forte componente di compulsività-impulsività (Tab. I).

In altri casi nei parafilici si trovano aspetti psicopatolo-

**TABELLA I.**

Aspetti clinici delle parafilie<sup>11</sup>. *Clinical aspects of paraphilias*<sup>11</sup>.

Caratteri ossessivi delle parafilie	
Persistenza Ricorrenza	Presenti in grado variabile
Intrusività Inappropriatezza	Talvolta presente
Resistenza	Talvolta presente
Esame della realtà	Non alterato
Caratteri compulsivi delle parafilie	
Ripetitività Incoercibilità	Presente in grado variabile Presente in grado elevato
Secondarietà dalle ossessioni	Presente
Collegamento con le ossessioni	Realistico
Eccessività	Assente

gici tipici dei disturbi correlati a sostanze quali la dipendenza, la tolleranza, la perdita del controllo. Lo spettro bipolare sembra particolarmente associato a condotte sessuali a rischio ed è stata riscontrata una significativa correlazione tra comportamenti di tipo parafilico e fobia sociale<sup>12</sup>.

A livello biologico alcuni studi hanno identificato alterazioni organiche nelle persone con parafilie identificando livelli ormonali anormali, segni neurologici lievi o gravi, anomalie cromosomiche, crisi epilettiche, dislessia, elettroencefalogramma alterato senza crisi e in piccola percentuale, rispetto alle precedenti alterazioni, disturbi mentali maggiori e ritardo mentale.

Resta il quesito se queste anomalie siano correlate all'interesse parafilico, oppure si tratti di riscontri occasionali che non hanno rilevanza nello sviluppo della parafilìa.

## Il caso di Francesco

Il caso di Francesco presenta le complessità di tutte le parafilie anche se l'aspetto feticista sembra prevalere su altri aspetti.

Francesco è un ragazzo di 17 anni che sta aspettando la maggiore età con trepidazione. Vive con i genitori, due liberi professionisti, la madre insegnante e il padre biologo. Ha una sorella minore di 13 anni. Frequenta il Liceo Scientifico della sua città, con ottimi risultati, ha molte amicizie e buoni rapporti interpersonali. Gioca in una squadra di calcio e ha allenamenti settimanali. Viene descritto dai genitori come un ragazzo modello, non fuma, mai ha abusato di sostanze; qualche volta ha presentato dei comportamenti di reattività "tipica della adolescenza" così si esprimono i genitori. L'atmosfera familiare è serena e armonica.

La spinta tuttavia del ragazzo a essere maggiorenne e desiderare di vivere da solo con maggior autonomia nasce dagli eventi degli ultimi 7-8 mesi.

I genitori mi contattano prima telefonicamente, poi presso l'ambulatorio. Si presentano tesi, e traspare un elevato stato di ansia in entrambi i coniugi. È evidente la loro preoccupazione per il figlio, smarriti, e provano "difficoltà e senso di vergogna" in quello che stanno per raccontarmi. Poi è la madre che è più diretta nel parlare e raccontare gli eventi: "mio figlio da qualche mese chatta in continuazione ... passa molto tempo su internet ... e ... chiede, cerca ragazze per prestazioni sessuali particolari (si mette a piangere) ... chiede alle ragazze di poter ... chiede di essere *calpestate* dalla partner mentre questa indossa tacchi a spillo ...".

L'imbarazzo è elevato, segue un silenzio assordante e il padre, mi guarda senza abbassare gli occhi... la madre poi con modalità brusca e secca mi fa la domanda cardine: "nostro figlio è malato?".

Dopo aver richiesto alcune spiegazioni, in considera-

zione che nessuna parola sembrava attenuare l'angoscia dei genitori, chiedo se il ragazzo avrà intenzione di farsi visitare: ricevo una risposta affermativa in quanto la reattività, i comportamenti di intolleranza e scontroso degli ultimi mesi sono riconosciuti dal figlio stesso come anormali e la tensione che si sta verificando in casa spinge Francesco ("per non sentirli più litigare") a farsi visitare.

Nella anamnesi familiare Francesco non presenta patologie particolari, né di ordine fisico né psichico. Nato a termine, PAF nella norma. Non alterazioni del neurosviluppo. Buone le prestazioni scolastiche e i rapporti con gli amici.

Alto circa 1,80 e di costituzione robusta, come hobby ha diverse attività sportive e in particolare il gioco del calcio frequentato a livello semiprofessionale.

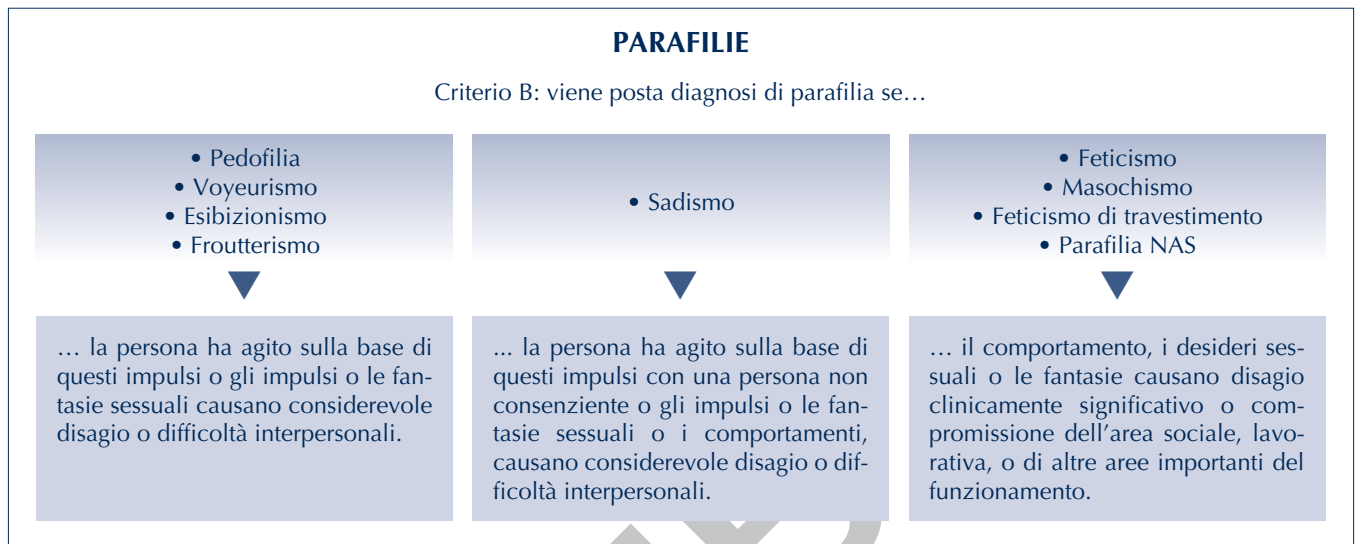
Alla visita il ragazzo accetta il colloquio con estrema tranquillità, come se fosse un incontro con un conoscente-amico non con un medico. Accenno alle preoccupazioni dei genitori, senza scendere nelle particolarità dei contenuti per i quali si sono presentati, ma sottolineo che accusano stanchezza, preoccupazioni e tristezza, e chiedo al ragazzo se tutto questo può avere attinenza con problemi suoi personali.

Il ragazzo non fa preamboli: "i miei genitori mi hanno mandato da lei perché hanno scoperto che chatto con alcune ragazze ... non vogliono ... È per questo che sono nervoso, rispondo male e non sto più bene in casa ...".

Cerco di approfondire il perché della preoccupazione, in particolare della madre e ottengo una risposta importante: "non accettano quello che scrivo ... hanno visto che chiedo alle ragazze di stare con me ... di fidanzarsi con me via internet ...". "Guardi dottore, mi sono lasciato qualche tempo fa perché la mia fidanzata non voleva avere rapporti con me ...".

*Forse pensi ci sia qualcosa di più?* Il ragazzo con molta serenità risponde "mi piace che mi cammini sopra il corpo mentre sono disteso per terra ... con le scarpe ... con i tacchi ... ma non c'è bisogno di fare questo casino! A scuola i miei compagni lo sanno e nessuno mi crea problemi! Anzi molti pensano che scherzi e che lo faccia per essere al centro dell'attenzione ... altri mi difendono e vorrebbero provare anche loro ....".

In Francesco non vi è la perdita del controllo degli impulsi, non è alla mercé impulsiva del gesto ma prevale l'aspetto compulsivo. La reattività e talvolta le "esplosioni di collera" sono descritte (sia da Francesco che dai genitori) direttamente collegate al divieto e all'ostacolo di terminare il rituale; ed è per questa ragione che la fidanzata lo lascia, non potendo "seguire" il partner nei ripetuti e obbligatori rituali che la ragazza descrive come "insistenti, sempre più richiesti ed esasperati ... come se non bastassero mai".

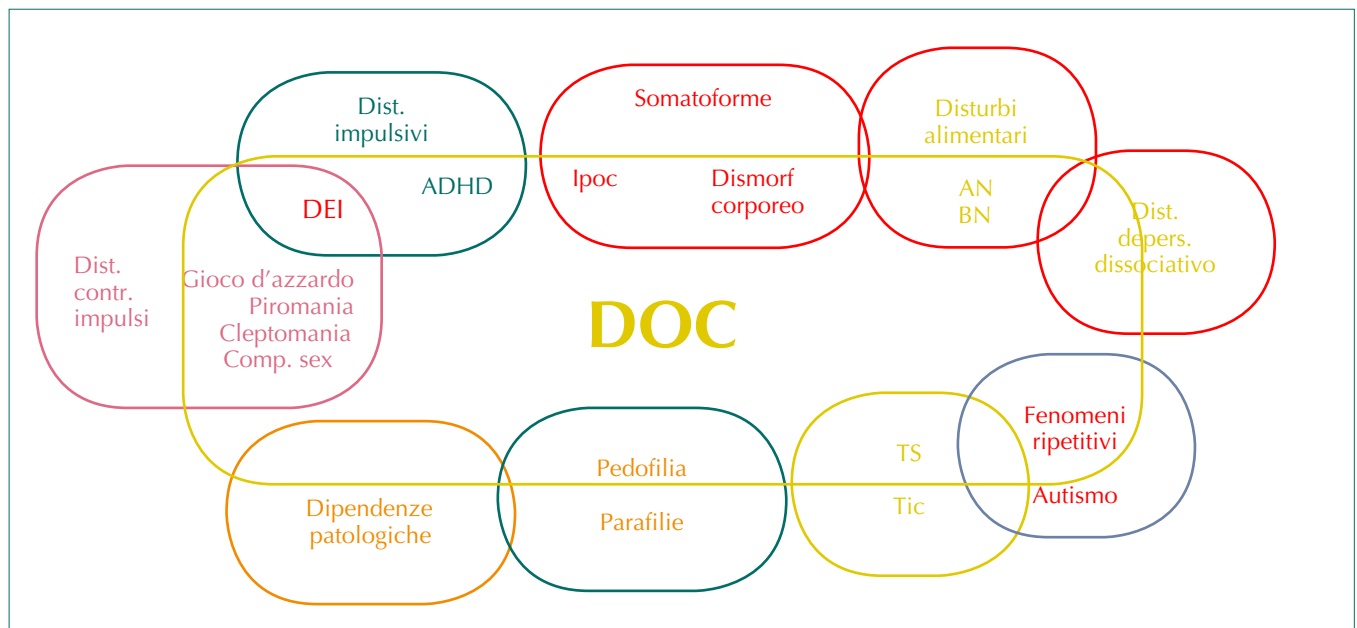


**FIGURA 1.** Parafilie: criterio B (DSM-IV) <sup>1</sup>. *Paraphilias. Criterion B (DSM-IV) <sup>1</sup>.*

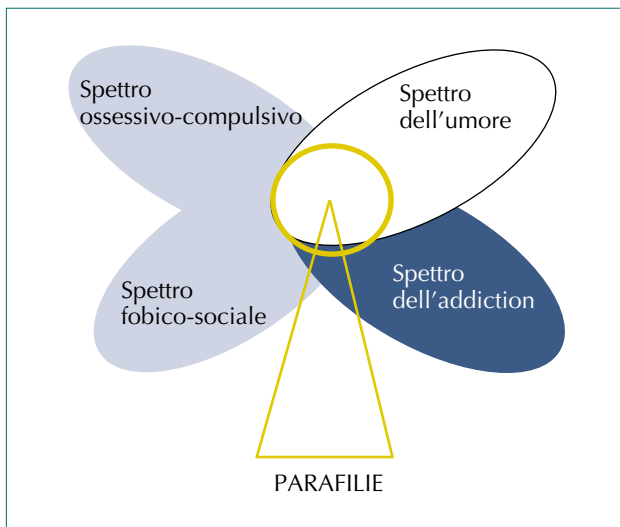
**Discussione e considerazioni**

Francesco descrive il rituale *compulsivo* nello svolgere nei minimi particolari l'atto per avere l'eccitazione: *deve* essere lui il primo a spogliarsi, *deve* poi distendersi per terra e preferibilmente su un pavimento senza tappeti o altro per essere su un piano rigido. Dopo tocca alla ragazza che, senza spogliarsi, *deve* indossare delle scarpe a tacchi alti e appuntiti, non importa il colore delle scarpe, o se in cuoio o di specifici colori; lei deve passeggiare sul suo corpo

disteso "avanti e indietro" (*il passeggiare delle prostitute?*). Tutto questo prepara a una eccitazione che sarà poi soddisfatta in un "normale" rapporto sessuale. Francesco non riesce a spiegare la ragione che lo ha indotto a scegliere le *scarpe con tacchi a spillo* per essere calpestato, ma dalle sue riflessioni emerge come sia solo con il feticcio "scarpa" ad avere eccitazione ma anche sicurezza nel raggiungere l'orgasmo. La compulsione si estende anche alla ricerca tramite internet di partner disposte a giochi erotici;



**FIGURA 2.** Lo spettro OCD (Hollander, 1993). *OCD Spectrum (Hollander, 1993).*



**FIGURA 3.** Aspetti dimensionali delle parafilie. *Dimensional aspects of paraphilias.*

Francesco dice che non si ferma se riceve conferme alla sua ricerca e “colleziona” se può varie partner. La compulsione è fenomeno costante, per altro già ben descritto da molti Autori<sup>8</sup> in molte parafilie (Fig. 2).

Nel caso di Francesco è evidente come diventa improponibile una unica diagnosi di tipo “categoriale”, per la molteplicità di atteggiamenti parafilici che sfociano poi in un atto sessuale “normale” e che complicano qualsiasi tentativo di ipotesi etiopatogenetica.

Nel caso di Francesco potremmo quindi intravedere:

- componenti feticistiche (si eccita con le scarpe con tacchi a spillo);
- componenti masochistiche (l'essere calpestato su un piano rigido per sentire maggior dolore);
- componenti di umiliazione (l'essere calpestato e sottomesso disteso per terra nudo);
- componenti compulsive ritualistiche (il dover essere il primo a spogliarsi ecc.);
- componenti di tolleranza (atti “insistenti, sempre più richiesti ed esasperati ... come se non bastassero mai”);
- aspetti di perseverazione: la pratica parafilica viene praticata e reiterata, nonostante che Francesco sia ben consapevole delle conseguenze negative in ambito sociale, familiare e relazionale (Fig. 3).

### Aspetti oltre la clinica della parafilìa

L'approccio clinico a questo tipo di problematiche non dovrebbe, tuttavia, minimizzare altre problematiche che comunque influenzano il vissuto parafilico del soggetto e ne vorrei analizzare tre:

- si evidenzia come l'influenza delle fantasie sessuali

e le manifestazioni comportamentali si estendono oltre alla sfera sessuale modificando la vita di relazione della persona;

- la consapevolezza di una destabilizzazione dell'armonia familiare;
- la noncuranza e la “normalità” condivisa dagli studenti della classe di Francesco.

- Il clinico deve essere consapevole del fatto che le principali funzioni del comportamento sessuale per gli esseri umani sono quelle di aiutare la formazione di legami, di esprimere l'amore tra due persone oltre quello di procreare. Le parafilie rappresentano comportamenti devianti in quanto la progettualità insita nei comportamenti stessi dovrebbe avere il fine di una comunicazione-relazione tra sentimenti-rispetto-libertà degli individui che le praticano.

Le pratiche parafiliche *sembrano molto spesso* escludere o danneggiare gli altri e distruggono la possibilità di unione di due persone oltre a destabilizzare un contesto microsociale quale ad esempio la famiglia.

Da notare come per non rinunciare alla pratica erotica Francesco perde la fidanzata che, smarrita e terrorizzata cerca l'aiuto nei genitori di Francesco. Francesco risponderà: “che male c'è!?”.

Attualmente Francesco non ha una relazione stabile, se non qualche fugace e superficiale relazione che lui stesso definisce “da dimenticare”. Diventa per altro impellente per Francesco uscire dalla casa dei genitori per andare a vivere da solo in quanto non sopporta le continue osservazioni dei genitori stessi. Lo studio e la scuola, alla età di 17 anni, perdono valore.

- La consapevolezza di una destabilizzazione dell'armonia familiare è un altro aspetto di estrema importanza da considerare nel vissuto di Francesco. Egli non si vergogna del suo comportamento, rinuncia come detto alla fidanzata e soprattutto non fa nessuno sforzo per cercare di aiutare i genitori, nemmeno quello di “mentire” o di “nascondere” le proprie attitudini a scopo di evitare le paure dei genitori che si accusano, per altro, di non essere stati all'altezza di dare una buona educazione al figlio.

Francesco è consapevole che è la causa di difficoltà psicologiche dei genitori; questi infatti si trovano a doversi rivolgere a uno psichiatra, disillusi, con una sensazione di impotenza che coinvolge il figlio che sta distruggendo il loro rapporto affettivo. Francesco viene a visita solo per “zittire” i genitori, sempre più ansiosi e oppressivi.

L'atteggiamento di Francesco corrisponde a quello di colui che non è a conoscenza di trasgredire qualcosa; il suo comportamento è “naturale” in quanto piacevole per sé e non obbliga nessuno: “tutti sono liberi di accettare” la sua *proposta pubblica, ostentata anche* attraverso Internet.

- I compagni e gli amici di classe, sia ragazzi che ragazze

sembrano rispecchiare la posizione del mondo accademico, di studiosi e di scienziati. Alcuni convinti che sul proprio corpo un soggetto è padrone e quindi può manipolarlo a proprio piacimento, alcuni invece che intravedono un disturbo vero e proprio della personalità, oltre che un disturbo della preferenza sessuale; d'altra parte la dipendenza psicologica da pratiche sessuali particolari devianti dalle convenzioni vigenti viene in alcune culture ancora "condannata" come perversione.

## Trattamento. Conclusioni

L'affermazione, da molti condivisa, che il ricorso alla terapia è necessario soltanto quando si verifica una violazione della sfera intima e dei diritti altrui, nella situazione del caso descritto, è quantomeno *insufficiente*; infatti generalmente si assiste alla egosintonicità del soggetto e a un partner consenziente. Nel caso di Francesco, tuttavia, siamo di fronte alla sofferenza morale ed esistenziale della fidanzata, siamo di fronte a *un danno psichico* dei genitori che non dormono più, che litigano per la tensione costante e per le problematiche future. Altro problema è l'atteggiamento e la sua posizione ostentata agli amici di classe come di colui che si permette una libertà al di sopra delle parti e si propone come esempio.

I due tipi di terapia più diffusi, quella cognitiva-comportamentale e quella psicodinamica, hanno scarsi dati a sostegno e sono rari gli studi clinici controllati.

L'obiettivo della terapia comportamentale è far capire al paziente che non deve minimizzare i bisogni del partner e spingerlo a immedesimarsi in quest'ultimo affinché ne capisca i sentimenti.

In letteratura sono stati riportati vari tipi di trattamento a seconda della prevalenza della associazione con lo spettro ossessivo compulsivo, con quello impulsivo, di dipendenza o se è presente una comorbidità con disturbi dell'umore o di ansia fobica.

Sono state proposte così tecniche di social skills training, esposizione "in vivo" e "in immaginazione", tecniche di rilassamento, tecniche cognitivo-comportamentali<sup>12 13</sup>.

Viene riportata, ad esempio, quando esista una prevalenza della componente fobica, un'efficacia specifica delle tecniche di avversione e di sensibilizzazione nascosta<sup>14</sup>. Controverso l'utilizzo di psicofarmaci se non per intervenire sulla componente di discontrollo degli impulsi e di reattività o sulla eventuale presenza di sintomi depressivo-ansiosi. Nel caso di Francesco, al di là della reattività e della disforia, sintomi che in parte hanno risposto al trattamento con basse dosi di uno stabilizzatore del tono dell'umore, il problema è rappresentato da un contesto allargato da tenere comunque in considerazione; se da una parte abbiamo il soggetto che vive con modalità egosintoniche il proprio comportamento e quindi non intravede la necessità di iniziare una terapia, dall'altra i soggetti "abusati" sono i ge-

nitori distrutti, la fidanzata atterrita e i compagni di classe che vedono "non censurato" un comportamento che può essere causa di sofferenza e complicazioni sociali.

Il caso di Francesco ci riporta per altro al concetto Schneideriano di personalità psicopatica come "personalità che per la loro abnormità soffrono o fanno soffrire la società", distinte poi da Catalano-Nobili e Cerquetelli in "nevrotiche" e "sociopatiche", dove le prime *per la loro abnormità soffrono*, mentre le sociopatiche *fanno soffrire la società*. Per semerari le personalità sociopatiche, che manifestano la loro abnormità soprattutto nel rapporto interpersonale, hanno un comportamento che non implica alcuna sofferenza soggettiva. Il loro tipico *non poter tornare indietro, non poter rinunciare*, condiziona un progetto esistenziale unilaterale che è alla base delle modalità psicopatiche dell'incontro interumano.

Una delle caratteristiche più rilevanti di questo tipo di personalità è infatti la mancanza o riduzione della capacità di controllo sulla sfera pulsionale per il diretto soddisfacimento delle pulsioni istintuali.

## Bibliografia

- 1 APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. IV Edizione. Milano: Masson 1994.
- 2 ICD X: *Decima Edizione dell'ICD-X*, International Classification of Diseases, 1992.
- 3 Fornari U. *Trattato di Psichiatria Forense*. Torino: Utet 2007.
- 4 Kaplan L. *Falsi Idoli. Le culture del feticismo*. Gardolo (TN): Centro Studi Erickson 2008.
- 5 Rachman S, Hodgson S. *Experimentally induced sexual fetishism*. *Psychological Record* 1968;18:2527.
- 6 Lovemaps MJ. *Clinical concepts of sexual erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence and maturity*. New York: Irvington Publishers 1986.
- 7 Freud S. *Tre saggi sulla teoria della sessualità*. Milano: Mondadori 1960 (ed. orig. 1905).
- 8 Stoller RJ. *Il termine perversione*. In: Fogel GI, Myers WA, editors. *Perversioni e quasi-perversioni nella pratica clinica*. Roma: Il Pensiero Scientifico 1994, pp. 37 sgg.
- 9 Pietrantoni L. *Sadomasochismo e feticismo: Aspetti clinici e psicosociali*. *Rivista di Sessuologia* 2006;30:5-7.
- 10 Bach SH. *Le relazioni oggettuali sadomasochistiche*. In: Fogel GI, Myers WA, editors. *Perversioni e quasi-perversioni nella pratica clinica*. Roma: Il Pensiero scientifico 1994, p. 77.
- 11 Pancheri P. *Il disturbo ossessivo compulsivo: la cura*. Firenze: Scientific Press 1998.
- 12 Kafka MP, Coleman E. *Serotonin and paraphilias: the convergence of mood, impulse and compulsive disorders*. *J Clin Pharmacol* 1991;11:223-4.
- 13 McElroy SL, Phillips KA, Kreck PE. *Obsessive compulsive spectrum disorder*. *J Clin Psychiatry* 1994;55(Suppl 10):33-51.
- 14 Marks IM. *Psicoterapia comportamentale*. Forte dei Marmi (LU): Psichiatria e Territorio 2004.