



Università degli Studi di Genova
Genoa University



DISFor Dipartimento di Scienze della Formazione

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e di Comunità

**PROFILI PSICO(PATO)LOGICI, ASESSUALITÀ E
IPERSESSUALITÀ: IL RUOLO DELL'AUTO-CRITICA E
DELLA SELF-COMPASSION**

Relatore: Prof.ssa Guyonne Rogier

Correlatore: Prof.ssa Cecilia Pace

Candidato: Eleonora Turchi

Matricola 5032578

ANNO ACCADEMICO 2022-2023

INDICE

PREMESSA	1
INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1: ASESSUALITÀ E IPERSESSUALITÀ	4
1.1 Introduzione alla sessualità	4
1.2 A sessualità e ipersessualità	6
1.2.1 A sessualità.....	7
1.2.2 Ipersessualità.....	14
CAPITOLO 2: ASESSUALITÀ, IPERSESSUALITÀ E PERSONALITÀ PATOLOGICA	19
2.1 Personalità patologica nell'ottica del Modello Alternativo dei Disturbi di Personalità e sessualità	19
2.2 Personalità patologica, a sessualità e ipersessualità	23
2.2.1 Il trauma come possibile variabile per spiegare personalità patologica, a sessualità e ipersessualità .	23
2.2.2 A sessualità: patologia o orientamento sessuale?	25
2.2.3 Ipersessualità: sintomo o disturbo?	29
2.3 Conclusioni	32
CAPITOLO 3: SELF-CRITICISM E SELF-COMPASSION COME VARIABILI NELLA RELAZIONE TRA PERSONALITÀ PATOLOGICA E SESSUALITÀ	34
3.1 Self-criticism e self-compassion	34
3.1.1 Self-criticism	34
3.1.2 Self-compassion	36
3.1.3 Self-criticism e self-compassion e personalità patologica.....	38
3.1.4 Self-criticism e self-compassion come strategie di coping.....	40
3.1.5 Terapie correlate alla <i>self-compassion</i> e alla riduzione del <i>self-criticism</i>	42
3.2 Self-criticism, self-compassion e a sessualità	44
3.3 Self-criticism, self-compassion e ipersessualità	45
3.4 Conclusione	48
CAPITOLO 4: STUDIO EMPIRICO	50
4.1 Obiettivo della ricerca	50
4.2 Metodologia	50
4.2.1 Caratteristiche e reperimento del campione	50
4.2.2 Gli Strumenti	51
4.2.3 Analisi statistica.....	56
4.3 Risultati	56
4.3.1 Caratteristiche del campione	56
4.3.2 Test delle ipotesi	58
4.3.3 Analisi della regressione.....	60
4.3.4 Modello di moderazione	63

4.4 Discussione	64
4.5 Limitazioni	67
4.6 Utilità clinica e direzioni future	68
CONCLUSIONE	69
BIBLIOGRAFIA	70

PREMESSA

Asessualità e ipersessualità rappresentano variazioni dell'esperienza sessuale umana e, nonostante abbiano acquisito maggiore rilevanza scientifica negli ultimi anni, gli studi che indagano le dimensioni sottese a tali costrutti non sono sufficienti per restituire un quadro clinico adeguato ed esaustivo. Seppur agli antipodi, asessualità e ipersessualità non possono essere considerati come gli estremi di un unico *continuum* perché i presupposti della loro esistenza sono molto diversi; infatti, le persone asessuali riferiscono di non provare alcun disagio dovuto alla loro condizione, mentre il comportamento ipersessuale ha conseguenze significative sul funzionamento di chi lo pratica. Questo elaborato si propone di portare un ulteriore contributo agli studi che trattano tali argomenti, analizzando più approfonditamente se esistono variabili psicopatologiche che possano spiegare i due fenomeni e quali variabili interne possano condizionarli. La ricerca che è stata effettuata ha tenuto in considerazione asessualità e ipersessualità, le variabili psicopatologiche secondo i criteri del DSM-5 e due variabili interne quali auto-critica e *self-compassion* che potrebbero avere un ruolo nell'espressione di alcuni comportamenti o nelle strategie utilizzate per far fronte al disagio che potrebbe conseguirne.

INTRODUZIONE

Il presente studio mira a indagare il tipo di correlazione esistente tra la personalità patologica, i costrutti di auto-critica e *self-compassion* e asexualità e ipersessualità. In generale, sebbene il costrutto dell'asexualità sia molto eterogeneo, un individuo asessuale è un individuo che non sperimenta attrazione sessuale verso altre persone (Bogaert *et al.*, 2015), ma può comunque sviluppare relazioni romantiche ed emotive significative (Hille, 2023). L'ipersessualità, invece, è una condizione in cui un individuo sperimenta un intenso e incontrollabile desiderio sessuale o comportamenti sessuali compulsivi (Bóthe *et al.*, 2018). Entrambi questi costrutti possono essere concettualizzati secondo variabili psicopatologiche sottostanti e variabili interne quali personalità patologica, auto-critica e *self-compassion*. Alcuni tratti di personalità patologica, come insicurezza emotiva, instabilità dell'umore o bassa autostima possono influenzare sia l'asexualità che l'ipersessualità (Ciocca *et al.*, 2023); l'auto-critica eccessiva può contribuire a una maggiore angoscia e insoddisfazione in entrambi i casi (Biermann *et al.*, 2020), mentre la *self-compassion* può aiutare a sviluppare un atteggiamento amorevole e di auto-accettazione nelle persone asessuali (Finlay-Jones *et al.*, 2021) e può rendere più facile il confronto con la propria colpa e vergogna negli individui ipersessuali (Phillips *et al.*, 2019).

La tesi è suddivisa in quattro capitoli: nel primo capitolo si introducono i concetti di asexualità e ipersessualità e le diverse concettualizzazioni presenti in letteratura; in particolare si analizzano gli studi e le teorie che hanno contribuito alla definizione dei due costrutti. Il secondo capitolo illustra le prospettive teoriche di asexualità e ipersessualità in relazione con la personalità patologica così come descritta all'interno del Modello Alternativo dei Disturbi di Personalità presente nel DSM-5. All'interno del terzo capitolo sono definiti i costrutti di auto-critica e *self-compassion* e sono descritte le principali teorie e gli studi più recenti sull'influenza che questi esercitano sia sulla personalità patologica che sull'asexualità e sull'ipersessualità. Questa prima parte rappresenta le principali conoscenze teoriche e applicative dalle quali il nostro progetto ha preso avvio.

Nella seconda parte, corrispondente al quarto capitolo viene, invece, illustrato il progetto di ricerca: le ipotesi, il metodo di reclutamento, le analisi statistiche utilizzate e i risultati conseguiti.

CAPITOLO 1: ASESSUALITÀ E IPERSESSUALITÀ

1.1 Introduzione alla sessualità

L'idea di sessualità che conosciamo oggi deriva dalla valutazione medico-psichiatrica, da parte dello psichiatra Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) e del neurologo Albert Moll (1862-1939), di quello che ancora agli inizi del diciannovesimo secolo veniva considerato come perversione sessuale, ovvero la diversità sessuale (Oosterhuis, 2012). Krafft-Ebing e Moll non avevano solo affermato che la passione sessuale fosse intrinseca nella natura umana, ma anche che avesse un ruolo costruttivo a livello personale e sociale, contribuendo al benessere psichico, alla felicità e all'armonia sociale (Oosterhuis, 2012). La loro visione sociale della sessualità li indusse a studiare diverse variabili della pulsione umana, tra cui la ninfomania (ovvero l'espressione di impulsi sessuali eccessivi) e l'assenza di desiderio sessuale (chiamata anestesia sessuale) (Oosterhuis, 2012). Quest'ultima, tra i sintomi principali, presentava anche la mancanza di sentimenti altruistici, l'astinenza e l'insoddisfazione sessuale considerate potenzialmente dannose per la salute umana, così come ipotizzerà anche Freud quando parlerà di repressione e contenimento sessuale (Oosterhuis, 2012). La comprensione moderna della sessualità non è solo dovuta ai contributi della psichiatria di quegli anni, che hanno fornito un nuovo quadro concettuale, ma anche agli sviluppi sociali e culturali che hanno trasformato e consolidato l'esperienza della sessualità all'interno della società stessa (Oosterhuis, 2012).

Il ruolo rilevante della società nella costruzione di senso della sessualità è centrale anche oggi ed è stato ripreso da diversi autori, tra cui Gabbard (2014) che ne sottolinea l'importanza, sostenendo la funzione della società stessa nel definire quali sono i comportamenti perversi, trasgressivi o devianti, e Quattrini (2015) che spiega la normalità, anche sessuale, come costruito sociale determinato dalla maggioranza e necessario alla regolamentazione degli individui, uniformandone i comportamenti umani. La relazione tra società e sessualità appare anche nelle diverse edizioni del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) che correla lo sviluppo dei disturbi sessuali con gli aspetti sociali in modo da

promuovere quelle "diversità" che non sembrano essere conformi allo standard percepito dalla maggioranza (Cantelmi, 2019).

Nel corso degli anni, il mutare della terminologia ha permesso, insieme al passaggio evolutivo, di inserire il comportamento sessuale all'interno di un *continuum* che articola il piacere sessuale in termini di funzionalità e disfunzionalità, ponendo, da una parte, i comportamenti sessuali normativi moralmente accettati e sociologicamente stereotipati, passando per i comportamenti sessuali trasgressivi, non considerati necessariamente patologici o devianti, per arrivare poi all'estremo opposto dove sono presenti i disturbi parafilici, le parafilie e forme più dannose come i *sex offender* (Cantalemi, 2019).

La differenza tra disturbo parafilico e parafilie è che mentre il primo è una condizione che provoca disagio e ha un impatto significativo sulla vita quotidiana delle persone, causando danni a sé stesse o agli altri attraverso sensazioni di *stress*, difficoltà sul lavoro, nell'ambito sociale e nelle relazioni affettive, il secondo è, invece, un forte desiderio sessuale costante che si differenzia dall'interesse sessuale per la stimolazione genitale o i preliminari sessuali con partner umani che presentano un aspetto fisico normale, sono fisicamente maturi e danno il loro consenso consapevole (APA, 2013; Cantalemi, 2019).

Rimane, però, la difficoltà di poter determinare ciò che è o non è un disturbo (Hinderliter, 2015). Nel caso della sessualità risulta più complicato perché è necessario, prima di tutto, abbattere i pregiudizi che si sono formati attorno a tale concetto, liberandosi dai falsi miti e da ciò che alimenta l'ignoranza, ridefinendo le convinzioni culturali che alimentano posizioni giudicanti verso l'altro e verso sé stessi (Quattrini, 2015). I comportamenti sessuali definiti trasgressivi che si discostano dai comportamenti normativi non sono significativi dal punto di vista clinico e non sfociano necessariamente in parafilie o comportamenti più dannosi come la violenza sessuale (Cantelmi, 2019). Ciò che è attenzione del clinico sono i comportamenti sessuali che portano a un forte disagio o compromettono il funzionamento sociale, lavorativo e, più in generale, in ambiti di vita rilevanti, in accordo con il criterio B del DSM-5 all'interno delle categorie diagnostiche dei disturbi parafilici (Cantelmi, 2019).

1.2 Asexualità e ipersessualità

L'asexualità viene considerata da diversi studiosi un orientamento sessuale unico (Bogaert *et al.*, 2018; Brotto *et al.*, 2017), oltre che definita come assenza duratura di attrazione sessuale (Bogaert *et al.*, 2015; Brotto *et al.*, 2010). L'ipersessualità è vista come un comportamento sessuale non patologico ma sregolato, caratterizzato da una mancanza di controllo su desideri, fantasie e attività sessuali, con conseguenze negative e un significativo malessere personale che si prolunga per un periodo di almeno sei mesi (Bóthe *et al.*, 2018).

All'interno del DSM-5 asexualità e ipersessualità non compaiono come disfunzioni sessuali o come disturbi veri e propri (Oliveira *et al.*, 2021; Bóthe *et al.*, 2018), ma l'asexualità viene indicata come criterio di esclusione per il disturbo dell'interesse/eccitazione sessuale femminile e il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile (DSM-5, 2013), mentre l'ipersessualità compare all'interno dell'ultima versione dell'*International Statistical Classification of Diseases and Related Problems* (ICD-11, 2019) come disturbo del comportamento sessuale compulsivo che comprende incapacità di controllare gli impulsi sessuali e comportamenti dalle conseguenze negative ripetute (Knight, 2021). Più nello specifico, l'asexualità non rientra tra le categorie ufficialmente riconosciute dal DSM-5 perché le persone asexuali non riferiscono di provare disagio rispetto la loro sessualità (Brotto *et al.*, 2010; Brotto *et al.*, 2015); piuttosto l'angoscia sembra essere dovuta allo stigma sociale (Yule *et al.*, 2013) o alle pressioni del partner ad avere attività sessuali (Gupta, 2017). L'ipersessualità, invece, non presenta sufficienti studi e quelli esistenti si sono principalmente concentrati sulla popolazione maschile, trascurando quella femminile (Bóthe *et al.*, 2018).

1.2.1 Asexualità

Nel mondo, circa l'1% di persone si identifica come asessuale (Bogaert, 2013). È stato Kinsey nel 1948 a definire una categoria, chiamata "Categoria X", di individui che non rispondevano in alcun modo a stimoli sessuali (Kinsey *et al.*, 1948) e, per lungo tempo, è stata l'unica ricerca sull'argomento (de Oliveira *et al.*, 2021). Successivamente, è stato l'attivista David Jay, fondatore di AVEN, ad aver permesso il riconoscimento pubblico dell'asexualità e ad aver riaperto il dibattito scientifico (Oliveira *et al.*, 2021). Il riconoscimento e l'accettazione della propria asessualità è difficile, perché confrontarsi con questo aspetto della propria identità vuol dire anche misurarsi con le pressioni sociali eteronormative e allonormative (Kelleher *et al.*, 2022; Kelleher *et al.*, 2023). Con eteronormatività si intende il presupposto secondo cui l'eterosessualità è l'orientamento sessuale normale o predefinito, rendendo gli altri orientamenti problematici (Kelleher *et al.*, 2023); l'allonormatività si riferisce, invece, al concetto di allosessuale (non asessuale) che presuppone come norma l'attrazione e il desiderio sessuale patologizzandone, di conseguenza, la loro mancanza (Kelleher *et al.*, 2023).

All'interno del costrutto dell'asexualità c'è una grande eterogeneità; interessante è la differenza nel desiderio e nell'impegno in relazioni romantiche e/o sessuali tra individui che si identificano come asessuali (Hille, 2023). Per spiegare queste differenze, è necessario distinguere l'attrazione romantica da quella sessuale: alcuni individui asessuali si identificano come aromantici, mentre altri possono volere l'intimità emotiva all'interno delle relazioni romantiche (Kelleher *et al.*, 2022). In uno studio del 2022, grazie alle persone asessuali intervistate, è emerso che ci sono meno probabilità che l'orientamento sessuale e quello romantico concordino ed è più probabile che si dichiarino neutrali o avversi rispetto al sesso (Clark *et al.*, 2022). Tra gli asessuali c'è anche chi teme che il mancato interesse sessuale possa precludergli la possibilità di formare relazioni romantiche (Kelleher *et al.*, 2022). Un altro studio ha evidenziato meno interesse per il matrimonio o la genitorialità tra le persone asessuali (Hall *et al.*, 2022) e un altro ancora ha riportato livelli più bassi di soddisfazione, impegno e investimento nelle relazioni sia romantiche che amicali degli asessuali rispetto agli allosessuali (Edge *et al.*,

2022). Queste evidenze potrebbero essere spiegate alla luce di contesti di vita allonormativi e alla difficoltà di accettazione e interiorizzazione dell'identità asessuale (Catri, 2021) che potrebbero determinare maggiori difficoltà a entrare in sintonia con le altre persone, soprattutto con chi non è asessuale (Hall *et al.*, 2022). Oltre all'impegno romantico, gli individui asessuali possono impegnarsi anche in comportamenti sessuali (Clark *et al.*, 2022; Hille *et al.*, 2020). Rispetto alle persone allosexuali, gli asessuali hanno meno esperienze con il sesso e meno probabilità di impegno futuro nei comportamenti fisici (Clark *et al.*, 2022), oltre che meno frequenza nella masturbazione (Eastman-Mueller *et al.*, 2022).

Dall'eterogeneità del costrutto si apprende che l'asessualità è un'esperienza sessuale varia che richiede una maggiore comprensione e accettazione nella società; comprendere e apprezzare questa diversità sessuale può portare a relazioni più efficaci e soddisfacenti, sia per le persone asessuali che per i loro partner (Brotto *et al.*, 2017; de Oliveira *et al.*, 2021).

Disturbo mentale, disfunzione sessuale, parafilia o orientamento sessuale?

Diversi autori hanno indagato la sfera dell'asessualità per determinarne l'origine e per poterla inserire in un quadro più chiaro (de Oliveira *et al.*, 2021): è stata vagliata l'ipotesi di un disturbo mentale (Yule *et al.*, 2013), la possibilità che fosse sintomo di una disfunzione sessuale (Both *et al.*, 2007), che rientrasse nelle parafilie (Bogaert, 2006) o che potesse essere considerata come un orientamento sessuale unico al pari dell'eterosessualità, dell'omosessualità e della bisessualità (Diamond, 2003). Le difficoltà riguardo una categorizzazione precisa dell'asessualità derivano dall'eterogeneità della popolazione asessuale (Dawson *et al.*, 2016; Brotto *et al.*, 2017; Van Houdenhove *et al.*, 2017) che presenta al suo interno individui che praticano l'autoerotismo (Yule *et al.*, 2017), che vogliono o hanno partner romantici (Bulmer *et al.*, 2018) o che si riconoscono in altre identità quali demisessuali (coloro che provano attrazione sessuale solamente in un rapporto romantico), Gray-A (chi rientra nella zona grigia tra sessuali e asessuali)

e A-Fluid (ovvero persone che considerano la sessualità fluida in generale) (Carrigan, 2011).

Le ricerche che avevano come obiettivo l'indagine sull'asessualità come sintomo di un disturbo mentale o disturbo mentale stesso hanno dato esiti diversi: in alcuni casi è stata evidente la relazione tra l'asessualità e la sindrome di Asperger (Ingudomnukul *et al.*, 2007; Gilmour *et al.*, 2012); altri studi hanno ipotizzato, invece, che la mancanza di attrazione sessuale fosse collegata a un trauma subito o al disgusto per i genitali, ipotesi che, però, non sono state supportate dai dati quantitativi (Brotto *et al.*, 2010). Ciò che emerge è una presenza maggiore di sintomi psichiatrici negli individui asessuali e questo può essere spiegato sulla base della loro tendenza a sperimentare condizioni di stigma e disumanizzazione (de Oliveira *et al.*, 2021). È probabile, dunque, che i vissuti di disagio e i sintomi psicologici esperiti dagli individui asessuali siano dovuti ai pregiudizi e alla discriminazione a loro rivolti, piuttosto che a un disturbo psicologico sottostante (Brotto *et al.*, 2017). Come sottolinea Gressard (2013), l'asessualità andrebbe compresa nell'ottica di un *continuum* tra patologia e identità, considerando che ci sono casi, come lo spettro autistico, in cui il malessere potrebbe derivare dalle condizioni di salute mentale piuttosto che dall'asessualità stessa.

L'ipotesi secondo cui la mancata risposta sessuale a dei *trigger* sessuali fosse la risposta per spiegare la mancanza di attrazione sessuale negli individui si è basata sul modello di Both, Everaerd e Laan (2007) che spiega la motivazione per l'attività sessuale come dovuta all'eccitazione sessuale (Brotto *et al.*, 2017).

Nel DSM-5 (2013) i problemi legati al desiderio sessuale, come ad esempio il disturbo dell'interesse/eccitazione sessuale femminile (FSIAD), possono presentare alcune somiglianze con l'asessualità, in quanto, in entrambi i casi, si manifesta una mancanza di interesse verso l'attività sessuale. A tal proposito, alcuni studiosi hanno avanzato l'ipotesi che l'asessualità rappresenti l'estremità opposta del *continuum* del desiderio sessuale, quindi potrebbe essere considerata un disturbo sessuale (Brotto *et al.*, 2017). Tuttavia, un elemento chiave che differenzia l'asessualità dai disturbi del desiderio sessuale è rappresentato dal fatto che quest'ultimi causano un notevole disagio personale, così come indicato dal DSM-5,

mentre il disinteresse per l'attività sessuale degli individui asessuali è generalmente accettato come un aspetto della loro identità personale (Brotto *et al.*, 2017). In altre parole, se i soggetti asessuali avvertono un qualche tipo di disagio, questo è solitamente dovuto alla disapprovazione sociale del loro stato, piuttosto che alla loro condizione sessuale (Brotto *et al.*, 2017). Per questo motivo, le terapie mirate ai soggetti affetti da disturbi del desiderio sessuale volgono principalmente a stimolare l'interesse sessuale, mentre, in caso di soggetti asessuali, ciò che più spesso si cerca di valorizzare è l'autoaccettazione e lo sviluppo di competenze relazionali idonee (Hinderliter, 2013). Uno studio di Prause e Graham (2007) aveva evidenziato che gli individui asessuali non fossero preoccupati del loro grado di interesse e desiderio sessuale e, pertanto, non avessero nessun interesse a parlarne con un professionista. Concludendo, è improbabile che l'asessualità possa rientrare nella disfunzione sessuale anche perché, come sottolinea Hinderliter (2013), per essere asessuale basta identificarsi come tale, senza la necessità di una diagnosi fatta da un professionista a differenza di ciò che accade con le disfunzioni sessuali.

Oltre le disfunzioni sessuali, all'interno del DSM-5 (2013) compaiono i disturbi parafilici che, a differenza delle parafilie considerate attrazioni sessuali atipiche (American Psychiatric Association, 2013), interessano persone che sperimentano un profondo disagio personale e che manifestano comportamenti e desideri potenzialmente dannosi per altri (Brotto *et al.*, 2017). Bogaert (2006) ha respinto l'idea che tutti gli individui asessuali siano parafilici a causa della scarsa, quasi nulla, presenza di parafilie estreme prive di interesse e a causa del maggior numero di donne asessuali rispetto agli uomini, contrariamente a ciò che si riscontra nelle parafilie (Bogaert, 2004). Tuttavia, ha suggerito che l'autocorisessualismo, una "sessualità senza identità", potrebbe caratterizzare alcuni individui asessuali che non hanno un senso di sé protagonista all'interno delle fantasie erotiche (Bogaert, 2012). Alcuni studi, come quello di Yule *et al.* (2014), hanno indicato, infatti, un possibile legame tra asessualità e autocorisessualismo poiché alcuni asessuali che hanno fantasie sessuali non raffigurano persone reali e spesso non sono loro stessi protagonisti nel loro scenario sessuale. Inoltre, gli asessuali sembrano avere un'alta alestitimia (disfunzione psicologica in cui l'individuo ha una limitata capacità di

comprendere e definire i propri stati emotivi) (Solano, 2013) che potrebbe contribuire alla mancanza di attaccamento emotivo e senso di sé durante un'esperienza sessuale (Brotto *et al.*, 2010). Sembra, dunque, necessario che la ricerca approfondisca questo tema, in modo da verificare se la frequenza delle fantasie parafiliche esibite tra individui asessuali possa essere considerata un modo per discernere se si tratti di un'esperienza isolata o di un modello ricorrente che accompagna il comportamento masturbatorio (Brotto *et al.*, 2017).

L'asessualità, quindi, non sembra rientrare nei criteri di un disturbo sessuale o di un suo sintomo, non è considerabile come disfunzione sessuale, né come parafilia; per questo diversi studi si sono concentrati sul cercare di includerla o meno nella definizione di orientamento sessuale (Brotto *et al.*, 2017). LeVay e Baldwin (2012) definiscono l'orientamento sessuale come l'insieme di meccanismi interni che regolano sia l'attrazione romantica che sessuale verso l'altro sesso, lo stesso o entrambi, a diverse intensità; Bogaert (2003) concorda con questa visione e pone maggiore enfasi sulla componente dell'attrazione sessuale, piuttosto che sul comportamento evidente, ritenendola il nucleo psicologico fondamentale dell'orientamento sessuale. Diamond (2003), invece, mette in discussione la connessione tra desiderio sessuale e attrazione romantica perché, se fosse l'unica discriminante per la definizione di orientamento sessuale, l'asessualità non sarebbe altro che l'assenza di qualsiasi orientamento sessuale.

Chi sostiene che l'asessualità debba essere considerata un orientamento sessuale unico e che debba essere incluso nelle minoranze sessuali ha portato, a sostegno della propria tesi, le somiglianze culturali tra l'asessualità e le altre minoranze sessuali: Scherrer (2008), per esempio, ha cercato di dimostrare questa somiglianza portando le contestazioni comuni contro le istituzioni mediche (come per l'omosessualità) e l'utilizzo di *blog* su internet per creare comunità basate sull'identità. Questi fatti da soli non possono giustificare, però, l'inserimento dell'asessualità negli orientamenti sessuali (Brotto *et al.*, 2017). Un'altra tesi a sostegno dell'asessualità come orientamento sessuale unico è quella di Bogaert (2006) che nella definizione di orientamento sessuale si concentra sull'attrazione sessuale, il che si adatta anche all'asessualità, la quale è caratterizzata dall'assenza di attrazione sessuale per tutta la vita. Questo suggerisce che l'asessualità sia un

orientamento sessuale innato e non una reazione a un avverso incontro sessuale (Brotto *et al.*, 2017). L'innatismo dell'asessualità sembra essere sostenuto dal fatto che gli individui asessuali riferiscono di essersi sempre sentiti nel modo in cui definiamo l'asessualità (Brotto *et al.*, 2010; Van Houdenhove *et al.*, 2015) e dalla presenza di biomarcatori che indirettamente sostengono lo sviluppo innato di un orientamento sessuale (Blanchard, 2008; Bogaert, 2013; Yule *et al.*, 2014).

Uno studio interessante per analizzare se un comportamento sessuale specifico possa essere considerato un orientamento sessuale unico è quello di Seto del 2012 che non riguardava direttamente l'asessualità, ma la pedofilia. Ovviamente, l'asessualità si discosta nettamente dalla pedofilia, ma i criteri da lui utilizzati possono essere efficaci per valutare se anche l'asessualità possa rientrare negli orientamenti sessuali (Brotto *et al.*, 2017). I criteri sono tre e si dividono in età di insorgenza, comportamento sessuale e romantico, e stabilità dell'attrazione nel tempo (Seto, 2012).

La validità del primo criterio è sostenuta da diversi studi qualitativi (Scherrer, 2008; Brotto *et al.*, 2010; Carrigan, 2011; Van Houdenhove *et al.*, 2015) che riportano le dichiarazioni di individui asessuali che ritengono di essere in questa condizione da quando ne hanno memoria, senza che ci sia un evento particolare che potrebbe aver portato alla perdita di attrazione sessuale. Per quanto riguarda il secondo criterio, c'è una relativa coerenza nella mancanza di motivazione per il sesso tra gli individui asessuali e molte persone asessuali riferiscono di poter fare a meno del sesso senza problemi (Brotto *et al.*, 2017). Alla luce di ciò, l'asessualità soddisfa anche il secondo criterio di Seto perché la loro mancanza di attrazione sessuale è in linea con il loro mancato comportamento sessuale (Brotto *et al.*, 2017). Il terzo criterio, invece, è quello che sembra avere prove empiriche più deboli in quanto sembra esserci una certa fluidità associata all'identificazione dell'asessualità (Cranney, 2016), nonostante la fluidità non sia un elemento che neghi totalmente l'appartenenza a un orientamento sessuale (Brotto *et al.*, 2017). A tal proposito, uno studio condotto in Cina nel 2022 ha mostrato come l'83% degli individui asessuali e Gray-A non ha mutato il proprio orientamento sessuale autoidentificato nel corso di 12 mesi; la stabilità dell'asessualità in questo caso, secondo i

ricercatori, dimostrava che era possibile inserire all'interno degli orientamenti sessuali l'asessualità (Su *et al.*, 2023).

Nonostante gli sforzi della comunità asessuale per far accettare e normalizzare l'asessualità come orientamento sessuale, cercando anche prove di una predisposizione biologica per attenuare lo stigma verso gli asessuali, è necessario osservare criticamente la premessa che la predisposizione biologica sia sufficiente per definire l'asessualità come un orientamento sessuale (Brotto *et al.*, 2017). Inoltre, la classificazione dell'orientamento sessuale non dovrebbe essere un processo di esclusione, poiché l'eterogeneità degli asessuali autoidentificati, riguardo l'attrazione romantica, il comportamento sessuale in coppia o da soli, la frequenza delle fantasie sessuali, le relazioni interpersonali e i correlati medici e psicologici (Van Houdenhove *et al.*, 2015), determinano la sovrapposibilità dell'asessualità ad altre categorie come alcune condizioni psichiatriche o disfunzioni sessuali (Brotto *et al.*, 2017). Risulta determinante, quindi, riconoscere la complessità e la diversità della condizione asessuale (Brotto *et al.*, 2017; de Oliveira *et al.*, 2021).

Gli studi sopracitati dimostrano che gli asessuali presentano una grande varietà di caratteristiche e differenze rispetto ai non asessuali: sembrano dare meno importanza agli atti sessuali rispetto ad altri individui e hanno maggiori probabilità di avere un atteggiamento negativo nei confronti del sesso, anche se non presentano differenze nell'eccitazione sessuale psicofisiologica rispetto ai non asessuali; alcuni sono coinvolti in attività sessuali spesso influenzate dalle caratteristiche del partner; qualcuno intraprende relazioni romantiche mentre altri sono aromantici (Brotto *et al.*, 2017). Ciò che emerge più chiaramente è che gli asessuali non sembrano avere un funzionamento sessuale compromesso, nonostante la quantità di studi non sia esaustiva e non porti un quadro chiaro e specifico su questo tipo di esperienza sessuale (Brotto *et al.*, 2017; de Oliveira *et al.*, 2021).

1.2.2 Ipersessualità

Fu solo alla fine del XIX secolo che l'ipersessualità rientrò nell'interesse medico/psichiatrico: Krafft-Ebing la definì iperestesia sessuale (Amamou *et al.*, 2020). Successivamente, Kinsey creò il termine "uscite sessuali totali/settimana" per poter valutare la frequenza del comportamento sessuale, portando alla luce l'idea di ipersessualità (Kinsey, 1948). Esistono, però, diversi standard per la sessualità che sono determinati da norme sociali, culturali e religiose (Amamou *et al.*, 2020).

Una teoria che tiene conto della variabilità individuale per quanto riguarda intensità e frequenza dell'eccitazione e dell'attività sessuale, oltre che delle circostanze personali, familiari, sociali, lavorative, educative e anche dei livelli di *stress* per le variazioni del comportamento sessuale (Walton *et al.*, 2018) è quella di Walton, Cantor, Bhullar e Lykins (2017) che hanno proposto il *sexhavior cycle* per spiegare i diversi modelli di eccitazione e comportamento sessuale. Secondo il *Sexhavior Cycle*, il comportamento sessuale umano si compone di quattro fasi distinte e sequenziali, ossia desiderio sessuale, comportamento sessuale, sazietà sessuale e post-sazietà sessuale. Il desiderio sessuale è un bisogno biologico e psicologico di impegnarsi in attività sessuali e può sperimentarsi in modo improvviso, con livelli di intensità diversi e con varie durate. Il comportamento sessuale si riferisce all'interesse e alle azioni sessuali intraprese da una persona, mentre la sazietà sessuale si ottiene quando il desiderio sessuale è stato soddisfatto e la motivazione interna dell'individuo per continuare l'attività sessuale comincia a diminuire. Infine, la post-sazietà sessuale descrive i processi neurobiologici attraverso i quali l'eccitazione sessuale diminuisce e si ritorna ad uno stato di non-eccitazione sessuale (Walton *et al.*, 2017).

In generale, sebbene alcuni individui sperimentino raramente impulsi sessuali e non manifestano molti comportamenti sessuali, altri hanno spesso impulsi sessuali e comportamenti sessuali frequenti attribuibili all'ipersessualità (Walton *et al.*, 2018). Alcune ricerche hanno anche dimostrato che ci sono persone che interpretano il loro comportamento sessuale come eccessivo, arrivando a definirlo

ipersessuale, nonostante la loro attività sessuale sia comparabile a quella della popolazione generale (Walton *et al.*, 2018).

Definizioni, dati e ricerche

Clinicamente, l'ipersessualità è un insieme di impulsi, comportamenti e fantasie sessuali che possono essere difficili da controllare e che possono portare a disturbi clinici o, più in generale, a conseguenze negative; per questo, l'individuo ipersessuale, per essere definito tale, deve avere livelli più alti di eccitazione sessuale rispetto alla popolazione generale (Walton *et al.*, 2018)

L'ipersessualità è stata etichettata e chiamata in modi diversi nel corso del tempo come sessualità eccessiva, compulsività e impulsività sessuale, dipendenza sessuale, disinibizione sessuale, iperstesia, iperfilia, dongiovannismo e ninfomania per citarne alcune (Knight *et al.*, 2021). Anche le definizioni di ipersessualità divergono tra loro: alcune si concentrano sull'elevato coinvolgimento nell'attività sessuale (Kinsey *et al.*, 1948), mentre altre lo considerano come una sindrome clinica con una perdita di controllo delle fantasie e dei comportamenti sessuali (Kafka, 2010; Parsons *et al.*, 2016). Nonostante le differenze in letteratura, l'ipersessualità è stata trattata come costrutto unico ma, a causa probabilmente della complessità clinica, gli sforzi empirici sono stati spesso infruttuosi (Winters *et al.*, 2010). Il costrutto, comunque, si concentra sull'angoscia derivante da un'elevata pulsione sessuale, ma le manifestazioni cliniche sono varie (Sutton *et al.*, 2015): alcuni hanno segnalato un'eccessiva masturbazione senza riconoscere alcuna angoscia, altri si impegnano in adulterio cronico con basso desiderio sessuale, mentre altri ancora non hanno comportamenti sessuali eccessivi, ma hanno preoccupazioni riguardo al controllo del loro comportamento sessuale (Knight *et al.*, 2021). Tuttavia, alcuni studi recenti hanno suggerito che ci sono sottotipi o sottodimensioni di ipersessualità che possono essere importanti per identificare specifici meccanismi sottostanti, i quali possono aiutare a comprendere l'eziologia dell'ipersessualità e a generare ipotesi sugli interventi ottimali (Knight *et al.*, 2021).

In generale, i comportamenti sessuali eccessivi, che non sono considerati parafilici, assumono diverse forme, come masturbazione, interazione sessuale con partner consenzienti, cybersesso, utilizzo di materiale pornografico, sesso telefonico, visita a *strip club* o altri contesti legati al sesso (Kafka, 2010; Wery *et al.*, 2016). Studi precedenti hanno mostrato che la percentuale di maschi clinici con parafilie e disturbi correlati che presentano un comportamento di masturbazione incontrollabile è del 70%; inoltre il 50% di questi maschi riporta una dipendenza da pornografia associata alla dipendenza dal sesso telefonico e alla masturbazione compulsiva (Kafka *et al.*, 1999). Uno studio condotto da Reid, Carpenter e Lloyd (2009) ha rivelato che oltre la metà dei maschi in terapia per comportamenti sessuali eccessivi ha una dipendenza dalla pornografia (51%) e pratica la masturbazione compulsiva (59%), mentre uno su cinque ha dichiarato di avere relazioni extraconiugali (21%), confermando i risultati di studi precedenti. La sperimentazione del DSM-5 sul disturbo ipersessuale ha rilevato che la masturbazione compulsiva (78,3% dei partecipanti) e il consumo eccessivo di materiale pornografico (81,1% dei partecipanti) sono i comportamenti sessuali problematici più frequenti (Reid *et al.*, 2012). Pertanto, la masturbazione e l'utilizzo di materiale pornografico sono tra le manifestazioni principali dell'ipersessualità, mentre la visita agli *strip club* rappresenta una forma alternativa di pornografia dal vivo (Kafka, 2010).

Attualmente c'è una carenza di dati epidemiologici riguardanti l'ipersessualità, ma secondo uno studio americano circa tra il 3% e il 6% della popolazione generale presenta ossessione sessuale (Amamou *et al.*, 2020). Inoltre, gran parte degli studi pubblicati si è concentrata sul comportamento ipersessuale maschile (Kraus *et al.*, 2016; Levaque *et al.*, 2016), mentre ci sono pochi studi sul comportamento ipersessuale femminile (Dhuffar *et al.*, 2014; Klein *et al.*, 2014). Gli studi che esaminano le differenze di genere hanno avuto risultati opposti: alcuni suggeriscono che i maschi siano più propensi a manifestare comportamenti correlati all'ipersessualità (Langström *et al.*, 2006; Winters *et al.*, 2010), mentre altri evidenziano che nelle femmine ci sono comportamenti legati all'ipersessualità in misura maggiore rispetto ai maschi (Seegers, 2003).

Oltre al genere, anche all'interno dei vari orientamenti sessuali sembrano esserci differenze per quanto riguarda la compulsività sessuale (Bóthe *et al.*, 2018). Alcuni studi condotti nei primi anni del 2000 (Cooper *et al.*, 2000; Missildine *et al.*, 2005) hanno riscontrato una presenza maggiore di comportamenti ipersessuali all'interno della comunità LGBTQ+. Questo fenomeno potrebbe essere dovuto alle difficoltà maggiori che questi individui incontrano quando si tratta di appuntamenti e di creare relazioni romantiche rispetto agli eterosessuali e, per questo, frequentare siti di appuntamenti o avere rapporti sessuali occasionali possono diventare opzioni preferibili rispetto all'intraprendere relazioni più impegnative (Muench *et al.*, 2004; Montgomery-Graham, 2017). Un'altra possibile spiegazione potrebbe essere legata alla discriminazione negativa, agli stereotipi e alle critiche che questi individui si trovano ad affrontare nel quotidiano portandoli, in alcuni casi, a considerare le attività sessuali come un modo di fronteggiare lo *stress* e le emozioni negative (Cooper *et al.*, 2000). Tuttavia, è importante sottolineare che la frequenza di diverse attività sessuali o il numero di partner non deve essere considerato come l'unica indicazione di ipersessualità, poiché una vasta gamma di variabilità nel tipo e nella frequenza di attività sessuali può essere considerata come sana (Bóthe *et al.*, 2018).

Nonostante gli studi sopra riportati, i riscontri empirici non sono sufficienti e i dati preliminari mostrano risultati contrastanti sull'influenza effettiva che genere e orientamento sessuale hanno sullo sviluppo e sul mantenimento dell'ipersessualità (Cooper *et al.*, 2000 e Winters *et al.*, 2010; Bóthe *et al.*, 2018).

Altri studi sull'ipersessualità si sono interessati ai fattori predittivi e hanno trovato riscontri empirici nello sviluppo sessuale precoce: Långström e Hanson (2006) hanno individuato la correlazione tra ipersessualità e sviluppo sessuale precoce in un campione di adulti maschi tra i 18 e i 60 anni; Griffiee *et al.* (2012) hanno scoperto, grazie a un campione di 1502 donne, che l'autoerotismo precoce e il sesso volontario prima della maggiore età erano forti predittori di ipersessualità; mentre Griffiee *et al.* (2014) hanno evidenziato che la masturbazione o le esperienze sessuali di coppia in età precoce sono correlati alla dipendenza sessuale.

Oltre alle caratteristiche sociodemografiche, anche alcune caratteristiche della personalità possono avere un ruolo importante nell'insorgenza di comportamenti sessuali disadattivi: la letteratura attuale parla di bassa o assente autostima e abilità sociali, auto-disprezzo, capacità disfunzionali nell'affrontare le situazioni e basso evitamento del danno nella ricerca di emozioni (Amamou *et al.*, 2020). Queste evidenze si riferiscono, però, più alla dipendenza sessuale che all'ipersessualità in generale (Amamou *et al.*, 2020).

Concludendo, nonostante gli studi a disposizione non siano esaustivi, i risultati delle ricerche hanno dimostrato che il livello di attività sessuale è legato a una maggiore propensione all'eccitazione sessuale (Walton *et al.*, 2018) rendendo plausibile, dal punto di vista neurobiologico, che ci siano individui in grado di vivere più intensamente l'*arousal* sessuale, rischiando di stabilizzare comportamenti sessuali problematici (Griffiee *et al.*, 2012, 2014; Walton *et al.*, 2018). Inoltre, le persone che fanno parte della comunità LGBTQ+ sono maggiormente a rischio per lo sviluppo di comportamenti sessuali disfunzionali (Montgomery-Graham, 2017), mentre gli studi sulle differenze di genere hanno dato risultati contrastanti (Cooper *et al.*, 2000 e Winters *et al.*, 2010). Anche i fattori sociodemografici, l'autostima, la vergogna e l'imbarazzo sembrano avere un ruolo chiave nello sviluppo del disagio sessuale (Amamou *et al.*, 2020).

CAPITOLO 2: ASESSUALITÀ, IPERSESSUALITÀ E PERSONALITÀ PATOLOGICA

2.1 Personalità patologica nell'ottica del Modello Alternativo dei Disturbi di Personalità e sessualità

Con il termine "personalità" si intende l'insieme di caratteristiche psicologiche e comportamentali (inclinazioni, interessi, passioni) che definiscono le differenze individuali inserite nei vari contesti di appartenenza (Aldi, 2022). Di conseguenza, un disturbo di personalità è costituito da comportamenti e interazioni interpersonali persistenti e stabili che causano un rapporto alterato con la realtà, difficoltà nello sviluppo di una vita normale e difficoltà nella creazione di relazioni adeguate e soddisfacenti (Ciocca *et al.*, 2023), in modo significativamente differente da quelli accettati nella cultura di appartenenza e in grado di causare sofferenza in sé o negli altri (Aldi, 2022). Il funzionamento della personalità origina da variabili ed eventi critici differenti, tra cui relazioni primarie ed eventuali esperienze traumatiche (Ciocca *et al.*, 2023).

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali è uno strumento che ha cercato di rispondere alle diverse necessità psichiatriche nel corso del tempo, adattandosi ai cambiamenti culturali; per questo anche la classificazione dei disturbi della personalità è mutata nel corso delle varie edizioni (Aldi, 2022). All'interno del DSM (1952) le personalità patologiche venivano descritte come arresti evolutivi o disordini dello sviluppo dovuti a una crescita inadeguata; nel DSM-II (1968) la terminologia venne uniformata all'ICD-8 e vennero prese le distanze dalle diagnosi su base prettamente torica per utilizzare categorie osservabili, misurabili e stabili nel tempo; negli anni Settanta i disturbi di natura episodica vennero eliminati lasciando all'interno dell'asse II solo quelli riguardanti tratti stabili e persistenti; infine, nel DSM-5 (2013) la sezione dei disturbi della personalità è stata integrata con l'AMPD (Modello Alternativo dei Disturbi di Personalità) che si concentra sul Sé e sulle relazioni interpersonali facendo affidamento all'orientamento dimensionale e categoriale (Aldi, 2022).

Attualmente la sezione III del DSM-5 (2013) propone un quadro alternativo per la valutazione dei disturbi di personalità basato su sette criteri: il criterio A descrive i *deficit* funzionali riguardo identità, autodeterminazione, intimità ed empatia, definendo la personalità patologica come il risultato dei problemi relativi al funzionamento di sé e degli altri; il criterio B identifica i tratti patologici basati sul *Five Factor Model* (Widiger *et al.*, 2019) che possono contribuire alla creazione di una personalità patologica; i criteri C e D si riferiscono all'inflessibilità e alla stabilità nel tempo e i criteri E, F e G servono a escludere che si tratti di un altro disturbo mentale, di effetti dovuti all'assunzione di sostanze o a una condizione medica che non sia in linea con lo stadio di sviluppo o l'ambiente socioculturale dell'individuo (Strickland *et al.*, 2019; Krueger *et al.*, 2020). I domini all'interno del criterio B erano inizialmente 37, per poi essere ridotti a 25 (Strickland *et al.*, 2019), tutti contenuti in 5 macro-domini basati, appunto, sul *Five Factor Model* (Widiger *et al.*, 2019). Questi domini sono (DSM-5, 2013):

1. affettività negativa (vs stabilità emotiva): propensione a provare emozioni negative in modo frequente e intenso (come depressione, colpa e vergogna) e i comportamenti conseguenti che questo comporta (come relazioni di dipendenza o evitamento);
2. distacco (vs estroversione): introversione ed evitamento delle esperienze socio-emotive, tramite il ritiro dalle relazioni interpersonali (amicizie quasi assenti, mancanza di relazioni affettive), e la mancanza, o quasi, del riconoscimento e dell'espressione delle emozioni e del piacere;
3. antagonismo (vs disponibilità): aggressività con manifestazioni di dominio e grandiosità, mancato riconoscimento dei bisogni e dei sentimenti dell'altro, tendenza a usare gli altri per il perseguimento dei propri obiettivi/bisogni;
4. disinibizione (vs coscienziosità): impulsività e ricerca di sensazioni, incapacità o difficoltà di posticipare la gratificazione, comportamenti impulsivi dovuti a stimoli e sentimenti impellenti;
5. psicoticismo (vs lucidità mentale): disimpegno dalla realtà e modelli di pensiero irrazionali, comportamenti eccentrici e non in linea con la cultura di

appartenenza sia per quanto riguarda i processi (percezioni) sia i contenuti (convinzioni personali).

Questo insieme di tratti può essere indagato utilizzando il *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5; Krueger *et al.*, 2012) composto, nella sua versione originale, da 220 *item* che include scale sufficienti allo studio di tutte le 25 sfaccettature dei tratti. Sono anche state sviluppate una forma breve con 100 *item* e una con 25 *item* che analizza solo i 5 macro-dominii (Zimmermann *et al.*, 2019; Barchi-Ferreira *et al.*, 2020)

Diverse ricerche, seppur non esaustive (Vrabel *et al.*, 2019), hanno dimostrato l'associazione tra questi cinque tratti di personalità e alcuni esiti negativi come l'ostilità tra individui (Southard *et al.*, 2015), i comportamenti antisociali e autodistruttivi (Hopwood *et al.*, 2013), le inclinazioni psicopatiche (Strickland *et al.*, 2013), la violenza nell'ambito delle relazioni di coppia (Dowgwillo *et al.*, 2016), la difficoltà nella regolazione delle emozioni (Pollock *et al.*, 2016), il consumo di alcol (Creswell *et al.*, 2016), il gioco d'azzardo (Carlotta *et al.*, 2015), i segnali neurali iperattivi (James *et al.*, 2015), i deficit nella cognizione sociale (Fossati *et al.*, 2017), gli stili di pensiero criminogeni (Zeigler-Hill *et al.*, 2017) e le tendenze immorali (Vrabel *et al.*, 2019).

Il comportamento sessuale ha una correlazione diretta con la personalità patologica: tratti paranoici, narcisistici e masochistici possono limitare la capacità di amare che è strettamente legata all'intimità e alla capacità di intraprendere relazioni profonde (Ciocca *et al.*, 2023). In alcuni casi, la sessualità problematica può essere un sintomo stesso di un disturbo di personalità e specifici fattori eziologici sono determinanti sia per la personalità che per la disregolazione sessuale (Fontanesi *et al.*, 2021; Ciocca *et al.*, 2023). Il gruppo di ricerca di Ajo (2021) ha indagato sull'impatto dei disturbi di personalità sul trattamento andrologico di pazienti maschi che soffrono di disfunzioni erettile e dolore cronico non oncologico, concentrandosi sugli effetti del disturbo della personalità sulla funzionalità sessuale. I risultati hanno evidenziato che la presenza di tratti dei disturbi di personalità era strettamente legata a una diminuzione della qualità della vita sessuale e all'insorgere di ansia e depressione (Ajo *et al.*, 2021). La tendenza

all'autodistruzione era associata a un peggioramento più marcato della disfunzione erettile, mentre gli individui con inclinazioni narcisistiche rispondevano meglio alle cure andrologiche (Ajo *et al.*, 2021).

Sempre relativamente agli effetti di un disturbo della personalità sul funzionamento sessuale, Miano e colleghi (2020) hanno eseguito uno studio trasversale per analizzare le relazioni interpersonali di individui affetti da disturbo borderline della personalità (BPD). Il campione era composto da 31 coppie eterosessuali con donne affette da BPD e 36 coppie sane di controllo; i risultati hanno mostrato che il 42% delle donne affette da BPD definiva la sessualità come una problematica non risolta, mentre solo il 17% delle coppie di controllo ha segnalato un'analogia di problemi (Miano *et al.*, 2020). Un'indagine condotta da Nowosielski e colleghi (2021) su un campione di 509 donne provenienti dalla Polonia ha dimostrato che esiste una correlazione tra i diversi tipi di personalità, l'eccitazione sessuale e l'inibizione sessuale. In particolare, le donne più estroverse hanno manifestato un livello più alto di eccitazione sessuale, mentre quelle che mostravano un maggiore nevroticismo avevano un livello più elevato di inibizione sessuale (Nowosielski *et al.*, 2021). Uno studio osservazionale che aveva l'obiettivo di esaminare la possibile correlazione tra i tratti narcisistici patologici auto-dichiarati e il funzionamento sessuale su un gruppo di 656 donne, ha evidenziato un minore funzionamento sessuale in coloro che presentavano tratti narcisistici vulnerabili e una maggiore consapevolezza dell'immagine corporea (Pavanello *et al.*, 2021). Di contro, però, è emerso che i tratti narcisistici grandiosi erano associati a una maggiore attività sessuale e a una minore consapevolezza dell'immagine corporea (Pavanello *et al.*, 2021).

L'ampia varietà di comportamenti sessuali viene definita come sociosessualità, concetto che racchiude sia le differenze individuali in atteggiamenti, comportamenti e desideri riguardo il sesso occasionale (Penke *et al.*, 2008; Webster *et al.*, 2007), sia gli interessi di accoppiamento a lungo termine e i precedenti comportamenti sessuali (Jackson *et al.*, 2007), con importanti differenze di genere tali per cui gli uomini sembrano più propensi a stabilire relazioni sessuali occasionali rispetto alle donne (Schmitt, 2007). La sociosessualità, come emerso da uno studio condotto in 56 paesi diversi (Schmitt *et al.*, 2007), è correlata a tratti di personalità

potenzialmente patologici come psicopatia e narcisismo (Schmitt *et al.*, 2017), evidenza sostenuta dalla correlazione tra socio sessualità e livelli più alti di estroversione e più bassi di nevroticismo (instabilità emotiva e scarsa resilienza) (Schmitt *et al.*, 2007).

2.2 Personalità patologica, a sessualità e ipersessualità

Il benessere psicologico e la salute mentale sono strettamente legati al comportamento e al funzionamento sessuale; in particolare, la psicopatologia attuale evidenzia una forte connessione tra personalità e sessualità, considerando il funzionamento sessuale come conseguenza diretta del modo in cui la persona si rapporta con sé stessa e con gli altri (Ciocca *et al.*, 2023).

2.2.1 Il trauma come possibile variabile per spiegare personalità patologica, a sessualità e ipersessualità

In letteratura è noto il legame tra personalità patologica e trauma (Rosen, 2000; Leiblum *et al.*, 2002; Parent *et al.*, 2018; DeLisi *et al.*, 2019) anche confermata nell'ambito della sessualità (Fontanesi *et al.*, 2021; Ciocca *et al.*, 2023). Diversi disturbi comportamentali e varie forme di psicopatologie sono stati correlati a eventi traumatici e a sintomi da *stress* post-traumatico (Rossi *et al.*, 2020). Il disturbo post-traumatico da *stress* (PTSD) è una complessa malattia psicopatologica la cui sintomatologia è associata allo spettro ansioso/depressivo e ai correlati somatici (Sherin *et al.*, 2022). Gli eventi traumatici, il PTSD e i suoi effetti sintomatologici possono impattare notevolmente sulla salute mentale dell'individuo e su vari aspetti della sua vita, inclusa la sessualità (Fontanesi *et al.*, 2021). Alcune ricerche hanno, infatti, evidenziato una correlazione tra avvenimenti traumatici e disturbi sessuali (Turban *et al.*, 2020).

Alcuni studi recenti hanno evidenziato la possibilità che traumi sessuali infantili possano essere buoni predittori di un disturbo di personalità nell'età adulta. DeLisi

e colleghi (2019) hanno evidenziato che, oltre ai legami con lo spettro psicotico, i traumi sessuali infantili sono strettamente connessi con uno sviluppo futuro di disturbi di personalità. Hemmati *et al.* (2021) si sono concentrati sullo studio di possibili correlazioni tra gli abusi sessuali infantili (CSA) e tratti patologici del modello alternativo dei disturbi di personalità (AMPD) presente nella sezione III del DSM-5, riscontrando su un campione di 433 studenti universitari iraniani che i 43 studenti che avevano subito un CSA avevano anche manifestato maggiori tratti patologici del *Personality Inventory* per DSM-5 (PID-5). È risultata significativamente positiva l'associazione tra esperienze infantili avverse (ACE), comportamenti a rischio per la salute (HRB) e sintomatologia dei disturbi di personalità (Flynn *et al.*, 2022). Per quanto riguarda coloro che hanno commesso reati sessuali, sembra esserci una correlazione significativa tra l'aver avuto esperienze infantili avverse e la diagnosi di Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD) (Kahn *et al.*, 2021); anche gli abusi fisici subiti durante l'infanzia correlano positivamente con l'insorgenza di un ASPD futuro (DeLisi *et al.*, 2019).

Relativamente all'asessualità dalla letteratura emerge che l'avversione verso l'attività sessuale potrebbe essere la conseguenza di un trauma sessuale (Leiblum *et al.*, 2002; Rosen, 2000; Parent *et al.*, 2018). Secondo uno studio condotto da MacNeela e Murphy nel 2015, gli individui asessuali potrebbero, inoltre, essere più inclini a riconoscere un'esperienza sessuale aggressiva come tale rispetto a coloro che non lo sono. Ciò è probabilmente dovuto all'identità asessuale che spinge gli individui a esplorare e riflettere sulla propria identità e sulle esperienze sessuali (Parent *et al.*, 2018). Vi è anche la possibilità che alcuni individui che hanno subito traumi sessuali non riconoscano i sintomi dell'avversione sessuale e confondano questi sintomi con l'identità asessuale (Parent *et al.*, 2018). Alcune persone potrebbero anche adottare deliberatamente l'identità asessuale come meccanismo di difesa per evitare di confrontarsi con il proprio passato traumatico, comportamento coerente con un tipo di personalità evitante (Parent *et al.*, 2018). Per alcuni individui che si identificano come asessuali, il trauma sessuale può avere un'influenza sulla loro scelta identitaria e, in casi estremi, l'identità asessuale potrebbe essere utilizzata come una strategia per gestire la disfunzione sessuale associata a traumi sessuali (Parent *et al.*, 2018).

Negli studi sull'ipersessualità è emerso che il disturbo da *stress* post-traumatico, sia da solo che in combinazione con la depressione e il senso di colpa, gioca un ruolo significativo nell'incidenza e nella predizione del comportamento ipersessuale (Fontanesi *et al.*, 2021). Il comportamento sessuale impulsivo potrebbe rappresentare una manifestazione esterna di una sofferenza psicologica interna, ad esempio in seguito a un evento traumatico come un'esperienza di guerra o di attacco terroristico (Moisson *et al.*, 2019; Turban *et al.*, 2020).

2.2.2 Asexualità: patologia o orientamento sessuale?

La letteratura sul funzionamento psicosociale suggerisce che tre dimensioni quali estroversione, apertura ed emotività possano essere rilevanti per gli individui asessuali (Bogaert *et al.*, 2017). Per quanto riguarda l'estroversione, le persone asessuali mostrano alti livelli di evitamento sociale e punteggi più alti nel funzionamento interpersonale atipico (Brotto *et al.*, 2010; Yule *et al.*, 2013); inoltre, un basso desiderio sessuale è associato a una bassa estroversione (Ashton, 2013). Un'altra dimensione è quella dell'apertura: gli asessuali potrebbero condividere alti livelli di apertura con le persone omosessuali perché sperimentano gli stessi vissuti di stigmatizzazione ed emarginazione delle altre minoranze (MacInnis *et al.*, 2012), nonostante le pressioni sociali possano essere, nel loro caso, mitigate dalla loro maggiore invisibilità rispetto a gay, lesbiche e bisessuali (Bogaert, 2012; Decker, 2014). Infine, anche l'emotività gioca un ruolo importante in quanto le persone asessuali hanno punteggi elevati per alcuni stati emotivi negativi come ansia e depressione (Yule *et al.*, 2013), per la distanza e la freddezza emotiva (Brotto *et al.*, 2010; Yule *et al.*, 2013). In aggiunta, un considerevole numero di individui che si identificano come asessuali si riconoscono come "aromantici" (Siggy, 2014) indicando una minore propensione a provare i sentimenti passionali e attaccamento emotivo (Diamond, 2003). Inoltre, ci sono dei dati che indicano un alto tasso di condizioni dello spettro autistico nelle persone asessuali (Bogaert, 2015), che comprendono la sindrome di Asperger e un'empatia inferiore al normale, ovvero una minore capacità di sperimentare le emozioni degli altri (Wakabayashi *et al.*, 2007).

In un'indagine del 2010, Brotto *et al.* hanno rivelato che gli individui asessuali autoidentificati sperimentano tassi di depressione simili a quelli della popolazione generale (differentemente dalla ricerca di Yule *et al.*, 2013); tuttavia, i partecipanti asessuali sembrano esser maggiormente inclini a manifestare sintomi quali ritiro sociale, ansia e pensieri suicidari e riferiscono maggiori difficoltà interpersonali rispetto ai partecipanti sessualmente attivi (Yule *et al.*, 2013). L'inibizione sociale e il ritiro sono aspetti che accomunano gli individui asessuali e il Disturbo Schizoide di Personalità (Brotto *et al.*, 2010) le cui caratteristiche sono la freddezza emotiva la difficoltà a comunicare i propri sentimenti e lo scarso interesse a intraprendere relazioni intime e confidenziali (APA, 2000). Un altro studio su larga scala che ha indagato le correlazioni tra salute mentale e funzionamento interpersonale ha dimostrato che gli uomini asessuali hanno in generale punteggi più elevati nelle misure di somatizzazione, depressione e psicosi, mentre le donne asessuali hanno punteggi più elevati nelle misure di ansia fobica e psicosi rispetto alle donne eterosessuali, ma simili a quelle delle donne non eterosessuali (Yule *et al.*, 2013). Gli individui asessuali, sia uomini che donne, hanno ottenuto punteggi significativamente più elevati sui parametri di valutazione dei pensieri suicidari rispetto agli individui eterosessuali (Yule *et al.*, 2013). Questo studio rafforza l'idea che uomini e donne asessuali manifestano più problemi di natura interpersonale rispetto alle loro controparti eterosessuali, tra cui stili di personalità freddi, tendenza all'evitamento sociale e mancanza di assertività (Yule *et al.*, 2013). Questo, associato al fatto che un terzo degli individui asessuali non ha mai avuto una relazione, suggerisce che il funzionamento sociale anomalo è più comune in relazione alla sfera affettiva che a quella sessuale (Brotto *et al.*, 2022).

Una ricerca condotta in Nuova Zelanda (Greaves *et al.*, 2021) si è concentrata sulle relazioni tra identità, personalità e motivazioni sociali degli individui asessuali utilizzando un campione nazionale di 179 individui asessuali e un gruppo di controllo di individui eterosessuali; i risultati dello studio indicano che gli individui asessuali hanno una maggiore tendenza alla solitudine e alla depressione rispetto al gruppo di controllo; nonostante questo, non sono state rilevate significative differenze nella personalità tra i due gruppi. Gli individui asessuali, inoltre, hanno anche dimostrato di avere motivazioni sociali differenti rispetto ai loro pari

eterosessuali, spesso cercando relazioni intime e vicine in cui non sia coinvolta l'attrazione sessuale (Greaves *et al.*, 2021).

Lo studio di Bogaert e colleghi (2017) ha in parte confermato gli studi precedenti e in parte fornito nuovi punti di vista. In primo luogo, la maggiore apertura delle minoranze sessuali rispetto alle persone eterosessuali è stata confermata anche per gli asessuali. Interessante è la riflessione di Bogaert sul come, da una parte, l'apertura potrebbe essere data dalla realtà sociale delle persone non eterosessuali, ma dall'altra è vero anche che le persone più aperte potrebbero essere più propense ad ammettere e accettare di avere un orientamento sessuale diverso da quello eterosessuale. I dati di questo studio confermano, inoltre, che gli individui asessuali hanno meno probabilità di sviluppare connessioni sociali, emotive e sessuali con gli altri, rispetto alla maggioranza sessuale (Bogaert *et al.*, 2017). Questo potrebbe essere dovuto al fatto che la sessualità è spesso una fonte importante di emotività e socialità per le persone e quindi i meccanismi che regolano le attrazioni sessuali potrebbero avere un impatto sulla dimensione socio-emotiva; potrebbe, però, anche essere il contrario: essendo poco estroversi, con una certa dipendenza e sentimentalismo, potrebbero avere un interesse relativamente scarso per il sesso e per le relazioni romantiche (Bogaert *et al.*, 2017). In sostanza, i meccanismi alla base di queste dimensioni della personalità potrebbero avere effetti concomitanti sull'aspetto socio-sessuale della vita (Bogaert *et al.*, 2017).

Un punto di vista differente sul tema della sessualità è quello di Brotto e Milani (2022): secondo i due autori, l'asessualità non dovrebbe essere considerata come un disturbo mentale o una condizione psichiatrica, nonostante i tassi più elevati di psicopatologia evidenziati dagli studi precedenti, perché alcuni degli aspetti sopracitati possono essere spiegati alla luce della discriminazione e della stigmatizzazione che questi individui vivono nel quotidiano (Scherrer, 2008). Il pregiudizio che colpisce questi individui sessualmente emarginati trova terreno più fertile rispetto alle altre minoranze anche perché la società in cui essi vivono è una società dominata dalla sessualità che rende coloro che non sperimentano desiderio sessuale più facilmente stigmatizzabili (Brotto *et al.*, 2022). Un gruppo di universitari che ha partecipato a uno studio del 2012 (MacInnis *et al.*, 2012) ha

espresso giudizi più negativi sugli asessuali rispetto a chi appartiene a orientamenti diversi, definendoli individui con meno tratti della natura umana.

Le informazioni presenti in letteratura sono spesso contraddittorie e sono la prova che la relazione tra identità sessuale, attrazione sessuale e comportamento sessuale sia complessa e ancora poco indagata (Brotto *et al.*, 2022). Un'ulteriore prova di questa complessità è data dalle differenze che caratterizzano l'asessualità e l'inattività sessuale intesa anche come astinenza (Brotto *et al.*, 2022). In alcuni credi religiosi l'astinenza sessuale viene indicata come una virtù che, di fatto, impedisce a chi li pratica di provare attrazione sessuale e di praticare attività sessuali; il celibato, ovvero l'evitamento attivo del sesso, in questi casi, è una scelta supportata da norme e aspettative della comunità religiosa di appartenenza (Brotto *et al.*, 2022). L'astinenza sessuale praticata per credo religioso, però, non è da sovrapporsi con l'asessualità poiché la religiosità non è un fattore causale nello sviluppo di un'identità asessuale e l'asessualità non coincide né con la castità (assenza di attività sessuale in attesa del matrimonio) né con il celibato (Brotto *et al.*, 2022). Alcuni studi hanno riscontrato forti associazioni tra l'astinenza perenne e il credo religioso (Eisenberg *et al.*, 2009; Haydon *et al.*, 2014). In uno studio è emerso che coloro che sceglievano di astenersi dal sesso erano maggiormente religiosi rispetto a chi era sessualmente attivo e che l'asessualità a lungo termine prevaleva maggiormente negli individui che non si erano mai sposati (8,7% per gli uomini e 11,3% per le donne) rispetto a chi lo era stato (Kim *et al.*, 2017). Questi dati mostrano chiaramente le dimensioni sociologiche implicate nell'evitamento dell'attività sessuali oltre al ruolo della mancanza di attrazione sessuale (Brotto *et al.*, 2022). In alcune persone, l'inattività sessuale potrebbe essere una caratteristica innata causata dall'assenza di attrazione sessuale verso terzi (Brotto *et al.*, 2017), mentre l'adesione al celibato sottende un desiderio sessuale che viene represso e non agito (Brotto *et al.*, 2022).

Gli studi presenti in letteratura, come detto precedentemente, sono equivoci e questo rende difficile inserire l'asessualità in un contesto comunemente accettato, che esso sia nell'ambito della salute mentale o dell'orientamento sessuale (Brotto *et al.*, 2022). Brotto e Yule (2017) si sono espressi a favore dell'inclusione dell'asessualità negli orientamenti sessuali, Scherrer e Pfeffer (2017), invece,

sostengono che sia più corretto considerarla come identità e comunità. L'identità è il modo "in cui gli individui si comprendono, utilizzando il linguaggio per spiegarsi agli altri" (Scherrer et al., 2017, p. 645) e dà la possibilità agli individui di esplorare sé stessi sia nel proprio mondo interno che nel mondo esterno, sociale; la comunità offre la possibilità di integrare la propria identità nel contesto relazionale (Brotto et al., 2022). La prospettiva dell'asessualità come identità e comunità è utile per evitare di patologizzare la mancanza di attrazione sessuale, mentre consente di approfondire la conoscenza della sessualità e del genere su un livello più ampio (Scherrer et al., 2017).

2.2.3 Ipersessualità: sintomo o disturbo?

Per spiegare la natura delle patologie della personalità è possibile considerare il modo in cui i singoli individui orientano i propri obiettivi verso la sopravvivenza e l'accoppiamento, poiché spesso le risorse e il tempo sono limitati e le persone devono scegliere come conseguire i propri scopi (Del Giudice, 2009). I compromessi più comuni sono legati all'impegno fisico per la sopravvivenza rispetto a quello per la riproduzione, alla priorità data alla genitorialità rispetto all'accoppiamento, alla qualità piuttosto che alla quantità della prole e alla riproduzione futura rispetto a quella attuale (Jonason et al., 2018). La *life history theory*, sebbene inizialmente sviluppata per comprendere le differenze tra specie, può essere applicata efficacemente per spiegare le differenze all'interno della specie umana (in termini di personalità) (Kaplan et al., 2005). La *life history speed* descrive un *continuum* di strategie riproduttive adottate dai singoli per risolvere i compromessi menzionati in precedenza (Buss, 2009). Chi adotta una *slow life history strategy* enfatizza i benefici a lungo termine (ad esempio producendo meno prole ma investendo di più nella loro educazione), mentre chi adotta una *fast life history strategy* enfatizza i benefici a breve termine (ad esempio producendo più prole, ma senza preoccuparsi di prendersene cura adeguatamente) (Jonason et al., 2018). Una delle conseguenze delle differenze individuali nella *life history speed* è che chi ha una velocità più elevata risulta generalmente più incline a fare sesso occasionale (Jonason et al., 2018). In termini di patologie della personalità e

sociosessualità, gli uomini sono solitamente caratterizzati da una *life history speed* più alta (come dimostrato anche dalla psicopatia) rispetto alle donne, il che potrebbe giustificare l'interesse degli uomini per il sesso occasionale (Jonason *et al.*, 2009; Schmitt *et al.*, 2017).

Come descritto nel capitolo precedente, l'ipersessualità è l'ossessione verso il sesso, l'eccesso di attività sessuali e le relative conseguenze (Fontanesi *et al.*, 2021) ed è anche definita come un comportamento ossessivo riguardo alle attività sessuali, causato da una sofferenza psicologica (Ciocca *et al.*, 2020).

Alcuni studi hanno evidenziato l'associazione tra il comportamento ipersessuale e altri problemi psicopatologici (Castellini *et al.*, 2018; Reid *et al.*, 2008): l'eccessiva attività sessuale può essere scatenata da disturbi dell'umore, come la depressione subclinica o sentimenti depressivi che non soddisfano i criteri per il disturbo depressivo del DSM-5 (Cuijpers *et al.*, 2014); l'ipersessualità può assumere la forma di un disturbo da dipendenza che si manifesta attraverso sintomi di astinenza come depressione e senso di colpa (Orford, 1978) mentre uno studio più recente ha esaminato il ruolo di sentimenti come la vergogna e il senso di colpa associati all'ipersessualità, rivelando un'importante comorbidità con la depressione (Gilliland *et al.*, 2011). Inoltre, è necessario considerare che la sessualità problematica spesso ha radici in esperienze traumatiche (Larsen, 2019; Weiss *et al.*, 2019; Werner *et al.*, 2018). Diversi disturbi comportamentali e varie forme di psicopatologie sono stati correlati a eventi traumatici e ai sintomi da *stress* post-traumatico (Rossi *et al.*, 2020).

Sulla base delle osservazioni e in riferimento alla letteratura precedente, emerge la presenza di specifici sentimenti psicologici e morali associati all'ipersessualità e correlati alla sintomatologia depressiva quali vergogna e senso di colpa (Shen, 2018). È importante sottolineare che la colpa risulta un'emozione morale più adattiva della vergogna e si riferisce a un evento o comportamento specifico, mentre la vergogna è legata a una percezione negativa di sé più generale (Dearing *et al.*, 2005). Entrambi questi stati emotivi sono spesso presenti in concomitanza con la depressione e i sintomi traumatici (Kealy *et al.*, 2018; Shen, 2018). Il disturbo depressivo potrebbe addirittura essere il nucleo centrale del trauma

(O'Donnell *et al.*, 2004). Studi più recenti hanno confermato le associazioni tra eventi traumatici stressanti, vergogna e senso di colpa (Cunningham *et al.*, 2018; Cunningham *et al.*, 2017; Pugh *et al.*, 2015). I sintomi post-traumatici potrebbero, pertanto, influenzare l'ipersessualità tramite una mediazione variabile tra depressione, vergogna e senso di colpa (Fontanesi *et al.*, 2021).

L'ipersessualità può essere considerata come una strategia di *coping* disfunzionale per far fronte alla sofferenza psicologica, alla stregua di PTSD e depressione (Larsen, 2019; Watter, 2018). Il comportamento ipersessuale, dunque, potrebbe essere considerato, in alcuni casi, come una forma reattiva di un disturbo affettivo, in altri una strategia disfunzionale che il soggetto utilizza per far fronte alla sofferenza relativa a un evento di vita traumatico (Fontanesi *et al.*, 2021). L'individuo ipersessuale può affrontare problemi di tipo psicologico, come la depressione e i relativi sentimenti, insieme a traumi e ai conseguenti disturbi come PTSD e senso di colpa con un comportamento sessuale incontrollato e problematico (Ciocca *et al.*, 2018). La compulsività e la dipendenza sessuale non sono categorie (la nosografia a riguardo risulta controversa), ma la forte correlazione riscontrata tra ipersessualità, PTSD e depressione suggerisce che il comportamento sessuale deviante sia un sintomo e non una malattia separata (Kafka, 2014; Potenza *et al.*, 2017; Ciocca *et al.*, 2018). Pertanto, l'ipersessualità va compresa come una manifestazione sintomatologica di una condizione traumatica o depressiva o entrambe le psicopatologie combinate (Fontanesi *et al.*, 2021).

Uno studio preliminare del 2017 di Walton e colleghi ha riscontrato livelli di nevroticismo più predittivi per il comportamento ipersessuale rispetto agli altri domini di personalità *Big Five* e livelli di gradevolezza inferiori; questi risultati concordano con l'importanza dell'impulsività, dell'ansia e dell'umore depresso all'interno del quadro delle personalità che si riferiscono all'affettività negativa. Inoltre, questi risultati sono coerenti con le teorie dell'impulsività sessuale, della compulsività sessuale e del comportamento ipersessuale (Walton *et al.*, 2017). Un altro studio ha esaminato la relazione tra pensieri e comportamenti parafilici, ipersessualità e psicopatologia in un campione di studenti universitari, raccogliendo i dati tramite questionari che hanno valutato i tratti di personalità, lo stato mentale e le esperienze sessuali dei partecipanti (Castellini *et al.*, 2018). I risultati hanno

mostrato che i comportamenti parafilici erano associati a punteggi più elevati di ipersessualità e disturbi psicologici e che la presenza di ipersessualità era associata a livelli maggiori di ansia, depressione e sintomi ossessivo-compulsivi (Castellini *et al.*, 2018). Più recentemente, un'indagine sulla dipendenza sessuale tra i giovani adulti in Germania ha coinvolto 1.007 partecipanti tra i 18 e i 30 anni raccogliendo dati su sessuale, sentimenti di dipendenza sessuale, personalità e problemi di salute mentale (Jepsen *et al.*, 2022). Il 10,5% dei partecipanti a questo studio è stato identificato come ipersessuale; l'appartenenza al sesso maschile, l'utilizzo disfunzionale della pornografia e le tendenze impulsive sono stati identificati come forti predittori del comportamento ipersessuale; il 5,1% dei partecipanti ha avuto comportamenti sessuali iperattivi, con uomini e donne ugualmente rappresentati; la dipendenza sessuale era correlata a disturbi emotivi e di personalità come l'ansia, la depressione, l'impulsività e il narcisismo e, in generale, i partecipanti con punteggi più alti di impulsività e narcisismo erano più propensi ad avere comportamenti sessuali iperattivi (Jepsen *et al.*, 2022).

L'ipersessualità non è, dunque, considerabile un disturbo a sé, ma è ascrivibile al pari di altri sintomi ad alcuni disagi psicologici come ansia, depressione, dipendenza sessuale, tendenze ossessivo-compulsive e disturbo post traumatico da *stress* (Castellini *et al.*, 2018; Fontanesi *et al.*, 2021), inoltre è associata a livelli di nevroticismo maggiori e di gradevolezza inferiori (Walton *et al.*, 2017). Il comportamento ipersessuale deve essere letto alla luce delle informazioni sociodemografiche, dei tratti di personalità e dei fattori psicosociali che ne possono determinare insorgenza, sviluppo e decorso (Jepsen *et al.*, 2022).

2.3 Conclusioni

La personalità è un insieme di tratti psicologici e comportamentali che determinano le differenze individuali e possono portare a disturbi di personalità che si manifestano attraverso comportamenti e interazioni sociali persistenti e che causano un rapporto distorto con la realtà (Aldi, 2022; Ciocca *et al.*, 2023). Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, la classificazione dei disturbi

della personalità ha subito un'evoluzione nel tempo, passando da un approccio teorico a uno dimensionale (Aldi, 2022). Alcune ricerche hanno evidenziato l'associazione tra tratti di personalità patologica e comportamenti negativi come l'ostilità tra individui o l'inclinazione psicopatica (Strickland *et al.*, 2013; Southard *et al.*, 2015). La personalità gioca un ruolo importante anche nella sessualità, con la presenza di tratti patologici che possono interessare la qualità della vita sessuale e portare all'insorgere di ansia e depressione (Ajo *et al.*, 2021; Ciocca *et al.*, 2023).

Gli individui asessuali risultano essere meno inclini a sviluppare relazioni intime e sessuali e questo potrebbe anche essere dovuto a un trauma di origine sessuale che innesca in loro un meccanismo di difesa per evitare di affrontare il proprio passato traumatico (Bogaert *et al.*, 2017; Parent *et al.*, 2018). L'ipersessualità, invece, è associata a problemi psicopatologici come la depressione e il disturbo da stress post-traumatico e sembra essere correlata significativamente con la vergogna, il senso di colpa e alti livelli di nevroticismo (Walton *et al.*, 2017; Castellini *et al.*, 2018; Fontanesi *et al.*, 2021).

CAPITOLO 3: SELF-CRITICISM E SELF-COMPASSION COME VARIABILI NELLA RELAZIONE TRA PERSONALITÀ PATOLOGICA E SESSUALITÀ

3.1 *Self-criticism e self-compassion*

3.1.1 *Self-criticism*

L'*American Psychological Association* (2013) definisce l'autocritica come la valutazione del proprio comportamento e delle proprie caratteristiche, con il riconoscimento delle proprie debolezze, dei propri errori e delle proprie mancanze. Nonostante l'origine del dibattito riguardo questo costrutto possa essere attribuito ai filosofi greci (Chang, 2008), ha acquisito particolare rilevanza in ambito psicologico solo dalla metà degli anni '70, quando alcuni autori hanno sviluppato diversi modelli e numerose teorie che associano la tendenza all'autocritica alla presenza di quadri psicopatologici, primo fra tutti quello depressivo (Blatt *et al.*, 1976; Gilbert *et al.*, 2006; Blatt, 2008; Shahar, 2015). Oltre i sintomi depressivi, che sono risultati associati all'autocritica in molti studi a prescindere dalle diverse scale di autovalutazione utilizzate e dalla tipologia clinica o non clinica del campione (Werner *et al.*, 2018), anche i problemi nel comportamento interpersonale (come problemi nell'adattamento diadico tra coppie romantiche) sono correlati moderatamente con l'autocritica (Martins *et al.*, 2015) e anche gli individui con disturbi alimentari, come l'anoressia nervosa, mostrano alti livelli di autocritica (Cardi *et al.*, 2014).

L'autocritica è stata a lungo sovrapposta al costrutto del perfezionismo (Weissman *et al.*, 1978), ma ricerche recenti hanno separato i due costrutti in quanto l'autocritica è un ambito più restrittivo rispetto alla concettualizzazione più ampia del perfezionismo (Löw *et al.*, 2020). Dunkley e colleghi (2006) hanno identificato due differenti gradi di perfezionismo: gli standard personali che si riferiscono alla ricerca di standard elevati per sé stessi e rappresentano la componente adattiva associata a risultati personali elevati, e il perfezionismo autocritico che è l'aspetto disadattivo e patologico che mostra un'associazione forte con sintomi

psicopatologici (Dunkley *et al.*, 2006; Stoeber *et al.*, 2006). Alla luce di questo, gli autori hanno affermato che è l'autocritica insita nel perfezionismo a favorire il disadattamento e che il perfezionismo autocritico è effettivamente equivalente all'autocritica (Dunkley *et al.*, 2006).

Un contributo alla concettualizzazione dell'autocritica è stato fornito dalla scuola di psicoterapia cognitiva che ha postulato tre tipi di pensieri automatici negativi presenti nella depressione, ovvero le visioni negative sul mondo, le visioni negative sul futuro e le visioni negative sul sé, in cui quest'ultimo rappresenta pensieri e credenze autocritici (Beck, 1979). All'interno della scuola cognitiva, l'autocritica è stata anche intesa come una variabile di personalità duratura, paragonabile al modello dei tratti di Blatt e colleghi (Löw *et al.*, 2020).

Secondo una visione cognitivo-evoluzionistica, invece, Gilbert (2009, 2010) ha elaborato un modello di autocritica fortemente connesso alla compassione. In questa concettualizzazione, l'autocritica si colloca come fenomeno all'interno del sistema motivazionale della competizione e del posizionamento sociale, il quale si affianca ad altri sistemi motivazionali come quello di cooperazione/condivisione, quello di cura e nutrimento e quello di ricerca e risposta alle cure (Werner, 2018). La relazione con sé stessi si costruisce sulle esperienze interpersonali che, negli individui con alti livelli di autocritica, si collocano nel sistema motivazionale per la competizione e il rango sociale, mentre le esperienze interpersonali di cura e nutrimento per gli altri e la possibilità di cercare e ricevere aiuto portano alla possibilità di sviluppare buoni livelli di rassicurazione di sé (Werner, 2018). Questi sistemi motivazionali differenti sono supportati da prove empiriche come gli studi neurofisiologici correlati all'autocritica e all'autoassicurazione che mostrano meccanismi di attivazione differenti (Longe *et al.*, 2010).

Gilbert e colleghi (2006), inoltre, ipotizzano due forme differenti di autocritica: il sé odiato e il sé inadeguato. La prima forma di autocritica si basa maggiormente sull'aggressività, sull'odio di sé e sulla volontà di allontanare da sé gli aspetti indesiderati; la seconda, invece, ha intrinseca la funzione di autocorrezione, è volta cioè agli aspetti da migliorare, alle inadeguatezze da sopperire e ai fallimenti da superare. La ricerca ha confermato questa distinzione, sottolineando che il sé

inadeguato è correlato ai processi mentali di rassicurazione che non sono presenti nella forma del sé odiato (Kim *et al.*, 2020). La forma del sé odiato è quindi più associata alla psicopatologia e, se maggiormente controllato, permette all'individuo di orientarsi verso l'autorassicurazione (Gilbert *et al.*, 2006).

3.1.2 Self-compassion

Per comprendere la *self-compassion* è necessario comprendere prima in che cosa consiste la compassione.

In letteratura sembra esserci un ampio consenso sul fatto che la compassione implichi il provare sentimenti per una persona che soffre e l'essere motivati ad agire per aiutarla: Lazarus (1991) descrive la compassione come la commozione verso la sofferenza altrui e il desiderio di aiutare, Goetz *et al.* (2010) la definiscono come "*il sentimento che nasce nell'assistere alla sofferenza di un altro e che motiva un successivo desiderio di aiutare*" (p. 351). Queste concettualizzazioni sono accomunate dal fatto che la compassione non è il solo sentirsi toccati dalla sofferenza di un terzo, ma è anche la volontà di agire per aiutarlo (Strauss *et al.*, 2016). Kanov e colleghi (2004) sostengono che la compassione consiste di tre aspetti: notare, sentire e rispondere. "Notare" implica essere consapevoli della sofferenza di una persona, sia riconoscendo cognitivamente questa sofferenza, sia sperimentando una reazione fisica o affettiva; "sentire" è una risposta emotiva a quella sofferenza ed è la capacità di immaginare e sentire la sua condizione facendo esperienza di una preoccupazione empatica; infine, "rispondere" implica il desiderio di agire per alleviare la sofferenza della persona. Questa definizione suggerisce che la compassione non riguarda solamente elementi affettivi e comportamentali, ma comprende anche le componenti cognitive in quanto implica la capacità di immaginare e ragionare sulle esperienze di una persona (Strauss *et al.*, 2016).

Gilbert (2010) concettualizza la compassione in termini evolutivi, sostenendo che la compassione è un sistema motivazionale evoluto progettato per regolare l'affetto negativo e la definisce come un'intensa consapevolezza della sofferenza di un altro legata al desiderio di aiutarlo per alleviare tale sofferenza. Come Kanov *et al.*

(2004), Gilbert (2010) suggerisce che al suo interno ci siano elementi cognitivi, affettivi e comportamentali. Inoltre, Gilbert (2010) struttura la compassione attorno a sei attributi: sensibilità, simpatia, empatia, motivazione/cura, tolleranza al disagio e non giudizio. La sensibilità implica essere sensibili alle emozioni degli altri e percepire quando hanno bisogno di aiuto, sovrapponibile al "notare" di Kanov *et al.* (2004). La simpatia, intesa come mostrare preoccupazione per la sofferenza dell'altra persona, e l'empatia, definita come mettersi nei suoi panni, sembrano corrispondere all'aspetto "sentimento" di Kanov *et al.* (2004), mentre la motivazione ad agire è simile all'aspetto del "rispondere". Le ultime due componenti nel modello di Gilbert, ovvero tolleranza al disagio e non giudizio, rappresentano, invece, una novità rispetto al modello precedente. La tolleranza al disagio è definita come la capacità di tollerare emozioni difficili in sé senza esserne sopraffatti quando ci si confronta con la sofferenza di qualcun altro; questo aspetto è fondamentale per Gilbert perché identificarsi eccessivamente con la sofferenza di una persona potrebbe portare all'allontanamento o potrebbe impedire una risposta compassionevole. Dunque, sebbene la compassione riguardi il "soffrire con" un'altra persona, provare un'angoscia personale estrema di fronte alla sofferenza di un altro potrebbe portare a concentrarsi troppo sul proprio disagio, ostacolando la capacità di aiutare (Strauss *et al.*, 2016). Il non giudizio, infine, è definito come la capacità di accettare e tollerare l'altro anche quando la sua condizione, o la risposta ad essa, porta a sentimenti difficili come frustrazione, rabbia, paura o disgusto. Gilbert (2010), inoltre, è anche chiaro sul fatto che la compassione non si prova solo per gli "altri" significativi, ma anche per coloro che non si conoscono.

Con il termine *self-compassion* si fa, invece, riferimento a un costrutto che può essere inteso come la compassione per un'esperienza di sofferenza rivolta verso l'interno ed è un modo produttivo di affrontare pensieri ed emozioni angoscianti che va a generare benessere sia mentale che fisico (Neff, 2023). L'autocompassione spiega la varianza unica nel funzionamento positivo al di là dell'influenza dei tratti della personalità del modello a cinque fattori (Neff *et al.*, 2007) ed è definita come un atteggiamento salutare verso sé stessi, presumendo che influenzi le valutazioni individuali di situazioni potenzialmente minacciose (Neff, 2003). L'auto-compassione, infatti, riguarda il modo in cui ci si relaziona con sé

stessi quando vengono percepiti fallimenti, inadeguatezza o sofferenza personale (Neff, 2023). L'auto-compassione può assumere sia una forma accogliente, specialmente quando è finalizzata all'accettazione di sé o alle emozioni angoscianti, ma può anche assumere una forma agente, specialmente quando è finalizzata all'autoprotezione, al soddisfacimento dei bisogni importanti o al cambiamento motivante (Neff, 2021). Neff (2016) ha affermato che l'autocompassione è un costrutto sfaccettato composto da elementi sovrapposti, ma concettualmente distinti che possono essere organizzati in tre ampi domini: come le persone rispondono emotivamente alla sofferenza (con gentilezza o giudizio), come comprendono cognitivamente la loro situazione (come parte dell'esperienza umana o come caso isolato) e come prestano attenzione alla sofferenza (in modo consapevole o con eccessiva identificazione). Gli elementi dell'autocompassione, nonostante siano separabili, si influenzano a vicenda. In altre parole, l'auto-compassione rappresenta un sistema dinamico in cui i vari elementi lavorano insieme per alleviare la sofferenza (Neff, 2023).

3.1.3 Self-criticism e self-compassion e personalità patologica

Blatt e colleghi (2009) hanno inteso l'autocritica come un sotto-fattore della dimensione dell'autodefinizione così come descritta nel *Two Polarity Model of Personality Development and Psychopathology* (ovvero lo sviluppo di un senso di sé sempre più differenziato, integrato, realistico ed essenzialmente positivo) e l'hanno definita come una vulnerabilità della personalità caratterizzata da preoccupazione per successo e autostima. A livello affettivo, l'autocritica può portare a sentimenti di fallimento, colpa, inferiorità e vergogna (Whelton *et al.*, 2005; Blatt *et al.*, 2009) rendendo alcuni individui più vulnerabili a disturbi che includono sentimenti di fallimento, inutilità, critica e senso di colpa come i disturbi depressivi (Blatt *et al.*, 1992; Beutel *et al.*, 2004). Blatt e colleghi (1992) hanno anche proposto un modello stato-tratto che presuppone che la disponibilità (cioè contenuto e struttura) delle rappresentazioni autocritiche sia piuttosto stabile, sebbene l'accessibilità di queste rappresentazioni possa dipendere dall'umore, dal contesto sociale e dai fattori biologici.

Entrambe le forme di autocritica indagate da Gilbert e colleghi (2006) (sé odiato e sé inadeguato) correlano negativamente con l'autostima, la soddisfazione di vita e l'autocompassione (Castilho *et al.*, 2015; Biermann *et al.*, 2020) e, inoltre, l'autocritica potrebbe evolversi in sintomi depressivi quando non ci sono a disposizione sufficienti autodifese, ad esempio sotto forma di autorassicurazione (Gilbert *et al.*, 2006).

Non tutti i modelli, però, offrono una visione patologizzante dell'autocritica; un esempio è il modello delle due polarità descritto da Luyten e Blatt (2011) che sottolinea come l'autocritica possa essere intesa in virtù del fatto che un'auto-riflessione onesta e non giudicante sulle proprie debolezze e sugli errori commessi potrebbe rappresentare una fonte fruttuosa per l'auto-miglioramento e la felicità, allo stesso modo dei processi di auto-correzione compassionevole (Gilbert, 2010) o dell'alta conoscenza di sé (Shahar, 2015).

L'autocompassione, invece, è stata indagata in letteratura in relazione al benessere (Zessin *et al.* 2015; Neff *et al.*, 2018; Phillips *et al.*, 2021). Da alcuni studi è emerso che una maggiore autocompassione è collegata a una ridotta psicopatologia; infatti, numerosi studi condotti su adulti e adolescenti hanno trovato un'associazione inversa tra autocompassione e stati mentali negativi come depressione, ansia, *stress* e ideazione suicidaria (MacBeth *et al.*, 2012; Marsh *et al.*, 2018; Ferrari *et al.* 2019; Hughes *et al.*, 2021; Suh *et al.*, 2021). Lee *et al.* (2021) hanno scoperto che all'aumento dell'autocompassione diminuiva la psicopatologia e la solitudine. Sia all'interno della popolazione clinica che tra la popolazione generale, i livelli di autocompassione risultano associati al grado di salute mentale; in particolare gli individui che soffrono di disturbo bipolare, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo da uso di sostanze, deliri persecutori e schizofrenia tendono ad avere meno autocompassione (Athanasakou *et al.* 2020). Un'analisi condotta da Luo *et al.* (2021) ha rivelato che l'autocompassione può ridurre il disturbo da *stress* post-traumatico, mentre un'indagine di Turk e Waller (2020) ha evidenziato che l'autocompassione può essere correlata alla riduzione di disturbi del comportamento alimentare e problemi legati all'immagine corporea. Cleare e colleghi (2019) hanno condotto una revisione sistematica che ha sottolineato l'associazione negativa fra autocompassione e ideazione suicidaria e autolesionismo. L'autocompassione,

inoltre, sembra essere associata a una maggiore estroversione, coscienziosità e nevroticismo inferiore (Neff *et al.*, 2007; Arslan, 2016; Pfattheicher *et al.*, 2017).

L'autocompassione sembra diminuire la psicopatologia attraverso la riduzione di pensieri automatici e negativi (Yip *et al.*, 2021), la riduzione dell'evitamento delle emozioni negative (Yela *et al.* 2022), la diminuzione dell'interazione con le emozioni negative (Miyagawa *et al.*, 2020) e l'aumento dell'abilità di regolazione delle emozioni (Inwood *et al.*, 2018). Riportando le idee esposte da Leary *et al.* (2007) e Neff (2012), si può affermare che l'auto-compassione considera il fallimento e le difficoltà come componenti naturali della vita e non si fonda sulla valutazione individuale e sulla comparazione con gli altri, ma si basa sulla comprensione dell'interconnessione umana e della propria appartenenza all'umanità.

3.1.4 Self-criticism e self-compassion come strategie di coping

Il *coping* comprende gli sforzi cognitivi, affettivi e comportamentali che un individuo utilizza per gestire specifiche richieste sia interne che esterne (Lazarus, 1999). I modelli di *coping* si dividono in due macrocategorie (Lazarus *et al.*, 1984), ovvero:

- il *coping* incentrato sul problema, che si riferisce agli sforzi compiuti sia a livello cognitivo che comportamentale per cambiare il problema (include la risoluzione del problema, la pianificazione e lo sforzo);
- il *coping* incentrato sulle emozioni, che implica il controllo emotivo del disagio dovuto allo *stress*, senza però affrontare direttamente il problema (include l'evitamento, il distacco e la soppressione).

Il *coping* incentrato sul problema, a differenza di quello incentrato sulle emozioni, prevede risultati migliori a lungo termine (Lazzaro *et al.*, 1984; Connor-Smith *et al.*, 2007), ma le strategie di *coping* basate sulle emozioni possono essere più adattive, in modo particolare quando la situazione negativa è incontrollabile o immutabile. Per definire questa distinzione bidimensionale tra le strategie di *coping* si utilizza anche la nomenclatura "*coping* adattivo" e "*coping* disadattivo" (Ewert *et al.*, 2021).

Secondo Dunkley e Blankstein (2000), il *coping* agisce come mediatore nella relazione tra autocritica, perfezionismo e livello di disagio percepito. Negli autocritici sono stati rilevati alti livelli di *coping* basato sulle emozioni (cioè risposte emotive e preoccupazione per sé stessi), un alto livello di evitamento (cioè cercare di impegnarsi in un'altra attività piuttosto che affrontare direttamente il problema) e bassi livelli di *coping* focalizzato sul compito (cioè tentativi attivi e orientati al problema per modificare la situazione o risolvere il problema). Pertanto, considerando che gli individui autocritici tendono ad utilizzare strategie di coping disadattive, il *coping* potrebbe svolgere un ruolo importante come mediatore nella relazione tra perfezionismo autocritico e angoscia e potrebbe influenzare la valutazione della frequenza e della gravità degli eventi stressanti (Dunkley *et al.*, 2000).

Secondo un modello teorico e sperimentale sviluppato da Zuroff, Santor e Mongrain (2005), le caratteristiche motivazionali, cognitive e interpersonali dell'autocritica interagiscono in modo dinamico con i fattori ambientali, contribuendo ad aumentare e mantenere la vulnerabilità alla psicopatologia.

Per quanto riguarda l'autocompassione, invece, questa risulta positivamente associata al *coping* adattivo complessivo; per questo potrebbe essere una buona risorsa personale in situazioni difficili tramite una relazione con sé stessi gentile e una buona consapevolezza delle proprie emozioni (Ewert *et al.*, 2021). Le persone che praticano l'autocompassione sembrano evitare di criticarsi duramente o di identificarsi eccessivamente con i propri difetti e sembrano avere una maggiore capacità di attivare comportamenti di cura verso sé stessi e affrontare i fattori di *stress*, gestendo successivamente le emozioni (Folkman *et al.*, 1990; Neff *et al.*, 2005). L'autocompassione, inoltre, è associata negativamente alle strategie di *coping* disadattive rendendo le persone compassionevoli più propense a impegnarsi meno in strategie che possono risultare disfunzionali per il loro benessere a lungo termine, come negare la realtà o colpevolizzarsi (Ewert *et al.*, 2021). In particolare, sono state osservate correlazioni negative più significative tra l'autocompassione e le strategie di *coping* disadattive come l'auto-colpa, la ruminazione e la preoccupazione (Ewert *et al.*, 2021) e correlazioni positive con quelle adattive come

l'accettazione (Sirois *et al.*, 2015) e la ristrutturazione positiva (Neff *et al.*, 2005; Sirois *et al.*, 2015).

Neff (2003b) e Diedrich e colleghi (2014) hanno descritto un atteggiamento autocompassionevole che si concentra sulle emozioni rivelandosi utile nella regolazione delle emozioni negative; in questo atteggiamento, il dolore e i sentimenti angoscianti non vengono evitati, ma piuttosto vengono percepiti con consapevolezza, gentilezza e con un senso di comune umanità e possono trasformarsi in stati emotivi più positivi. Tuttavia, l'utilizzo dell'autocompassione in situazioni di forte *stress* sembra includere anche strategie focalizzate sul problema, dunque un atteggiamento autocompassionevole permette di affrontare sia le emozioni negative che le situazioni difficili tramite la gestione dello *stress* (Ewert *et al.*, 2021).

3.1.5 Terapie correlate alla *self-compassion* e alla riduzione del *self-criticism*

Il legame tra autocompassione e salute mentale ha motivato lo sviluppo di diverse terapie basate sulla compassione (Wilson *et al.*, 2019). Secondo due diverse metanalisi queste terapie producono cambiamenti moderati e positivi nell'autocompassione oltre ad altri esiti positivi per quanto riguarda la salute mentale (Kirby *et al.*, 2017) e aumentano l'autocompassione riducendo la psicopatologia (Ferrari *et al.*, 2019). Negli studi di Hoffart *et al.* (2015) e Kuyken *et al.* (2010) l'aumento dell'autocompassione era associato a un miglioramento della psicopatologia nei loro campioni (sintomi di PTSD nel primo studio e depressione nel secondo), senza differenze significative tra il gruppo di trattamento e quello di controllo. In altri due studi, il cambiamento nell'autocompassione risultava correlato con l'ansia sociale (Koszycki *et al.*, 2016) e la variazione nel nevroticismo (Armstrong *et al.*, 2016), anche in questo caso senza differenze significative tra il gruppo di trattamento e quello di controllo. Solo nello studio di Eisendrath *et al.* (2016) l'autocompassione, considerata come mediatore, non aveva prodotto nessun effetto sull'*outcome* primario.

Uno degli approcci maggiormente conosciuto per incrementare l'autocompassione è la terapia incentrata sulla compassione (CFT; Gilbert, 2010). Questa terapia si basa sulla psicologia evolutiva, sulla terapia cognitivo-comportamentale e sulla psicologia buddista tibetana ed è stata pensata per essere utilizzata con persone che provano elevata autocritica e vergogna (Gilbert *et al.*, 2006); gli obiettivi che si propone di raggiungere sono incrementare la comprensione verso sé stessi e motivare le persone a considerare il proprio benessere tollerando il disagio personale e riducendo l'autocritica (Neff, 2023). Esistono terapie parallele alla CFT, come la *Mindful Self-Compassion Therapy* (MSC; Neff *et al.*, 2013) che sembra portare aumenti significativi di autocompassione, consapevolezza, compassione per gli altri e soddisfazione della vita oltre che diminuzione di depressione, ansia, stress ed evitamento emotivo fino a un anno dopo la conclusione del programma (Neff, 2023).

Esistono altre differenti tipologie di terapia, come ad esempio la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), la *Dialectical Behavioural Therapy* (DBT) e la *Acceptance And Commitment Therapy* (ACT) (Wilson, 2019). La MBCT considera l'autocompassione come scopo della terapia e il suo incremento come meccanismo di cambiamento nelle terapia di consapevolezza; la DBT si concentra su esercizi che mirano a incoraggiare l'autocompassione in pazienti con disturbo borderline della personalità; per quanto riguarda l'ACT, l'autocompassione si lega in modo teorico ai processi che la caratterizzano quali accettazione, diffusione cognitiva, consapevolezza del momento presente che mirano a ridurre l'autocritica (Wilson *et al.*, 2019).

Sebbene le terapie correlate all'autocompassione sembrano aumentare i livelli di autocompassione e diminuire quelli di ansia e depressione, Wilson e collaboratori (2019) hanno anche rilevato che, in alcuni casi, le terapie incentrate sull'autocompassione non hanno prodotto risultati significativamente migliori rispetto alle altre: i livelli di autocompassione possono essere modificati con le terapie ad essa collegate, ma non è certo che queste terapie siano meglio di altre nel promuovere l'autocompassione.

3.2 Self-criticism, self-compassion e asexualità

Rispetto ai coetanei eterosessuali, cisgender (non trans) ed endosessuali (non-intersessuali), giovani lesbiche, gay, trans, queer, intersessuali, asexuali e altri generi e sessualità diverse (LGBTQIA+) hanno un rischio più elevato di incorrere in malattie mentali (Hiller *et al.*, 2010; Strauss *et al.*, 2020). Le persone che appartengono alle minoranze sessuali sperimentano *stress* sociali cronici come lo stigma, la discriminazione e l'emarginazione (Meyer, 2003); per questo è interessante comprendere i fattori di resilienza che contribuiscono ad affrontare i fattori di *stress* tra la popolazione LGBTQIA+ (Meyer, 2015; Finlay-Jones *et al.*, 2021).

Le ricerche sull'autocompassione tra adulti appartenenti a minoranze sessuali sono limitate e riguardano nella maggior parte dei casi individui LGB o LGBT, escludendo dunque gli asexuali (Shakeshaft *et al.*, 2022). Quello che emerge dalla letteratura è che l'autocompassione, come fattore individuale modificabile, sembra avere un ruolo attivo nella promozione del benessere e della resilienza per quanto riguarda lo *stress* sperimentato dalle minoranze (Finlay-Jones *et al.*, 2021). Nello specifico, è emerso che l'autocompassione predice inversamente l'omofobia interiorizzata (Gertler, 2014), correla positivamente con l'identità positiva e la felicità (Crews, 2012; Greene *et al.*, 2015), è inversamente correlata con l'ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio negli adolescenti (Hatchel *et al.*, 2019) e influenza gli esiti di salute mentale rispetto a esperienze di bullismo, vittimizzazione ed esperienze avverse vissute durante l'infanzia (Meyer, 2003). Inoltre, l'autocompassione sembra essere correlata a livelli più bassi di depressione, ansia (Bell *et al.*, 2019; Liao *et al.*, 2015), disagio psicologico (Williams *et al.*, 2017) e dipendenza da cibo tra gli adulti appartenenti alle minoranze sessuali (Rainey *et al.*, 2018).

In una metanalisi recente (Helminen *et al.*, 2023) sono state indagate le associazioni tra autocompassione, *stress* ed esiti di salute mentale tra la popolazione delle minoranze sessuali e di genere (SGM). Questo studio sintetizza sistematicamente le ricerche che trattano l'autocompassione come strategia di *coping* tra la popolazione SGM. Ciò che emerge dai sette studi presi in

considerazione da Helminen e colleghi (2023) è che l'effetto di mediazione dato dall'autocompassione dipende dalla sottopopolazione SGM e/o dallo stato di salute mentale che si vuole indagare. Sono state trovate associazioni negative tra *stress* della minoranza e autocompassione e tra autocompassione e disagio psicologico, mentre un'associazione positiva è stata individuata tra autocompassione e benessere.

I risultati della metanalisi e della revisione sistematica di Helminen e colleghi (2023) forniscono evidenze preliminari sull'efficacia dell'auto-compassione come risorsa per far fronte allo *stress* nelle minoranze; è, però, importante notare che alcuni studi hanno riportato risultati contrastanti (Bell *et al.*, 2019; Hatchel *et al.*, 2019). Oltre agli studi che hanno preso in considerazione l'autocompassione come mediatore (Liao *et al.*, 2015; Fredrick *et al.*, 2020), ne esistono alcuni che considerano questo costrutto come moderatore della relazione tra *stress* minoritario e salute mentale (Skinta *et al.*, 2019; Chan *et al.*, 2020) e altri che lo trattano come una variabile dipendente della salute mentale (Crews *et al.*, 2015).

La letteratura non fornisce studi più approfonditi e specifici sulle diverse categorie di minoranze sessuali, compresa l'asessualità (Helminen *et al.*, 2023).

3.3 Self-criticism, self-compassion e ipersessualità

L'autocritica è strettamente connessa con la vergogna e il senso di colpa che sono due emozioni autocoscienti, ovvero necessitano di autorappresentazione e autovalutazione per esistere (Tracy *et al.*, 2004). Diversi studi hanno indagato le correlazioni tra questi tre costrutti in relazione ai comportamenti sessuali compulsivi (CBS). Più nello specifico, nelle ricerche di Reid (2010) la vergogna è un indicatore più affidabile del comportamento sessuale compulsivo rispetto ad altre emozioni negative quali tristezza o rabbia; Zitzman e Butler (2009) hanno scoperto che l'uso della pornografia è connesso all'aumento della vergogna e Cavaglion (2008) e King (2003) hanno individuato che gli utilizzatori di pornografia sperimentano senso di colpa e vergogna, oltre alla tendenza a incolpare sé stessi, il che costituisce il vero contenuto dell'autocritica. Senso di colpa e vergogna,

nonostante possano contribuire al mantenimento di un comportamento sessuale compulsivo (Walton *et al.*, 2017), possono anche indurre l'individuo a chiedere aiuto (Kraus *et al.*, 2019). Inoltre, il senso di colpa, differentemente dalla vergogna, sembra essere associato alla motivazione al cambiamento e alla riduzione del comportamento sessuale (Gilliland *et al.*, 2011).

Reid e collaboratori in una ricerca del 2009 hanno osservato che i pazienti ipersessuali che provano vergogna falliscono spesso nei loro molteplici tentativi di abbandonare il loro comportamento ipersessuale, anche a causa della mancanza di flessibilità cognitiva necessaria a pensare alla loro condizione in una più ampia varietà di prospettive. Questi individui, inoltre, quando accade loro qualcosa di negativo, sentono l'urgenza di attribuire la colpa a qualcuno che, spesso, sono loro stessi (Reid *et al.*, 2009). Questo tipo di modello di pensiero incentiva strategie di *coping* disadattive che incastrano i pazienti ipersessuali, sia comportamentalmente che emotivamente, in situazioni complesse e spiacevoli nelle quali si percepiscono impotenti nel contrastare l'autocritica, la vergogna e altre emozioni negative; per questo motivo, è possibile che il comportamento ipersessuale sia usato come strategia di *coping* per evitare il dolore della vergogna e del disprezzo verso sé stessi (Reid *et al.*, 2009). Il sesso, dunque, può essere una difesa verso l'autocritica e la vergogna, oltre che il tentativo di cercare una conferma della propria autostima attraverso l'accettazione e la desiderabilità (Reid *et al.*, 2009).

Diversi autori evidenziano che coloro che segnalano una maggiore autocompassione manifestano una minore ansia, depressione e nevroticismo (Neely *et al.*, 2009; Allen *et al.*, 2010; Neff, 2011; Brooks *et al.*, 2012) e un maggiore affetto positivo, ottimismo e felicità (Kelly *et al.*, 2010; Breines *et al.*, 2012). Secondo molti autori, la pratica dell'autocompassione contribuisce a mitigare il disagio emotivo, diventando un processo di *coping* efficace che promuove uno stato psicologico positivo (Allen *et al.*, 2010; Brooks *et al.*, 2012). Tale atteggiamento, privo di giudizio, consente alle persone auto-compassionate di riconsiderare i propri errori personali in modo attento e senza auto-osservazioni critiche o di vergogna che potrebbero altrimenti influenzare i comportamenti come la dipendenza da sostanze, l'eccessivo consumo di alimenti, il gioco d'azzardo compulsivo e il comportamento sessuale compulsivo (Reid *et al.*, 2014). Il

comportamento sessuale compulsivo, o ipersessualità, si differenzia dalle dipendenze da sostanze anche per la mancanza di autocompassione: la vergogna e l'auto-ruminazione predicono la mancanza di autocompassione che, a sua volta, predice livelli più alti di ipersessualità (Reid *et al.*, 2014).

In letteratura sono presenti relativamente poche ricerche riguardo l'autocompassione e l'autocritica negli individui ipersessuali. In uno studio del 2014 è emerso che il comportamento ipersessuale sembrava essere associato negativamente all'autocompassione (proposta come mediatore), ma lo studio non è stato in grado di stabilire la relazione di tempo tra le variabili necessaria per l'analisi di mediazione (Reid *et al.*, 2014). Un'altra ricerca di qualche anno prima (Reid *et al.*, 2009) ha evidenziato punteggi più alti nelle misure di attacco verso sé stessi (simile all'autocritica) in un gruppo di ipersessuali rispetto al gruppo di controllo. Hook e colleghi (2015) hanno trovato una relazione tra auto-perdono (concetto simile all'autocompassione) e comportamento ipersessuale; questa relazione sembra essere mediata dalla colpa e dalla vergogna. Le tecniche che mirano ad aumentare l'autocompassione diminuiscono sia l'autocritica (Lindsay *et al.*, 2014) che la vergogna (Johnson *et al.*, 2013); per questo è possibile che il costrutto dell'autocompassione possa essere utile a coloro che manifestano un comportamento ipersessuale (Phillips *et al.*, 2019). Secondo il lavoro di Reid *et al.* (2014), l'auto-compassione potrebbe aiutare a ridurre l'impatto di sentimenti di vergogna e ruminazione sui comportamenti ipersessuali; inoltre, indica che l'ipersessualità può rendere difficile mantenere la consapevolezza durante periodi difficili, portando le persone a cercare conforto nel comportamento sessuale. L'autocompassione, inoltre, può attenuare l'influenza che vergogna e rimuginazione hanno sull'ipersessualità e può promuovere, attraverso i sensi di colpa sani, il cambiamento (Reid *et al.*, 2014). La consapevolezza dell'auto-compassione è importante per ridurre la vergogna nei pazienti ipersessuali: studi preliminari indicano che la consapevolezza è legata all'ipersessualità; tuttavia, la consapevolezza (a differenza dell'autocompassione) si basa sull'esperienza, piacevole o spiacevole, ma non mira a modificarla (Reid *et al.*, 2014). Both e colleghi (2011) suggeriscono che l'apprendimento di tecniche di controllo dell'attenzione (ovvero di consapevolezza) può essere utile per le persone con forti

desideri sessuali e ulteriori ricerche dimostrano che l'ipersessualità e la consapevolezza sono inversamente correlate, il che suggerisce che gli interventi di consapevolezza potrebbero essere utili (Phillips *et al.*, 2019).

Secondo Creeden (2004), è fondamentale acquisire abilità come la regolazione emotiva, la capacità di comprendere gli altri, il controllo degli impulsi, l'autoconsapevolezza e l'autocontrollo per sviluppare un comportamento sessuale responsabile da adulto, in quanto l'incapacità di sviluppare tali abilità può portare a problemi comportamentali, tra cui l'ipersessualità.

3.4 Conclusione

Secondo gli studiosi Kannan e Levitt (2013) e Shahar (2015), l'autocritica è un processo di autovalutazione negativa ed è spesso accompagnato da sensazioni altrettanto negative, come rabbia e disprezzo di sé. Anche se l'autovalutazione è un processo naturale dell'essere umano, le persone che sperimentano alti livelli di autocritica diventano vittime di un dialogo interno ostile e auto-accusante associato a sensazioni di indegnità, fallimento, vergogna, colpa e paranoia (Cantazaro *et al.*, 2010). L'elevata autocritica, inoltre, è associata a una serie di psicopatologie, tra cui disturbi alimentari, disturbo borderline di personalità, ansia sociale, deliri persecutori (Cox *et al.*, 2004; Dunkley *et al.*, 2007; Luyten *et al.*, 2007; Kopala-Sibley *et al.*, 2012; Hutton *et al.*, 2013) e comportamento sessuale compulsivo (Reid *et al.*, 2014). Si può pertanto affermare che l'autocritica è un elemento trasversale ai disturbi psicologici e ha un'ampia significatività clinica.

Secondo Longe *et al.* (2010) e Lutz *et al.* (2020), una possibile strategia per ridurre gli effetti negativi dell'autocritica e del disagio a essa correlato consiste nell'adottare un atteggiamento di compassione che può essere incrementato grazie ad alcune terapie specifiche, come la terapia focalizzata sulla compassione (CFT), basata sulla definizione di Gilbert (2014) e il *Mindful Self Compassion Programme*, sviluppato sulla concettualizzazione di compassione di Neff (2003). Questo approccio permette di sviluppare una voce interiore compassionevole in grado di contrastare i pensieri autocritici e di ridurre le emozioni negative (Gilbert, 2010).

Le revisioni attuali dimostrano risultati significativi riguardo all'efficacia degli interventi di autocompassione nel ridurre l'ansia, la depressione e il disagio psicologico (Kirby *et al.*, 2017), soprattutto nelle persone che hanno alti livelli di autocritica (Leaviss *et al.*, 2015). Svareti studi su differenti campioni clinici, tra cui disturbi alimentari (Gale *et al.*, 2014), disturbi della personalità (Lucre *et al.*, 2013), psicosi, paranoia (Braehler *et al.*, 2013; Mayhew *et al.*, 2008), stress da minoranza (Finlay-Jones *et al.*, 2021) e comportamento sessuale compulsivo (Reid *et al.*, 2014) mostrano questi effetti.

CAPITOLO 4: STUDIO EMPIRICO

Lo studio qui riportato fa parte del più ampio progetto di ricerca "Profili psico(pato)logici e sessualità" condotto dalla Dott.ssa Guyonne Rogier, professoressa presso il Dipartimento di Psicologia Clinica e di Comunità all'Università degli studi di Genova. Il progetto tratta nello specifico il tema dell'ipersessualità e dell'asessualità e delle possibili variabili psicologiche e psicopatologiche sottese. Questa ricerca, nello specifico, indaga il nesso tra asessualità,ipersessualità, specifiche variabili psicologiche e psicopatologiche e i costrutti di *self-criticism* e *self-compassion*. La cornice teorica della ricerca è quella della psicologia clinica.

4.1 Obiettivo della ricerca

L'obiettivo generale della ricerca è quello di indagare l'esistenza di variabili psicologiche e psicopatologiche alla base delle condizioni di asessualità eipersessualità, in particolare esplorando le possibili correlazioni con *self-criticism* e *self-compassion*. In particolare, l'ipotesi di ricerca è che l'autocompassione e/o l'autocritica siano moderatori dell'effetto che la personalità patologica ha sull'ipersessualità e/o l'asessualità.

4.2 Metodologia

4.2.1 Caratteristiche e reclutamento del campione

Per il presente studio sono stati reclutati 612 soggetti di cui 50 non hanno acconsentito al trattamento dati, per cui sono stati utilizzati i dati di 562 soggetti. Il campione è stato selezionato nel rispetto dei seguenti criteri di inclusione:

- Una sufficiente conoscenza della lingua italiana sia in forma orale, sia in forma scritta;
- Età superiore ai 18 anni.

I criteri di esclusione erano invece i seguenti:

- Insufficiente comprensione della lingua italiana in forma scritta e orale
- Età inferiore a 18 anni

Il campione è stato reclutato tramite un metodo di campionamento di convenienza: la possibilità di partecipare allo studio è stata promossa tramite il passaparola, la diffusione di messaggi sui *social media* e la somministrazione ad amici e conoscenti. I partecipanti sono stati reclutati secondo le linee guida APA e secondo le indicazioni del Comitato Etico e sono stati illustrati loro gli scopi, la procedura di ricerca e le informazioni per il trattamento dati, anonimato e *privacy*. I partecipanti hanno compilato una batteria di questionari *self-report* sulla piattaforma Microsoft Form. Tutti i partecipanti hanno aderito volontariamente alla ricerca, firmando l'apposito modulo di consenso informato per la raccolta e l'analisi dei dati, così come per il trattamento dei dati in forma confidenziale.

4.2.2 Gli Strumenti

Ai partecipanti è stata somministrata una batteria di strumenti *self-report* che misurano i domini di asexualità, ipersessualità, personalità secondo i criteri del DSM-5, *self-criticism* e *self-compassion* e l'orientamento sessuale.

*Kinsey Scale of Sexual Behaviour

La *Kinsey Scale of Sexual Behaviour* (KSB) è stata sviluppata da Kinsey *et al.* (1948) e vuole classificare l'orientamento sessuale tramite una scala Likert da 0 a 6 (0 esclusivamente eterosessuale; 1 eterosessuale con tendenze omosessuali occasionali; 2 eterosessuale con tendenze omosessuali più che occasionali; 3 bisessuale, eterosessuale e omosessuale allo stesso modo; 4 omosessuale con

tendenze eterosessuali più che occasionali; 5 omosessuale con tendenze eterosessuali occasionali; 6 esclusivamente omosessuale). È stata, inoltre, aggiunta un'opzione "nessuna attrazione sessuale o romantica" per identificare coloro che non sperimentano nessuna attrazione sessuale o romantica.

*Asexuality Identification Scale (AIS)

L'*Asexuality Identification Scale (AIS)* è uno strumento di misura per l'asessualità elaborato da Yule, Brotto e Gorzalka (2014) utile a differenziare gli individui asessuali da quelli sessuali. L'asessualità misurata con questo strumento è da intendersi come assenza di attrazione sessuale verso terzi (Bogaert, 2004; Brotto *et al.*, 2010). L'AIS è composta da 12 *item* misurate tramite una scala Likert a 5 punti (1 completamente vero; 2 abbastanza vero; 3 né vero né falso; 4 un po' falso; 5 completamente falso).

L'AIS è stato creato attraverso alcune fasi: sottoporre domande aperte a individui sia sessuali che asessuali, sviluppare voci a scelta multipla, analizzare queste voci per scegliere quelle finali. Dopo l'uso di metodi analitici discriminanti, 12 elementi sono stati scelti per l'AIS finale. Gli individui sessuali e asessuali hanno mostrato delle differenze significative nei punteggi AIS, con un'elevata significatività statistica. Il punteggio limite di 40/60 è stato in grado di identificare il 93% degli individui asessuali, escludendo il 95% degli individui sessuali, suggerendo che l'AIS può essere uno strumento utile per individuare l'asessualità. L'AIS potrebbe identificare anche coloro che non si identificano come asessuali, ma che ottengono un punteggio elevato in questo questionario.

La validità dell'AIS a 12 voci è stata testata mediante la valutazione del costrutto. I risultati mostrano che l'AIS ha una buona capacità di distinguere tra soggetti asessuali e sessuali (validità discriminante), ma presenta una correlazione moderata con un'altra misura di orientamento sessuale (validità incrementale approssimata). Questa scoperta dimostra che c'è una notevole sovrapposizione tra i costrutti di attrazione sessuale e desiderio sessuale. Inoltre, è stato dimostrato che gli individui asessuali mostrano punteggi significativamente inferiori nelle

misure del desiderio sessuale rispetto ai campioni sessuali (Brotto *et al.*, 2010), ma non differiscono dagli altri nel desiderio sessuale solitario (Brotto *et al.*, 2011). In questo studio lo strumento ha confermato le sue buone proprietà psicometriche con α di Cronbach superiore a .70 (.912 > .70).

*Hypersexual Disorder Questionnaire (HDQ)

L'*Hypersexual Disorder Questionnaire* (HDQ), creato da Dhuffar e Griffiths (2014), è stato validato nella sua versione italiana da Ciocca *et al.* (2020). Questo strumento indaga l'ipersessualità, ovvero l'eccesso di attività sessuali e l'ossessione per il sesso, con le relative conseguenze. Questa condizione può includere la masturbazione compulsiva, l'utilizzo di pornografia, *cybersex* o sesso telefonico, attività sessuale con adulti consenzienti, l'utilizzo di bordelli o la frequentazione di strip club e club privé (Kaplan *et al.*, 2010).

Questo strumento consiste in 19 *item* da valutare attraverso una scala Likert a 5 punti (1 mai; 2 raramente; 3 a volte; 4 spesso; 5 molto spesso). Il punteggio totale misura la tendenza al comportamento sessuale ipersessuale, mentre tre sottoscale valutano tre fattori o domini legati a tale comportamento: Coping (*item* 1, 3, 6, 8, 13, 16 e 18), Controllo (*item* 2, 4, 7, 10, 11, 12, 15 e 17) e Conseguenze (*item* 5, 9, 14 e 19). Il punteggio possibile varia da 19 a 95 e la valutazione di HBI viene illustrata da esempi di affermazioni, come ad esempio l'uso del sesso per dimenticare le preoccupazioni quotidiane o il sacrificio di cose importanti per avere più attività sessuale.

Il *cut-off* che permette di individuare problemi di comportamento ipersessuale è di 30; al di sopra di questa soglia il soggetto soddisfa i criteri per il disturbo ipersessuale

Le sottoscale dell'HDQ hanno dimostrato buone proprietà psicometriche con α di Cronbach superiore a .70. La sottoscala del controllo ha α di Cronbach di .877 > .70, la sottoscala del *coping* ha α di Cronbach di .906 > .70 e la sottoscala delle conseguenze ha α di Cronbach di .718 > .70.

*The Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) – Adult (PID-BF)

Il *Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) – Adult (PID-BF)* è la forma breve di un inventario *self-report* per adulti dai 18 anni in poi composto da 220 item sviluppato da Krueger *et al.* (2012) per analizzare i cinque domini della personalità presenti nella Sezione III del DSM-5 e le diverse sfaccettature presenti nel Criterio B del modello. La forma breve è composta da 25 *item* che indagano i 5 macro-domini della personalità, ovvero: Affettività Negativa (*item* 8, 9, 10, 11, 15), Distacco (*item* 4, 13, 14, 16, 18), Antagonismo (*item* 17, 19, 20, 22, 25), Disinibizione (*item* 1, 2, 3, 5, 6) e Psicoticismo (*item* 7, 12, 21, 23, 24).

L'Affettività Negativa si riferisce a esperienze intense e ricorrenti di emozioni negative, tra cui ansia, depressione, senso di colpa, preoccupazione e rabbia, accompagnate da comportamenti associati come l'eccessiva preoccupazione. Il Distacco, invece, è una tendenza a evitare le relazioni sociali e a esprimere o provare emozioni, soprattutto quelle legate al piacere, come nel caso dell'evitamento di relazioni sentimentali. Il tratto di Antagonismo si riferisce a una sensazione esagerata di importanza personale e un'attitudine insensibile e antipatica verso gli altri, caratterizzata da una mancanza di attenzione ai bisogni e ai sentimenti degli altri e dall'utilizzo inadeguato degli altri per il proprio auto-miglioramento. Infine, la Disinibizione si riferisce a una tendenza a gratificarsi immediatamente, senza prestare attenzione ai precedenti appresi o alle conseguenze future, mentre lo Psicoticismo si caratterizza per la presenza di comportamenti o cognizioni strane, eccentriche o incongruenti con la cultura predominante (Łysiak, 2019).

Le risposte agli *item* si basano su una scala di tipo Likert che va da 0 a 3 (0 sempre o spesso falso; 1 talvolta abbastanza falso; 2 talvolta abbastanza vero; 3 sempre o spesso vero) e i punteggi di dominio della *brief form* possono essere stratti dalla misura PID-5 lunghezza intera. Il punteggio di ciascun dominio del tratto varia da 0 a 15, dove punteggi superiori indicano una disfunzione maggiore nel dominio specifico della personalità.

Nel presente studio, lo strumento PID-5-BF ha dimostrato una buona proprietà psicométrica con α di Cronbach superiore a .70 (.865 > .70).

*The Forms of Self-Criticizing/Attacking & Self-Reassuring Scale (FSCRS)

La *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (FSCRS) è una scala di valutazione *self-report* utilizzata per valutare sentimenti e pensieri autocritici sviluppata da Gilbert *et al.* (2004).

Gli *item* presenti nel FSCRS sono 22 e il soggetto deve indicare su una scala Likert da 0 a 4 (0 per nulla come me; 1 un po' come me; 2 moderatamente come me; 3 un bel po' come me; 4 estremamente come me) quanto la frase specifica lo descrive. Gli *item* indagano due forme di autocritica, ovvero il sé inadeguato (per es., "sono facilmente deluso da me stesso") e il sé odiato (per es., "mi sono talmente arrabbiato con me stesso che voglio farmi del male o ferirmi"), più una forma di sé rassicurato (per es., "io sono gentile e solidale con me stesso"). Il punteggio totale va da 0 (per niente autocritico) a 88 (estremamente autocritico).

Il concetto di Inadeguatezza del Sé si concentra su errori, cadute e imperfezioni e sulle aree della propria vita che richiedono miglioramento. Sebbene alcuni individui utilizzino questa forma di autocritica come un mezzo per motivarsi nel raggiungimento dei propri obiettivi, esso può talvolta portare a un senso di inferiorità rispetto agli standard sociali o personali elevati. L'Odio del Sé rappresenta, invece, un tipo di autocritica più aggressiva che si origina dall'avversione e dall'autosvalutazione e può spesso portare a emozioni di disgusto o al desiderio di sopprimere o distruggere certi aspetti di sé. Secondo Gilbert *et al.* (2004), l'Odio del Sé rappresenta una forma di autocritica più dannosa dell'Inadeguatezza del Sé. Il concetto di Sé Rassicurato, invece, implica la capacità di concentrarsi sulle cose positive, di rassicurarsi in caso di errori o fallimenti ed è correlato alla resilienza come suggerito da Whelton e Greenberg (2005). L'autorassicurazione è associata a numerosi vantaggi sia dal punto di vista fisiologico che psicologico (Keltner *et al.*, 2014) e può portare ad una maggiore capacità di adattamento, resilienza e perseveranza (Gilbert *et al.*, 2004; Kirby, 2016).

Tutte e tre le sottoscale presenti nello strumento hanno dimostrato buone proprietà psicometriche con α di Cronbach superiore a .70, rispettivamente: la sottoscala del sé inadeguato ha α di Cronbach di .873 > .70, la sottoscala del sé odiato ha α di

Cronbach di $.828 > .70$ e la sottoscala del sé rassicurato ha α di Cronbach di $.885 > .70$.

4.2.3 Analisi statistica

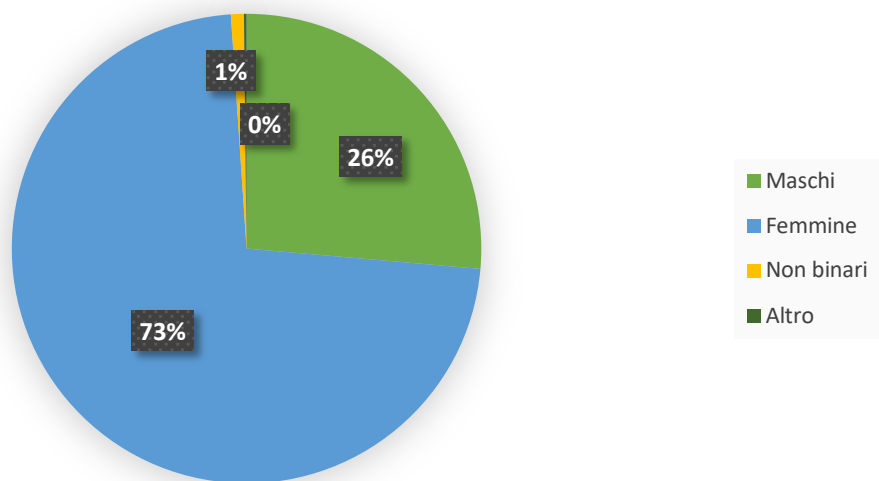
L'elaborazione dei dati è stata effettuata con l'uso del pacchetto statistico SPSS per Windows. L'analisi dei dati è stata effettuata sull'intero campione attraverso il calcolo delle medie, delle deviazioni standard e della frequenza dei punteggi ottenuti. Per analizzare la correlazione tra le dimensioni dell'*Asexuality Identification Scale* (AIS) e dell'*Hypersexual Disorder Questionnaire* (HDQ) con quelle del *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Rassuring Scale* (FSCRS) è stata utilizzata la r di Pearson. In seguito, al fine di testare le ipotesi, sono state svolte regressioni multiple.

4.3 Risultati

4.3.1 Caratteristiche del campione

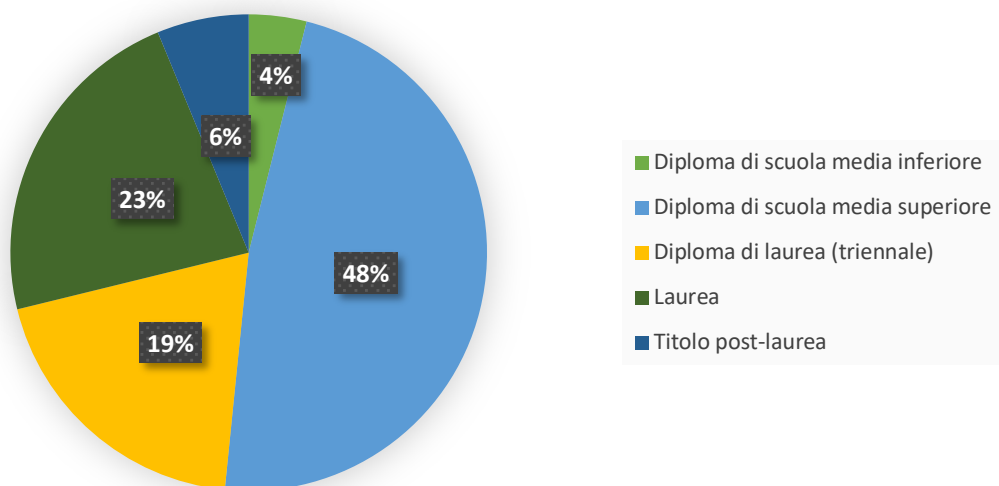
All'interno di questo studio, il campione non risulta omogeneo per genere; infatti, i partecipanti sono suddivisi in 149 maschi e 407 femmine con 5 soggetti che si sono dichiarati non binari e un soggetto di genere "altro". L'età dei partecipanti è compresa tra 18 e 65 con un'età media di 30,81 anni (deviazione standard 12,54). Tramite la *Kinsey Scale of Sexual Behavior* è emerso che l'orientamento sessuale dei partecipanti che va da esclusivamente eterosessuale (punteggio = 0) a esclusivamente omosessuale (punteggio = 6) ha una media di 0,72 con una deviazione standard di 1,55.

Figura 1: Genere



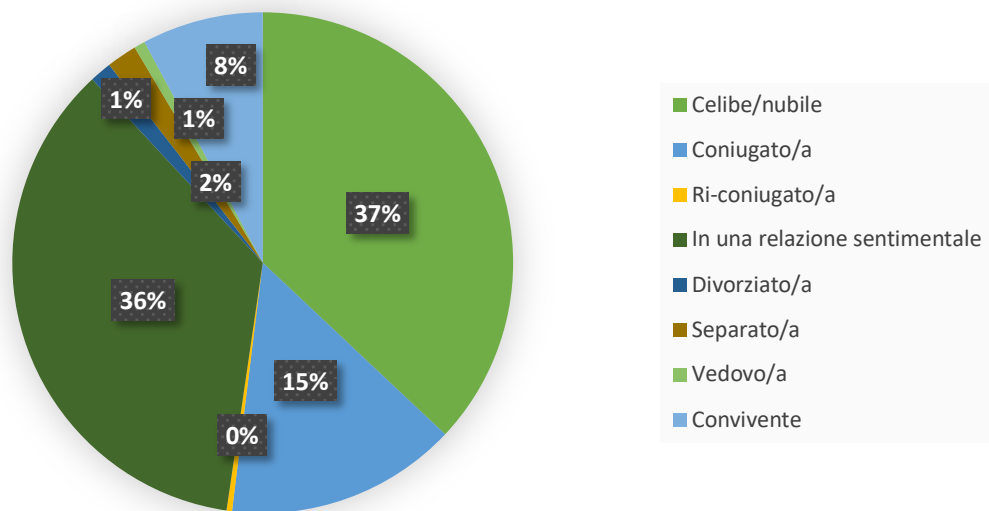
Il titolo di studio dei partecipanti alla ricerca è anch'esso eterogeneo. La maggior parte dei soggetti dichiara di avere un diploma di scuola media superiore (48%), seguiti da coloro che posseggono una laurea (23%), un diploma di laurea triennale (19%), un titolo post-laurea (6%) e un diploma di scuola media inferiore (4%).

Figura 2: Titolo di studio



Anche la variabile stato civile/sentimentale è presente in modo eterogeneo nel campione: la maggior parte dei soggetti si definisce celibe/nubile (37%) o in una relazione sentimentale (36%), la restante parte risulta coniugato/a (15%), convivente (8%), sperato/a (2%), divorziato/a (1%), vedovo/a (1%) e due partecipanti si sono descritti come ri-coniugato/a.

Figura 3: Stato civile/sentimentale



4.3.2 Test delle ipotesi

Al fine di testare l'ipotesi dello studio sono state analizzati i punteggi ottenuti dai soggetti all'*Asexuality Identification Scale* e all'*Hypersexual Disorder Questionnaire* correlandoli a quelli ottenuti al *Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) – Adult (PID-BF)* e alla *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Rassuring Scale (FSCRS)*.

Riportiamo i dati nelle tabelle 1 e 2.

Tabella 1 Correlazione tra i punteggi dell'AIS, dell'HDQ e del PID-5-BF

	AIS TOT	HDQ CONTROL	HDQ COPING	HDQ CONSEQUENCES	PID TOT
AIS TOT	-				
HDQ CONTROL	-.08	-			
HDQ COPING	.21**	.53**	-		
HDQ CONSEQUENCES	.04	.75**	.53**	-	
PID TOT	-.25**	.44**	.28**	.38**	-

*AIS: Asexuality Identification Scale; HDQ: Hypersexual Disorder Questionnaire; PID: Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) – Adult (PID-BF) **p < .001*

Come è possibile dedurre dalla tabella 1, l'AIS correla in modo significativo, negativo e debole con il PID ($-.25 < .30$) e in modo significativo, positivo e debole con la sottoscala *coping* dell'HDQ ($.21 < .30$). Il PID correla in modo significativo e positivo con tutte e tre le sottoscale dell'HDQ, nello specifico moderatamente con le sottoscale *control* ($.44 < .70$) e *consequences* ($.38 < .70$) e debolmente con la sottoscala del *coping* ($.28 < .30$).

Tabella 2 Correlazione tra i punteggi dell'AIS, dell'HDQ e della FSCRS

	AIS TOT	HDQ CONTROL	HDQ COPING	HDQ CONSEQUENCES	FSCRS REASSURINGSELF	FSCRS HATEDSELF	FSCRS INADEQUATESELF
AIS TOT	-						
HDQ CONTROL	-.08	-					
HDQ COPING	.21**	.53**	-				
HDQ CONSEQUENCES	.04	.75**	.54**	-			
FSCRS REASSURINGSELF	-.24**	.19**	-.004	.16**	-		
FSCRS HATEDSELF	-.22**	.30**	.15**	.24**	.53**	-	
FSCRS INADEQUATESELF	-.24**	.24**	.10**	.18**	.49**	.64**	-

*AIS: Asexuality Identification Scale; HDQ: Hypersexual Disorder Questionnaire; FSCRS: Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Rassuring Scale *p < .05 **p < .001*

La tabella 2 mostra le correlazioni tra AIS, HDQ e FSCRS. Le correlazioni tra l'AIS e le sottoscale dell'FSCRS risultano significative, negative e deboli ($p < .30$), mentre le correlazioni tra le sottoscale dell'FSCRS e dell'HDQ sono significative, positive e deboli, fatta eccezione per la sottoscala *control* dell'HDQ e la sottoscala *hatedself* dell'FSCRS che presentano una correlazione moderata ($.30 < .70$).

4.3.3 Analisi della regressione

Le analisi correlazionali (r di Pearson) hanno messo in luce l'esistenza di correlazioni significative soprattutto tra PID, FSCRS e HDQ: come visto nelle tabelle 1 e 2, il PID correla moderatamente con le sottoscale *control* e *consequences* dell'HDQ ($p < .70$) e debolmente con la sottoscala *coping*, mentre le sottoscale dell'FSCRS correlano debolmente ($p < .30$) con le sottoscale dell'HDQ, fatta eccezione per la sottoscala *hatedself* dell'FSCRS e la sottoscala *control* dell'HDQ ($p < .70$) e per la sottoscala *reassuring* dell'FSCRS e la sottoscala *coping* dell'HDQ che non correlano in modo significativo. Per questo, sono state inserite nelle equazioni di regressione solo le variabili che risultavano correlate in maniera significativa. Si è, dunque, proseguito con l'analisi del potere predittore di PID e FSCRS sulle sottoscale dell'HDQ, ovvero HDQ *control* (tabella 3), HDQ *coping* (tabella 4) e HDQ *consequences* (tabella 5).

Tabella 3 Regressione multipla con età, sesso, PID e fattori della FSCRS come predittori dell'HDQ control.

	b	t	p
(Costante)		6.96	< .001
Età	.08	1.92	.055
Sesso	-.11	-2.90	.004
KSB1	.02	.445	.657
PID TOT	.41	8.58	< .001
FSCRS REASSURINGSELF	.004	.096	.924
FSCRS HATEDSELF	.10	1.69	.092
FSCRS_INADEQUATESELF	-.03	-.504	.614

$R^2 = .19$ ($p < .001$); HDQ: Hypersexual Disorder Questionnaire; FSCRS: Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Rassuring Scale; PID: Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) – Adult (PID-BF); KSB: Kinsey Scale of Sexual Behaviour; *b* in grassetto sono statisticamente significativi.

La tabella 3 evidenzia che i punteggi totali del PID predicono positivamente e significativamente la sottoscala del controllo nell'HDQ, mentre risultati inversi vengono trovati per il sesso.

Tabella 4 Regressione multipla con età, sesso, PID e fattori della FSCRS come predittori dell'HDQ coping.

	b	t	p
(Costante)		9,575	< .001
Età	-.04	-.976	.329
Sesso	-.09	-2.13	.034
KSB1	.03	.694	.488
PID_TOT	.32	6.20	< .001
FSCRS_REASSURINGSELF	-.14	-2.84	.005
FSCRS_HATEDSELF	.09	1.52	.129
FSCRS_INADEQUATESELF	-.05	-.855	.393

R² = .13 (p <.001); HDQ: Hypersexual Disorder Questionnaire; FSCRS: Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Rassuring Scale; PID: Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) – Adult (PID-BF); KSB: Kinsey Scale of Sexual Behaviour; b in grassetto sono statisticamente significativi.

La tabella 4 evidenzia che la sottoscala dell'autorassicurazione presente nell'FSCRS, il PID e il sesso predicono negativamente e significativamente la sottoscala *coping* dell'HDQ.

Table 5 Regressione multipla con età, sesso, PID e fattori della FSCRS come predittori dell'HDQ consequences.

	b	t	p
(Costante)		9.81	< .001
Età:	-.07	-1.80	.072
Sesso:	-.11	-2.83	.005
KSB1	.02	.498	.618
PID_TOT	.37	7.55	< .001
FSCRS_REASSURINGSELF	.02	.409	.683
FSCRS_HATEDSELF	.07	1.12	.263
FSCRS_INADEQUATESELF	-.05	-.957	.339

$R^2 = .19$ ($p < .001$); HDQ: Hypersexual Disorder Questionnaire; FSCRS: Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Rassuring Scale; PID: Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) – Adult (PID-BF); KSB: Kinsey Scale of Sexual Behaviour; *b* in grassetto sono statisticamente significativi.

La tabella 5 mostra il valore predittivo positivo e significativo dei punteggi totali del PID per la sottoscala *consequences* dell'HDQ, mentre il sesso ha un valore predittivo negativo.

4.3.4 Modello di moderazione

All'interno di questa ricerca è stato testato un modello di moderazione che comprende il PID come variabile indipendente, la sottoscala *coping* dell'HDQ come variabile dipendente e la sottoscala dell'autorassicurazione dell'FSCRS come moderatore. Come si evince dalla tabella 6, risulta un'interazione significativa negativa per cui al crescere della capacità di attingere a un sé rassicurante, il potere predittivo della personalità patologica sull'ipersessualità come meccanismo di *coping* diminuisce.

Tabella 6 Regressione multipla del modello di moderazione della variabile FSCRS_RE come moderatore degli effetti della variabile PID sulla variabile HDQ coping

	β	SE	t	p	LLCI	ULCI
Costante	10.93	1.63	6.70	< .001	7.73	14.14
PID TOT	7.54	1.24	6.07	< .001	5.10	9.98
FSCRS RE	.07	.08	.877	.381	-.09	.228
Int 1	-.197	.076	-2.60	.0095	-.346	-.048
Età	-.014	.02	-.70	.486	-.053	.025
Sesso	-1.25	.52	-2.38	.018	-2.28	-.218
KSB1	.189	.16	1.18	.239	-.126	.504

R² = .13 (p <.001); R² -chng = .011; ES: Errore Standard; HDQ: Hypersexual Disorder Questionnaire; FSCRS: Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Rassuring Scale; PID: Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) – Adult (PID-BF); I valori in grassetto indicano la presenza di una interazione.

4.4 Discussione

L'obiettivo della ricerca era quello di indagare le variabili psicologiche e psicopatologiche alla base delle condizioni di asessualità e ipersessualità, concentrandosi particolarmente su *self-criticism* e *self-compassion* ed esplorando l'ipotesi che questi due costrutti avessero un ruolo di moderatori dell'effetto che la personalità patologica ha sull'ipersessualità e/o l'asessualità.

L'ipotesi che la *self-compassion* moderi la relazione tra personalità patologica e asexualità e/o ipersessualità è stata parzialmente supportata. Nel presente studio, i livelli di asexualità sono correlati con livelli di buon funzionamento mentale: correlano negativamente con i livelli di autocritica e di personalità patologica, anche se è emersa una correlazione debole e negativa con i livelli di autocompassione. Questi risultati non concordano con alcuni studi che hanno individuato aspetti psicopatologici correlati con l'asexualità, come alti tassi di depressione e propensione a manifestare sintomi quali ritiro sociale, ansia, e pensieri suicidari (Yule *et al.*, 2013) che accomunano gli individui asexuali al disturbo schizoide di personalità (Brotto *et al.*, 2010). Tuttavia, i risultati emersi dalla nostra ricerca vanno nella stessa direzione dell'ipotesi di Brotto e collaboratori (2022) i quali sostengono che alcune correlazioni positive con la psicopatologia possono essere spiegate alla luce della discriminazione e della stigmatizzazione che alcuni individui asexuali vivono nel quotidiano. Inoltre, la correlazione negativa emersa tra l'asexualità e l'autocompassione può essere spiegata alla luce del fatto che l'effetto della variabile dell'autocompassione dipende dalla sottopopolazione SGM e/o dallo stato di salute mentale che si vuole indagare (Helminen *et al.*, 2023); tale evidenza può anche essere dovuta al fatto che questo studio non ha indagato l'asexualità in gruppo clinico di asexuali.

Per quanto riguarda l'ipersessualità, lo studio ha confermato l'ipotesi di moderazione secondo cui la personalità patologica predice l'utilizzo dell'ipersessualità come meccanismo di *coping* attraverso l'incapacità di attingere a un sé rassicurante. Nello specifico, la personalità patologica predice in maniera positiva e significativa i livelli di utilizzo dell'ipersessualità come meccanismo di *coping*; questo è coerente con studi precedenti che concettualizzano il comportamento ipersessuale come una strategia di *coping* utile a evitare il dolore della vergogna e del disprezzo verso sé stessi trasformando il sesso in una difesa verso l'autocritica e la vergogna, oltre che il tentativo di cercare una conferma della propria autostima attraverso l'accettazione e la desiderabilità (Reid *et al.*, 2009). Inoltre, alcuni autori considerano l'ipersessualità come una strategia di *coping* disfunzionale per far fronte alla sofferenza psicologica, alla stregua di PTSD e depressione (Watter, 2018; Larsen, 2019). Colpa e vergogna sono sentimenti

predominanti negli individui con un comportamento ipersessuale (Gilliland *et al.*, 2011; Shen, 2018) e hanno un'importante comorbilità con la depressione e sintomi traumatici (Gilliland *et al.*, 2011; Kealy *et al.*, 2018; Shen, 2018). La capacità di attingere a un sé rassicurante, invece, non predice in maniera significativa il livello di utilizzo dell'ipersessualità come strategia di *coping*. Questo risultato è in contrasto con diversi studi che hanno trovato un'associazione tra comportamento ipersessuale e autocompassione: in uno studio (Reid *et al.*, 2014) l'ipersessualità correlava negativamente con l'autocompassione (proposta come mediatore), ma lo studio non è stato in grado di stabilire la relazione di tempo tra le variabili necessaria per l'analisi di mediazione; in un altro (Hook *et al.*, 2015) la relazione tra l'auto-perdono (concetto simile all'autocompassione) e comportamento ipersessuale era mediata da colpa e vergogna.

Tuttavia, l'effetto di interazione tra le variabili ha prodotto un risultato significativo; infatti, sembrerebbe che al crescere della capacità di attingere a un sé rassicurante, il potere predittivo della personalità patologica sull'ipersessualità come meccanismo di *coping* decresce. Questo suggerisce che la presenza di una capacità di auto-compassione potrebbe proteggere individui con alti livelli di personalità patologica a ricorrere all'ipersessualità come meccanismo di *coping*. Questa interazione converge con alcuni studi, nonostante misure e metodi di campionamento diversi: secondo lo studio di Phillips e colleghi (2019) il costrutto dell'autocompassione potrebbe essere utile a coloro che manifestano un comportamento ipersessuale in quanto le tecniche che mirano ad aumentare l'autocompassione diminuiscono sia l'autocritica che la vergogna, mentre lo studio di Reid e collaboratori (2014) individua nell'autocompassione la capacità di ridurre sentimenti di vergogna e ruminazione nei comportamenti ipersessuali.

I dati emersi da questa ricerca portano a ipotizzare che, in caso di pazienti con una tendenza all'utilizzo di comportamenti ipersessuali come strategia di *coping* e con tratti di personalità patologica, un modo per ridurre il nesso tra le due variabili (ovvero personalità patologica e ipersessualità), potrebbe essere quello di aumentare la capacità dell'individuo di attingere a un'immagine interna rassicurante e compassionevole, come sostenuto anche da Both e colleghi (2011). Esistono diverse tecniche che mirano a incrementare la *self-compassion*, come la

terapia incentrata sulla compassione (CFT; Gilbert, 2010), la *Mindful Self-Compassion Therapy* (MSC; Neff et al., 2013) la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), la *Dialectical Behavioural Therapy* (DBT) e la *Acceptance And Commitment Therapy* (ACT) (Wilson, 2019). Altri studi, però, hanno evidenziato che le terapie incentrate sull'autocompassione non producono risultati significativamente migliori rispetto alle altre. È possibile che l'effetto moderatore della *self-compassion* interagisca con altri aspetti interni come la vergogna, il senso di colpa e l'autocritica; queste possibilità dovrebbero essere meglio esplorate nelle future ricerche. Inoltre, è anche possibile che il comportamento ipersessuale sia sintomo di un disturbo più ampio come disturbi dell'umore (Cuijpers et al., 2014), dipendenza (Orford, 1978), depressione (Gilliland et al., 2011) e disturbo post traumatico da stress (Fontanesi et al., 2021), ma può anche essere associato agli effetti collaterali dei farmaci per la cura del Parkinson (Fasolo et al., 2008); per questo è possibile che per alcuni pazienti che manifestano un comportamento ipersessuale siano più idonei altri trattamenti e la ricerca futura dovrebbe prendere in considerazione tale ipotesi.

4.5 Limitazioni

Ci sono alcune importanti limitazioni a questo studio. In primo luogo, i dati raccolti erano trasversali e correlazionali; per tale ragione la causalità non può essere affrontata. In secondo luogo, le misure utilizzate sono misure di autovalutazione, quindi è possibile che le risposte dei partecipanti siano state influenzate dalla desiderabilità sociale, dalla difficoltà a ricordare alcuni eventi e/o comportamenti o da altri fattori come la stanchezza. In terzo luogo, il campione preso in esame in questo studio non è clinico e non è omogeneo per genere. Infine, non ci sono variabili di controllo e la personalità patologica è stata indagata complessivamente, senza tenere conto dei tratti specifici. Gli studi futuri potrebbero compensare questi limiti considerando due campioni, omogenei per genere, di cui uno clinico e uno di controllo e potrebbero approfondire la ricerca analizzando i tratti specifici di personalità.

4.6 Utilità clinica e direzioni future

I clinici potrebbero valutare l'utilizzo di interventi terapeutici che mirano all'incremento della *self-compassion* negli individui che sperimentano comportamenti ipersessuali in quanto, come accennato in precedenza, riducono il giudizio di sé, l'eccessiva identificazione, l'isolamento percepito promuovendo l'auto-gentilezza, la consapevolezza e l'umanità comune. I clinici dovrebbero valutare l'ipotesi che l'ipersessualità sia utilizzata da alcuni come strategia di *coping* per contrastare autocritica, vergogna, disprezzo verso sé stessi e altre emozioni negative (Reid *et al.*, 2009); per tale ragione potrebbe essere utile incrementare l'utilizzo di strategie di *coping* maggiormente adattive, tra cui la *self-compassion*. È anche auspicabile un'analisi più approfondita sul ruolo dell'autocritica, che in questo studio non è emerso, ma potrebbe risultare una variabile importante nel rapporto tra personalità patologica e ipersessualità in quanto è strettamente connessa con la vergogna e il senso di colpa (Walton *et al.*, 2017).

Per quanto riguarda l'asessualità, il nostro è uno dei pochi studi che ha voluto indagare l'effetto moderatore di *self-criticism* e *self-compassion* nella relazione tra personalità patologica e asessualità. Seppur non siano risultate correlazioni significative, la ricerca futura dovrebbe concentrarsi sull'analisi delle variabili che influenzano l'asessualità e dei fattori di resilienza che gli individui asessuali utilizzano per far fronte alla stigmatizzazione e all'esclusione sociale. Gli studi precedenti presi in considerazione in questo elaborato si riferiscono alle minoranze sessuali, senza concentrarsi in modo particolare sull'asessualità; per questo, è plausibile che ci siano aspetti non ancora indagati che riguardano l'asessualità e che potrebbe essere utile comprendere in una prospettiva clinica.

In conclusione, questo è uno dei pochi studi a esaminare i costrutti di *self-criticism* e *self-compassion*, comportamento ipersessuale e asessualità e personalità patologica. L'esplorazione dei questionari FSCRS, HDQ e PID ha dimostrato l'utilità della *self-compassion* nel moderare l'utilizzo di comportamenti ipersessuali quando si è in presenza di tratti di personalità patologica.

CONCLUSIONE

Lo studio condotto ha fornito evidenze significative sul ruolo moderatore della *self-compassion* nella relazione tra personalità patologica e ipersessualità. I risultati hanno sottolineato l'importanza di considerare non solo i tratti di personalità patologica, ma anche i fattori di resilienza come la *self-compassion* nel comprendere i comportamenti ipersessuali. I risultati dello studio indicano che una personalità patologica può contribuire allo sviluppo di comportamenti sessuali eccessivi o incontrollabili; tuttavia, la *self-compassion* emerge come un fattore chiave che può mitigare gli effetti negativi di tali tratti di personalità patologica. La *self-compassion*, intesa come la capacità di trattarsi con gentilezza, comprensione e accettazione in situazioni difficili, può fornire un'alternativa sana e costruttiva per affrontare i sentimenti di colpa, vergogna o perdita di controllo associati all'ipersessualità. Essa può aiutare a sviluppare una relazione amorevole e compassionevole con sé stessi, facilitando una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni e una migliore gestione dei comportamenti sessuali. La presenza di *self-compassion* come moderatore implica che le persone con una personalità patologica che sviluppano un maggiore livello di *self-compassion* possono sperimentare una riduzione dei comportamenti ipersessuali disfunzionali; ciò suggerisce l'importanza di incoraggiare lo sviluppo della *self-compassion* come strategia terapeutica per affrontare l'ipersessualità e promuovere un benessere sessuale più sano.

In definitiva, questi risultati evidenziano l'importanza di considerare non solo i tratti di personalità patologica, ma anche i fattori di resilienza come la *self-compassion* nel comprendere le dinamiche complesse dell'ipersessualità. Questa ricerca offre una prospettiva preziosa per futuri interventi terapeutici e programmi di prevenzione, sottolineando il potenziale della *self-compassion* come risorsa significativa per mitigare gli effetti negativi dei tratti di personalità patologica sull'ipersessualità e promuovere un'esperienza sessuale più sana e soddisfacente.

BIBLIOGRAFIA

1. Ajo, R., Inda, M.-D.-M., Mateu, M., Segura, A., Ballester, P., Muriel, J., Sellers, R., Ferrández, G., Margarit, C., & Peiró, A. M. (2021). Personality and psychiatric disorders in chronic pain male affected by erectile dysfunction: Prospective and observational study. *International Journal of Impotence Research*, 33(3), 339–347. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0294-9>
2. Aldi, G. (2022). *I Disturbi Di Personalità: Per Una Epistemologia Della Comprensione*.
3. Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107–118. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x>
4. Amamou, B., Missaoui, C., Haouala, A., Mhalla, A., Zaafrane, F., & Gaha, L. (2020). *Sexual addiction, self-esteem and personality dimensions*. 4, 6–12. <https://doi.org/10.29328/journal.jatr.1001011>
5. American Psychiatric Association (APA) (2000), DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Masson.
6. American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina.
7. Armstrong, L., & Rimes, K. A. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Neuroticism (Stress Vulnerability): A Pilot Randomized Study. *Behavior Therapy*, 47(3), 287–298. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.12.005>
8. Arslan, C. (2016). Interpersonal problem solving, self-compassion and personality traits in university students. *Educational Research and Reviews*, 11, 474–481. <https://doi.org/10.5897/ERR2015.2605>
9. Ashton, M. C. (2013). Individual Differences and Personality. *Individual Differences and Personality*. <https://doi.org/10.1016/C2011-0-05656-9>

10. Athanasakou, D., Karakasidou, E., Pezirkianidis, C., Lakioti, A., & Stalikas, A. (2020). Self-Compassion in Clinical Samples: A Systematic Literature Review. *Psychology*, *11*, 217–244. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.112015>
11. Baldwin, K. M., Baldwin, J. R., & Ewald, T. (2006). The relationship among shame, guilt, and self-efficacy. *American Journal of Psychotherapy*, *60*(1), 1–21. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.1.1>
12. Barchi-Ferreira Bel, A. M., & Osório, F. L. (2020). The Personality Inventory for DSM-5: Psychometric Evidence of Validity and Reliability-Updates. *Harvard Review of Psychiatry*, *28*(4), 225–237. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000261>
13. Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
14. Bell, K., Rieger, E., & Hirsch, J. K. (2018). Eating Disorder Symptoms and Proneness in Gay Men, Lesbian Women, and Transgender and Non-conforming Adults: Comparative Levels and a Proposed Mediation Model. *Frontiers in Psychology*, *9*, 2692. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02692>
15. Beutel, M., Wiltink, J., Hafner, C., Reiner, I., Bleichner, F., & Blatt, S. (2004). Abhängigkeit und Selbstkritik als psychologische Dimensionen der Depression - Validierung der deutschsprachigen Version des Depressive Experience Questionnaire (DEQ). / Dependence and self-criticism as a psychological dimension of depression: Validation of the German-language version of the Depressive Experience Questionnaire (DEQ). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, *52*, 1–14.
16. Blanchard, R. (2008). Review and theory of handedness, birth order, and homosexuality in men. *Laterality*, *13*(1), 51–70. <https://doi.org/10.1080/13576500701710432>

17. Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process* (pp. xvi, 404). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11749-000>
18. Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. In *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 399–428). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10118-018>
19. Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, *21*(3), 793–814. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000431>
20. Blatt, S. J., D’Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *85*(4), 383–389. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.85.4.383>
21. Bogaert, A. (2013). *The Demography of Asexuality* (pp. 275–288). https://doi.org/10.1007/978-94-007-5512-3_15
22. Bogaert, A. F. (2003). Number of older brothers and social orientation: New tests and the attraction/behavior distinction in two national probability samples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 644–652. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.644>
23. Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *Journal of Sex Research*, *41*(3), 279–287. <https://doi.org/10.1080/00224490409552235>
24. Bogaert, A. F. (2006). Toward a Conceptual Understanding of Asexuality. *Review of General Psychology*, *10*(3), 241–250. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.10.3.241>
25. Bogaert, A. F. (2012). *Understanding Asexuality*. Rowman & Littlefield.

26. Bogaert, A. F. (2015a). Asexuality: What it is and why it matters. *Journal of Sex Research*, 52(4), 362–379. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1015713>
27. Bogaert, A. F., Ashton, M. C., & Lee, K. (2018a). Personality and Sexual Orientation: Extension to Asexuality and the HEXACO Model. *Journal of Sex Research*, 55(8), 951–961. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1287844>
28. Bogaert, A. F., Ashton, M. C., & Lee, K. (2018b). Personality and Sexual Orientation: Extension to Asexuality and the HEXACO Model. *Journal of Sex Research*, 55(8), 951–961. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1287844>
29. Both, S., Everaerd, W., & Laan, E. (2007). Desire emerges from excitement: A psychophysiological perspective on sexual motivation. In *The psychophysiology of sex* (pp. 327–339). Indiana University Press.
30. Bóthe, B., Bartók, R., Tóth-Király, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2018). Hypersexuality, Gender, and Sexual Orientation: A Large-Scale Psychometric Survey Study. *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2265–2276. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1201-z>
31. Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *The British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199–214. <https://doi.org/10.1111/bjc.12009>
32. Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 38(9), 1133–1143. <https://doi.org/10.1177/0146167212445599>
33. Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). Self-Compassion Amongst Clients with Problematic Alcohol Use. *Mindfulness*, 3. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0106-5>

34. Brotto, L. A., & Milani, S. (2022). Asexuality: When Sexual Attraction Is Lacking. In D. P. VanderLaan & W. I. Wong (A c. Di), *Gender and Sexuality Development: Contemporary Theory and Research* (pp. 567–587). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-84273-4_19
35. Brotto, L. A., & Yule, M. (2017a). Asexuality: Sexual Orientation, Paraphilia, Sexual Dysfunction, or None of the Above? *Archives of Sexual Behavior*, *46*(3), 619–627. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0802-7>
36. Brotto, L. A., Knudson, G., Inskip, J., Rhodes, K., & Erskine, Y. (2010). Asexuality: A mixed-methods approach. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(3), 599–618. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9434-x>
37. Brotto, L. A., Yule, M. A., & Gorzalka, B. B. (2015). Asexuality: An extreme variant of sexual desire disorder? *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(3), 646–660. <https://doi.org/10.1111/jsm.12806>
38. Bulmer, M., & Izuma, K. (2018). Implicit and Explicit Attitudes Toward Sex and Romance in Asexuals. *Journal of Sex Research*, *55*(8), 962–974. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1303438>
39. Buss, D. M. (2009). How Can Evolutionary Psychology Successfully Explain Personality and Individual Differences? *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, *4*(4), 359–366. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01138.x>
40. Cantelmi, T. (2019) Atipicità sessuale tecnomediata. <http://www.penitenzieria.va/content/dam/penitenzieriaapostolica/eventi/xxxicfi2021/Cantelmi%20%20Atipicit%C3%A0%20sessuale%20tecnomediata.pdf>
41. Cardi, V., Di Matteo, R., Gilbert, P., & Treasure, J. (2014). Rank perception and self-evaluation in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, *47*(5), 543–552. <https://doi.org/10.1002/eat.22261>

42. Carlotta, D., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., Frera, F., Somma, A., Maffei, C., & Fossati, A. (2015). Adaptive and maladaptive personality traits in high-risk gamblers. *Journal of Personality Disorders*, 29(3), 378–392. <https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.164>
43. Carrigan, M. (2011). There's more to life than sex? Difference and commonality within the asexual community. *Sexualities*, 14(4), 462–478. <https://doi.org/10.1177/1363460711406462>
44. Castellini, G., Rellini, A. H., Appignanesi, C., Pinucci, I., Fattorini, M., Grano, E., Fisher, A. D., Cassioli, E., Lelli, L., Maggi, M., & Ricca, V. (2018). Deviance or Normalcy? The Relationship Among Paraphilic Thoughts and Behaviors, Hypersexuality, and Psychopathology in a Sample of University Students. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(9), 1322–1335. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.07.015>
45. Catri, F. (2021). Defining Asexuality as a Sexual Identity: Lack/Little Sexual Attraction, Desire, Interest and Fantasies. *Sexuality & Culture*, 25, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s12119-021-09833-w>
46. Cavaglioni, G. (2008). Cyber-porn Dependence: Voices of Distress in an Italian Internet Self-help Community. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(2), 295–310. <https://doi.org/10.1007/s11469-008-9175-z>
47. Chan, K. K. S., Yung, C., & Nie, G. (2020). Self-Compassion Buffers the Negative Psychological Impact of Stigma Stress on Sexual Minorities. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01451-1>
48. Chang, E. (2008). *Introduction to self-criticism and self-enhancement: Views from ancient Greece to the modern world*. <https://doi.org/10.1037/11624-001>
49. Ciocca, G., Di Stefano, R., Collazzoni, A., Jannini, T. B., Di Lorenzo, G., Jannini, E. A., Rossi, A., & Rossi, R. (2023). Sexual Dysfunctions and Problematic Sexuality in Personality Disorders and Pathological

- Personality Traits: A Systematic Review. *Current Psychiatry Reports*, 25(3), 93–103. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01409-9>
50. Ciocca, G., Limoncin, E., Lingiard, V., Burri, A., & Jannini, E. A. (2018). Response Regarding Existential Issues in Sexual Medicine: The Relation Between Death Anxiety and Hypersexuality. *Sexual Medicine Reviews*, 6(2), 335–336. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.02.002>
51. Ciocca, G., Nimbi, F., Limoncin, E., Mollaioli, D., Marchetti, D., Verrocchio, M. C., Simonelli, C., Jannini, E., & Fontanesi, L. (2020). Italian validation of the Hypersexual Behavior Inventory (HBI): Psychometric characteristics of a self-report tool evaluating a psychopathological facet of sexual behavior. 169–175. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-392>
52. Clark, A. N., & Zimmerman, C. (2022). Concordance Between Romantic Orientations and Sexual Attitudes: Comparing Allosexual and Asexual Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 51(4), 2147–2157. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02194-3>
53. Cleare, S., Gumley, A., & O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(5), 511–530. <https://doi.org/10.1002/cpp.2372>
54. Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976–992.
55. Cooper, A., Delmonico, D. L., & Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7(1–2), 5–29. <https://doi.org/10.1080/10720160008400205>

56. Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders, 82*(2), 227–234. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.012>
57. Cranney, S. (2016). The Temporal Stability of Lack of Sexual Attraction Across Young Adulthood. *Archives of Sexual Behavior, 45*(3), 743–749. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0583-4>
58. Creeden, K. (2004). The Neurodevelopmental Impact of Early Trauma and Insecure Attachment: Re-Thinking Our Understanding and Treatment of Sexual Behavior Problems. *Sexual Addiction & Compulsivity, 11*, 223–247. <https://doi.org/10.1080/10720160490900560>
59. Creswell, K. G., Bachrach, R. L., Wright, A. G. C., Pinto, A., & Ansell, E. (2016). Predicting Problematic Alcohol Use with the DSM-5 Alternative Model of Personality Pathology. *Personality disorders, 7*(1), 103–111. <https://doi.org/10.1037/per0000131>
60. Crews, D. A. (2012). *Exploring self-compassion with lesbian, gay, and bisexual persons* (Doctoral dissertation, College of Social Work, University of Utah).
61. Crews, D., & Crawford, M. (2015). Exploring the Role of Being Out on a Queer Person's Self-Compassion. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 27*, 172–186. <https://doi.org/10.1080/10538720.2015.1022272>
62. Cuijpers, P., Koole, S. L., van Dijke, A., Roca, M., Li, J., & Reynolds, C. F. (2014). Psychotherapy for subclinical depression: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 205*(4), 268–274. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.138784>
63. Cunningham, K. C., Davis, J. L., Wilson, S. M., & Resick, P. A. (2018). A relative weights comparison of trauma-related shame and guilt as predictors of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptom severity

- among US veterans and military members. *The British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 163–176. <https://doi.org/10.1111/bjc.12163>
64. Cunningham, K. C., Farmer, C., LoSavio, S. T., Dennis, P. A., Clancy, C. P., Hertzberg, M. A., Collie, C. F., Calhoun, P. S., & Beckham, J. C. (2017). A model comparison approach to trauma-related guilt as a mediator of the relationship between PTSD symptoms and suicidal ideation among veterans. *Journal of Affective Disorders*, 221, 227–231. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.046>
65. Dawson, M., McDonnell, L., & Scott, S. (2016). Negotiating the Boundaries of Intimacy: The Personal Lives of Asexual People. *The Sociological Review*, 64(2), 349–365. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.12362>
66. de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & EAU-YAU Men’s Health Working group. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(6), 641–651. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3>
67. Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1392–1404. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.02.002>
68. Decker, J. S. (2014). *The invisible orientation: An introduction to asexuality*. Skyhorse Publishing.
69. Del Giudice, M. (2009). Sex, attachment, and the development of reproductive strategies. *The Behavioral and Brain Sciences*, 32(1), 1–21; discussion 21-67. <https://doi.org/10.1017/S0140525X09000016>
70. DeLisi, M., Drury, A. J., & Elbert, M. J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 92, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.04.001>

71. Dhuffar, M. K., & Griffiths, M. D. (2014). Understanding the role of shame and its consequences in female hypersexual behaviours: A pilot study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(4), 231–237. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.4.4>
72. Diamond, L. M. (2003). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychological Review*, 110(1), 173–192. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.110.1.173>
73. Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006>
74. Dowgwillo, E. A., Ménard, K. S., Krueger, R. F., & Pincus, A. L. (2016). DSM-5 Pathological Personality Traits and Intimate Partner Violence Among Male and Female College Students. *Violence and Victims*, 31(3), 416–437. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00109>
75. Dunkley, D. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*. [https://www.academia.edu/20365607/The relation between perfectionism and distress Hassles coping and perceived social support as mediators and moderators](https://www.academia.edu/20365607/The_relation_between_perfectionism_and_distress_Hassles_coping_and_perceived_social_support_as_mediators_and_moderators)
76. Dunkley, D. M., & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.017>
77. Dunkley, D., Zuroff, D., & Blankstein, K. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40, 665–676. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.08.008>

78. Eastman-Mueller, H., Bartelt, E., Fu, T.-C. J., Herbenick, D., & Beckmeyer, J. (2022). Asexual or not sure: Findings from a probability sample of undergraduate students. *Journal of American College Health: J of ACH*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2032090>
79. Edge, J. M., Vonk, J., & Welling, L. L. M. (2022). Asexuality and relationship investment: Visible differences in relationship investment for an invisible minority. *Psychology & Sexuality*, 13(5), 1256–1269. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.2013303>
80. Eisenberg, M., Shindel, A., Smith, J., Lue, T., & Walsh, T. (2009). Who is the 40-Year-Old Virgin and Where Did He/She Come From? Data from the National Survey of Family Growth. *The journal of sexual medicine*, 6, 2154–2161. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01327.x>
81. Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A., Mathalon, D. H., & Feldman, M. D. (2016). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 99–110. <https://doi.org/10.1159/000442260>
82. Ewert, C., Vater, A., & Schröder-Abé, M. (2021). Self-Compassion and Coping: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 12. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>
83. Fasolo, C. B., Conversano, C., Lazzarelli, A., Silingardi, D., Manfrini, A., Unti, E., & Ceravolo, R. (2008). Disfunzioni sessuali nel morbo di Parkinson. *Medicina sessuale e riproduttiva*, 15, 92-100.
84. Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M., Beath, A., & Einstein, D. (2019). Self-Compassion Interventions and Psychosocial Outcomes: A Meta-Analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>
85. Finlay-Jones, A., Strauss, P., Perry, Y., Waters, Z., Gilbey, D., Windred, M.-A., Murdoch, A., Pugh, C., Ohan, J. L., & Lin, A. (2021). Group mindful self-compassion training to improve mental health

- outcomes for LGBTQIA+ young adults: Rationale and protocol for a randomised controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 102, 106268. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106268>
86. Flynn, T. P., Parnes, J. E., & Conner, B. T. (2022). Personality Disorders, Risky Behaviors, and Adversity: The Moderating Role of Resilience. *Psychological Reports*, 125(6), 2936–2955. <https://doi.org/10.1177/00332941211028998>
87. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1990). Coping and emotion. In *Psychological and biological approaches to emotion* (pp. 313–332). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
88. Fontanesi, L., Marchetti, D., Limoncin, E., Rossi, R., Nimbi, F. M., Mollaioli, D., Sansone, A., Colonnello, E., Simonelli, C., Di Lorenzo, G., Jannini, E. A., & Ciocca, G. (2021). Hypersexuality and Trauma: A mediation and moderation model from psychopathology to problematic sexual behavior. *Journal of Affective Disorders*, 281, 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.100>
89. Fossati, A., Somma, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., & Borroni, S. (2017). On the relationships between DSM-5 dysfunctional personality traits and social cognition deficits: A study in a sample of consecutively admitted Italian psychotherapy patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1421–1434. <https://doi.org/10.1002/cpp.2091>
90. Fredrick, E. G., LaDuke, S. L., & Williams, S. L. (2020). Sexual minority quality of life: The indirect effect of public stigma through self-compassion, authenticity, and internalized stigma. *Stigma and Health*, 5, 79–82. <https://doi.org/10.1037/sah0000176>
91. Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Association Publishing.
92. Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical*

- Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1806>
93. Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199–208.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
94. Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203851197>
95. Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
96. Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43(Pt 1), 31–50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
97. Gilliland, R., South, M., Carpenter, B., & Hardy, S. (2011). The Roles of Shame and Guilt in Hypersexual Behavior. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 18. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.551182>
98. Gilmour, L., Schalomon, M., & Smith, V. (2012). Sexuality in a community based sample of adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 313–318. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 313–318.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.06.003>
99. Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological bulletin*, 136(3), 351–374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
100. Greaves, L. M., Stronge, S., Sibley, C. G., & Barlow, F. K. (2021). Asexual Identity, Personality, and Social Motivations in a New Zealand National Sample. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3843–3852.
<https://doi.org/10.1007/s10508-021-02038-0>

101. Greene, D., & Britton, P. (2015). Predicting Adult LGBTQ Happiness: Impact of Childhood Affirmation, Self-Compassion, and Personal Mastery. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 9, 00–00. <https://doi.org/10.1080/15538605.2015.1068143>
102. Gressgård, R. (2013). Asexuality: From pathology to identity and beyond. *Psychology and Sexuality*, 4, 179–192. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.774166>
103. Griffee, K., O’Keefe, S. L., Beard, K. W., Young, D. H., Kommor, M. J., & Linz, T. D. (2014). Human Sexual Development is Subject to Critical-Period Learning: Paradigm-Shifting Implications for Sexual Therapy and for Child-Rearing. *International Journal of Sexual Health*, 26(4), 295–313. <https://doi.org/10.1080/19317611.2014.898725>
104. Griffee, K., O’Keefe, S. L., Stroebel, S. S., Beard, K. W., Swindell, S., & Young, D. H. (2012). On the Brink of Paradigm Change? Evidence for Unexpected Predictive Relationships Among Sexual Addiction, Masturbation, Sexual Experimentation, and Revictimization, Child Sexual Abuse, and Adult Sexual Risk. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19(4), 225–264. <https://doi.org/10.1080/10720162.2012.705140>
105. Gupta, K. (2017). What Does Asexuality Teach Us About Sexual Disinterest? Recommendations for Health Professionals Based on a Qualitative Study With Asexually Identified People. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1113593>
106. Hall, S., & Knox, D. (2022). Not Just About Sex: Relationship Experiences, Beliefs, and Intentions Associated with Asexuality. *Sexuality & Culture*, 26. <https://doi.org/10.1007/s12119-022-09997-z>
107. Hatchel, T., Merrin, G. J., & Espelage, and D. (2019). Peer victimization and suicidality among LGBTQ youth: The roles of school belonging, self-compassion, and parental support. *Journal of LGBT Youth*, 16(2), 134–156. <https://doi.org/10.1080/19361653.2018.1543036>

108. Haydon, A. A., Cheng, M. M., Herring, A. H., McRee, A.-L., & Halpern, C. T. (2014). Prevalence and predictors of sexual inexperience in adulthood. *Archives of Sexual Behavior, 43*(2), 221–230. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0164-3>
109. Helminen, E. C., Ducar, D. M., Scheer, J. R., Parke, K. L., Morton, M. L., & Felver, J. C. (2023). Self-Compassion, Minority Stress, and Mental Health in Sexual and Gender Minority Populations: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association, 30*(1), 26–39. <https://doi.org/10.1037/cps0000104>
110. Hemmati, A., Newton-Howes, G., Falahi, S., Mostafavi, S., Colarusso, C. A., & Komasi, S. (2021). Personality Pathology among Adults with History of Childhood Sexual Abuse: Study of the Relevance of DSM-5 Proposed Traits and Psychobiological Features of Temperament and Character. *Indian Journal of Psychological Medicine, 43*(2), 135–143. <https://doi.org/10.1177/0253717620928813>
111. Hille, J. J. (2023). Beyond sex: A review of recent literature on asexuality. *Current Opinion in Psychology, 49*, 101516. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101516>
112. Hille, J. J., Simmons, M. K., & Sanders, S. A. (2020). “Sex” and the ace spectrum: Definitions of sex, behavioral histories, and future interest for individuals who identify as asexual, graysexual, or demisexual. *The Journal of Sex Research, 57*(7), 813-823.
113. Hillier, L., Jones, T., Monagle, M., Overton, N., Gahan, L., Blackman, J., & Mitchell, A. (2010). *Writing themselves in 3: The third national study on the sexual health and wellbeing of same sex attracted and gender questioning young people*. Australian Research Centre in Sex Health and Society, La Trobe University.

114. Hinderliter, A. (2013). How is asexuality different from hypoactive sexual desire disorder? *Psychology and Sexuality, 4*, 167–178. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.774165>
115. Hinderliter, A. (2015). Sexual Dysfunctions and Asexuality in DSM-5. In S. Demazeux & P. Singy (A c. Di), *The DSM-5 in Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel* (pp. 125–139). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9765-8_8
116. Hoffart, A., Øktedalen, T., & Langkaas, T. F. (2015). Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: A study of within-person processes. *Frontiers in Psychology, 6*, 1273. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01273>
117. Hook, J., Farrell, J., Davis, D., Van Tongeren, D., Griffin, B., Grubbs, J., Penberthy, K., & Bedics, J. (2015). Self-Forgiveness and Hypersexual Behavior. *Sexual Addiction and Compulsivity, 22*. <https://doi.org/10.1080/10720162.2014.1001542>
118. Hughes, M., Brown, S., Campbell, S., Dandy, S., & Cherry, M. (2021). Self-Compassion and Anxiety and Depression in Chronic Physical Illness Populations: A Systematic Review. *Mindfulness, 12*. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01602-y>
119. Hutton, P., Kelly, J., Lowens, I., Taylor, P. J., & Tai, S. (2013). Self-attacking and self-reassurance in persecutory delusions: A comparison of healthy, depressed and paranoid individuals. *Psychiatry Research, 205*(1–2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.010>
120. Ingudomnukul, E., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Knickmeyer, R. (2007). Elevated rates of testosterone-related disorders in women with autism spectrum conditions. *Hormones and Behavior, 51*(5), 597–604. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2007.02.001>
121. Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental

- Health: A Systematic Review. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 10(2), 215–235. <https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
122. Jackson, J. J., & Kirkpatrick, L. A. (2007). The structure and measurement of human mating strategies: Toward a multidimensional model of sociosexuality. *Evolution and Human Behavior*, 28(6), 382–391. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2007.04.005>
123. Jepsen, D., & Brzank, P. (2022). Hypersexual behaviour among young adults in Germany: Characteristics and personality correlates. *BMC Psychiatry*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04370-8>
124. Johnson, E., & O'Brien, K. (2013). Self-Compassion Soothes the Savage EGO-Threat System: Effects on Negative Affect, Shame, Rumination, and Depressive Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2013, 939–963. <https://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.9.939>
125. Jonason, P. K., & Fisher, T. D. (2009). The Power of Prestige: Why Young Men Report Having more Sex Partners than Young Women. *Sex Roles*, 60(3), 151–159. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9506-3>
126. Kafka, M. P. (2010). 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>
127. Kafka, M. P. (2014). What happened to hypersexual disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1259–1261. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0326-y>
128. Kafka, M. P., & Hennen, J. (1999). The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25(4), 305–319. <https://doi.org/10.1080/00926239908404008>
129. Kahn, R. E., Jackson, K., Keiser, K., Ambroziak, G., & Levenson, J. S. (2021). Adverse Childhood Experiences Among Sexual Offenders: Associations With Sexual Recidivism Risk and Psychopathology. *Sexual*

- Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 33(7), 839–866.
<https://doi.org/10.1177/1079063220970031>
130. Kannan, D., & Levitt, H. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 166.
<https://doi.org/10.1037/a0032355>
131. Kanov, J. M., Maitlis, S., Worline, M. C., Dutton, J. E., Frost, P. J., & Lilius, J. M. (2004). Compassion in Organizational Life. *American Behavioral Scientist*, 47(6), 808–827.
<https://doi.org/10.1177/0002764203260211>
132. Kaplan, H. S., & Gangestad, S. W. (2005). Life History Theory and Evolutionary Psychology. In *The handbook of evolutionary psychology* (pp. 68–95). John Wiley & Sons, Inc.
133. Kealy, D., Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., & Spidel, A. (2018). Childhood trauma and somatic symptoms among psychiatric outpatients: Investigating the role of shame and guilt. *Psychiatry Research*, 268, 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.072>
134. Kelleher, S., & Murphy, M. (2022). Asexual identity development and internalisation: A thematic analysis. *Sexual and Relationship Therapy*, 0(0), 1–29. <https://doi.org/10.1080/14681994.2022.2091127>
135. Kelleher, S., Murphy, M., & Su, X. (2023). Asexual Identity Development and Internalisation: A Scoping Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *Psychology & Sexuality*, 14. <https://doi.org/10.1080/19419899.2022.2057867>
136. Kelly, A., Zuroff, D., Gilbert, P., & Foa, C. (2010). Who Benefits from Training in Self-Compassionate Self-Regulation? A Study of Smoking Reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 727–755. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.7.727>
137. Keltner, D., Kogan, A., Piff, P. K., & Saturn, S. R. (2014). The sociocultural appraisals, values, and emotions (SAVE) framework of prosociality: Core processes from gene to meme. *Annual Review of*

- Psychology*, 65, 425–460. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115054>
138. Kim, J. H., Tam, W. S., & Muennig, P. (2017). Sociodemographic Correlates of Sexlessness Among American Adults and Associations with Self-Reported Happiness Levels: Evidence from the U.S. General Social Survey. *Archives of sexual behavior*, 46(8), 2403–2415. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0968-7>
139. King, S. (2003). The Impact of Compulsive Sexual Behaviors on Clergy Marriages: Perspectives and Concerns of the Pastor's Wife. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 10, 193–199. <https://doi.org/10.1080/107201603902306307>
140. Kinsey, A. C., Pomeroy, W. R., & Martin, C. E. (1948). Sexual behavior in the human male. *American Journal of Public Health*, 38(6), 894–898. <https://doi.org/10.2105/ajph.38.6.894>
141. Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). Kinsey scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*.
142. Kirby, J. N. (2016). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy*, 19(3), 432–455. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>
143. Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
144. Kirby, J., & Laczko, D. (2017). A Randomized Micro-Trial of a Loving-Kindness Meditation for Young Adults Living at Home with their Parents. *Journal of Child and Family Studies*, 26. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0692-x>
145. Klein, V., Rettenberger, M., Boom, K.-D., & Briken, P. (2014). [A validation study of the German version of the Hypersexual Behavior Inventory (HBI)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische*

- Psychologie*, 64(3–4), 136–140. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1357133>
146. Knight, R. A., & Du, R. (2021). The Structure, Covariates, and Etiology of Hypersexuality: Implications for Sexual Offending. *Current Psychiatry Reports*, 23(8), 50. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01260-w>
147. Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., Moskowitz, D. S., & Paris, J. (2012). Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: Differences in affective reactivity explained by the traits of dependency and self-criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 680–691. <https://doi.org/10.1037/a0028513>
148. Kopeykina, I., Kim, H.-J., Khatun, T., Boland, J., Haeri, S., Cohen, L. J., & Galynker, I. I. (2016). Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 195, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.035>
149. Koszycki, D., Thake, J., Mavounza, C., Daoust, J.-P., Taljaard, M., & Bradwejn, J. (2016). Preliminary Investigation of a Mindfulness-Based Intervention for Social Anxiety Disorder That Integrates Compassion Meditation and Mindful Exposure. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 22(5), 363–374. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0108>
150. Kraus, S. W., & Sweeney, P. J. (2019). Hitting the Target: Considerations for Differential Diagnosis When Treating Individuals for Problematic Use of Pornography. *Archives of Sexual Behavior*, 48(2), 431–435. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1301-9>
151. Kraus, S. W., Martino, S., & Potenza, M. N. (2016). Clinical Characteristics of Men Interested in Seeking Treatment for Use of Pornography. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 169–178. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.036>

152. Krueger, R. F., & Hobbs, K. A. (2020). An Overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*, 53(3–4), 126–132. <https://doi.org/10.1159/000508538>
153. Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477–501. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>
154. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
155. Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105–1112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>
156. Långström, N., & Hanson, R. K. (2006). High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), 37–52. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-8993-y>
157. Larsen, S. E. (2019). Hypersexual Behavior as a Symptom of PTSD: Using Cognitive Processing Therapy in a Veteran with Military Sexual Trauma-Related PTSD. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 987–993. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1378-1>
158. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Oxford University Press.
159. Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis* (pp. xiv, 342). Springer Publishing Co.
160. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer-Verlag.

161. Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*, 887–904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>
162. Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, *45*(5), 927–945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
163. Lee, E. E., Govind, T., Ramsey, M., Wu, T. C., Daly, R., Liu, J., Tu, X. M., Paulus, M. P., Thomas, M. L., & Jeste, D. V. (2021). Compassion toward others and self-compassion predict mental and physical well-being: A 5-year longitudinal study of 1090 community-dwelling adults across the lifespan. *Translational Psychiatry*, *11*(1), 397. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01491-8>
164. Levaque, E., Sawatsky, M., & Lalumière, M. (2016). Hypersexualité chez les étudiants universitaires hétérosexuels. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, *48*. <https://doi.org/10.1037/cbs0000042>
165. LeVay, S., & Baldwin, J. (2012). *Human Sexuality* (Fourth Edition). Oxford University Press.
166. Liao, K. Y.-H., Kashubeck-West, S., Weng, C.-Y., & Deitz, C. (2015). Testing a mediation framework for the link between perceived discrimination and psychological distress among sexual minority individuals. *Journal of Counseling Psychology*, *62*(2), 226–241. <https://doi.org/10.1037/cou0000064>
167. Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2014). Helping the self help others: Self-affirmation increases self-compassion and pro-social behaviors. *Frontiers in Psychology*, *5*, 421. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00421>

168. Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, *49*(2), 1849–1856. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.09.019>
169. Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, *86*(4), 387–400. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x>
170. Luo, X., Che, X., Lei, Y., & Li, H. (2021). Investigating the Influence of Self-Compassion-Focused Interventions on Posttraumatic Stress: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mindfulness*, *12*(12), 2865–2876. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01732-3>
171. Lutz, J., Berry, M. P., Napadow, V., Germer, C., Pollak, S., Gardiner, P., Edwards, R. R., Desbordes, G., & Schuman-Olivier, Z. (2020). Neural activations during self-related processing in patients with chronic pain and effects of a brief self-compassion training—A pilot study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *304*, 111155. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2020.111155>
172. Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: Retrospect and prospect. *The American Psychologist*, *68*(3), 172–183. <https://doi.org/10.1037/a0032243>
173. Łysiak, M. (2019). Inner Dialogical Communication and Pathological Personality Traits. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1663. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01663>
174. MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *32*(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>

175. Macinnis, C., & Hodson, G. (2012). Intergroup bias toward "Group X": Evidence of prejudice, dehumanization, avoidance, and discrimination against asexuals. *Group Processes & Intergroup Relations*, *15*, 725–743. <https://doi.org/10.1177/1368430212442419>
176. Marsh, I. C., Chan, S. W. Y., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents-a Meta-analysis. *Mindfulness*, *9*(4), 1011–1027. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
177. Martins, T. C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2015). Adult attachment insecurity and dyadic adjustment: The mediating role of self-criticism. *Psychology and Psychotherapy*, *88*(4), 378–393. <https://doi.org/10.1111/papt.12055>
178. Mayhew, S. L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *15*(2), 113–138. <https://doi.org/10.1002/cpp.566>
179. Meyer, I. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*, 209–213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>
180. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
181. Miano, A., Dziobek, I., & Roepke, S. (2020). Characterizing Couple Dysfunction in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *34*(2), 181–198. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_388
182. Missildine, W., Feldstein, G., Punzalan, J., & Parsons, J. (2005). S/he Loves Me, S/he Loves Me Not: Questioning Heterosexist Assumptions of Gender Differences for Romantic and Sexually Motivated Behaviors. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *12*, 65–74. <https://doi.org/10.1080/10720160590933662>

183. Miyagawa, Y., & Taniguchi, J. (2020). Self-Compassion and Time Perception of Past Negative Events. *Mindfulness*, 11, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01293-6>
184. Moisson, J., Potenza, M. N., Shirk, S. D., Hoff, R. A., Park, C. L., & Kraus, S. W. (2019). Psychopathology and Hypersexuality among Veterans with and without Histories of Alcohol-use Disorders. *The American Journal on Addictions*, 28(5), 398–404. <https://doi.org/10.1111/ajad.12941>
185. Montgomery-Graham, S. (2017). Conceptualization and Assessment of Hypersexual Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sexual Medicine Reviews*, 5(2), 146–162. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.11.001>
186. Muench, F., & Parsons, J. T. (2004). Sexual compulsivity and HIV: Identification and treatment. *Focus (San Francisco, Calif.)*, 19(6), 1–5.
187. Neely, M., Schallert, D., Mohammed, S., Roberts, R., & Chen, Y.-J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88–97. <https://doi.org/10.1007/s11031-008-9119-8>
188. Neff, D. K. (2021). *Fierce Self-Compassion: How Women Can Harness Kindness to Speak Up, Claim Their Power, and Thrive*. Penguin.
189. Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity - SELF IDENTITY*, 2, 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
190. Neff, K. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
191. Neff, K. (2016). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*, 7. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>

192. Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
193. Neff, K., & Tirch, D. (2013). Self-compassion and ACT. In *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp. 78–106). New Harbinger Publications, Inc.
194. Neff, K., Franco, P., Knox, M., Davidson, O., Kuchar, A., Costigan, A., Williamson, Z., Rohleder, N., Tóth-Király, I., & Breines, J. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self and Identity*, 17, 627–645. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1436587>
195. Neff, K., Hsieh, Y.-P., & Pisitsungkagarn, K. (2005). Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self and Identity*, 4, 263–287. <https://doi.org/10.1080/13576500444000317>
196. Neff, K., Rude, S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
197. Nowosielski, K., Kurpisz, J., & Kowalczyk, R. (2021). Sexual inhibition and sexual excitation in a sample of Polish women. *PloS One*, 16(4), e0249560. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249560>
198. Oosterhuis, H. (2012). Sexual modernity in the works of Richard von Krafft-Ebing and Albert Moll. *Medical History*, 56(2), 133–155. <https://doi.org/10.1017/mdh.2011.30>
199. Orford, J. (1978). Hypersexuality: Implications for a theory of dependence. *The British Journal of Addiction to Alcohol and Other Drugs*, 73(3), 299–210. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1978.tb00157.x>
200. Parsons, J. T., Rendina, H. J., Ventuneac, A., Moody, R. L., & Grov, C. (2016). Hypersexual, Sexually Compulsive, or Just Highly Sexually

- Active? Investigating Three Distinct Groups of Gay and Bisexual Men and Their Profiles of HIV-Related Sexual Risk. *AIDS and Behavior*, 20(2), 262–272. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1029-7>
201. Pavanello Decaro, S., Di Sarno, M., Anzani, A., Di Pierro, R., & Prunas, A. (2021). Narcissistic Personality Traits and Sexual Dysfunction in Women: The Role of Body Image Self-Consciousness. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(11), 1891–1898. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.08.007>
202. Penke, L., & Asendorpf, J. B. (2008). Beyond global sociosexual orientations: A more differentiated look at sociosexuality and its effects on courtship and romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1113–1135. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.5.1113>
203. Pfattheicher, S., Geiger, M., Hartung, J., Weiss, S., & Schindler, S. (2017). Old Wine in New Bottles? The Case of Self-Compassion and Neuroticism. *European Journal of Personality*, 31. <https://doi.org/10.1002/per.2097>
204. Phd, S., Laan, E., & Everaerd, W. (2010). Focusing «Hot» or Focusing «Cool»: Attentional Mechanisms in Sexual Arousal in Men and Women. *The journal of sexual medicine*, 8, 167–179. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02051.x>
205. Phillips, L., Moen, C., Dilella, N., & Volk, F. (2019). The Moderating Influence of Self-Compassion on the Relationship Between Shame Tendency and Hypersexuality. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 26, 1–23. <https://doi.org/10.1080/10720162.2019.1608878>
206. Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2021). Self-compassion, physical health, and health behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 15(1), 113–139. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1705872>
207. Pollock, N., McCabe, G., Southard, A., & Zeigler-Hill, V. (2016). Pathological personality traits and emotion regulation difficulties.

- Personality and Individual Differences*, 95, 168–177.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.049>
208. Potenza, M. N., Gola, M., Voon, V., Kor, A., & Kraus, S. W. (2017). Is excessive sexual behaviour an addictive disorder? *The Lancet. Psychiatry*, 4(9), 663–664. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30316-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30316-4)
209. Prause, N., & Graham, C. A. (2007). Asexuality: Classification and characterization. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 341–356. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9142-3>
210. Pugh, L. R., Taylor, P. J., & Berry, K. (2015). The role of guilt in the development of post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 182, 138–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.026>
211. Quattrini, F. (2015). *Parafilie e Devianza. Psicologia e Psicopatologia del comportamento sessuale atipico*.
212. Rainey, J. C., Furman, C. R., & Gearhardt, A. N. (2018). Food addiction among sexual minorities. *Appetite*, 120, 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.08.019>
213. Reid, R. C., Bramen, J. E., Anderson, A., & Cohen, M. S. (2014). Mindfulness, emotional dysregulation, impulsivity, and stress proneness among hypersexual patients. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 313–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.22027>
214. Reid, R. C., Carpenter, B. N., Hook, J. N., Garos, S., Manning, J. C., Gilliland, R., Cooper, E. B., McKittrick, H., Davtian, M., & Fong, T. (2012). Report of findings in a DSM-5 field trial for hypersexual disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(11), 2868–2877. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02936.x>
215. Reid, R. C., Carpenter, B. N., Spackman, M., & Willes, D. L. (2008). Alexithymia, emotional instability, and vulnerability to stress proneness in patients seeking help for hypersexual behavior. *Journal of Sex &*

- Marital Therapy*, 34(2), 133–149.
<https://doi.org/10.1080/00926230701636197>
216. Reid, R. C., Temko, J., Moghaddam, J. F., & Fong, T. W. (2014). Shame, rumination, and self-compassion in men assessed for hypersexual disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(4), 260–268.
<https://doi.org/10.1097/01.pra.0000452562.98286.c5>
217. Reid, R., Carpenter, B., & Lloyd, T. (2009). Assessing psychological symptom patterns of patients seeking help for hypersexual behavior. *Sexual and Relationship Therapy*, 24, 47–63.
<https://doi.org/10.1080/14681990802702141>
218. Rossi, R., Socci, V., Gregori, E., Talevi, D., Collazzoni, A., Pacitti, F., Stratta, P., Rossi, A., & Di Lorenzo, G. (2020). ResilienCity: Resilience and Psychotic-Like Experiences 10 Years After L’Aquila Earthquake. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 77.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00077>
219. Scherrer, K. S. (2008). Coming to an Asexual Identity: Negotiating Identity, Negotiating Desire. *Sexualities*, 11(5), 621–641.
<https://doi.org/10.1177/1363460708094269>
220. Scherrer, K. S., & Pfeffer, C. A. (2017). None of the Above: Toward Identity and Community-Based Understandings of (A)sexualities. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 643–646.
<https://doi.org/10.1007/s10508-016-0900-6>
221. Schmitt, D. P. (2005). Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating. *The Behavioral and Brain Sciences*, 28(2), 247–275; discussion 275–311.
<https://doi.org/10.1017/s0140525x05000051>
222. Schmitt, D. P. (2007). Sexual Strategies Across Sexual Orientations: How Personality Traits and Culture Relate to Sociosexuality Among Gays, Lesbians, Bisexuals, and Heterosexuals. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 18, 183–214. https://doi.org/10.1300/J056v18n02_06

223. Schmitt, D. P., Alcalay, L., Allik, J., Alves, I. C. B., Anderson, C. A., Angelini, A. L., Asendorpf, J. B., Austers, I., Balaguer, I., Baptista, A., Bender, S. S., Bennett, K., Bianchi, G., Birashk, B., Bleske-Rechek, A., Boholst, F. A., Boothroyd, L., Borja, T., Bos, A., & Zupančič, A. (2017). Narcissism and the strategic pursuit of short-term mating: Universal links across 11 world regions of the international sexuality description project-2. *Psihologijske Teme*, 26(1), 89–137. <https://doi.org/10.31820/pt.26.1.5>
224. Schmitt, D., Allik, J., McCrae, R., Benet, V., Alcalay, L., Ault, L., Austers, I., Bennett, K., Bianchi, G., Boholst, F., Cunen, M., Braeckman, J., Jr, E., Caral, L. G., Caron, G., Casullo, M., Cunningham, M., Daibo, I., de backer, C., & Zupanèiè, A. (2007). The Geographic Distribution of Big Five Personality Traits: Patterns and Profiles of Human Self-Description Across 56 Nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 173–212. <https://doi.org/10.1177//0022022106297299>
225. Seegers, J. A. (2003). The Prevalence of Sexual Addiction Symptoms on the College Campus. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 10(4), 247–258. <https://doi.org/10.1080/713775413>
226. Seto, M. C. (2012). Is pedophilia a sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 231–236. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9882-6>
227. Shahar, G. (2015). *Erosion: The Psychopathology of Self-Criticism*. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199929368.001.0001>
228. Shakeshaft, R. (2022). The Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Depressive Symptoms Among Sexual Minority Women and Men. *Mindfulness*, 13. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01696-4>
229. Shen, L. (2018). The evolution of shame and guilt. *PloS One*, 13(7), e0199448. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199448>

230. Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2022). Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 263–278. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jsherin>
231. Siggy. (2014). *Cross-orientations among non-aces*. The Ace Community Survey. <https://acecommunitysurvey.org/2014/11/17/cross-orientations-among-non-aces/>
232. Sirois, F., Molnar, D., & Hirsch, J. (2015). Self-Compassion, Stress, and Coping in the Context of Chronic Illness. *Self and Identity*, 14. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.996249>
233. Skinta, M., Fekete, E., & Williams, S. (2019). HIV-Stigma, Self-Compassion, and Psychological Well-Being Among Gay Men Living With HIV. *Stigma and Health*, 4. <https://doi.org/10.1037/sah0000133>
234. Solano, L. (2013). *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Raffaello Cortina Editore.
235. Southard, A., Noser, A., Pollock, N., Mercer, S., & Zeigler-Hill, V. (2015). The Interpersonal Nature of Dark Personality Features. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34, 555–586. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.7.555>
236. Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 10(4), 295–319. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
237. Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2020). Associations between negative life experiences and the mental health of trans and gender diverse young people in Australia: Findings from Trans Pathways. *Psychological Medicine*, 50(5), 808–817. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000643>

238. Strickland, C. M., Drislane, L. E., Lucy, M., Krueger, R. F., & Patrick, C. J. (2013). Characterizing psychopathy using DSM-5 personality traits. *Assessment*, 20(3), 327–338. <https://doi.org/10.1177/1073191113486691>
239. Strickland, C. M., Hopwood, C. J., Bornovalova, M. A., Rojas, E. C., Krueger, R. F., & Patrick, C. J. (2019). Categorical and Dimensional Conceptions of Personality Pathology in DSM-5: Toward a Model-Based Synthesis. *Journal of Personality Disorders*, 33(2), 185–213. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.339>
240. Su, Y., & Zheng, L. (2023). Stability and Change in Asexuality: Relationship Between Sexual/Romantic Attraction and Sexual Desire. *Journal of Sex Research*, 60(2), 231–241. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2045889>
241. Suh, H., & Jeong, J. (2021). Association of Self-Compassion With Suicidal Thoughts and Behaviors and Non-suicidal Self Injury: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 633482. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633482>
242. Sutton, K. S., Stratton, N., Pytyck, J., Kolla, N. J., & Cantor, J. M. (2015). Patient Characteristics by Type of Hypersexuality Referral: A Quantitative Chart Review of 115 Consecutive Male Cases. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 563–580. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.935539>
243. *The coming out experience, internalized homophobia and self-compassion in LGBQ young adults—ProQuest*. (s.d.). Recuperato 15 giugno 2023, da <https://www.proquest.com/openview/b8e69a4e9c54a3313467c73bbeca91ab/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
244. Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). TARGET ARTICLE: «Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model». *Psychological*

Inquiry, 15(2), 103–125.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1502_01

245. Turban, J. L., Shirk, S. D., Potenza, M. N., Hoff, R. A., & Kraus, S. W. (2020). Posting Sexually Explicit Images or Videos of Oneself Online Is Associated With Impulsivity and Hypersexuality but Not Measures of Psychopathology in a Sample of US Veterans. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(1), 163–167. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.018>
246. Turk, F., & Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 79, 101856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101856>
247. Van Houdenhove, E., Enzlin, P., & Gijs, L. (2017). A Positive Approach Toward Asexuality: Some First Steps, But Still a Long Way to Go. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 647–651. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0921-1>
248. Van Houdenhove, E., Gijs, L., T'Sjoen, G., & Enzlin, P. (2015). Stories about asexuality: A qualitative study on asexual women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(3), 262–281. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.889053>
249. Vrabel, J., Zeigler-Hill, V., McCabe, G., & Baker, A. (2018). Pathological personality traits and immoral tendencies. *Personality and Individual Differences*, 140. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.02.043>
250. Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Uchiyama, T., Yoshida, Y., Kuroda, M., & Wheelwright, S. (2007). Empathizing and systemizing in adults with and without autism spectrum conditions: Cross-cultural stability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 1823–1832. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0316-6>
251. Walton, M. T., & Bhullar, N. (2018). Hypersexuality, Higher Rates of Intercourse, Masturbation, Sexual Fantasy, and Early Sexual Interest

- Relate to Higher Sexual Excitation/Arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2177–2183. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1230-7>
252. Walton, M. T., Cantor, J. M., & Lykins, A. D. (2017). An Online Assessment of Personality, Psychological, and Sexuality Trait Variables Associated with Self-Reported Hypersexual Behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 721–733. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0606-1>
253. Walton, M. T., Cantor, J. M., Bhullar, N., & Lykins, A. D. (2017a). Hypersexuality: A Critical Review and Introduction to the «Sexhavior Cycle». *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2231–2251. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0991-8>
254. Walton, M. T., Cantor, J. M., Bhullar, N., & Lykins, A. D. (2017b). Response to Commentaries: Recognizing Hypersexuality as a Psychosexual Behavioral Problem and Advancing the Sexhavior Cycle of Hypersexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2279–2287. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1111-5>
255. Watter, D. N. (2018). Existential Issues in Sexual Medicine: The Relation Between Death Anxiety and Hypersexuality. *Sexual Medicine Reviews*, 6(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.10.004>
256. Webster, G. D., & Bryan, A. (2007). Sociosexual attitudes and behaviors: Why two factors are better than one. *Journal of Research in Personality*, 41, 917–922. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.007>
257. Weiss, N. H., Walsh, K., DiLillo, D. D., Messman-Moore, T. L., & Gratz, K. L. (2019). A Longitudinal Examination of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Risky Sexual Behavior: Evaluating Emotion Dysregulation Dimensions as Mediators. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 975–986. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1392-y>
258. Werner, K. B., Cunningham-Williams, R. M., Sewell, W., Agrawal, A., McCutcheon, V. V., Waldron, M., Heath, A. C., & Bucholz, K. K. (2018). The Impact of Traumatic Experiences on Risky Sexual Behaviors in Black and White Young Adult Women. *Women's Health Issues: Official*

- Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 28(5), 421–429.
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.04.011>
259. Wéry, A., Vogelaere, K., Challet-Bouju, G., Poudat, F.-X., Caillon, J., Lever, D., Billieux, J., & Grall-Bronnec, M. (2016). Characteristics of self-identified sexual addicts in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 623–630.
<https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.071>
260. Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583–1595.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.024>
261. Widiger, T. A., & Crego, C. (2019). The Five Factor Model of personality structure: An update. *World Psychiatry*, 18(3), 271–272.
<https://doi.org/10.1002/wps.20658>
262. Williams, S., Mann, A., & Fredrick, E. (2017). Proximal Minority Stress, Psychosocial Resources, and Health in Sexual Minorities. *Journal of Social Issues*, 73, 529–544. <https://doi.org/10.1111/josi.12230>
263. Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979–995.
<https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
264. Winters, J., Christoff, K., & Gorzalka, B. B. (2010). Dysregulated sexuality and high sexual desire: Distinct constructs? *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1029–1043. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9591-6>
265. World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision).
266. Yela, J. R., Crego, A., Buz, J., Sánchez-Zaballos, E., & Gómez-Martínez, M. Á. (2022). Reductions in experiential avoidance explain changes in anxiety, depression and well-being after a mindfulness and

- self-compassion (MSC) training. *Psychology and Psychotherapy*, 95(2), 402–422. <https://doi.org/10.1111/papt.12375>
267. Yip, V., & Tong, E. (2021). Self-compassion and attention: Self-compassion facilitates disengagement from negative stimuli. *The Journal of Positive Psychology*, 16, 1–17. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1778060>
268. Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2014). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 148–160. <https://doi.org/10.1037/a0038196>
269. Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2014). Sexual fantasy and masturbation among asexual individuals. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(2), 89–95. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2409>
270. Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2017). Sexual Fantasy and Masturbation Among Asexual Individuals: An In-Depth Exploration. *Archives of Sexual Behavior*, 46(1), 311–328. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0870-8>
271. Yule, M., Brotto, L., & Gorzalka, B. (2013). Mental Health and Interpersonal Functioning in Self-Identified Asexual Men and Women. *Psychology and Sexuality*, 4, 136–151. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.774162>
272. Zeigler-Hill, V., Mandracchia, J., Dahlen, E., Shango, R., & Vrabel, J. (2017). Pathological personality traits and criminogenic thinking styles. *Personality and Individual Differences*, 110, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.021>
273. Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 7(3), 340–364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

274. Zimmermann, J., Kerber, A., Rek, K., Hopwood, C. J., & Krueger, R. F. (2019). A Brief but Comprehensive Review of Research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports, 21*(9), 92. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1079-z>
275. Zitzman, S., & Butler, M. (2009). Wives' Experience of Husbands' Pornography Use and Concomitant Deception as an Attachment Threat in the Adult Pair-Bond Relationship. *Sexual Addiction & Compulsivity, 16*, 210–240. <https://doi.org/10.1080/10720160903202679>
276. Zuroff, D. C., Santor, D., & Mongrain, M. (2005). Dependency, self-criticism, and maladjustment. In *Relatedness, Self-Definition and Mental Representation* (pp. 75–90). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9780203337318_chapter_5