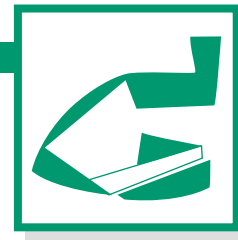


La sex addiction

LUCIA SIDELI, LOREDANA BARRALE

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria,
Università degli Studi di Palermo



NUOVE DIPENDENZE.
Eziologia, clinica e
trattamento delle
dipendenze "senza droga"

Nº05
2:2008; 147-158

RIASSUNTO

La dipendenza sessuale comprende un insieme di condizioni psicopatologiche caratterizzate da pensieri e fantasie sessuali intrusive associate a perdita di controllo sui comportamenti sessuali. Un crescente interesse è stato rivolto a questa condizione, ancora non riconosciuta dai sistemi nosografici ufficiali e descritta ora come "compulsività sessuale", ora come "impulsività sessuale", ora come "dipendenza sessuale". Interessando una percentuale compresa tra il 3 ed il 6% della popolazione generale, la dipendenza sessuale comporta spesso gravi conseguenze di natura relazionale, lavorativa, economica e legale con un grado variabile di disabilità. Diversi modelli sono stati proposti per spiegare l'eziopatogenesi dei comportamenti sessuali additivi. È stata dimostrata l'efficacia di programmi di trattamento integrato che includono la terapia farmacologica, la psicoterapia individuale e di gruppo. Ulteriori studi sono necessari per meglio definire i criteri diagnostici, i fattori di rischio e gli strumenti di valutazione della dipendenza sessuale.

Parole chiave: dipendenza sessuale, impulsività sessuale, compulsività sessuale, diagnosi, trattamento.

SUMMARY

Sex addiction includes a group of conditions characterized by intrusive sexual thoughts combined with poorly controlled sexual behaviors. There is an increasing interest to this psychopathological condition, which is not yet recognized by the psychiatric nosology and it is described as "sexual compulsivity" or "sexual impulsivity" or "sexual addiction". Affecting the 3-6% of the general population, sexual addiction often implies adverse consequences such as relational, working, economic and legal problems causing a variable degree of impairment. Several models are proposed in order to explain the aetiology of addictive sexual behaviours. Many researches have shown the efficacy of an integrated treatment which includes psychopharmacological therapy, individual and group psychotherapy. Further studies are needed to better define diagnostic criteria, risk factors and measures to assess sexual addiction disorder.

Key words: sexual addiction, sexual impulsivity, sexual compulsivity, diagnosis, treatment.

INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO E CRITERI DIAGNOSTICI

Storicamente le prime osservazioni scientifiche sulla dipendenza da sesso sono espresse dallo psichiatra austriaco Von Krafft-Ebing¹ che sottolinea la centralità del desiderio sessuale nella vita sociale, emotiva e cognitiva del soggetto dipendente. Per una definizione e descrizione completa dobbiamo riferirci allo psichiatra americano Carnes che, nel libro *Out of the shadows: understanding sexual addiction*², parla del dipendente sessuale come di colui “che sostituisce una sana relazione con gli altri con una relazione malata con un oggetto o un comportamento. La relazione con un’esperienza in grado di modificargli l’umore diventa centrale nella sua vita [...] i dipendenti si tirano progressivamente indietro dalla realtà dei loro amici, della famiglia e del lavoro [...] Nella misura in cui i dipendenti sessuali distorcono la realtà, la dipendenza sessuale diventa una forma di malattia”. Alcuni anni dopo Goodman³ definisce la dipendenza da sesso “qualsiasi forma di comportamento sessuale finalizzata sia a produrre piacere sia a diminuire situazioni di disagio [...] che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi”.

Allo stato attuale, la dipendenza sessuale è una patologia la cui definizione ufficiale risulta essere ancora incerta e controversa, tanto da essere considerata da alcuni una condizione ossessivo-compulsiva, da altri un fenomeno di discontrollo degli impulsi o una vera e propria dipendenza. Il DSM-IV⁴ che considera la patologia solo all’interno del disturbo sessuale non altrimenti specificato, dove essa viene esclusivamente descritta come “disagio connesso a un quadro di ripetute relazioni sessuali con una successione di partner vissuti dal soggetto come cose da usare”, ignorandone tutti gli aspetti additivi che la caratterizzano. Coleman⁵, Cooper⁶, Quadland⁷, Weisseberg e Levay⁸ propongono il concetto di “sexual compulsivity” o “compulsive sexual behavior” (CSB), individuando l’innesco del comportamento compulsivo non nel piacere seguente all’azione, ma nella riduzione dell’ansia: “I pensieri ossessivi e i comportamenti compulsivi riducono l’ansia e le preoccupazioni ma creano un circolo vizioso”⁵, interferendo con le normali abitudini, le relazioni familiari e sociali, l’attività scolastica e lavorativa. Barth e Kinder⁹ propongono di collocare la dipendenza sessuale all’interno dei disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, definendola “impulsività sessuale”. Anch’essa, è, infatti, caratterizzata dall’“incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un’azione pericolosa per sé o per gli altri”, in cui l’azione stessa è preceduta da una sensazione crescente di tensione o di eccitazione ed è accompagnata da piacere, gratificazione o sollievo, a cui possono seguire o meno rimorso, senso di colpa o autoriprovazione. Hollander^{10,11} propone di individuare la dipendenza sessuale all’interno di uno spettro impulsivo-compulsivo: l’agito sessuale impulsivo procura intense esperienze di piacere (polo impulsivo) e al contempo consente di alleviare stati d’animo dolorosi (polo compulsivo). Secondo Kafka¹², la dipendenza sessuale può essere definita un disturbo correlato alle parafilie, “paraphilia related disorder” (PRD), condividendo con le parafilie alcuni aspetti, quali la prevalenza negli uomini rispetto alle donne, la ripetitività, l’obbligatorietà e la stereotipia dei

comportamenti sessuali che si caratterizzano per la elevata frequenza, la possibilità di intensificarsi durante i periodi di stress, nonché la comorbilità in Asse I. L'assenza di aspetti di devianza sociale ne fa comunque un'entità nosografica autonoma che comprende la masturbazione compulsiva, la promiscuità protratta (nei sottotipi eterosessuale, omosessuale e bisessuale), la dipendenza da materiale visivo pornografico, da telefonate erotiche, il cybersecco, l'uso di sostanze eccitanti o allucinogene o di oggetti accessori per l'incremento del piacere sessuale e per l'espletamento dell'attività stessa e l'incompatibilità grave del desiderio sessuale, ovvero eccessive richieste sessuali al partner, tali da creare un problema all'interno della relazione interpersonale. Manley e Koehler¹³, affiancando la dipendenza sessuale ai disturbi sessuali e dell'identità di genere, propongono l'inserimento di una nuova categoria, disturbi del comportamento sessuale, che possa contenere quei comportamenti sessuali, sia eccessivi che restrittivi, che il soggetto è incapace di modificare, nonostante causino un disagio clinicamente significativo e interferiscano con una o più aree del funzionamento individuale e sociale. Earle e Crow¹⁴, Griffin-Shelley¹⁵, Schneider¹⁶, Goodman¹⁷ hanno suggerito di includere la dipendenza sessuale all'interno delle dipendenze comportamentali alla luce degli studi che documentano l'elevata comorbilità, l'esordio nell'adolescenza o nella prima età adulta, il decorso cronico con remissioni e esacerbazioni e le caratteristiche comportamentali comuni all'abuso e alla dipendenza da sostanze, quali la tolleranza e l'astinenza e la compulsività. Liggio¹⁸, individuando la dipendenza da sesso come una dipendenza da sostanze stupefacenti endogene, propone il termine "dipendenza da reazione orgasmica" (DRO), condizione psicofisiopatologica a cui si correla un'alterazione del sistema cerebrale della gratificazione implicante una coartazione della modalità con cui l'individuo si procura soddisfazione e piacere. Durante un rapporto sessuale, l'acme orgasmico determina la caratteristica sensazione di benessere e distensione accompagnata da euforia analibidica per la produzione endogena immediata di β -endorfine e a cui segue una momentanea saturazione del desiderio orgasmico. I soggetti affetti da DRO, una volta smaltito l'incremento endorfinico indotto dalla reazione orgasmica (RO), si sentono insoddisfatti, infelici, irrequieti, motivo per cui ricercano sollievo immediato attraverso la ripetizione della stimolazione erotica provocante la RO, instaurando così un ingestibile circolo vizioso: il bisogno di orgasmare diviene fondamentale per ottenere l'effetto placante e rilassante.

In base ai differenti apporti teorici presentati, la dipendenza sessuale sembra essere la categoria più idonea a descrivere e spiegare l'eccesso nei comportamenti sessuali.

Restano, tuttavia, ancora da definire i criteri diagnostici della dipendenza sessuale, in assenza dei quali diversi studiosi hanno proposto alcuni elementi individuativi che possono servire da base per costruire criteri ufficiali.

Dal punto di vista descrittivo è certamente delicato identificare un comportamento sessuale eccessivo in base alla sola frequenza dell'attività sessuale. D'altra parte la frequenza di orgasmi in un'unità di tempo, *Total Sexual Outlet* (TSO), originariamente proposta da Kinsey per definire la frequenza di orgasmi settimanali, viene ritenuta da alcuni autori un indicatore utile del-



NUOVE DIPENDENZE.
Eziologia, clinica e
trattamento delle
dipendenze "senza droga"

Nº05
2:2008; 147-158

l'ipersessualità. In tal senso, Kafka suggerisce che, per essere definita ecces-siva, una condotta sessuale debba essere caratterizzata da un TSO \geq 7, per un periodo di almeno sei mesi continuativi, dopo i quindici anni di età; tale comportamento relativamente infrequente nella popolazione generale, viene riscontrato, infatti, in percentuali comprese tra il 57 ed il 72% di soggetti con parafilia o parafilia related disorder^{19,20}.

Carnes²¹ propone nove pattern comportamentali per il riconoscimento della dipendenza sessuale: un pattern di comportamenti fuori dal controllo; incapacità di smettere nonostante le gravi conseguenze; persistente perseguimen-to di comportamenti autodistruttivi e rischiosi; crescente desiderio o sforzo di controllare i comportamenti sessuali; ossessioni sessuali e fantasie come strategie primarie di coping; incremento dell'attività sessuale quando l'attua-le livello di attività non è più soddisfacente; gravi cambiamenti dell'umore dovuti all'attività sessuale; smodato aumento del tempo speso nella ricerca di esperienze sessuali, nel consumarle o nel riprendersi da esse; trascuratezza di importanti attività sociali, lavorative e ricreative. Secondo l'autore questi pat-tern comportamentali possono operare a tre livelli: il primo livello compren-de comportamenti socialmente accettabili o tollerabili, il secondo racchiude comportamenti abbastanza pericolosi e vittimizzanti che potrebbero meritare sanzioni legali (esibizionismo, voyeurismo, telefonate e comportamenti inde-centi), infine il terzo include comportamenti che violano i confini sociali e hanno gravi conseguenze per la vittima e conseguenze legali per il dipenden-te (abuso sessuale e pedofilia).

Goodman³ mutua i propri criteri da quelli proposti dal DSM per la dipenden-za da sostanze, definendo la dipendenza sessuale come “una modalità patolo-gica di comportamento sessuale che conduce a menomazione o disagio clini-camente significativo come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in qualsiasi momento dello stesso periodo di 12 mesi” (tabella I). Recentemente, studiosi italiani hanno individuato alcuni criteri diagnostici²² (tabella II).

È sempre necessaria un'attenta diagnosi differenziale con patologie come le parafilie, i disturbi bipolari, il disturbo ossessivo-compulsivo e diversi quadri organici, che presentano quadri sintomatologici parzialmente sovrapponibili a quello della dipendenza sessuale e possono essere confusi con esso¹⁷.

Le parafilie rappresentano uno dei disturbi più frequentemente associati alla dipendenza sessuale, da cui si differenziano per l'assenza di elementi specifi-ci quali la perdita di controllo e l'incapacità di ridurre il comportamento ses-suale. I disturbi bipolari possono essere caratterizzati da eccessi sessuali nel corso della fase maniacale o ipomaniacale, ma poiché la diagnosi di dipen-denza sessuale non può essere posta qualora essa sia secondaria a queste patologie, bisogna accertare che i criteri diagnostici vengano soddisfatti anche in assenza di alterazioni primarie del tono dell'umore e dell'autostima. Ossessioni e compulsioni a sfondo sessuale possono riscontrarsi nel corso di un disturbo ossessivo-compulsivo, tuttavia il loro contenuto non consiste tanto in fantasie sessuali quanto nel timore di cedere agli impulsi sessuali o di essere dei perversi: esse non sono quasi mai accompagnate da eccitazio-ne sessuale e non procurano alcun tipo di piacere.



Tabella I. Criteri diagnostici della dipendenza sessuale di Goodman³.

- 1) Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti sintomi:
 - a) il bisogno di un aumento di quantità ed intensità del comportamento al fine di raggiungere l'effetto desiderato;
 - b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo del comportamento allo stesso livello di intensità.
- 2) Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti sintomi:
 - a) la caratteristica sindrome da astinenza di tipo psicofisiologico descritta da cambiamenti psicologici o fisiologici dovuti all'interruzione del comportamento;
 - b) lo stesso (o strettamente correlato) comportamento messo in atto per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.
- 3) Il comportamento viene spesso messo in atto in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto.
- 4) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare i comportamenti.
- 5) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a preparare il comportamento, a metterlo in atto, o a riprendersi dai suoi effetti.
- 6) Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dei comportamenti.
- 7) Uso continuativo del comportamento nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente e ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente da esso causato o esacerbato.

NUOVE DIPENDENZE.
Eziologia, clinica e
trattamento delle
dipendenze "senza droga"

NÓO5
2:2008; 147-158

L'insorgenza oltre la mezza età, la regressione da una forma precedente di sessualità normale, l'eccessiva aggressività o disinibizione, la presenza di sintomi epilettici, la comparsa di alterazioni neurologiche aspecifiche orienterebbero a considerare i comportamenti sessuali eccessivi come secondari a un disturbo organico; la manifestazione o l'intensificazione del problema durante il consumo di droghe, la tendenza a incrementare la frequenza e l'intensità dei comportamenti sessuali durante la sospensione del consumo potrebbero far sospettare la secondarietà ad uso di sostanze, escludendo la diagnosi di dipendenza sessuale.

Infine, è necessario distinguere la dipendenza sessuale dalla *love addiction* o dipendenza relazionale, caratterizzata dal marcato coinvolgimento dell'individuo in relazioni sentimentali, nelle quali individua l'unica fonte di conforto, gratificazione e sostegno; tali quadri psicopatologici condividono la paura del rifiuto del partner e la difficoltà a gestire l'aggressività; tuttavia mentre nella dipendenza relazionale esse si manifestano con comportamenti sottomessi e adesivi, nella dipendenza sessuale si realizzano mediante il controllo e il disinvestimento affettivo²³.

Tabella II. Proposta di criteri diagnostici della dipendenza sessuale di La Barbera et al.²²⁻²³

- A** Persistente e ricorrente comportamento sessuale maladattivo che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativo, come indicato da un totale di cinque o più dei seguenti criteri [con almeno due da (1) e uno ciascuno da (2) e (3)], per un periodo di tempo non inferiore ai 16 mesi, il soggetto non ha un'età inferiore ai 18 anni.
- 1) Ossessività**
- a) pensieri e immagini intrusive e ricorrenti circa i comportamenti sessuali o le ideazioni sessuali (è eccessivamente assorbito dal rivivere esperienze sessuali passate o dal programmare quelle future)
 - b) i pensieri e le immagini costituiscono tensione ed eccitazione inappropriate, causano ansia e disagio marcati
 - c) in qualche momento del disturbo la persona ha riconosciuto che i pensieri e le immagini sono prodotti della propria mente (e non suscitati dall'esterno).
- 2) Impulsività**
- a) ricorrente fallimento nel resistere agli impulsi sessuali nonostante le loro conseguenze negative
 - b) irrequietezza, ansia, irritabilità o agitazione quando non è possibile mettere in atto il comportamento sessuale.
- 3) Compulsività**
- a) comportamenti sessuali ripetitivi che la persona si sente obbligata a mettere in atto, anche contro la sua volontà, come risposta a fantasie sessuali ricorrenti e al deficit di controllo degli impulsi
 - b) i comportamenti o le azioni sessuali sono volti ad evitare o prevenire stati di disagio o ad alleviare l'umore disforico.
- B** I pensieri e/o i comportamenti sessuali impegnano il soggetto per la maggior parte del tempo, o interferiscono significativamente con le sue abitudini, con il funzionamento scolastico/lavorativo, con le attività o le relazioni sociali usuali.
- C** Presenza di sentimenti di autoriprovazione dopo l'atto sessuale (per es. senso di colpa, rimorso, vergogna).
- D** Incapacità di sperimentare l'intimità affettiva con la conseguente presenza di un quadro di molteplici reazioni instabili e intense.
- E** Spesso mente ai membri della famiglia, al terapeuta e ad altri per occultare l'entità delle proprie attività sessuali e delle loro conseguenze.
- F** Queste fantasie o attività non avvengono esclusivamente nel corso di un episodio maniacale, abuso di sostanze, dipendenza da sostanze (alcol, cocaina, anfetamine) o condizioni mediche generali.

PREVALENZA E COMORBILITÀ

I dati sulla prevalenza della dipendenza sessuale nella popolazione generale sono scarsi e difficili da rilevare: come segnala Coleman⁵, ciò è dovuto sia al

fatto che molte comunità scientifiche non hanno ancora riconosciuto questa patologia come oggetto di studio sia al fatto che la segretezza, la vergogna, la disperazione tendono a ostacolare il soggetto nella richiesta di aiuto.

Nel 1989 Carnes²⁴ stima la prevalenza della dipendenza sessuale nella popolazione statunitense tra il 3% ed il 6%; nel 1992 Coleman⁵ riporta che il 5% della popolazione americana soddisfa i criteri per le compulsioni sessuali; la maggioranza degli individui che ne sono affetti è di sesso maschile e la prevalenza maschile aumenta nei casi di dipendenza sessuale con parafilie. Nella maggior parte dei casi l'età di insorgenza precede i 18 anni e la frequenza dei comportamenti sessuali ha un picco tra i 20 anni e i 30 anni.

Le ricerche di Kafka et al.^{12,25} segnalano che il dipendente sessuale è più frequentemente un uomo maschio di razza bianca ed età media di 34 anni, sposato, diplomato in un college cattolico e appartenente al ceto medio borghese. I comportamenti sessuali additivi più frequenti sono la masturbazione compulsiva (69%), la promiscuità omo ed etero sessuale (51%), la dipendenza da pornografia (50%) e quella da linee erotiche (24%).

In Italia, l'indagine del CeDiS²⁶ (n=240) segnala che la patologia colpisce il 3% delle donne e il 6% degli uomini, di età media compresa tra i 35 e i 40 anni; nel 40% dei casi si tratta di persone sposate, nel 33% di single, nel 22% di divorziati e nel 5% di separati; il 64% dei dipendenti sessuali è eterosessuale, il 18% omosessuale, l'11% bisessuale e l'8% si dichiara insicuro della propria preferenza sessuale. Lo studio preliminare dell'AIRS²⁷ (n=191) stima una prevalenza del 5,75%, il 3,1% delle donne e l'8,5% degli uomini; il successivo ampliamento del campione (n=1054) sul territorio nazionale²⁸ ha sostanzialmente confermato i risultati precedenti con una prevalenza del 5,8% distribuita tra il 2,0% delle donne e il 10,3% degli uomini.

Diversi studi hanno indagato la comorbidità della dipendenza sessuale con disturbi psichici, in particolare disturbi dell'umore (prevalentemente depressione maggiore)²⁹, disturbi d'ansia (GAD e DPTS, fobia sociale)²⁹, disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività³⁰, disturbi di personalità di Cluster B e C^{31,29}, parafilie^{12,25}, o altre forme di dipendenza (alcol, droghe, gioco d'azzardo patologico, shopping compulsivo)^{21,31}.

Numerosi studi, condotti prevalentemente su popolazioni omosessuali³², hanno rilevato una maggiore frequenza di sieropositività e malattie a trasmissione sessuale tra i soggetti che presentano condotte sessuali compulsive³³. Lo studio dell'AIRS²⁸ ha evidenziato che nei dipendenti sessuali le disfunzioni sessuali si presentano in percentuali inferiori alla media della popolazione, sebbene nelle donne la difficoltà nel raggiungimento dell'orgasmo appaia lievemente più diffusa della media.

MODELLI CLINICI DELLA DIPENDENZA SESSUALE

A partire dalla pubblicazione, negli anni Ottanta, dei primi lavori sulla dipendenza sessuale, i contributi sull'argomento sono numerosi e possono essere ricondotti da una parte al cosiddetto "Modello Minnesota dei 12 passi" d'impostazione prevalentemente cognitivo-comportamentale, dall'altra al filone psico-



NUOVE DIPENDENZE.
EZIOLOGIA, CLINICA E
TRATTAMENTO DELLE
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05
2:2008; 147-158

dinamico nel quale gli studi sulle perversioni s'intrecciano con quelli sulle condotte additive e, più recentemente, sul rapporto tra deficit della regolazione degli affetti, meccanismi dissociativi e dipendenza. Nell'ambito della prospettiva cognitivo-comportamentale, Coleman³⁴ e Carnes²⁴ sono i primi ad elaborare un modello completo per la comprensione dei fattori e dei processi sottostanti alla dipendenza sessuale e delle dinamiche attraverso cui evolve, assegnando un ruolo centrale al vissuto della vergogna e dell'autosvalutazione. Pur senza disconoscere il peso di fattori di vulnerabilità neurobiologica e gli effetti di credenze e pregiudizi sociali, Carnes attribuisce un ruolo rilevante alle dinamiche familiari patologiche (disconoscimento dei bisogni del bambino, mancanza di vicinanza emotiva, aspettative eccessive e inadeguate), a partire dalle quali il soggetto elabora un sistema di credenze disfunzionali quali l'impossibilità di poter essere amati realmente per ciò che si è ed il convincimento che il sesso sia il bisogno più importante e l'unico che potrà soddisfare le proprie esigenze.

Cantelmi e Lambiase^{22,35} attribuiscono ai comportamenti sessuali ritualizzati il ruolo di antidoto ai vissuti di umiliazione e di autosvalutazione sviluppati a seguito della mancata sintonizzazione affettiva del caregiver durante l'età infantile, che ha reso impossibile lo sviluppo di una "teoria della mente" con la quale regolare i propri comportamenti e le proprie emozioni, sviluppare un senso di competenza e orientarsi nella realizzazione di una vita significativa. Il modello bio-psico-sociale proposto da Goodman¹⁷ ipotizza che tutti i disturbi da dipendenza condividano un processo psicobiologico sottostante, *addictive process*, ossia una tendenza persistente e molto forte ad intraprendere comportamenti che producono piacere, finalizzati a lenire affetti dolorosi o a regolare l'autostima.

A causa di una combinazione di fattori genetici e ambientali, alcuni individui manifestano una compromissione del sistema di regolazione del Sé – il sistema psicobiologico interno che regola gli stati interni soggettivi e gli stati comportamentali dell'individuo – che li rende particolarmente vulnerabili al rischio di essere travolti da affetti sovrachianti o all'angoscia di perdere la coesione del sé e ne promuove la ricerca di sostanze e attività gratificanti, capaci di modificare gli stati mentali e sulle quali sia possibile esercitare pienamente il controllo. In particolare, la dipendenza sessuale si svilupperebbe in individui predisposti che hanno sperimentato forme di seduzione infantile evidenti o celate, o una relazione con le figure di attaccamento che promuove la sessualizzazione come meccanismo difensivo.

Nell'ambito dei contributi psicoanalitici, Fenichel³⁶ individua nel "bisogno patologico e ossessivo di amore" l'espressione più significativa delle "bromosie patologiche senza droghe", assimilando questa condizione a quelle dei cleptomani, dei tossicomani, degli alcolisti, dei piromani, dei giocatori d'azzardo patologici. McDougall^{37,38} introduce il termine "sessualità tossicodipendente" per descrivere quelle forme di relazione sessuale non perversa in cui è l'atto sessuale stesso (e non la relazione interpersonale) ad essere investito e ricercato in maniera additiva al fine di alleviare gli stati mentali intensi e dolorosi, di fronteggiare precoci angosce identitarie e di ridurre l'aggressività diretta verso se stessi o verso le rappresentazioni interiorizzate dei genitori, dai quali (non di rado) i dipendenti sessuali erano concepiti

nell'infanzia come un'estensione narcisistica di loro stessi o come un complemento sessuale.

Infine, Kernberg³⁹, nel descrivere il continuum psicopatologico della "capacità d'innamorarsi e restare innamorati", riferisce di alcuni tipi di promiscuità sessuale contrassegnati dal bisogno d'impossessarsi dell'altro e del suo corpo (ridotto ad oggetto di consumo e sostituto delle mancate esperienze gratificanti).

TRATTAMENTO

Data la particolarità del disturbo, l'articolazione di un progetto terapeutico deve prevedere una fase di "accesso" ad esso. A tal fine può essere utile l'utilizzo di un'intervista sistematica, che può favorire l'apertura del paziente, indagare il disturbo (valutando i comportamenti sessuali parafilici – PA, e non parafilici – PRD, le disfunzioni sessuali e i disturbi psichiatrici) e procedere alla conoscenza della storia del soggetto, con particolare attenzione alla sfera organica (per sondare l'eventuale presenza di malattie a trasmissione sessuale), evolutiva e delle relazioni sentimentali.

Per l'individuazione della dipendenza sessuale sono stati ideati e validati due strumenti, il SAST (Sexual Addiction Screening Test) di Carnes²¹ e il SAI/2 (Sexual Addiction Inventory)⁴⁰ di Avenia.

Il trattamento della dipendenza sessuale richiede un approccio multimodale, che prevede l'impiego di interventi di stampo psicoeducativo, psicoterapeutico (cognitivo-comportamentale, psicodinamico, di coppia e di gruppo), farmacologico, programmi di gruppi di auto-aiuto, tutti variamente combinati fra loro. Le finalità principali della terapia della dipendenza sessuale sono due: lo sviluppo di una sana capacità di intimità con se stessi e con gli altri e l'acquisizione di adeguate abilità di gestione degli eventi problematici che normalmente si presentano nella vita di una persona²⁴. Per il raggiungimento di tali finalità è utile seguire un cammino permeato da obiettivi a breve, medio e lungo termine. Spesso questi soggetti accedono al trattamento per problemi legati ad altre dipendenze, perché spinti da altri o a causa di provvedimenti legali che impongono loro di curarsi per ottenere la libertà condizionata in alternativa al carcere. Il percorso inizia, quindi, con il motivare l'individuo al cambiamento e spezzare l'isolamento in cui si è chiuso: lo strumento fondamentale sono i gruppi di auto aiuto (Sex Addict Anonymus – SAA, Sex and Love Addict Anonymus – SLAA e Sexaholics Anonymus – SA) fondati sul metodo dei "12 passi" mutuato dagli Alcolisti Anonimi. È necessario, poi, instaurare e vivere la sobrietà, imparando a gestire e superare le crisi di astinenza (è importante che nelle prime fasi della terapia il paziente si astenga da qualsiasi attività sessuale per almeno 90 giorni), risolvere le situazioni di crisi (finanziarie, lavorative, di salute e legali), lavorando di pari passo sul senso di colpa e sulla vergogna. Una volta raggiunti gli obiettivi a breve termine, il paziente è pronto per impegnarsi in nuove conquiste che lo coinvolgono maggiormente a livello personale: egli dovrà riconoscere ed educare le emozioni, acquisire competenze comunicative e sociali, costruire relazioni interpersonali, sviluppare l'autoaffermazione, stabilire uno stile di



vita equilibrato e prevenire le ricadute. Il raggiungimento degli obiettivi a breve e medio termine fornisce al paziente gli strumenti necessari per affrontare gli elementi più problematici della propria vita che riguardano la sessualità, la sfera familiare e l'eventuale esperienza di abuso²⁴.

Attualmente la terapia di gruppo viene considerata come il trattamento più comunemente utilizzato e più efficace per la dipendenza sessuale in quanto fornisce ai pazienti un ambiente all'interno del quale sperimentarsi nelle abilità in cui sono carenti⁴¹.

Risultati notevoli si possono ottenere con la terapia comportamentale e cognitivo-comportamentale: la terapia comportamentale si propone di spostare il focus dalla sfera sessuale attraverso tecniche di condizionamento avversivo e di desensibilizzazione per immagini⁴², la terapia cognitivo-comportamentale è diretta alla modificazione del comportamento sessuale problematico attraverso il riconoscimento dei fattori che hanno condotto a tale comportamento⁷.

In un momento successivo risulta utile la terapia familiare o di coppia per ripristinare la comunicazione e ristabilire la fiducia tra i soggetti. Alcuni autori suggeriscono che la terapia di coppia potrebbe essere d'aiuto nel trattamento della dipendenza sessuale in quanto permette ad entrambi i partner di prendere parte al processo di guarigione attraverso la condivisione dei sentimenti ed una maggiore apertura, promovendo sia aspetti individuali sia relazionali⁴³. A differenza di una dipendenza da droghe, in cui l'obiettivo della cura è l'astinenza definitiva dall'uso della sostanza, nella dipendenza sessuale l'obiettivo è il ritorno ad una sessualità sana, attraverso la presa di consapevolezza delle ragioni che hanno causato la dipendenza: la psicoterapia ad indirizzo psicodinamico viene considerata elettiva proprio perché si rivolge alla scoperta del significato latente del disturbo. Dal momento in cui il comportamento additivo rappresenta il tentativo del paziente di regolare gli stati affettivi che minacciano di sopraffarlo, il focus si sposta dal comportamento all'affetto, attraverso la comprensione, l'integrazione e l'internalizzazione⁴⁴.

La crescente attenzione suscitata dal fenomeno della dipendenza sessuale ha portato in Italia la nascita di alcuni centri a cui è possibile rivolgersi: il Centro di Ricerca e Trattamento per la Dipendenza Sessuale (CeDiS), il cui obiettivo è quello di spezzare l'isolamento del soggetto e aiutarlo a recuperare un controllo di sé, la Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive (SII-PaC), specializzata nel trattamento della dipendenza sessuale, l'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS) e il Centro per le Dipendenze Affettive e Sessuali presso l'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie (ISP) di Roma che si occupa di ricerca e clinica delle dipendenze relazionali.

Bibliografia

1. Avenia F, Pistuddi A. Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi. Milano: FrancoAngeli; 2007.
2. Carnes P. Out of the shadows. Understanding sexual addiction. New York: Hazelden; 1992: p 4-5.
3. Goodman A. La dipendenza dal sesso. Medicina delle Tossicodipendenze 2001; 30: 26-7.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV. 1994 Tr. it: DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson; 1996: p 588.
5. Coleman E. Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Ann* 1992; 22: 320-5.
6. Cooper A. Sexually compulsive behaviour. *Contemporary Sexuality* 1998; 32: 1-3.
7. Quadland MC. Compulsive sexual behavior: definition of a problem and an approach to treatment. *J Sex Marital Ther* 1985; 11: 121-32.
8. Weisseberg JH, Levay AN. Compulsive sexual behavior. *Med Asp Hum Sex* 1986; 20: 127-8.
9. Barth RJ, Kinder BN. The mislabeling of sexual impulsivity. *J Sex Marital Ther* 1987; 13: 15-23.
10. Hollander E, Wong M. Body dismorphic disorder, pathological gambling and sexual addiction. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (Suppl) 4: 7-12.
11. Mick TM, Hollander E. Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectr* 2006; 11: 944-55.
12. Kafka MP, Hennen J. The paraphilia-related disorders: an empirical investigation of non-paraphilic hypersexuality disorders in outpatient males. *J Sex Marital Ther* 1999; 25: 305-9.
13. Manley G, Koehler J. Sexual behavior disorders: proposed new classification in the DSM-IV. *Sexual Addiction Compulsivity* 2001; 8: 253-65.
14. Earle R, Crow G. *Lonely all time, under standing and overcoming sex addiction, for addicts and co-dependents*. Phoenix: Tristar Visual Communications; 1998.
15. Griffin-Shelley E. *Sex and love: addictions, treatment and recovery*. London: Praeger Publisher; 1991.
16. Schneider JP, Irons RR. Assessment and treatment of addictive sexual disorders. *Substance Use & Misuse* 2001; 36: 1785-820.
17. Goodman A. *La dipendenza sessuale. Un approccio integrato*. Roma: Astrolabio; 2005.
18. Liggio F. Dipendenza e compulsività e dipendenza da reazione orgasmica. In: Avenia F, Pistuddi A, eds. *Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi*. Milano: FrancoAngeli; 2007: 41-55.
19. Kafka MP, Hennen J. Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders? *Sex Abuse* 2003; 15: 307-21.
20. Kafka MP. Hypersexual desire in males: an operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Arch Sex Behav* 1997; 26: 505-26.
21. Carnes P. *Don't call it love. Recovery from sexual addiction*. New York: Bantam; 1991: 41-67.
22. Cantelmi T, Lambiase E, Sessa A. Le dipendenze comportamentali. *Psicobiettivo* 2004; 2: 27.
23. La Barbera D, Caretti V, Lambiase E, La Bua M. Postfazione. Compulsività sessuale: un inquadramento diagnostico, clinico e psicodinamico delle dipendenze sessuali. In: Goodman A, ed. *La dipendenza sessuale. Un approccio integrato*. Roma: Astrolabio; 2005: 399-422.
24. Carnes P. *Contrary to love. Helping the sexual addict*. Center City: Hazelden; 1989.
25. Kafka MP, Prentsky R. A comparative study of non paraphilic sexual addiction and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry* 1992; 53, 10: 345-50.
26. Lambiase E. Quando il sesso diventa patologico. Definizione e classificazione diagnostica della dipendenza sessuale, relazione all'VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia, Roma 02.03.2003.
27. Avenia F, Pistuddi A, Titta M, Catucci P. Sex Addiction Inventory: un questionario per la rilevazione della dipendenza dal sesso. *Mission* 2003; 8: 36-7.
28. AIRS Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia, Presentazione dei risultati preliminari di una ricerca sulla Dipendenza Sessuale, 2004 [www.airsonline.org, 2008].
29. Raymond NC, Coleman E, Miner MH. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Compr Psychiatry* 2003; 5: 370-80.
30. Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n=120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse* 2002; 14: 249-66.



NUOVE DIPENDENZE.
 EZIOLOGIA, CLINICA E
 TRATTAMENTO DELLE
 DIPENDENZE "SENZA DROGA"

N°005
 2:2008; 147-158

31. Black DW, Kehrberg LLD, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 243-9.
32. Dodge B, Reece M, Herbenick D, Fisher C, Satinsky S, Stupiansky N. Relations between sexually transmitted infection diagnosis and sexual compulsivity in a community-based sample of men who have sex with men (MSM). *Sex Transm Infect* 2007; 20.
33. Dodge B, Reece M, Cole SL, Sandfort TG. Sexual compulsivity among heterosexual college students. *J Sex Res* 2004; 41: 343-50.
34. Coleman E. Sexual compulsion vs sexual addiction: the debate continues. *SIECUS report* 1986: 7-11.
35. Lambiase E. La dipendenza sessuale, modelli clinici e proposte di intervento terapeutico. Roma: LAS; 2001: 15-35.
36. Fenichel O. The psychoanalytic theory of neuroses. New York: Norton; 1945.
37. McDougall J. *Teatri dell'Io*. Milano: Raffaello Cortina; 1988.
38. McDougall J. *Eros, le deviazioni del desiderio*. Milano: Raffaello Cortina; 1997.
39. Kernberg OF. Impedimenti all'innamorarsi e al restare innamorati. In Bergmann MS, Kernberg OF. *Capacità di amare*. Torino: Bollati Boringhieri; 1996: 52-95.
40. Giunti D, Avenia F. Valutazione degli attuali strumenti per la valutazione della dipendenza da sesso. In: Avenia F, Pistuddi A. *Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi*. Milano: FrancoAngeli; 2007: 108-18.
41. Nerenberg A. The value of group psychotherapy for sexual addicts in a residential setting. *Sexual Addiction Compulsivity* 2000; 7: 197-209.
42. Mc Conaghy N, Armstrong Ms, Blaszczyński A. Expectancy covert sensitization and imaginal desensitization in compulsive sexuality. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 72: 176-87.
43. Bird MH. Sexual addiction and marriage and family therapy: facilitating individual and relationship healing through couple therapy. *J Fam Marital Ther* 2006; 32: 297-311.
44. Goodman A. Sexual addiction: diagnosis and treatment. *Psychiatric Times* 1988; X.