



Disponibile su [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



journal homepage: [www.elsevier.com/locate/quip](http://www.elsevier.com/locate/quip)



## REVIEW ARTICLE

# Dipendenza da sesso

## *Sexual addiction*

Massimo Di Giannantonio\*, Giuseppe Di Iorio, Tiziano Acciavatti,  
Domenico De Berardis

Centro di Salute Mentale, Dipartimento di Salute Mentale, ASL Chieti 2

Ricevuto il 3 marzo 2010; accettato il 15 aprile 2010

Disponibile online 24 maggio 2010

### PAROLE CHIAVE

Dipendenza da sesso;  
Disturbo da  
ipersessualità;  
Cybersex;  
DSM-V.

### KEYWORDS

Sexual addiction;  
Hypersexual disorder;  
Cybersex;  
DSM-V.

### Riassunto

**Introduzione:** I disturbi da ipersessualità si caratterizzano per pensieri e comportamenti inerenti la sessualità clinicamente eccessivi. Tale gruppo di disturbi ha come comuni denominatori: 1) agiti in relazione diretta con la sessualità; 2) modalità compulsiva degli stessi; 3) prosecuzione nonostante emergano conseguenze negative. Uno sforzo della comunità scientifica è attualmente in corso per la stesura dei criteri diagnostici e l'identificazione degli elementi nucleari di tali disturbi. Esiste una proposta per inserire tali comportamenti sessuali eccessivi non parafilici nel DSM-V, con la dizione "disturbo da ipersessualità". Lo scopo di questo articolo è fornire una rassegna del dibattito contemporaneo riguardo i disturbi da ipersessualità, focalizzando l'attenzione sul modello dell'addiction sessuale, che rappresenta uno degli approcci più utilizzati per studiare e trattare tali disturbi. Viene proposto, inoltre, uno schema che può aiutare il clinico a ricercare i disturbi da ipersessualità in presenza di alcuni elementi clinici e sociorelazionali. Si presenta, infine, un accenno ai possibili interventi terapeutici, farmacologici e non farmacologici.

**Materiali e metodi:** Tale rassegna è stata attuata mediante la ricerca di pubblicazioni rilevanti nell'ambito della letteratura in lingua anglosassine indicizzata in Medline/PubMed (ultimo accesso febbraio 2010), con i termini: Hypersexuality, Hypersexual disorder, Sexual addiction, Sexually compulsive behavior, Cybersex. Pubblicazioni addizionali sono state tratte dalle bibliografie delle pubblicazioni selezionate e da libri di testo.

© 2010 Elsevier Srl. Tutti i diritti riservati.

### Abstract

**Introduction:** Hypersexual disorders are characterized by clinically excessive sexual thoughts and behaviors. The common denominators of this group of disorders are acts that: 1) are directly related to sexuality, 2) that are implemented compulsively, 3) that continue despite the adverse consequences they provoke. The scientific community is working to establish diagnostic criteria

\* Corrispondenza: Centro di Igiene Mentale, v.le Amendola 51 - 66100 Chieti.  
E-mail: [digiannantonio@unich.it](mailto:digiannantonio@unich.it) (M. Di Giannantonio).

for these disorders and to identify their nuclear elements. There is a proposal to insert these nonparaphilic sexual behaviors in the DSM V, under the term *hypersexual disorder*. In this article we provide an overview of the contemporary debate on the hypersexual disorders, with particular emphasis on the sexual addiction model, which is one of the models used in the study and treatment of these disorders. We also provide a guide that will help clinicians to recognize these disorders in the presence of certain clinical and socio-relational factors and a brief discussion of some of the possible therapeutic interventions (not only pharmacological).

*Materials and methods:* The survey is based on a search of the English language literature indexed in MEDLINE/PubMed (last access February 2010) with the following search terms: hypersexuality, hypersexual disorder, sexual addiction, sexually compulsive behavior, cybersex. Additional publications were identified from the reference lists of the retrieved publications and from those in textbook chapters.

© 2010 Elsevier Srl. All rights reserved.

## Introduzione

Descrizioni di comportamenti sessuali eccessivi non sono certo nuove nella letteratura medica; nomi illustri, infatti, si sono occupati di tali comportamenti. Tra essi si possono citare Benjamin Rush (1745-1813), Havelock Hellis (1859-1939), Magnus Hirschfeld (1868-1935), Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) [1]. In particolare quest'ultimo, nella nota *Psychopathia Sexualis*, descriveva una condizione nella quale "l'appetito sessuale è intensificato in misura abnorme, al punto da permeare tutti i pensieri e i sentimenti [dell'individuo] e da non consentire altri scopi nella vita" [2]. A seguito di queste accurate descrizioni idiografiche si è giunti, nel corso del XX secolo, alla caratterizzazione di specifici quadri clinici, il cui elemento centrale era rappresentato da una protratta promiscuità di rapporti. Tali condizioni furono definite con le espressioni "dongiovannismo" e "satiriasi" per gli uomini e "ninfomania" per le donne [3,4]. Negli ultimi decenni una serie di cambiamenti culturali ha posto in maggior risalto tale problema. Questo, in particolare, per una crescente consapevolezza, da parte dell'opinione pubblica, della responsabilità connessa allo sfruttamento sessuale e per la presenza di un maggior numero di pazienti in cerca di aiuto, in seguito al perpetuarsi di molestie nei contesti lavorativo, militare, politico e religioso. Inoltre, l'epidemia della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ha portato alla luce un maggior numero di pazienti che si comportava in modo autodistruttivo e in contrasto con i propri desideri [5]. Infine, il sesso in Internet ha drammaticamente aumentato la frequenza dei pazienti che cercano l'aiuto di personale medico [6].

Nella comunità scientifica il dibattito attuale sui comportamenti da ipersessualità può essere fatto risalire alla fine degli anni Settanta, con la comparsa sul *British Journal of Addictions* dell'articolo di James Orford sulla dipendenza sessuale. Da allora tra gli psichiatri è emersa la consapevolezza della necessità di delimitare e classificare una serie di comportamenti sessuali che, pur essendo problematici, non si adattano alle categorie nosografiche tradizionali (quali, per esempio, le parafilie). Alcuni studi epidemiologici effettuati negli Stati Uniti hanno d'altronde confermato queste impressioni, mostrando un'alta prevalenza di tali disturbi, compresa fra il 3 e il 6% [7].

## La proposta per il DSM-V

Nelle varie edizioni del DSM, solo il DSM-III-R cita, tra i disturbi sessuali non altrimenti specificati, i disturbi da addiction sessuale non parafilici [8]. Nel DSM-III e, successivamente, nei DSM-IV e IV-TR si è preferito parlare, in maniera più generica, di disturbi da ipersessualità [9].

Attualmente è in corso uno sforzo inclusivo internazionale per lo sviluppo di criteri diagnostici politetici, con precisi specificatori comportamentali, per inserire il disturbo da ipersessualità (quindi, ancora una volta, un'espressione teoreticamente neutrale) all'interno della sezione dei Disturbi Sessuali del DSM-V, accanto al disturbo ipoattivo della sessualità e alle parafilie [1]. I vari criteri proposti sono in fase di test su campioni di grandi dimensioni, per studiarne la validità e ottenere i dati di prevalenza. Tale processo è reso difficile dal fatto che la presentazione clinica di tali disturbi risulta eterogenea. Questo ha portato, negli ultimi anni, a un vivace dibattito su quali siano i loro elementi nucleari e i modelli più adatti per concettualizzarli. I principali modelli che si confrontano sono quello compulsivo, quello impulsivo e quello di dipendenza (addiction) [9–11].

## I principali modelli concettuali

Nell'ambito della ricerca empirica, gli studiosi che si sono occupati di disturbi da ipersessualità li hanno definiti in vario modo, tra cui: compulsività sessuale, impulsività sessuale, dipendenza sessuale (sexual addiction) e dipendenza da sesso non parafilica [12]. Questi termini riflettono le diverse prospettive da cui possono essere osservati e i differenti orientamenti teorici riguardo la loro natura [9].

Riguardo al modello compulsivo, esso si rifà al disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), trasladandolo nell'ambito sessuale: le immagini, i pensieri e gli impulsi sessuali costituirebbero le ossessioni, gli agiti sessuali le compulsioni [13]. I sostenitori di tale modello sottolineano come anche questi disturbi, analogamente al DOC, siano caratterizzati da ripetitività, aumento della tensione prima del comportamento e diminuzione dell'ansia nella pratica dello stesso. In proposito si è controbattuto che nei disturbi da ipersessualità si può parlare al massimo di compulsione in senso lato. In

tali disturbi, infatti, rispetto al vissuto ossessivo-compulsivo tipico, caratteristicamente "nonpleasure", è presente una relazione, seppur mal adattativa, con il piacere [9,14]. Una distinzione che appare importante, non solo dal punto di vista clinico, ma anche da quello neurobiologico. I centri e i circuiti interessati dovrebbero infatti essere diversi, avendo qui un accesso, seppur compulsivo, ai centri del piacere e della ricompensa [15].

Un modello alternativo a quello compulsivo è quello impulsivo. In esso viene focalizzata l'attenzione sull'incapacità di tali soggetti di ritardare la gratificazione sessuale, con processi di decision making impulsivi e un insufficiente controllo esecutivo [16]. Una delle principali critiche che è stata avanzata a tale modello è che, in realtà, spesso i soggetti con ipersessualità programmano accuratamente le loro condotte sessuali prima di metterle in atto [9].

Il modello di addiction, con la nomenclatura correlata di sexual addiction, è da molti ritenuto il più corretto nell'interpretazione dei disturbi da ipersessualità [12,17]. Tali disturbi mostrano specifici pattern comportamentali: perdita di controllo, notevoli conseguenze negative e la continuazione nonostante le conseguenze. Queste caratteristiche sono largamente condivise con altri disturbi, rappresentando i criteri iniziali per l'identificazione della dipendenza da sostanze, della bulimia e del gambling. A confermare una diatesi comune vi è una serie di studi presenti in letteratura che mostrano la frequente comorbidità, intraepisodica, interepisodica e familiare, di questi comportamenti di dipendenza [18]. La presenza di comorbidità tra tali disturbi pare rappresentare, d'altronde, più la regola che l'eccezione, in quanto: oltre l'87% dei dipendenti da sesso riporta di avere altre dipendenze, il 41% ha problemi di droga o alcol, il 38% ha un disturbo alimentare [12]. Anche analizzando le differenze di genere, si hanno valori che si sovrappongono, in quanto sia nella sexual addiction sia nel gambling sia nell'alcolismo vi è un rapporto uomini-donne di 3:1. Attuando, poi, un'analisi dimensionale, in tutti e tre i disturbi vi è una maggiore quantità di sintomi negli uomini rispetto alle donne [7].

Di particolare interesse sono, infine, le interazioni fra tali disturbi. Nella medicina delle dipendenze, l'espressione "interaction addiction" è usata per descrivere come le dipendenze possano, più che semplicemente coesistere, rinforzarsi o amplificarsi l'un'altra [19,20]. Quando due dipendenze sono adottate contemporaneamente o in rapida successione, spesso viene impiegato il termine "fusing". Un esempio abbastanza frequente nella pratica clinica è l'utilizzo di cocaina collegato a una qualche forma di comportamento sessuale compulsivo [21].

## La valutazione diagnostica

Come ricordato in precedenza, i disturbi da ipersessualità sono modelli comportamentali profondamente radicati che possono emergere in forme molto diversificate [22]. Tra esse troviamo: le fantasie e gli impulsi sessuali intrusivi, la masturbazione compulsiva, la prostituzione compulsiva, le avventure sessuali e il cybersex. Raramente vi è un solo pattern, ma piuttosto un collage di pattern correlati da gerarchie di preferenza e collegati alle situazioni e alle

opportunità [23]. Per esempio, la pornografia in Internet può servire come un portale per altri comportamenti di dipendenza sessuale, comprese la prostituzione e le avventure sessuali, o può essere la via d'accesso per l'adescamento e lo stalking di ragazze minorenni. Tutti questi possibili scenari devono, pertanto, indurre il medico a valutare il paziente per la presenza di dipendenza dal sesso.

La natura stessa del comportamento sessuale compulsivo tende, inoltre, a rendere difficoltoso il riconoscimento del problema. Infatti, spesso vi è un sentimento di vergogna, oppure tali comportamenti risultano incompatibili con lo status sociale del soggetto (quale quello di leader politico o religioso). I pazienti, pertanto, sovente non sono sinceri sul loro comportamento neppure con il proprio medico e possono omettere di rivelare comportamenti specifici, parte in realtà di un coerente pattern autodistruttivo. Altre volte, infine, i pazienti nascondono la gravità del problema a se stessi e s'illudono sulla capacità di controllare i propri comportamenti e di ridurre al minimo l'impatto sugli altri [24].

Se il clinico vuole identificare tali disturbi, deve, pertanto, attuare un assessment diagnostico ampio e approfondito, prestando attenzione ad alcuni elementi, indicatori di un possibile disturbo da addiction sessuale sottostante (fig. 1). Questo in particolare in mancanza, allo stato attuale, di scale validate per la diagnostica di tali disturbi.

Un utile approccio può consistere nel considerarli posti all'interno di una rete, in cui si ritrovano numerose altre condizioni e disturbi psichiatrici e medici. Risalire lungo le maglie di tale rete può portare a svelare i primi o viceversa, in presenza di un disturbo da ipersessualità conclamato, a indagare i secondi.

## Anamnesi medica

In primo luogo, un'anamnesi medica accurata è importante, in quanto la maggior parte dei dipendenti da sesso (65%) ha avuto gravidanze indesiderate o aborti, come anche malattie sessualmente trasmissibili (MST). I pazienti stessi riconoscono l'AIDS come la complicità più letale della malattia [25]. Ogni anno, poi, urologi, chirurghi, ginecologi e medici di Pronto Soccorso esaminano pazienti che si sono autoinflitti traumi genitali o che si sono inseriti oggetti in uretere, vescica, retto e genitali esterni [26]. Sono richieste, pertanto, una stretta collaborazione e un'opera di sensibilizzazione nei confronti di questi specialisti, per il riconoscimento e il trattamento del disturbo psichiatrico sottostante.

## Disturbi in comorbidità e contesto sociofamiliare

Si è già detto della frequente concomitanza, sincronica e diacronica, con altri disturbi da dipendenza e della possibile presenza, apparentemente paradossale, di avversione sessuale. Tali disturbi possono estendersi a comprendere esibizionismo, voyeurismo e condotta sessuale scorretta criminale. Non sono, poi, da trascurare altri disturbi psichiatrici in comorbidità. Si stima, infatti, che oltre il 50% dei soggetti ricoverati in ospedale per una diagnosi di dipendenza da sesso abbia anche sintomi depressivi clinicamente



Figura 1 Assessment diagnostico per i disturbi da ipersessualità.

significativi. Inoltre, circa un quinto di tali soggetti tenta il suicidio e fino al 70% è ossessionato da idee suicidarie a causa del proprio comportamento sessuale [7].

I settori lavorativo e familiare sono da indagare approfonditamente, in quanto spesso c'è una storia di procedimenti giudiziari per abuso di potere, licenziamenti, scarsa produttività sul lavoro, perdita inspiegabile di ingenti somme di denaro, visualizzazione di materiale pornografico sul posto di lavoro (si consideri che il 70% della pornografia in Internet si verifica tra le 9 e le 17), come anche problemi con il partner o una vita sentimentale travagliata.

## Il cybersex

Un discorso a parte merita l'utilizzo di Internet, il quale è stato uno dei più grandi amplificatori della dipendenza sessuale. Il cybersex è stato, infatti, definito "il crack della dipendenza da sesso" [27]. Basti pensare che, a partire dal 2002, i siti correlati al sesso sono diventati il principale settore economico di Internet e la registrazione delle vendite di materiale pornografico ha superato quello del software e dei computer [28].

Specifici modelli di eccitazione sono emersi in questi scenari online compulsivi, tra essi soprattutto la rapida escalation della quantità e della varietà. Tra i fattori che contribuiscono a tale escalation vi sono la garanzia dell'anonimato e la facilità di accesso. Inoltre, l'uso di Internet fa emergere un modello di negazione, dato che esso è visto come un comportamento che non implica conseguenze. Spesso si verificano regressioni relazionali, in quanto l'assorbimento nell'attività sessuale in Internet determina l'astinenza da rapporti sessuali con il partner e un globale ritiro dall'intimità e dal contatto sociale con la famiglia, gli amici e i colleghi. I pazienti riferiscono che il sesso con il coniuge o il partner diminuisce di frequenza e di appeal. Per spiegare questo, importanti possono essere l'esaurimento emozionale che accompagna l'abbuffata in Internet, come anche la presenza di una componente di

vergogna che porta all'isolamento e alla disperazione. Un evento comune è quello dei soggetti che stanno già avendo problemi con la sessualità compulsiva e trovano in Internet un catalizzatore per la significativa intensificazione del comportamento.

È da segnalare, infine, come in caso di comportamento sessuale online problematico, fino al 40% dei pazienti siano donne, un dato in contrasto con la usuale netta predominanza dell'addiction sessuale tra gli uomini [27].

## Precoci eventi di vita

Dal punto di vista della psicologia dello sviluppo, la presenza di abusi fisici e sessuali è un fattore sostanziale per l'insorgenza di dipendenze in un adulto. La dipendenza è vista come una soluzione per il disagio, con una dinamica reattiva che la avvicina al disturbo post-traumatico da stress [29,30]. Dati consistenti evidenziano come i traumi precoci contribuiscano alla dipendenza da sesso: fino all'82% dei pazienti riporta una storia di abuso sessuale e fino al 72% una storia di abuso fisico [29]. L'addiction sembra anche essere un meccanismo repressivo, poiché, quando i comportamenti si arrestano, i ricordi di abuso cominciano a tornare [31]. La maggior parte dei medici nota altresì un'estrema capacità di compartimentalizzazione e di dissociazione dalla realtà, in cui un comportamento di dipendenza è incorporato in un meccanismo di evasione [24].

Un altro dato emergente è una maggiore predisposizione per soggetti provenienti da famiglie rigide, ipercontrollate e che tendono ad avere atteggiamenti negativi nei confronti della sessualità. Questo rende tali soggetti, lontano dalla supervisione della famiglia, inclini a vite segrete, vissute spesso con vergogna e ossessività. I discendenti di famiglie aventi tali modalità relazionali hanno sovente difficoltà con la responsabilità e l'autorità. Ciò può rappresentare una vera sfida per il trattamento, in quanto le difficoltà che spingono tali soggetti alla dipendenza (la diffidenza per l'autorità e la scarsa fiducia nelle relazioni) diventano

i fattori che complicano l'individuazione del disturbo e il coinvolgimento nella terapia [12].

## Diagnosi differenziale

Un'operazione importante consiste nel delimitare con precisione i disturbi da ipersessualità dalle parafilie [32]. I disturbi da ipersessualità interessano, anche e soprattutto, le attività sessuali normofiliche, considerate cioè normali, come la masturbazione e il rapporto sessuale consensuale. In una parafilia, al contrario, il comportamento sessuale è in sé anomalo, a causa di un desiderio sessuale coinvolgente oggetti non umani (per esempio un capo di abbigliamento) oppure individui in qualche modo oggettivati: in una parte specifica del corpo (per esempio un piede), in un'età (per esempio un bambino) o in una sequenza di attività.

Il fatto che qualcuno abbia una preferenza insolita, però, non significa che sia necessariamente presente un comportamento di dipendenza o compulsivo. Tali comportamenti, infatti, possono essere anche episodici o situazionali. Le parafilie, d'altro canto, non rendono conto dei comportamenti normali che sono diventati eccessivi, autodistruttivi o disfunzionali. La dipendenza, al contrario, si manifesta in un comportamento compulsivo che si estende tra il parafilico e il non parafilico, il normale e l'anormale, il perverso e il diversificato. Un altro fattore di differenziazione è rappresentato, inoltre, dal distress soggettivo, che è un elemento cardine nei disturbi da ipersessualità, mentre può essere assente nelle parafilie. L'implicita disonestà e l'incapacità di vivere secondo i valori sociali creano, nei dipendenti sessuali, un senso di vergogna cronica; quasi tutti i dipendenti ammettono, infatti, di agire contro i valori e le convinzioni personali (90%), di avere forti sentimenti di colpa e di vergogna (96%), di isolamento e di solitudine (94%) e di disperazione (91%) [12].

Si deve ricordare, poi, che disturbi caratterologici possono essere la causa primaria di comportamenti sessuali eccessivi, i quali non possono essere considerati come addiction sessuale. Questo perché individui con un disturbo di personalità antisociale o narcisistica considerano semplicemente l'altra persona come un oggetto da utilizzare per il proprio piacere sessuale, e non sperimentano una vera perdita di controllo o una significativa sofferenza soggettiva.

## Strategie di intervento

John Sealey, Martin et al. hanno osservato l'importanza di interventi farmacologici che hanno contribuito a ridurre i sintomi di tali pazienti [33,34]. Neurotrasmettitori monoaminergici come la serotonina, la noradrenalina e la dopamina svolgono una funzione modulante sulla motivazione sessuale, appetitiva e dei comportamenti consumatori umani e dei mammiferi. Agenti farmacologici che aumentano la funzione dopaminergica e, soprattutto, serotoninergica, hanno dimostrato essere utili nei pazienti nel ridurre l'ossessione e nel modificare il comportamento [33]. L'utilizzo degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appare, dunque, l'intervento farmacologico di prima scelta, anche se è da segnalare la scarsità di studi sperimentali controllati attualmente presenti in letteratura [33].

Neurotrasmettitori monoaminergici sono stati a lungo associati ad altri comportamenti compulsivi, compreso l'uso compulsivo di droghe, il gioco d'azzardo e il mangiare [35,36]. Il modello di dipendenza da tempo ha definito la dipendenza come presente quando vi è un comportamento compulsivo. Il valore del modello di dipendenza risiede nel condurre a un approccio specifico di trattamento, da anni testato e validato negli Stati Uniti. Per molti di questi pazienti, i trattamenti più tradizionali, come la psicoanalisi, la terapia orientata all'insight (basata sulla convinzione che una volta che il comportamento si è capito, si fermi) o addirittura la punizione (attraverso la carcerazione), sono falliti. È ben accettato che la psicoterapia per la dipendenza da alcol è probabile fallisca fino a quando il problema del bere non sia stato affrontato direttamente e fermato. Il modello della dipendenza postula che lo stesso è vero per molte persone il cui comportamento sessuale è compulsivo. Utile poi, può, essere una dichiarazione scritta di astinenza, per un periodo limitato di tempo, con la stesura di una lista accuratamente vagliata, composta di tre parti: 1) i comportamenti distruttivi da cui il paziente s'impegna ad astenersi; 2) i confini necessari a evitare quei comportamenti; 3) una dichiarazione completa dei comportamenti sessuali positivi che il paziente desidera coltivare [37,38].

Infine, il parallelismo con i disturbi alimentari, in cui si alternano abbuffate e purificazioni, getta nuova luce nel rapporto tra dipendenza e avversione sessuale. Vi è, infatti, il rischio clinico di un'avversione non diagnosticata e che i pazienti scivolino nell'evitamento sessuale, anziché concentrarsi sulla salute sessuale per loro stessi. Di solito, il comportamento compulsivo sessuale è parte di una trama intricata di condotte di dipendenza e di evitamento, nel tentativo di gestire le proprie difficoltà interiori. Dal punto di vista terapeutico, in tali circostanze, allo stesso modo dei disturbi alimentari, la soluzione non consiste nel non dare del cibo o non fare sesso. L'obiettivo è avere un modo diverso di affrontare e vivere tali comportamenti [37].

In una fase successiva del trattamento, è poi importante una valutazione completa di eventuali abusi e traumi nell'infanzia. Questa valutazione aiuta a chiarire gli obiettivi della terapia a lungo termine. Per molti pazienti il cui comportamento deriva da un abuso precoce, questo diventa infatti la chiave per capire il loro comportamento come l'acting out di uno scenario precedente e fornisce al paziente un'importante distanza psicologica dallo stesso. Infine come aggiunta alla terapia, ancora negli Stati Uniti, gruppi di autoaiuto, come i Sex Addicts Anonymous (ASA), si sono diffusi negli ultimi anni in modo esponenziale, con buoni risultati [12].

## Conclusioni

I disturbi da ipersessualità rappresentano un settore importante e in continua evoluzione all'interno della psichiatria contemporanea. Considerarli disturbi da dipendenza rappresenta un valido approccio diagnostico-terapeutico. L'auspicio è di implementare nei prossimi anni le nostre conoscenze sulle basi neurobiologiche di tali disturbi. Questo per integrare i risultati empirici in nostro possesso con le varie prospettive fisiopatologiche e con i dati derivanti dalle

tecnologie di neuroimaging, in un processo circolare nel quale la comprensione della psicobiologia di tale condizione potrà portare a ridefinirne la terminologia e, soprattutto, le più corrette strategie di intervento farmacologiche e psicoterapiche [9].

## Conflitto di interesse

Gli autori dichiarano di essere esenti da conflitto di interesse.

## Bibliografia

- [1] Kafka MP. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 2010;39(2):377–400.
- [2] Krafft-Ebing R. *Psychopathia Sexualis*. München: Matthes & Seitz; 1984.
- [3] Shainess N. Nymphomania and Don Juanism. *Med Trial Tech Q* 1972;19(1):1–6.
- [4] Groneman C. *Nymphomania: a history*. New York, NY: Norton; 2000.
- [5] Benotsch E, Kalichman SC, Pinkerton SD. Sexual-compulsivity in HIV-positive men and women: prevalence, predictors, and consequences of high risk behaviors. *Sexual Addiction & Compulsivity* 2001;8(2):83–99.
- [6] Southern S. Treatment of compulsive cybersex behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31(4):697–712.
- [7] Kuzma JM, Black DW. Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31(4):603–11.
- [8] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Ed (Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
- [9] Stein DJ. Classifying hypersexual disorders: compulsive, impulsive, and addictive models. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31(4):587–91.
- [10] Stein DJ, Black DW, Pienaar W. Sexual disorders not otherwise specified: compulsive, addictive, or impulsive? *CNS Spectr* 2000;5(1):60–4.
- [11] Bancroft J, Yukadinovic Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *J Sex Res* 2004;41(3):225–34.
- [12] Carnes PJ. Sexual addiction. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th Ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- [13] McElroy SL, Phillips KA, Keck Jr PE. Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55(Suppl):33–5.
- [14] Lochner C, Stein DJ. Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30(3):353–61.
- [15] Comings DE, Blum K. Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. *Prog Brain Res* 2000;126:325–41.
- [16] Grant JE, Levine L, Kim D, Potenza MN. Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 2005;162(11):2184–8.
- [17] Goodman A. *Sexual Addiction: An integrated approach*. Madison, CT: International Universities Press; 1998.
- [18] Goodman A. Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochem Pharmacol* 2008;75(1):266–322.
- [19] Carnes PJ, Murray R, Charpantier L. Addiction interaction disorder. In: Coombs RH, editor. *Handbook of Addictive Disorders: A practical guide to diagnosis and treatment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2004. p. 31.
- [20] Waston A. Cruising and using compulsive sex and substance abuse. *Professional Counselor* 1998;13:6.
- [21] Waston A. Cocaine may trigger sexual compulsivity. *US J Drug Alcohol Depend* 1989;13:8.
- [22] Black DW, Kehrberg LL, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry* 1997;154(2):243–9.
- [23] Earle MR, Earle RH, Osborn K. *Sex Addiction. Case studies and management*. New York, NY: Brunner-Mazel; 1995.
- [24] Griffin-Shelly E, Benjamin L, Benjamin R. Sex addiction and dissociation. *Sex Addict Compuls J Treat Prevent* 1995;2:295.
- [25] Kalichman SC, Cain D. The relationship between indicators of sexual compulsivity and high risk sexual practices among men and women receiving services from a sexually transmitted infection clinic. *J Sex Res* 2004;41(3):235–41.
- [26] Gannon ML. Physical complications of sexual addiction. *Am J Prevent Psychiatry Neurology* 1990;2(3):19–22.
- [27] Cooper AL, Putnam D, Planchon LA, Boies SC. Online sexual compulsivity: getting tangled in the net. *Sex Addict Compuls J Treat Prevent* 1999;6:79.
- [28] Hill A, Briken P, Berner W. Pornography and sexual abuse in the Internet. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007;50(1):90–102.
- [29] Schwartz MF. Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31(4):567–86.
- [30] Evans K, Sullivan JM. *Treating Addicted Survivors of Trauma*. New York, NY: Guilford Press; 1995.
- [31] Schwartz MF. Reenactments, trauma, and compulsive behavior. *Sex Addict Compuls J Treat Prevent* 1996;3:195.
- [32] Kafka MP, Hennen J. Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders? *Sex Abuse* 2003;15(4):307–21.
- [33] Sealy J. Psychopharmacologic intervention in addictive sexual behavior. *Sex Addict Compuls J Treat Prevent* 1995;2:257.
- [34] Kafka M. Psychopharmacological treatments for nonparaphilic compulsive sexual behaviors. *CNS Spectr* 2000;5:49–59.
- [35] Leshner AI. Science-based views of drug addiction and its treatment. *JAMA* 1999;282(14):1314–6.
- [36] Nestler EJ, Malenka RC. The addicted brain. *Sci Am* 2004;290(3):78–85.
- [37] Carnes PJ, Adams K. *Clinical Management of Sex Addiction*. New York, NY: Brunner-Routledge; 2002.
- [38] Coleman E, Raymond N, McBean A. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minn Med* 2003;86(7):42–7.