

## 8.14

## LA DIPENDENZA SESSUALE: LE INSIDIE DELLA DIAGNOSI L'ESPERIENZA DELLA SSD DIPENDENZE DA COMPORAMENTI DELL'ASL CITTÀ DI TORINO

Teta E.<sup>[1]</sup>, Aimini G.<sup>[2]</sup>

<sup>[1]</sup>ASL Città di Torino - Torino - Italy,

<sup>[2]</sup>Facoltà di Psicologia - Università di Torino - Italy

Si riporta il dibattito sulla concettualizzazione, diagnosi e classificazione nosografica del Disturbo di ipersessualità. Il WHO lo inserisce nell'ICD-11 col nome di "Disturbo da Comportamento Sessuale Compulsivo". Molti studi ne evidenziano i caratteri additivi. Si descrive l'esperienza della SSD Dipendenze da Comportamenti.

### Elementi storici

Nella letteratura clinica forme di compulsività sessuale si trovano descritte per la prima volta nel trattato di Richard von Krafft-Ebing's "Hyperaesthesia sexualis", pubblicato in Germania nel 1886. Egli riportò casi clinici, definiti di "Iperestesia Sessuale", caratterizzati da una condizione in cui "L'appetito sessuale è intensificato in maniera abnorme al punto tale da permeare tutti i pensieri e i sentimenti del soggetto, da non consistere altri scopi nella vita..." (von Kraft-Ebing, 1886).

La prima formulazione teorica della dipendenza sessuale (Sexual Addiction) risale agli inizi degli anni ottanta dello scorso secolo ad opera di Patrick Carnes che, partendo da osservazioni cliniche, mise in evidenza le somiglianze di tale disturbo con le caratteristiche della dipendenza da alcool e altre sostanze, con sviluppo di un comportamento pericoloso e dannoso senza controllo. Nella pubblicazione "Out of the Shadow: Understanding Sexual Addiction" (Carnes, 1983) egli fornì descrizioni cliniche, speculazioni etiologiche e consigli di trattamento per situazioni cliniche da lui definite "Sexual Addiction".

Da allora si sono succedute accese dissertazioni sul fenomeno, influenzate dal clima socio-culturale dei vari periodi storici e focalizzate soprattutto sul tema della linea di confine tra comportamento sessuale non normativo (per esempio desiderio sessuale più alto) e diagnosi clinica di Disturbo da Ipersessualità o Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD), (Briken, 2024).

In realtà la dipendenza sessuale costituisce un'eterogenea e polimorfa entità clinica, che manca di un consenso concettuale di cui sono indicative anche le varie denominazioni ricevute: Disturbo Comportamentale Sessuale Compulsivo, Disturbo da Ipersessualità, "Out-of-Control Sexual Behavior" e altre.

Oltre alla mancanza di una definizione e di criteri diagnostici condivisi, ostacoli alla identificazione di questo disturbo trovano origine anche in aspetti di tipo culturale e morale, con opposizioni di segno diverso. Da una parte alcuni ritengono che tale diagnosi rischi di patologizzare quei comportamenti sessuali che escono dai confini socialmente accettati e normati o appartenenti a gruppi minoritari, soprattutto se oggetto di disapprovazione culturale e morale. Dall'altra parte alcuni ritengono che tale diagnosi possa essere utilizzata in maniera strumentale per nascondere condotte individuali trasgressive o passibili di azione penale.

Nel 1998 Gold e Heffner pubblicarono una rimarchevole review relativa alla letteratura sulla Sexual Addiction, concludendo che la Sexual Addiction, sebbene presentasse una crescente popolarità nei setting della salute mentale, era largamente basata su speculazioni teoriche e non osservazioni empiriche.

In realtà negli ultimi due decenni le ricerche sui comportamenti sessuali compulsivi/disturbi di ipersessualità sono proliferati. Inoltre, l'avvento delle nuove tecnologie ed in particolare di internet, ha aumentato la possibilità di interazioni sessuali ed ha modificato l'espressione delle manifestazioni di compulsività sessuale, con aumento dell'uso della pornografia e sviluppo di nuove forme di attività sessuali online quali chat erotiche, sexting, webcam, etc. È ancora dibattuto se internet rappresenti un canale di accesso ad altri tipi di comportamento ripetitivo (attività sessuali, gambling) o costituisca una differente entità con proprie specificità (De Alarcòn, 2019).

Nel 2020 Grubbs e Coll. hanno pubblicato una sistematica review delle ricerche empiriche sui comportamenti sessuali compulsivi, pubblicate fra il gennaio 1995 e l'agosto 2020, evidenziando come negli ultimi 25 anni lo sviluppo della ricerca ha portato ad una chiara evidenza che il Comportamento Sessuale Compulsivo è un fenomeno reale con implicazioni cliniche.

Una questione ancora controversa relativa al disturbo da ipersessualità è la sua natura etiopatogenetica ed interpretazione: dipendenza comportamentale, disturbo del controllo degli impulsi o disturbo della sfera ossessiva-compulsiva?

Coleman (2003) ha collegato il disturbo da ipersessualità al Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC), considerando l'ipersessualità guidata dalla necessità di ridurre qualche forma di ansia piuttosto che dal desiderio ses-

suale di per sè. In comune col DOC è la presenza di ossessioni intrusive di natura sessuale e compulsioni, alle quali inizialmente il soggetto cerca di resistere, ma poi cede per contrastare l'ansia e la disforia.

Barth e Kinder (1987) mettono in relazione i comportamenti patologici di ipersessualità con l'impulsività, per cui tali soggetti sono incapaci di controllare i forti desideri sessuali. Essi considerano tale comportamento come manifestazione di un Disturbo del Controllo degli Impulsi Atipico.

Il modello della dipendenza comportamentale, già sostenuto da Carnes, è quello che trova attualmente i maggiori consensi. In esso ritroviamo, come nei Disturbi da Uso di Sostanze, espressioni sintomatologiche e comportamentali riferibili sia all'impulsività che alla compulsività. Inizialmente la messa in atto del comportamento riflette il desiderio e si accompagna a piacere. Progressivamente il piacere si riduce, ma il paziente si sente costretto ad attuare tale comportamento, mentre la resistenza al comportamento è fonte di crescenti stati affettivi negativi (Briken, 2024; Grubbs, 2020).

La disputa sulla concettualizzazione del disturbo da ipersessualità ha portato a scelte diverse l'American Psychiatric Association (APA) e la World Health Organization (WHO).

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), curato dall'APA, nella quinta edizione del 2013 e nella Revisione del 2022, non include il Disturbo da Ipersessualità, malgrado proposte in tal senso. La decisione appare incomprensibile anche perché nel DSM-5 scompare la categoria diagnostica del "Disturbo sessuale non altrimenti specificato" presente nel DSM-IV e nel DSM-III (Grubbs, 2020).

Le due principali ragioni addotte dal Board of Trustees sono state l'insufficiente evidenza scientifica dei criteri diagnostici proposti e le preoccupazioni relative al potenziale abuso della diagnosi di Disturbo da Ipersessualità in ambito forense.

Diversamente la World Health Organization (WHO) nel maggio 2019 riconosce il disturbo da ipersessualità come disturbo clinico, collocandolo nei "Disturbi da Controllo degli Impulsi", con la Denominazione di «Compulsive Sexual Behavior Disorder» (CSBD) cioè Disturbo da Comportamento Sessuale Compulsivo.

Nell'edizione precedente dell'ICD-10 (WHO, 1992), era presente l'etichetta diagnostica "Desiderio sessuale eccessivo", che aveva sostituito due condizioni cliniche inserite nell'ICD-9 (WHO, 1977), differenziate per genere, ma con uguale fenomenologia, la "Satiriasi" per gli uomini e la "Ninfomania" per le donne, in cui il soggetto era ossessionato da desideri e fantasie sessuali eccessivi. L'inserimento del CSBD nella sezione dei "Disturbi del Controllo degli Impulsi", non ha fatto cessare le contro-

versie sulla classificazione e concettualizzazione del disturbo da ipersessualità. Infatti i sostenitori del riconoscimento clinico dell'ipersessualità come dipendenza comportamentale, considerarono una vittoria della propria posizione l'inserimento del disturbo nell'ICD-11, pensando alla storia del Disturbo da Gioco d'Azzardo inserito solo in un secondo momento nei comportamenti additivi. Nello stesso tempo i sessuologi statunitensi proclamarono la propria vittoria, sostenendo che la decisione della WHO era una ulteriore prova che il modello della dipendenza non poteva essere applicato ai comportamenti problematici inerenti il sesso o la pornografia (Hall, 2021).

I criteri diagnostici ICD-11 del disturbo da comportamento sessuale compulsivo (CSBD)

Il CSBD viene definito come un modello persistente di incapacità di controllare impulsi sessuali intensi e ripetitivi, che risultano in comportamenti sessuali ripetitivi. I sintomi del CSBD comprendono: 1) attività sessuali ripetitive che diventano il centro della vita della persona al punto da trascurare la salute e la cura personale o altri interessi, attività e responsabilità; 2) numerosi sforzi infruttuosi per ridurre significativamente il comportamento sessuale ripetitivo; 3) continuazione del comportamento sessuale ripetitivo nonostante le conseguenze negative o la derivazione di poca o nessuna soddisfazione da esso.

Il modello di incapacità a controllare gli intensi impulsi o desideri sessuali risultanti nel comportamento sessuale ripetitivo si manifesta per un periodo di tempo prolungato (6 mesi o più) e provoca un marcato disagio o una significativa compromissione personale, familiare, sociale, educativa, professionale o in altre aree importanti del funzionamento della persona.

La sofferenza interamente collegata al giudizio morale e alla disapprovazione riguardo agli impulsi, desideri o comportamenti sessuali non è sufficiente per soddisfare questo requisito.

Nella classificazione dell'ICD-11, anche la pornografia è riportata come un comportamento che, oltre a quelli esemplificati, può assumere le caratteristiche patologiche del CSBD.

I criteri diagnostici del CSBD sono scritti in modo tale che le caratteristiche del CSBD siano concepite essere meno rigide poiché essi si basano meno su arbitrari cutoffs o conteggi dei sintomi e di più su indicatori oggettivi di compromissione o disregolazione, per sostenere l'esercizio del giudizio clinico nella valutazione della diagnosi (Grubbs, 2020).

Inoltre i criteri diagnostici dell'ICD 11 rendono chiaro che il CSBD non dovrebbe essere diagnosticato solo sulla base di un alto livello di interesse sessuale o frequenza

dell'attività sessuale, in assenza di una compromissione del controllo sul comportamento sessuale e di significativo disagio e alterazione del funzionamento.

L'ICD-11 esclude dalla diagnosi di CSBD i disturbi parafilici che, se presenti, possono costituire una diagnosi aggiuntiva.

In realtà alcuni Autori tendono a considerare insieme alle dipendenze sessuali non parafiliche anche quelle parafiliche. Nel primo caso vengono riportate come più comuni forme di comportamento sessuale ripetitivo la promiscuità, la masturbazione compulsiva, l'uso compulsivo della pornografia, il cybersesso, la ricerca di partner multipli, il sesso a pagamento, il sesso telefonico, la frequentazione di strip club.

Fra i comportamenti più frequenti oggetto delle dipendenze parafiliche sono indicati il voyeurismo, l'esibizionismo, il frotteurismo, il masochismo, il sadismo, il fetichismo, il disturbo da travestimento, la pedofilia.

La dipendenza è definita dalla relazione stabilita con l'oggetto della dipendenza, per cui le caratteristiche di dipendenza di un comportamento sessuale, non sono definite dal tipo di comportamento, dalla sua frequenza, dalla eteronormatività o accettabilità sociale, ma dal rapporto che si stabilisce fra tale modello comportamentale e la vita dell'individuo. In questa prospettiva nel concetto di dipendenza possono essere inseriti, insieme ai comportamenti sessuali socialmente accettati, anche i comportamenti parafilici messi in atto con modalità dipendente.

Una forma particolare di dipendenza sessuale è quella collegata all'uso delle cosiddette sostanze sessualizzate nel contesto sessuale. La caratteristica di questa forma di dipendenza è che l'uso di queste sostanze, dette Chemsex, avviene solo in occasione dell'attività sessuale, la cui pratica senza sostanze perde sempre più di interesse. Fra le Chemsex di solito non vengono inclusi alcool, cannabis e popper, mentre sono tipicamente compresi la metamfetamina in cristalli, il gammaidrossibutirrato e il gammabutirrolattone (GHB/GBL) e i catinoni sintetici come il mefedrone e il metilenediossiprovalerone (MDPV). Altri Autori considerano fra le Chemsex anche la cocaina, la ketamina, l'MDMA e altre sostanze utilizzate durante l'attività sessuale (Amundsen, 2024), (Coronado-Muñoz et. Al, 2024).

Dal punto di vista epidemiologico, la mancanza di una definizione del disturbo e criteri diagnostici condivisi, nonché la difficoltà di rilevazione di esperienze di dipendenza sessuale per la vergogna e il timore a parlare per lo stigma sociale o gli eventuali riflessi penali, rende ancora incerti i dati di prevalenza nella popolazione generale.

I dati della ricerca internazionale parlano di tassi di prevalenza compresi fra il 3% e il 6%, con un rapporto

maschi – femmine da 3:1 a 5:1. Lo studio di Dickenson (2018) su un campione rappresentativo della popolazione statunitense suggerisce valori più elevati: 8,6% degli individui (10,3% M; 7,0% F) con differenze di genere minori. Alcune ricerche indicano una prevalenza più elevata nella tarda adolescenza e nella giovane età adulta, in specifiche popolazioni come le minoranze sessuali, le vittime di abuso sessuale, i criminali e i soggetti con HIV (Pistre, 2023).

### **L'esperienza della SSD dipendenze da comportamenti**

La Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) Dipendenze da Comportamenti è un Servizio che afferisce al Dipartimento Dipendenze dell'ASL Città di Torino ed ha come Mission la prevenzione, cura e riabilitazione delle Dipendenze Comportamentali, vale a dire di quelle dipendenze in cui l'oggetto della dipendenza non è una sostanza, ma un comportamento/attività. L'apertura del Servizio risale al marzo 2019, con la finalità, soprattutto, di dare una migliore risposta organizzativa al trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).

La costituzione di un'Équipe dedicata alle Dipendenze Comportamentali, in un ambiente non connotante separato da quello del trattamento dei Disturbi da Uso di Sostanze, ha favorito l'accesso al Servizio, non solo di utenti con DGA, ma anche di soggetti con problematiche di abuso/dipendenza collegate alla dimensione sessuale/affettiva, alle cosiddette Nuove Tecnologie (Videogiochi, Internet, devices, smartphone, etc), e allo Shopping Compulsivo.

Nel periodo che va dall'apertura del Servizio al 31 luglio 2024, sono state valutate per problematiche inerenti la dimensione sessuale ed affettiva, 54 persone, di genere maschile nella quasi totalità dei casi.

Per la diagnosi di dipendenza sessuale è stato fatto riferimento inizialmente ai criteri diagnostici che erano stati proposti per il DSM-5 e, a partire dal 2022, a quelli dell'ICD-11 che peraltro risultano simili, eccetto per le caratteristiche correlate alla regolazione dello stato emotivo e allo stress. Infatti, al di là degli specifici criteri, i due sistemi di classificazione condividono la perdita dell'autocontrollo sul comportamento sessuale, la pervasività e centralità del comportamento sessuale nella vita del soggetto, l'incapacità di ridurre o interrompere il comportamento, il marcato disagio, la sofferenza e la compromissione del funzionamento nelle aree personale, familiare, sociale, lavorativa e in altre importanti aree, la prosecuzione del comportamento nonostante le conseguenze negative.

Nel suddetto periodo si sono rivolte al Servizio Dipendenze da Comportamenti per problematiche della sfera sessuale ed affettiva 54 soggetti, 45 di genere maschile e 9 di genere femminile.

La diagnosi di Dipendenza Sessuale è stata effettuata in 44 soggetti, 42 di genere maschile e 2 di genere femminile. In 9 casi (7 Femmine e due Maschi) il quadro clinico è stato attribuito ad una condizione di "Dipendenza Affettiva".

In un caso è stato descritto un quadro di "Parafilìa" con assenza di dipendenza.

La descrizione seguente si riferisce ai 44 pazienti con diagnosi di "Dipendenza Sessuale".

Relativamente alla richiesta di trattamento, la motivazione è stata valutata "intrinseca" in 20 casi, "estrinseca" in 18 casi e "intrinseca ed estrinseca" in 6 casi.

La motivazione "intrinseca" era legata al riconoscimento di mantenere un comportamento sessuale dannoso per sé e/o gli altri e spesso anche non più gratificante, che sfuggiva al controllo della volontà. Di solito era presente sofferenza e forte disagio per tale comportamento.

La motivazione "estrinseca" era dettata da spinte esterne collegate a problemi giudiziari, relazionali ed economici. Nella maggioranza dei casi (26 casi) è stato rilevato un titolo di studio medio-alto: Diploma di istruzione secondaria di Secondo Grado in 15 casi e Laurea (Triennale o Magistrale) in 13 casi.

L'età si collocava fra i 26 anni e i 55 anni nel 71% dei casi.

In 26 casi su 44 (59%) era presente una comorbilità psichiatrica: 14 con Disturbi dell'Umore (Depressione, Disturbo Bipolare), 6 con Disturbi d'Ansia, 6 con Disturbi di Personalità. In 4 casi era presente un Disturbo da Uso di Sostanze (2 cocaina, 2 alcool). In un caso la Dipendenza Sessuale era associata a Shopping Compulsivo.

Riguardo alla tipologia di Dipendenza Sessuale, in 37 casi si trattava di una Dipendenza non Parafilica, in 7 casi di una Dipendenza Parafilica (voyeurismo, frotteurismo 3 casi; sesso con minori/pedofilia 4 casi).

Le più frequenti attività sessuali oggetto della Dipendenza Sessuale non Parafilica erano Masturbazione Compulsiva (11 casi), Partner multipli, alta frequenza di rapporti sessuali (5 casi), Sesso a pagamento (8 casi), Ricerca di materiale pornografico, chat erotiche (8 casi), Chemsex associate al sesso (5 casi).

I pazienti hanno ricevuto trattamenti psicoterapici, psicoeducativi e psicofarmacologici.

Finalità del trattamento sono state il controllo del comportamento sessuale compulsivo con recupero di modalità più funzionali, il recupero di una sessualità in equilibrio con le altre dimensioni della vita, la cura dei sintomi e dei disturbi associati, lo sviluppo di Social Skills.

## Discussione

La sessualità riveste una posizione centrale nel benessere fisico, psicologico e sociale delle persone, ma nonostante ciò non riceve una adeguata attenzione in termi-

ni di informazione, educazione, salute e ricerca. La storia della definizione diagnostica della Dipendenza Sessuale, da questo punto di vista, non fa eccezione, per cui il tema viene affrontato più spesso dai mass media, per lo più con toni sensazionalistici, che non in ambienti scientifici.

Se per i dipendenti da sostanze, il modello interpretativo della "malattia" si è ormai affermato, per i dipendenti da sesso, e in generale per le dipendenze comportamentali come il Disturbo da Gioco d'Azzardo, prevale il modello del "vizio", per cui sono considerati colpevoli di abbandonarsi alla ricerca frenetica del piacere, senza esercitare un adeguato controllo sul proprio comportamento e trasgredendo norme socialmente condivise. Lo stigma rivolto verso tali comportamenti sessuali coinvolge le persone dipendenti da sesso, che sviluppano sentimenti di colpa e vergogna e hanno difficoltà a ricercare un trattamento. Infatti di solito esse richiedono aiuto in ritardo, per situazioni accidentali o critiche di varia natura, quando ormai si sono manifestate le conseguenze negative del loro comportamento. Le barriere alla ricerca di trattamento per Dipendenza da Sesso risultano particolarmente evidenti nel caso delle donne (Dhuffar, 2016), come dimostra anche l'esperienza del nostro Servizio.

Gli atteggiamenti socioculturali e morali verso il sesso coinvolgono anche scienziati, ricercatori e clinici, potendo condizionare le osservazioni e le scelte. Risulta pertanto cruciale una consapevolezza di ciò per riuscire a separare i propri valori e credenze dal ruolo professionale e assumere una posizione non giudicante nella valutazione della storia e dei comportamenti sessuali del paziente (Briken, 2024).

Nella valutazione del comportamento sessuale bisogna analizzarne le origini, le modalità, i fattori scatenanti (emozioni, pensieri), le motivazioni incluse le ragioni non sessuali, il ruolo della religione, di eventuali esperienze precoci sessuali o traumi, di abusi infantili, di desideri, le fantasie, le credenze, l'approccio verso la sessualità, il contesto socioculturale e legale del paziente. Tutto ciò al fine di comprendere il significato assunto dal comportamento sessuale nella vita del paziente, le conseguenze, le aspettative e individuare gli obiettivi di trattamento.

Come nelle altre dipendenze, da sostanze o da comportamenti, l'incontro con l'oggetto della dipendenza, in questo caso lo specifico comportamento sessuale, è fonte di piacere, sollievo dal disagio o dalla disforia e comunque di gratificazione. La ricerca del piacere e/o l'evitamento di stati affettivi negativi (ansia, depressione, sensazione di vuoto, noia, solitudine, sentimenti di colpa) portano alla ripetizione del comportamento, con un progressivo aumento della frequenza e/o dell'inten-



sità fino allo sviluppo della dipendenza. Se all'inizio il sesso e la sua ricerca sono frutto di una libera scelta, con l'instaurarsi del disturbo la persona perde la facoltà di decidere se ricercarlo oppure no. Il sesso e la sua ricerca divengono bisogni fondamentali che fanno perdere importanza a tutto il resto. Il dipendente da sesso va progressivamente incontro ad uno stato di isolamento e disperazione, mentre il sesso perde le sue originarie finalità per diventare strategia per affrontare le difficoltà ed i momenti di stress, alleviare le emozioni spiacevoli e distaccarsi dalla realtà.

I soggetti con Dipendenza Sessuale possono avere un aumentato rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmesse o altri problemi di salute. Possono avere difficoltà nell'instaurare o mantenere relazioni intime, sviluppare disfunzioni sessuali, andare incontro a problemi legali per reati a sfondo sessuale, manifestare disturbi psichici e fare abuso di sostanze.

### Conclusioni

La Dipendenza Sessuale condivide con altri comportamenti additivi aspetti fenomenologici, psicologici e neurobiologici per cui l'orientamento prevalente attuale dei ricercatori è di considerarla nella categoria delle dipendenze.

La Dipendenza Sessuale appare un fenomeno clinico in crescita, favorito dai cambiamenti socioculturali dei comportamenti sessuali e dallo sviluppo delle nuove tecnologie (internet, cellulare, chat, webcam, etc), con facilitato accesso ai contenuti e servizi sessuali.

L'inserimento del CSBD nell'ICD-11 può facilitare la diagnosi e la ricerca, attraverso l'impiego di strumenti comparabili, e anche una maggiore attenzione alla cura con l'individuazione di specifici protocolli di trattamento.

I Servizi per le Dipendenze devono sviluppare le competenze per una risposta adeguata a bisogni di cura che per lo più non trovano riconoscimento e supporto, sebbene i dati sulla prevalenza della Dipendenza Sessuale indichino che essa costituisce un problema di salute pubblica.

### Bibliografia

1. Amundsen E. et Al. Chemsex among Men who have Sex with Men: a systematic scoping review of research methods. *Journal of Homosexuality*, 2024, Vol. 71, N°. 6, 1392–1418 <https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2170757>
2. Barth, R. J. & Kinder, B. N. The mislabeling of sexual impulsivity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1987, 13(1), 15–23. <https://doi.org/10.1080/00926238708403875>
3. Briken P. et Al. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior disorder: a sexual medicine perspective. *Sexual Medicine Reviews*, 2024, 12, 355-370
4. Carnes P. *Out of the shadows. Understanding sexual addiction*. Minneapolis, CompCare Publishers, 1983
5. Coleman E. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minnesota Medicine*, 01 Jul 2003, 86(7):42-47 - PMID: 12921375
6. Coronado-Muñoz Marina et Al. Sexualized drug use and Chemsex among Men who have Sex with Men in Europe: A systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Med.* 2024, 13, 1812; <https://doi.org/10.3390/jcm13061812>
7. De Alarcón Rubén. Online porn addiction: What we know and what we don't—A systematic review. *J. Clinical Medicine*, 2019, 8, 91; doi:10.3390/jcm8010091
8. Dhuffar M.K. et Al. Barriers to female sex addiction treatment in the UK. *Journal of Behavioral Addictions* 5(4), pp. 562–567 (2016); DOI: 10.1556/2006.5.2016.072
9. Dickenson JA et Al. Prevalence of distress associated with difficulty controlling sexual urges, feelings, and behaviors in the United States. *JAMA Netw Open*. 2018;1(7)
10. Gold, S. N., & Heffner, C. L. Sexual addiction: Many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*, 1998, 18(3), 367–381; [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00051-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00051-2)
11. Grubbs J.B. et. Al. Sexual Addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review*, 2020; <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925>
12. Hall P. The moral maze of sex & porn addiction. *Addictive Behaviors*, 2021 <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107054>
13. Pistre N. et Al. Should problematic sexual behavior be viewed under the scope of addiction? A systematic review based on DSM-5 substance use disorder criteria. *Addictive Behaviors Reports* 18, 2023; <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100510>
14. Von Krafft-Ebing Richard. *Psychopathia sexualis*, 1886