

10.2

UNA RIFLESSIONE SUI COMPORTAMENTI SESSUALI PROBLEMATICI IN PAZIENTI AFFERENTI AI SERD

Bonini S.*[1], Amirian V.N.[2], Iozzi A.[3]

[1]Azienda Usl Toscana Centro, UFS SerD C ~ Firenze ~ Italy, [2]Libera Professionista ~ Firenze ~ Italy, [3]Azienda Usl Toscana Centro, Direttrice UFC Zona 1 Firenze e UFS SerD C - Firenze - Italia ~ Firenze ~ Italy

L'esperienza dell'équipe Dipendenze Comportamentali presso il SerD C del Quartiere 5 di Firenze.

Negli ultimi anni, nei Servizi per le Dipendenze, si è assistito ad un progressivo incremento di interesse e di attenzione, sia da un punto di vista clinico che teorico, verso i comportamenti sessuali problematici dei pazienti e la frequente, seppur sottovalutata, co-morbidità di questi comportamenti con un disturbo da uso di sostanze psicoattive e/o un'altra addiction comportamentale come il disturbo da gioco d'azzardo. Da una review dei modelli teorici presenti in letteratura, ciò che sembra emergere, primariamente, per la comprensione delle problematiche sessuali e dei possibili quadri di poli-dipendenza, è la complessa interazione esistente fra fattori biologici, psicologici e sociali. Il modello integrativo biopsicosociale (Fernández et al, 2021, Weizman et al, 2022) cerca di dare una spiegazione all'interazione fra questi fattori che influenzano il comportamento e che, nello specifico, possono innescare e mantenere comportamenti disfunzionali. Fra i fattori biologici, si ritrovano i meccanismi neurofisiologici, i circuiti neurotrasmettitoriali e della ricompensa, e la predisposizione genetica. Fra i fattori psicologici, possono avere un ruolo aspetti quali meccanismi di coping disfunzionali e disregolazione emotiva, caratteristiche di personalità, fra cui impulsività e compulsività, traumi e attaccamento disorganizzato. Fra i fattori sociali, si ritrovano elementi quali la normalizzazione di comportamenti nella società (es assunzione di alcolici), la disponibilità e l'accessibilità dell'ambiente in cui viviamo (es sessualizzazione dei media), le esperienze relazionali disfunzionali e i modelli relazionali disadattivi, le dinamiche di gruppo

– peer pressure, le condizioni di precarietà, marginalità e di disagio sociale.

Come afferma E. Lambiase (Lambiase, 2019), tutti gli esseri umani nutrono un profondo desiderio di essere felici e di raggiungere uno stato di serenità interiore. Spesso, le dipendenze da uso di sostanze e l'addiction sessuale nascono/vengono alimentate da un tentativo disfunzionale di autoregolazione emotiva. Nello specifico, analogamente a quanto accade con l'uso di sostanze psicoattive, la persona può usare il comportamento sessuale per indurre un'alterazione dello stato emotivo, nella speranza illusoria di accedere a stati affettivi positivi altrimenti irraggiungibili. Tuttavia, la messa in atto di comportamenti di addiction rappresenta una strategia disfunzionale per la gestione dello stress, dell'ansia e di pensieri intrusivi negativi. Il temporaneo sollievo emotivo è infatti accompagnato da un progressivo distacco dalla realtà, che si traduce in un senso di isolamento sia fisico che psicologico. Tale condizione è vissuta dalla persona come una sofferenza profonda e paralizzante, rispetto alla quale si percepisce impotente e priva di strumenti per attuare un cambiamento.

La maggior osservazione e conoscenza delle problematiche sessuali e di possibile poli-dipendenza, oggetto di questo elaborato, nei pazienti afferenti ai SerD ha posto/pone nuove e complesse sfide in relazione, soprattutto, alla necessità di progettare e attivare percorsi di valutazione e di presa in carico specifici. Si è così resa indispensabile sempre più, negli ultimi anni, la definizione e l'implementazione di programmi strutturati capaci di intercettare la domanda esplicita o latente e di fornire risposte cliniche adeguate.

Tuttavia, la valutazione e la gestione clinica delle problematiche sessuali possono presentare importanti criticità. Nel caso dell'addiction sessuale, una criticità è rappresentata dal fatto che si tratta di una dipendenza comportamentale ancora oggetto di studio e non pienamente riconosciuta nei principali sistemi diagnostici internazionali. Inoltre, in generale, nei disturbi sessuali, a differenza delle dipendenze da uso di sostanze, non è possibile prescrivere l'astinenza completa dal comportamento sessuale, essendo quest'ultimo una componente fisiologica e funzionale della vita dell'individuo. Per questo motivo, il lavoro terapeutico si focalizza sulla costruzione di uno stile di vita sessuale sano e integrato, volto all'eliminazione dei comportamenti disfunzionali e alla promozione del benessere psicosessuale complessivo. L'obiettivo del trattamento non è dunque la soppressione della sessualità, ma il suo riequilibrio attraverso la ristrutturazione di significati, abitudini e vissuti emotivi che la sostengono. Quando si parla di queste problematiche, un'altra criti-

cità è rappresentata dalla difficoltà del coinvolgimento del partner e della famiglia nel percorso del paziente. I programmi terapeutico-riabilitativi SerD prevedono, infatti, il coinvolgimento attivo dei congiunti se presenti ed il paziente acconsente. Spesso, però, i soggetti che si rivolgono al Servizio primariamente per una problematica sessuale lo fanno in maniera riservata, senza informare il partner o i familiari mostrando sentimenti di vergogna e timore di essere giudicati. Maggiori possibilità di lavoro sulla famiglia si intravedono, invece, nei casi di soggetti che presentano un quadro di comorbidità dove la problematica sessuale, spesso latente, emerge in momenti successivi del percorso in cui sono già stati coinvolti il partner e/o i familiari. In tali situazioni, è stato visto che la famiglia rappresenta una risorsa fondamentale nel percorso di cura, sia in termini di supporto che di collaborazione terapeutica. Dunque, sebbene il coinvolgimento dei familiari in questi casi sia complesso e delicato, è auspicabile la creazione di spazi dedicati anche a loro. Il disagio sessuale, infatti, può avere ripercussioni significative sulla coppia e/o sull'intero nucleo familiare. Anche l'intervento clinico rivolto ai partner e/o ai familiari di questi pazienti rappresenta un ambito ancora poco sviluppato e, per questo, meriterebbe maggiore attenzione e strutturazione all'interno dei Servizi. A queste osservazioni va, infine, aggiunto un altro elemento: la difficoltà che gli Operatori, non adeguatamente formati, percepiscono nell'affrontare con il paziente la tematica della sessualità, nell'analizzarla nelle sue sfaccettature e nel trattarla.

In riferimento a quanto detto, il SerD C di Firenze ha, da qualche anno, fortemente sentito la necessità di approfondire e formarsi su queste tematiche per accogliere funzionalmente il paziente, arrivare a comprendere pienamente il suo disagio e per definire un trattamento che possa prendere in considerazione tutte le problematiche presentate dallo stesso. È così che dal 2023 gli Operatori hanno cominciato a formarsi partecipando al Master Universitario di II livello promosso dall'Università degli Studi di Firenze in "Clinica e Assessment delle Dipendenze Comportamentali" dove un focus formativo è stato sui comportamenti sessuali problematici. Nel 2024, è stato invece organizzato un evento formativo ad hoc su "Dipendenza sessuale da cybersex". Negli ultimi tre anni si è inoltre provveduto ad una periodica e costante autoformazione fra Operatori, su queste tematiche, ai fini di condividere le rispettive esperienze e di riflettere su specifici protocolli di valutazione e di intervento partendo da un'analisi dei casi clinici.

Domande, dubbi e riflessioni su questi argomenti sono

tutt'oggi cocenti considerando, peraltro, i dati dei nostri Servizi che ci forniscono un'idea dell'entità del problema e sottolineano la necessità di un'attenzione mirata. I dati presenti in letteratura, seppur non sempre uniformi, segnalano, in media, tassi di comorbidità tra disturbo da uso di sostanze e comportamenti sessuali problematici compresi fra il 21% e il 42% (Snaychuk et al, 2024). Per avere un'idea del fenomeno, anche nella nostra realtà, abbiamo deciso di analizzare un campione opportunistico di 250 utenti (pazienti in carico ad una Psicologa operante c/o il SerD C di Firenze). In questo campione, il 28% dei pazienti presentano comportamenti sessuali problematici; di questi, il 4% si sono rivolti al Servizio lamentando esclusivamente una problematica di tipo sessuale, il 7% praticano Chemsex, il restante 89% si caratterizzano come poli-dipendenti o, comunque, presentano un disturbo da uso di sostanze o un'addiction comportamentale in associazione a problematiche sessuali.

Il gruppo dei "dipendenti sessuali" è rappresentato da pazienti, tutti di sesso maschile, che presentano masturbazione compulsiva, usano pornografia online, frequentano chat erotiche e ricorrono alla prostituzione virtuale e/o vis à vis. Nel nostro campione, ritroviamo uomini di età compresa fra i 20-30 anni, di orientamento eterosessuale o bisessuale, che non usano alcuna sostanza psicoattiva. Presentano comportamenti sessuali eccessivi, persistenti e incontrollati che interferiscono con la vita quotidiana e con le loro relazioni. Sono soggetti tendenzialmente ben integrati nella società - studenti universitari o lavoratori - e con buone risorse personali. In anamnesi non emergono traumi significativi né eventi stressanti acuti riconducibili direttamente alla sintomatologia sessuale. Un elemento ricorrente emerso durante i colloqui è la condizione di solitudine emotiva e relazionale, che sembra rappresentare un fattore significativo nella genesi e nel mantenimento del disturbo. Questi pazienti accedono al Servizio in assenza del supporto familiare perché non hanno comunicato ai propri congiunti né il disagio legato alla sessualità né l'intenzione di intraprendere un percorso terapeutico. Presentano, solitamente, relazioni ambivalenti e disfunzionali con uno o entrambi i genitori che vengono spesso rappresentati come giudicanti, ansiosi e controllanti, eccessivamente normativi, poco propensi ad un dialogo emotivo. In questi contesti, è stato, prevalentemente, veicolato il messaggio di sesso come argomento sporco, come un tabù.

Il gruppo dei "chemsex" è rappresentato da pazienti, tutti di sesso maschile, che fanno un uso intenzionale di sostanze psicoattive per facilitare o intensificare l'attività sessuale aumentando il piacere, prolungando

i tempi dei rapporti e per ridurre le inibizioni. Nel nostro campione, ritroviamo uomini di età compresa fra i 30-50 anni, di orientamento omosessuale, che usano MDPV Metilenediossiprovalerone e/o Cocaina e Crack tendenzialmente, ma non solo, in contesti di sesso gruppale. I nostri utenti presentano disturbi dell'umore prevalentemente di tipo bipolare e sintomi psicotici correlati all'uso di sostanze stimolanti. Sono soggetti più compromessi a livello psicoemotivo e rispetto alla qualità di vita (presentano problematiche di salute fisica, precarie condizioni lavorative ed economiche, ridotte relazioni sociali). Riportano storie traumatiche, legate al periodo dell'infanzia-adolescenza, anche a livello sessuale. Provengono da nuclei familiari multiproblematici con elevata familiarità per disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze e/o addiction comportamentali.

L'89% del gruppo è caratterizzato da pazienti, sia di sesso femminile che maschile, che presentano una dipendenza da sostanze psicoattive (eroina, alcol, cocaina, ma anche ketamina) o, in una percentuale minore, un disturbo da gioco d'azzardo in associazione a comportamenti sessuali problematici che spesso non vengono riconosciuti come tali e che emergono quando il percorso è già avviato. Questo è un gruppo molto eterogeneo in cui si individua un uso compulsivo della sessualità come strategia di coping emotivo e relazionale, ma, anche, disfunzioni sessuali ovvero disturbi che comportano difficoltà persistenti e significative nel ciclo di risposta sessuale.

Da notare che in questo gruppo, a differenza dei precedenti, troviamo, quasi in egual misura, il sesso femminile che è ugualmente soggetto a sviluppare problematiche sessuali che vengono, tuttavia, maggiormente sottaciute. Le donne spesso si vergognano di identificare il loro problema come dipendenza da sesso o, per la scarsa consapevolezza, la chiamano "dipendenza dall'amore o dal rapporto". Lo stigma culturale, il senso di vergogna ed il ritardo nel chiedere aiuto sono molto di più rilevanti nel genere femminile. Anche la stessa ricerca sulla dipendenza sessuale è stata condotta soprattutto sui maschi; il problema nelle donne è stato in gran parte ignorato.

Abbiamo provato a sottocategorizzare quest'ultimo gruppo individuando tre sottotipi di pazienti maggiormente rappresentati e con caratteristiche comuni:

- giovani donne di età compresa fra i 20-30 anni, ma in alcuni casi anche minorenni, che hanno una dipendenza da sostanze e una sessualità promiscua ad alto rischio per la propria salute fisica e psicologica, di cui sono scarsamente consapevoli. Sono ragazze che presentano, solitamente, anche un disturbo di personalità e che usano il sesso per definirsi, per sentirsi o comun-

que per ricercare l'attenzione e coltivare legami relazionali. Si ritrovano spesso in questo gruppo situazioni di sesso mercificato e di oggettivazione sessuale dei corpi (fenomeno Onlyfans). Ragazze spesso sole e senza punti di riferimento o anche accompagnate da famiglie, spesso problematiche, che faticano a comprendere e ad accettare e che tendono, per questo, ad essere piuttosto espulsive.

- giovani uomini di età compresa fra i 20-30 anni che hanno una dipendenza da sostanze ed un'identità sessuale non ben definita e strutturata. Presentano, tendenzialmente, vissuti ansioso-depressivi, senso di impotenza, bassa autostima, sensibilità al giudizio. Riportano difficoltà di accettazione del proprio corpo anche in riferimento alle componenti sessuali. In alcuni casi si sono riscontrate forme di narcisismo covert. Le famiglie sono presenti, ma risultano non molto supportive e sono state poco presenti, protettive e contenitive durante le fasi di sviluppo psico-affettivo del paziente. Questi pazienti praticano spesso sesso segreto di tipo auto-erotico o ricorrono a servizi sessuali a pagamento. Solitamente l'atto sessuale è collegato a forti sensi di colpa e di vergogna.

- uomini e donne di mezza età che presentano disfunzioni sessuali, fra cui disfunzione erettile, anorgasmia/eiaculazione ritardata, eiaculazione precoce, riduzione del desiderio sessuale, assenza del piacere sessuale – sexual numbing. Queste problematiche vengono spesso attribuite dai pazienti al solo uso di terapie (come metadone, psicofarmaci), negando o sottovalutando l'influenza dell'uso persistente e cronico di sostanze. In molti casi le difficoltà sessuali sono pregresse alla dipendenza. Spesso, infatti, le sostanze vengono utilizzate per ridurre l'ansia da prestazione e la vergogna, per aumentare il desiderio, la sensazione di piacere, la durata, per sentirsi più disinibiti e spontanei. L'uso di sostanze per fare sesso può facilmente trasformarsi in un circolo vizioso soprattutto quando queste diventano una condizione necessaria per vivere la sessualità o per tollerare l'intimità. Il sesso sobrio diventa così noioso, difficile, insoddisfacente e lascia spazio al sesso programmato, pianificato in funzione dell'uso di sostanze. Spesso queste problematiche vengono vissute all'interno di coppie stabili dove vi è una condivisione dell'uso di sostanze e anche di una routine sessuale disfunzionale. Nel caso in cui uno dei due partner non è invece coinvolto, quanto sopra diventa motivo di incomprensioni, di litigi e di possibili rotture relazionali. In questo gruppo, e soprattutto nel sesso femminile, si può assistere, anche, a situazioni in cui, diversamente da quanto sopra, si va incontro ad un appiattimento sessuale; molte donne arrivano, infatti, ad escludere il sesso dalla propria vita con importanti

ripercussioni sul proprio benessere e, là dove esistente, sulla relazione di coppia.

Quando una persona si presenta al Servizio riferendo una problematica sessuale in comorbidità o meno all'uso di sostanze o quando, durante il percorso terapeutico-riabilitativo del paziente, si rilevano, anche, difficoltà di tal tipo, è fondamentale indagare la situazione per fornire una risposta di cura efficace. Il protocollo per i comportamenti sessuali problematici adottato dal Servizio in queste situazioni, e sotto descritto, si applica integralmente o parzialmente, talora con tempistiche diverse, a tutta la casistica sopra rappresentata.

Per raccogliere in modo preciso e sistematico l'anamnesi dello sviluppo psicosessuale del soggetto sono stati introdotti incontri supplementari specifici, che affiancano la valutazione psicodiagnostica e le visite medico-psichiatriche. Il protocollo prevede, infatti, che il paziente venga sottoposto a una batteria di test psicodiagnostici e ad incontri mirati alla raccolta dell'anamnesi dello sviluppo psicosessuale. La batteria di test psicodiagnostici utilizzata è finalizzata: a rilevare un disturbo additivo e a valutare alcune dimensioni psicologiche legate all'addiction; nello specifico, a screenare sintomi di dipendenza sessuale e comportamenti sessuali disfunzionali; a definire l'attuale equilibrio psico-emotivo del soggetto; a tratteggiare le principali caratteristiche di personalità. I test sono in ordine: ABQ Addictive Behavior Questionnaire (Caretto et al, 2016); Bysas Bergen Yale Sex Addiction Scale (Soraci et al, 2021); SCL-90-R Symptom Checklist-90-R (Sarno et al, 2011); PID-5 Personality Inventory for DSM-5 (Fossati et al, 2021).

La raccolta dell'anamnesi dello sviluppo psicosessuale è mirata ad esplorare, in chiave sia diacronica che sincronica, tutti gli aspetti che caratterizzano l'esperienza sessuale della persona. La dimensione diacronica si riferisce alla storia dello sviluppo psicosessuale, comprendendo l'educazione sessuale ricevuta, l'atteggiamento del contesto familiare e sociale nei confronti della sessualità, i messaggi trasmessi riguardanti affettività, intimità e sessualità (in termini di incoraggiamento, evitamento o repressione), nonché la possibile presenza di traumi o abusi. La dimensione sincronica, invece, concerne le modalità, i ritmi e le caratteristiche delle esperienze sessuali attuali. L'analisi approfondita del contesto socio-relazionale di provenienza permette all'équipe di inquadrare il sintomo riportato all'interno di una cornice personologica e ambientale più ampia e articolata. Conclusa la valutazione, al paziente viene restituito un quadro clinico complessivo, dato dalla conoscenza avuta attraverso i colloqui, i test e l'anamnesi psicosessuale. A seguire,

viene consegnato uno strumento di auto-monitoraggio finalizzato all'osservazione e registrazione sistematica delle problematiche sessuali nonché dell'eventuale craving (diario basato sul modello ABC che analizza i trigger, i pensieri e le credenze, le conseguenze fisiologiche, emotive e comportamentali). Questo strumento consente al paziente di acquisire maggiore consapevolezza rispetto alle caratteristiche del sintomo e ai fattori di rischio e protettivi associati. Il successivo intervento terapeutico individualizzato può prevedere: visite mediche per monitorare lo stato di salute del paziente e l'eventuale terapia farmacologica in atto, per informarlo/educarlo sui rischi medici associati a comportamenti sessuali problematici, sulla prevenzione di patologie correlate (infezioni da HIV, HCV, HBV, la sifilide e/o altre MTS) nonché sulla Profilassi Post-Esposizione (PPE) a situazioni di rischio per HIV; interventi di supporto psicologico e psicoterapico che mirano, in primis, ad aumentare la consapevolezza del problema e la motivazione al cambiamento e ad intervenire su aspetti specifici quali autoefficacia, autocontrollo, fattori scatenanti e di mantenimento del problema, funzionamento relazionale ed affettivo; rieducazione all'affettività (fra cui riconoscimento e gestione di emozioni e bisogni affettivi, comunicazione assertiva e gestione dei conflitti relazionali) e alla sessualità (favorire un sessualità sana e responsabile); quando possibile, coinvolgimento del partner e/o della famiglia; quando opportuno, l'invio ai gruppi di auto aiuto presenti sul territorio (gruppi SAA Sex Addicts Anonymous che si basano sul modello dei 12 Passi degli Alcolisti Anonimi). Da tempo, il Servizio collabora con la realtà dei gruppi di auto-aiuto permettendo al paziente un supporto fra pari anonimo, gratuito e non giudicante. Grazie alla conoscenza degli sponsor, il Servizio può garantire un inserimento graduale e accompagnato del paziente nel gruppo. Solitamente vengono, infatti, svolti uno o più colloqui di conoscenza fra il paziente ed un membro del gruppo c/o il SerD alla presenza di un Operatore di riferimento. Con l'inserimento nel gruppo SAA, il paziente lavora, anche, sull'utilizzo dello strumento dei "Tre Cerchi", un metodo pratico ed efficace per identificare i comportamenti disfunzionali, quelli incerti e quelli funzionali al mantenimento della sobrietà sessuale. Come descritto nel testo "Strumenti di recupero. Una guida pratica per i nuovi membri di SAA", tale strumento prevede una definizione condivisa della sobrietà sessuale tra il nuovo membro e il proprio sponsor, suddivisa in tre aree. Il Cerchio Interno identifica i comportamenti sessuali compulsivi e disfunzionali dai quali la persona ha scelto di astenersi completamente. Il Cerchio Intermedio concerne comportamenti a rischio, ambigui

o di minore intensità che possono rappresentare segnali di allarme. Il Cerchio Esterno riguarda attività e comportamenti salutari, funzionali al benessere personale, al recupero e alla connessione relazionale e spirituale con gli altri membri del gruppo. Mentre i comportamenti inclusi nel Cerchio Interno tendono a rafforzare l'isolamento e la compulsione, quelli del Cerchio Esterno promuovono l'integrazione sociale e il mantenimento del contatto con la realtà, elementi chiave per un processo di cura efficace e duraturo. Là dove possibile, come già sottolineato, il coinvolgimento del partner e/o dei familiari diventa un obiettivo fondamentale dell'intervento terapeutico anche sulle problematiche sessuali. È importante, infatti, aiutare i congiunti a: comprendere le difficoltà specifiche del paziente che possono essere primarie o conseguenze e fattori di mantenimento di altre dipendenze; favorire e mantenere un dialogo aperto sui temi della sessualità, dell'affettività e dell'intimità; favorire un ambiente relazionale funzionale e stabile; divenire una risorsa per la cura sostenendo il paziente nei vari step, facilitando la compliance dello stesso al trattamento e prevenendo comportamenti pericolosi e ricadute; definire confini e responsabilità (cosa possono fare concretamente).

I disturbi della sessualità associati a disturbi da uso di sostanze e/o a dipendenze comportamentali rappresentano un fenomeno contemporaneo che, soprattutto nei contesti metropolitani, sta assumendo connotazioni sempre più rilevanti e pervasive. Solo con un appropriato programma terapeutico è possibile far emergere, comprendere ed analizzare le dinamiche sottostanti al quadro clinico, promuovere una maggiore consapevolezza ed un graduale cambiamento dello stile di vita. L'assenza di un dibattito e di un serio confronto scientifico rischia, però, di relegare questo tipo di disturbo ad una problematica riguardante solo una minoranza, poco conosciuta, accessibile e compresa da pochi. In realtà sono evidenti le importanti implicazioni dal punto di vista fisico, psicologico e sociale di questi disturbi. È noto, inoltre, come la sessualità può rimanere spesso avvolta in una certa reticenza culturale anche da parte dei professionisti sanitari. Pertanto, un altro aspetto rilevante è la necessità di un'adeguata e specifica formazione degli Operatori dei SerD per riconoscere ed affrontare questi disturbi con empatia e competenza, offrendo un supporto appropriato a specifici bisogni, senza giudizio né stigmatizzazione. La sensibilità e la competenza sono, infatti, elementi fondamentali per garantire interventi efficaci e di qualità. Infine, si deve tener presente che si tratta di un fenomeno non riguardante solo la popolazione maschile

omosessuale, ma di un fenomeno trasversale con un trend in espansione che richiede un attento monitoraggio e una risposta mirata.

Bibliografia

- Fernández, D.P., Gullo, M.J. & Dawe, S. (2021). Psychosocial and neurobiological mechanisms of addiction and sexual compulsivity: Toward an integrated model. *Addictive Behaviors Reports*, 14, 100368.
- Lambiase, E. (2019). *La dipendenza sessuale. Diagnosi e strumenti clinici*. Carocci Editore: Roma.
- Snaychuk, L.A., Dermody, S.S., Tabri, N. Basedow, C.A., Kim, H.S. (2024). Co-occurring compulsive sexual behavior in an inpatient substance use population: Clinical correlates and influence on treatment outcomes. *J. Behav. Addict.*, 13 (2), 676-686.
- Weizman, A., Keren, H. & Weinstein, A. (2022). Common Features in Compulsive Sexual Behavior, Substance Use Disorders, Personality, Temperament and Attachment – A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (1), 296.