

L'Approccio Strategico nelle dipendenze sessuali e affettive

Dipendenze comportamentali

Tra i disturbi mentali diffusi negli ultimi tempi, vi sono le cosiddette “dipendenze comportamentali” quali: Dipendenza patologica dal gioco o Gambling, Dipendenza da Internet, Spesa compulsiva, Dipendenza sessuale, Dipendenza da cybersesso, Dipendenza affettiva (Caretti, La Barbera, 2005).

Premesso che, per la maggior parte delle persone, queste attività rappresentano parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana, per alcuni individui possono assumere caratteristiche patologiche e provocare conseguenze anche molto gravi.

Elemento particolarmente rilevante nelle dipendenze comportamentali è l'incapacità della persona di orientare i propri comportamenti verso uno scopo, di governarli e di controllare i propri impulsi.

Le tipologie di conseguenze comuni alle varie dipendenze comportamentali intaccano il livello economico, quello emotivo, cognitivo, sociale ed economico.

Si assiste spesso a una diminuzione del patrimonio familiare del soggetto, dovuta alle spese che riguardano direttamente il comportamento oggetto della dipendenza, oppure alla perdita del posto di lavoro a causa di comportamenti compulsivi interferenti con l'attività lavorativa.

A livello emotivo, si evidenzia una repressione e incapacità di gestione dei sentimenti e delle emozioni, una vera e propria interruzione della crescita emotiva; lo sviluppo di sentimenti negativi quali senso di colpa e vergogna, depressione, perdita di scopi per la propria vita.

A livello cognitivo, si riscontrano problemi di attenzione, quali, mancanza di concentrazione, acuità mentale, vivacità e vigilanza. Avviene un'intrusione di pensieri e fantasie non volute, distorsioni sul modo di pensare (mentire, negare, razionalizzare, minimizzare e proiettare) e convinzioni di base disfunzionali (vergogna, inadeguatezza, riguardo se stessi, i propri bisogni, le relazioni e il comportamento dal quale dipendono).

Per ciò che riguarda il livello sociale si riscontrano problemi d'interazione; incapacità di aprirsi agli altri, di relazionarsi in maniera intima e di comprendere i propri stati emotivi, pensieri e bisogni; un isolamento progressivo, e l'instaurazione di amicizie superficiali o manipolative. L'interesse, in questo tipo di relazioni, è rivolto quasi esclusivamente a quello che si può ottenere dagli altri. Inoltre si riscontrano gravi problemi nelle relazioni matrimoniali dovuti a trascuratezza o comportamenti provocatori ed aggressivi.

In questo elaborato intendiamo occuparci solo di alcune di queste dipendenze comportamentali, focalizzando l'attenzione sulle *Dipendenze sessuali*, da *cybersesso*

e le *Dipendenze affettive*; infine sul relativo trattamento terapeutico, soffermandoci in particolare *sull'Approccio Strategico*.

Dipendenza sessuale e Dipendenza da Cybersesso

La *Dipendenza sessuale* è definita come una relazione patologica con il sesso, attraverso cui la persona si rifugia nella ricerca di un piacere che possa alleviare lo stress, permettere di fuggire da sentimenti negativi e dolorosi, dalle relazioni intime che non è capace di gestire. Tale relazione dà l'illusione di controllare tutte queste difficoltà e quindi la vita stessa (Lambiase, 2001).

Questo rapportarsi patologico s'impone come bisogno primario; tutto il resto viene sacrificato, comprese le persone, che diventano secondarie rispetto al proprio desiderio sessuale.

Si perde il controllo sulla capacità di dire no e sulla propria abilità di scegliere.

Le principali caratteristiche comportamentali delle dipendenze sessuali sono atteggiamenti fuori dal controllo, con gravi conseguenze dovute ai comportamenti sessuali; incapacità di smettere nonostante tutto; persistente conseguimento di comportamenti autodistruttivi e rischiosi; crescente desiderio e sforzo di controllare i comportamenti sessuali; ossessioni sessuali e fantasie; incremento dell'attività sessuale con gravi cambiamenti di umore dovuti ad essa; smodato aumento di tempo speso alla ricerca di esperienze sessuali; trascuratezza nei confronti delle altre attività, sociali e lavorative, ed altro ancora.

L'euforia del dipendente dura il tempo del rituale sessuale: cessato l'orgasmo si sperimentano sentimenti negativi di auto-svalutazione rispetto ai quali subentra un bisogno di sollievo e si alimenta così un circolo vizioso progressivo che rende la vita impossibile da gestire.

In alcuni casi si ha una così grave perdita di contatto con le proprie emozioni che, dopo l'atto sessuale, non si riesce più a provare emozioni che siano positive o negative: rimane il senso di vuoto emotivo e l'indifferenza.

Statistiche recenti hanno dimostrato che questa patologia interessa il 6,5% dei maschi e il 3% delle femmine italiane in età compresa tra i venti e i quarantacinque anni, e presenta una recidività molto elevata.

Per quanto riguarda invece la *Dipendenza da Cybersesso* essa è definita come un'attività sessuale messa in atto attraverso l'uso di tecnologia digitale; lo strumento principale è il mondo di Internet, attraverso cui è possibile scambiarsi video, file audio, storie, fot, in tempo reale (Lambiase, 2003).

Le caratteristiche principali di questa dipendenza sono: un pensiero frequentemente occupato dal sesso on line, con un ripetuto sforzo di controllare o eliminare questa pratica; conseguenti stati di agitazione o irritabilità; utilizzo del sesso "virtuale" per fuggire o alleviare problemi; sentimenti disforici come disperazione, senso di colpa, ansia o depressione; la ripetitività di questa pratica sessuale giorno dopo giorno, alla ricerca di un'esperienza sempre più intensa o rischiosa.

Tutto questo include comportamenti complementari, come mentire ai familiari, ai terapeuti, alle persone vicine; commettere atti sessuali on line illegali (es. pedopornografia); conseguenze negative riguardanti le proprie relazioni primarie, il lavoro, lo studio, le finanze; negazione della dipendenza nonostante l'evidenza delle conseguenze negative.

L'esordio e l'evoluzione compaiono rapidamente; il sesso diviene un rifugio nel quale la persona può fuggire da una vita caratterizzata dal sentimento della vergogna e dalle convinzioni di base disfunzionali, per accedere a una realtà nella quale sperimenta, illusoriamente, un sentimento di connessione interpersonale, il controllo dei propri comportamenti, una sensazione di piacere e l'idea di una vita piena di significato.

Livelli di Dipendenza sessuale

Secondo Carnes (2001) ci sono *tre* livelli che classificano la gravità della dipendenza. Il *primo* comprende comportamenti considerati come normali, accettabili o tollerabili. Il *secondo* si estende fino a quei comportamenti che sono chiaramente vittimizzanti e per i quali sono previste sanzioni legali.

Infine il *terzo* abbraccia quei comportamenti che hanno gravi conseguenze per la vittima e legali per il dipendente.

La presenza di tre livelli non vuol dire che una persona non possa distruggere la propria vita al primo livello. Inoltre è raro che una persona metta in atto comportamenti sessuali compulsivi di un solo tipo. Molto più spesso ne mette in atto diversi, appartenenti anche a diversi livelli.

Ad ogni livello corrisponde una *fase*: nella *prima* fase si presenta una pratica di masturbazione ossessiva, promiscuità sessuale, eccessive fantasie sessuali, pratiche sessuali con l'ausilio di mezzi di comunicazione come il telefono, uso di materiale pornografico; comportamento sadistico o masochistico; travestitismo e feticismo. Nella *seconda* fase il comportamento sessuale tende verso l'esterno, con espressioni sessuali in luoghi pubblici, telefonate oscene a persone sconosciute, fino a degenerare in vera e propria necrofilia, esibizionismo, froterismo, prostituzione, voyeurismo, molestie sessuali.

Nella *terza* fase si arriva a mettere in atto abusi sessuali con e senza pedofilia: sesso con bambini o minorenni e adulti deboli o non coscienti, come individui sotto effetto di droghe o portatori di handicap, o più in generale, con chiunque non sia consenziente.

Inoltre, in tutti i pazienti affetti da questa sindrome, è tipico il mutamento del tono affettivo dovuto al discontrollo sessuale, per cui a un primo stadio di euforia segue immediatamente una fase depressiva caratterizzata da vergogna.

A Livello Fisico di frequente, in questi pazienti, si associano altre disfunzioni sessuali, insonnia, ipertensione, deficit del sistema immunologico.

A Livello Emotivo l'individuo può rendersi conto di essere malato, ma non ha il coraggio di chiedere aiuto, si isola dal mondo circostante, sperimenta sentimenti d'impotenza, pensieri paranoici, manie di persecuzione legate ad ossessioni e distrazioni.

Carnes pone altri classici segni di dipendenza sessuale che fanno loro da sfondo, come *lo sfruttamento degli altri*: molti dei comportamenti, difatti, vittimizzano le persone con cui il dipendente ha dei rapporti sessuali, attraverso l'intrusione o l'utilizzo della forza. Il dipendente sessuale sfrutta la propria incapacità di instaurare relazioni intime come arma per attirare la gente a prendersi cura di lui.

Non reciprocità: i comportamenti includono isolamento. Tipicamente non danno origine a intimità o ad un incremento della vicinanza emotiva.

Oggettificazione: molti comportamenti privano di dignità le persone con le quali il dipendente ha rapporti, trasformandole in oggetti. Gli “oggetti” sessuali diventano facili da sfruttare e da manipolare allo scopo di vivere esperienze rischiose che aumentano lo stato di eccitazione.

L'enorme quantità di ossessioni e di fantasie può condurre il dipendente ad uno stato quasi di trance inconsapevole grazie al quale anestetizza la propria vita emotiva. L'eliminazione dei propri sentimenti può essere una conseguenza della dipendenza o la complicazione di trascuratezze o di abusi infantili che hanno distorto i sentimenti.

Insoddisfazione: i comportamenti spesso lasciano le persone nella disperazione che non basta comunque a convincerle che è meglio fermarsi.

Intensificazione della vergogna: i comportamenti danno origine a sentimenti di vergogna e segretezza. Con un senso di sé diminuito, i dipendenti sono meno capaci di porre degli adeguati confini, eccetto quelli che riducono il rischio di venir scoperti.

Fondamenta nella paura: la dipendenza sessuale affonda le proprie radici in pericoli, rischi e comportamenti illeciti che generano paura ed eccitazione.

Ipotesi eziologiche

Circa l'eziologia di questa sindrome s'intersecano fattori psicologici, neurobiologici e socio-culturali. Particolarmente suggestiva, anche se fino ad oggi troppo adottata, è l'ipotesi del meccanismo chiamato "*trauma reenactment*" ovvero ripetizione del trauma. Secondo essa le ragioni di questo comportamento risalirebbero ad abusi sessuali, fisici e psicologici pregressi, avvenuti con molta probabilità durante l'infanzia (Trippany, R. L., Helm, H. M., Simpson, L., 2006).

Altri fattori di rischio da tener presenti sono un'eccessiva esposizione a comportamenti sessualmente espliciti e pornografie di vario genere in età primo adolescenziale in contraddizione con un'educazione spesso rigida, carente dal punto di vista emotivo e restrittiva rispetto all'espressione sessuale.

Infine anche una marcata **comorbidità**. Spesso gli individui che soffrono di dipendenza sessuale presentano, infatti, altri disturbi come quelli dell'umore o di personalità e stati elevati di ansia.

Il carattere di elevatissima recidività, riguarda il fatto che le condotte ipersessuali sarebbero risposte condizionate a stati affettivi disforici come ansia, depressione, senso di vergogna.

Carnes, direttore del Sexual Disorder Service all'Istituto Meadows in Arizona (USA), propone un test, il SEXUAL ADDICTION SCREENING TEST (SAST-2004) che, analogamente al SOGS (The South Oaks Gambling Screen) è il risultato delle esperienze dei casi trattati nei gruppi di auto-aiuto, nei programmi terapeutici multimodali e da psicoterapeuti privati: esso permette di distinguere tra, coloro che hanno una compulsione verso il sesso, e coloro che hanno atteggiamenti normali o a rischio; esso è composto di 25 items con risposta dicotomica si/no.

La realtà è che relativamente a questo tipo di disturbo persistono ancora forti resistenze nelle possibilità di tarare e validare questi test sulla nostra popolazione.

Questo disturbo presenta inoltre un problema di diagnosi a causa di una frequente polidipendenza. Molti pazienti, difatti, manifestano molteplici dipendenze e spesso la guarigione è solo uno spostamento di sintomi. Spesso viene curata la dipendenza

dall'alcool mentre la dipendenza dal sesso, come seconda malattia, non viene riconosciuta.

Si riscontra, inoltre, una latenza del messaggio: il sesso patologico è spesso coperto dalla vergogna e per questo il paziente non ne vuole parlare o lo nasconde. A causa di questo atteggiamento, quando il paziente parla al medico del suo comportamento sessuale, non si apre, quindi si approda spesso ad una terapia non adeguata.

Per capire se si tratta di una "Sex Addiction", il clinico in primo luogo deve considerare fondamentale una buona anamnesi dei dipendenti e dei familiari che spesso può rivelare molestie sessuali o emozionali nell'infanzia. In seguito bisogna rilevare se i soggetti sono già dipendenti da alcol e/o da farmaci. E' importante rendersi conto ad esempio se un paziente ha rapporti con altri pazienti o membri durante la terapia e se ha delle crisi acute con il partner.

Le possibili terapie

La terapia, in fase iniziale, deve fissare gli obiettivi principali, resistere alle crisi di astinenza e costruire una rete di sostegno concreto coinvolgendo le persone in grado di aiutare il paziente.

Nella fase intermedia ci si deve concentrare maggiormente sugli aspetti emotivi e cognitivi del disturbo, in particolare sulle "convinzioni disfunzionali" inerenti al valore personale, la capacità di gestire le situazioni quotidiane, la bassa autostima, le proprie relazioni, la capacità di distinguere tra l'attrazione fisica e l'innamoramento;

ancora, si deve lavorare sulla paura e sull'impossibilità di raggiungere l'intimità affettiva per il timore di essere abbandonato. Ci si deve concentrare sui bisogni, con riferimento all'incapacità, sia di se stesso sia degli altri, di riuscire a soddisfarli adeguatamente, con la conseguenza di non essere più consapevole delle proprie necessità, in modo particolare le necessità affettive.

Si dovrebbe portare il paziente a lavorare sulla propria sessualità, considerato un bisogno primario e un mezzo per soddisfare le proprie esigenze, instaurare relazioni e sentirsi importanti.

In fase avanzata si deve continuare a lavorare sull'individuazione dei bisogni attuali del paziente. Si supporta il soggetto nella sperimentazione di strategie più consone a comunicare con l'altro; si cerca di portare il paziente a organizzare in modo diverso la quotidianità programmando delle attività senza "lasciare che accadano". Si deve facilitare soprattutto lo sviluppo di abilità riflessive orientate al problem solving. Si favorisce il lavoro di riflessione del paziente su rischi e conseguenze delle sue azioni e sulla capacità di monitoraggio dei propri contenuti mentali, aiutandolo a connettere emozioni, pensieri e comportamenti.

Uno dei primi obiettivi è aiutare il paziente a rivelare il proprio comportamento sessuale alle persone significative e al partner.

Un aspetto da considerare nella terapia delle dipendenze è l'assuefazione. La persona si abitua a un'attività, a una sostanza o ad un'altra persona e alla fine, in seguito al loro utilizzo, non sperimenta più il piacere che provava inizialmente. Nella prima fase della terapia, quindi, è importante che il soggetto si astenga da qualsiasi attività sessuale (si parla di 90giorni), aiutandolo a gestire i sintomi da astinenza.

Sono assolutamente necessarie delle supervisioni individuali e di gruppo.

Curare la dipendenza sessuale significa trattare allo stesso tempo gli aspetti compulsivi, ossia i tentativi di superare uno stato di disagio tanto quanto gli aspetti derivati dalla dipendenza, cioè dalla ricerca del piacere.

Per guarire bisogna elaborare anche quel processo, più sommerso, che genera la vera e propria dipendenza. Diversamente dalla terapia di disintossicazione dalle droghe,

nel caso di quella sessuale, l'obiettivo da raggiungere non è l'astinenza bensì permettere al paziente di sviluppare una sessualità equilibrata.

Dal punto di vista psicologico - psichiatrico le direttrici terapeutiche utili sono tre:

Le Terapie del profondo: questo tipo di psicoterapia, che si rifà solitamente al filone psico-dinamico, è indicata nei casi dove i conflitti individuali prevalgono sulle dissintonie nella relazione di coppia e devono essere trattati di per sé.

Le Terapie farmacologiche: per curare un sesso-dipendente si deve agire su vari piani. Tra le terapie farmacologiche sono efficaci quelle a base di antidepressivi e i medicinali che accrescono il livello di serotonina nel sistema nervoso che sembrano capaci di controllare e ridurre i comportamenti tipici di questo disturbo.

Naturalmente un trattamento di psicoterapia deve sempre essere associato.

Le Psicoterapie sessuali brevi: “Sono terapie brevi, della durata da dodici a venti sedute, che coinvolgono entrambi i membri della coppia e che tendono a lavorare sul sintomo sessuale. Nel corso di questi trattamenti, il terapeuta, seduta dopo seduta, prescrive comportamenti sessuali che la coppia dovrà sperimentare tra una seduta e l'altra e, sarà proprio il lavoro su quanto può o non può essere sperimentato, oltre che sulle vicende della relazione nella coppia, che avvierà il processo verso l'obiettivo desiderato” (Masters e Johnson, 1987).

Affinché una terapia sessuale di coppia abbia probabilità di successo, occorre la competenza del terapeuta, ma anche disponibilità al trattamento e al cambiamento di entrambi i membri della coppia e una loro buona motivazione alla cura.

E' necessario anche che la coppia abbia un ragionevole spazio di sintonia. Queste terapie, infatti, non possono essere opportunamente svolte quando tra i partner vi è ostilità o un conflitto troppo aspro.

Altri approcci psicoterapici: buoni risultati si possono ottenere anche con la Terapia Cognitivo - comportamentale; quella Individuale, che si concentra sulla risoluzione dei traumi infantili, sulle false convinzioni e sulla gestione delle conseguenze causate

dal disturbo; la Terapia Familiare e/o di Coppia serve invece a ristabilire comunicazione e fiducia tra soggetti: spesso anche il partner del dipendente deve seguire la terapia. Nella Terapia sessuale vera e propria s'interviene nelle fasi successive del trattamento, e infine, ma non ultimi come rilevanza, i Gruppi terapeutici.

Dovremmo, inoltre, soffermarci a riflettere sul concetto di *normalità* per distinguere cosa è sessualmente deviante e cosa è da considerarsi normale. Dovremmo chiederci qual è la differenza tra fantasia e la sua attuazione. Valide considerazioni sono state fatte dal Dott. M. Rinaldi, psicologo-psicoterapeuta, in *Normalità e devianza nella pratica sessuale*. In quest'articolo, Rinaldi parte da alcune osservazioni sulla psichiatria tradizionale, ricordandoci che ha permesso la classificazione di alcune condotte sessuali come perversioni, in accordo con il pensare comune. Tuttavia, il cambiamento dei costumi nel mondo occidentale ha provocato un notevole ampliamento del concetto di normalità negli ultimi anni.

Fino ad alcuni decenni fa, infatti, veniva classificata come perversione anche l'omosessualità, mentre oggi questo non accade più.

Il punto di vista della psicologia è chiaro: sul piano strettamente clinico, per parlare di perversione dell'impulso sessuale occorre la presenza di una fissazione della libido su una specifica pratica, che diviene quindi sostitutiva, in tutto o in parte, del normale amplesso. Il soggetto affetto vede quindi diminuire il proprio interesse e le capacità verso le manifestazioni "normali" del sesso ed è costretto, dalla sua stessa "forma mentis", a costruire il rapporto sessuale attorno ad uno schema particolare, ripetitivo, prefissato.

L'aspetto di anormalità nei rapporti sessuali presuppone una alterazione nella sfera relazionale, come la comparsa di comportamenti violenti o sopraffattori, o ancora, di negazione o svilimento dell'altro.

Però anche il rapporto con una prostituta, che mortifica la personalità della prestatrice d'opera, potrebbe essere considerato anormale, mentre sappiamo che il meretricio viene definito il "mestiere più antico del mondo".

Il discorso si sposta così sul concetto stesso di *normalità*:

Per definirlo, dovremmo prima definire l'essenza dell'essere umano, sconfinando così alla interpretazione filosofica: l'autore ci ricorda che pur non potendo essere affrontata in questa sede, perché troppo complessa, resta inteso che la questione è decisiva al fine dell'impostazione di una psicologia degna del proprio nome.

Il criterio che può guidarci meglio nella definizione della normalità del rapporto sessuale è forse il principio del *dialogo*. Il rapporto sessuale è un incontro con l'altro, e la devianza sessuale può essere definita proprio l'allontanamento da questa natura intrinseca del rapporto sessuale.

Dove l'aspetto dell'incontro sia negato o svilito e il rapporto sessuale divenga un rapporto d'uso, saremo alla presenza di una patologia; quando invece quest'aspetto viene rispettato e potenziato attraverso gesti di attenzione ed amore, magari anche ricchi di fantasia, siamo di fronte ad una normalità intesa nel senso migliore del termine, come realtà interiore.

“Colui che soffre di questa forma di dipendenza tende a fuggire dai problemi giornalieri ritirandosi in un mondo segreto di fantasie dove il sesso domina; egli si sente costretto ad avere continui rapporti sessuali provandone senso di colpa e vergogna; l'ossessione sessuale, spesso, interferisce in modo drammatico con le relazioni, gli affetti, le amicizie e la carriera, fino al punto da spingere, in alcuni casi, al tentativo di suicidio”, scrive in un suo studio, il professor Filippo Petruccelli.

Queste patologie sono state studiate particolarmente negli Stati Uniti e denominate già dal secolo scorso con i termini di ipersessualità, iperfilia, ipererotismo, erotomania, ninfomania, satiriasi, dongiovannismo, parafilia.

Di recente attualità sono invece, le denominazioni di desiderio sessuale iperattivo, compulsione sessuale, impulsività sessuale e dipendenza sessuale.

La realtà è che non esistono cliniche dove si curano solo le dipendenze sessuali e probabilmente sarà così finché non si arriverà a una definizione unica e comune di questo disturbo.

Esistono, piuttosto una serie di Istituti privati che affrontano tutte le patologie da dipendenza, come appunto il gioco d'azzardo, l'alcolismo, le dipendenze affettive e le dipendenze sessuali. Negli Stati Uniti, ma anche in Svizzera, in Germania e nei Paesi dell'Est, sono chiamate "cliniche di disintossicazione".

In Italia, attualmente, esistono quasi esclusivamente gruppi di auto-aiuto a Roma e a Milano, denominati S.L.A.A. (Sex and Love Addicts Anonymous) e seguono il "metodo dei 12 passi" mutuato dagli Alcolisti Anonimi. A questi si aggiunge il Centro per le Dipendenze Affettive e Sessuali, un Dipartimento dell'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie (ISP) di Roma, che si occupa di ricerca e clinica delle dipendenze relazionali.

Le Dipendenze affettive

Per quanto riguarda questo tipo di dipendenze, è la questione stessa a essere paradossale: l'amore, da un lato, è ciò che di più bello la vita possa offrirci, ma dall'altro, a volte, bisogna svincolarsene per essere veramente liberi; quando si ama, in realtà siamo un po' tutti affettivo - dipendenti.

La questione è complessa. Tutti noi abbiamo bisogno d'amore, accettazione, riconoscimento; è istintivo desiderare un compagno, un affetto. Il termine "bisogno"

però ci riconduce alla realtà, o meglio a come interpretiamo la nostra realtà, e quindi a come ci si sente ad avere dei bisogni, e ci si chiede quale sia la soglia, se ne esiste una sopra la quale il bisogno sconfinava nella dipendenza.

Se in un rapporto sano l'esclusività si manifesta ad esempio con la fedeltà verso il proprio partner, in una relazione retta dalla dipendenza affettiva essa è un chiudersi all'esterno, un isolarsi completamente per vivere nutrendosi soltanto dell'altro e di ciò che si può fare per lui. Il partner è origine e fine ultimo di pensieri e gesti, ci si riempie di lui non lasciando spazio per nient'altro che possa dare ossigeno benefico alla coppia; su di lui si riversano tutte le aspettative di gratificazione perché si pensa che solo lui abbia il dovere di renderci felici.

Non ci si rende conto, invece, che l'altro non può adempiere un così assurdo compito e si entra in un rapporto conflittuale con l'esterno cui addossare le colpe dell'infelicità che si ricava dalla dipendenza affettiva. Chi ne soffre difatti è possessivo ed estremamente geloso di tutto quello che può rappresentare una sorta di distrazione per il partner.

Nulla deve scalfire il mondo artificialmente preservato e soffocante che il soggetto ha costruito, e in questa infelicità, prodotta a proprio uso e consumo, ogni gestualità, ogni parola è amplificata, dilatata fino a che non si arriva al punto di rottura, ossia quando l'altro partner decide di ribellarsi andando via e lasciando l'altro con un grande e quasi insormontabile senso d'abbandono; insormontabile poiché, purtroppo, questo sentimento, se non correttamente metabolizzato, può portare, nei casi più tragici, alla "perdita della ragione", e a conseguenti azioni inconsapevoli, anche molto inquietanti. Non sono rari, purtroppo, casi di questo genere, in cui l'amante geloso, preda di un raptus, decide di prendersi il diritto di eliminare l'apparente causa della sua frustrazione, assassinando la compagna che ha attuato il rifiuto. Si apprende dalla cronaca, anche piuttosto recente, che casi di questo genere stanno diventando sempre più frequenti.

Nei casi di disordine da dipendenza affettiva, avviene una sorta di annullamento della propria personalità, dei propri bisogni e delle proprie esigenze rispetto a quelle di chi

si ama. Quando si crea un legame, accade spesso che nella coppia sia presente una personalità più debole dell'altra, che può diventare dipendente di chi ama, adeguandosi troppo alle richieste dell'altro, il quale va a ricoprire, spesso inconsapevolmente, un ruolo primario nella vita del partner fino a diventarne oggetto di comportamenti opprimenti.

Un sano legame d'amore, invece, contempla in sé il momento della separazione o di un momentaneo allontanamento, per un viaggio di lavoro ad esempio, e il lutto della separazione definitiva è vissuto con un dolore affrontabile, cui la ragione corre in aiuto sostenendo la ripresa di chi lo prova.

Dai dati ottenuti su studi effettuati su alcuni gruppi di auto-aiuto, emerge che le persone che soffrono di dipendenza affettiva sono quasi tutte donne, di età media tra i trentacinque anni e i quarantacinque ma con punte di ragazze giovani e donne più anziane. Un fenomeno che si sta verificando è l'abbassamento dell'età, arrivano ragazze sempre più giovani, e si dovrebbe riflettere su questo. Tra di esse ci sono anche donne che lavorano e che hanno l'indipendenza economica.

Un dato rilevante è quindi che queste donne non restano legate al loro compagno solo per motivi economici, come poteva accadere qualche tempo fa.

Lo stato civile è vario: molte sono le separate, le nubili che convivono, forse un po' meno le situazioni coniugali e la presenza di figli. Lo stato sociale che più rappresenta questo fenomeno è il ceto medio. Mancano i due vertici della piramide, forse perché donne casalinghe, o troppo povere e deculturate non riescono neanche a fare un primo passo che le porterà all'emancipazione, e quindi fanno parte di un sommerso che nessuno vede, così gli stati sociali più alti dispongono di mezzi e risorse già loro propri. Certamente, un rilievo statistico di questi dati dopo diversi anni va fatto, potrebbe dirci qualcosa d'interessante.

Secondo una ricerca di John Marsden del National Addiction Center di Londra, la ricerca della propria anima gemella non è così diversa da quella della dose da parte di

un tossicodipendente. “L’innamoramento provoca, infatti, reazioni chimiche simili a quelle di cocaina e anfetamine”. (Ansa- Metro, 27 novembre 2003)

Alcune interpretazioni trovano l’origine della dipendenza affettiva da due false credenze: si crede erroneamente che l’affettività sia un’energia che possa esaurirsi e che il proprio valore possa essere valutato in conformità a quanto si è amati dagli altri.

Si parla di dipendenza affettiva quando un individuo, più che amare qualcuno, manifesta un estremo bisogno, classificato come primario, quello di essere amato.

E’ il bisogno d’affetto a volte a essere patologico, specie se manca un partner accanto che possa soddisfare questo desiderio.

Proprio per questo spesso non è la coppia che si trova implicata in questa dipendenza. L’unione marito-moglie è tutto l’opposto, è creare qualcosa di nuovo, frutto dell’unione di due persone complete e autonome. Tutte le persone hanno bisogno di legarsi a qualcuno ma è una dipendenza libera; ognuno di noi riconosce che vuole amare ed essere amato.

Oggi non esistono ancora centri specifici per curare questi disturbi; l’innovativa esperienza dei gruppi di auto-mutuo aiuto è, allo stato attuale, l’unica alternativa, e per fortuna si è rivelata una terapia efficace per questo tipo di dipendenza; discuterne aiuta a capire e confrontarsi ed offre buoni risultati terapeutici, come testimoniano i dati del primo Convegno Nazionale sulle Dipendenze Affettive tenutosi a Trento nel 2003.

Dall’esperienza di questi gruppi sono state riscontrate alcune similitudini tra il modo di pensare dei suoi partecipanti e le dodici idee irrazionali di Albert Ellis (1955).

Il suddetto autore, verso la metà degli anni Cinquanta, fondò la Terapia Razionale - Emotiva (R.E.T.) e gettò le basi della prospettiva cognitivo comportamentale. Il principio su cui si fonda la R.E.T. è che le nostre emozioni derivino non tanto da ciò che ci accade, ma dal modo in cui interpretiamo e valutiamo ciò che ci accade.

Ellis dice che le convinzioni irrazionali di una persona, che danno origine a sentimenti e azioni e che sabotano la possibilità di affrontare un determinato fatto

spiacevole, consistono di solito in affermazioni assolutiste del tipo: dovrei, devo, e logiche irrazionali che generalmente le accompagnano.

Queste affermazioni generano nevrosi: se penso di “dover” avere successo nella maggior parte delle azioni e relazioni per non sentirmi inadeguato, di conseguenza sviluppo ansietà, depressione, disperazione, inutilità, atti di fuga, rinuncia, abbandono fino a sviluppare dipendenza.

Inoltre, se si pensa di valere secondo ciò che si possiede, si cerca tutta la vita, il benessere materiale e se ciò non si raggiunge si arriva ad auto commiserarsi, ad avere bassa tolleranza alla frustrazione. Ne conseguono atti di abbandono, lamentele continue e dipendenze.

Un'altra falsa credenza è la gente debba assolutamente trattarci con considerazione, giustizia, rispetto e amabilità; ne conseguono sentimenti d'ira, rabbia, risentimento, Atti di lotta, inimicizia, violenza, guerre, genocidi. (Ellis, 1999).

L'autore enuncia precisamente dodici Idee Irrazionali Basilari possedute dalla maggior parte degli uomini:

1. Un adulto ha l'imperiosa necessità di essere amato e approvato da quasi tutti in quasi tutto ciò che fa.
2. Bisogna essere totalmente esperti, adatti ed efficienti sotto ogni aspetto possibile.
3. Certe persone sono cattive, malvagie, vili o inferiori e devono essere severamente castigate o accusate per i loro difetti, peccati o cattive azioni.
4. E' terribile e catastrofico che le cose non marcino nel modo che uno vorrebbe che marciassero.
5. La disgrazia umana ha cause esterne e l'individuo non è in grado di controllare le sue angosce o di liberarsi dei sentimenti negativi.
6. Se qualcosa è o può essere pericoloso o temibile, l'individuo deve preoccuparsene moltissimo e deve sentirsi sconvolto.
7. E' più facile sfuggire a molte difficoltà e responsabilità della vita che mettere in pratica forme di autodisciplina più soddisfacenti.

8. Il passato è di assoluta importanza; se una volta qualcosa ha danneggiato la vita di qualcuno, continuerà a farlo indefinitamente.
9. La gente e le cose dovrebbero essere diverse da come sono ed è catastrofico non trovare immediatamente soluzioni perfette per le sgradevoli realtà della vita.
10. Il massimo della felicità umana si può ottenere attraverso l'inerzia e l'inazione o "auto-compiacendosi di se stessi" passivamente e senza impegnarsi.
11. Ci si deve infastidire moltissimo per i problemi e i turbamenti degli altri.
12. Si deve avere qualcuno più forte di noi in cui confidare e da cui dipendere.

In conformità a queste false credenze, si tratteggia la linea della nevrosi.

Nei gruppi di auto-mutuo aiuto lo scopo è proprio far cadere gli ideali costruiti intorno all'amore, alla famiglia, al potere del partner, attraverso lo sviluppo di capacità di analisi personale e il confronto con il gruppo. In questo modo l'autostima s'incrementa. I soggetti, dopo un periodo di partecipazione ai gruppi, riescono a sbloccare la situazione personale di passività alla violenza fisica e psico-emozionale; hanno successo nel migliorare il loro aspetto personale, creare una rete di comunicazione tra le parti integranti, essere più assertive, esprimere maggiormente i propri sentimenti. Accrescendo la sicurezza in se stessi, di conseguenza diminuisce il loro malessere, e si prende consapevolezza del diritto a essere trattati con giustizia e dignità.

La prospettiva costruttivista

Secondo la prospettiva costruttivista la 'dipendenza' può essere definita come la difficoltà, per un individuo, di risolvere positivamente la sua relazione con una sostanza, un'attività, un oggetto, una rete sociale, un altro individuo.

Considerando però che l'oggetto della dipendenza è solo uno dei possibili elementi cui ricorrere per la soddisfazione dei propri bisogni personali, si dovrebbe indirizzare il soggetto verso una prospettiva che gli permetta di spostare la sua attenzione verso

nuove soluzioni creative invece di esaurire le proprie risorse nello sforzo di combattere la propria ‘dipendenza’ (Minissi, 2004).

Nell’ambito di questa prospettiva, all’interno del costrutto dipendenza-indipendenza, il polo ‘dipendente’ è connotato negativamente dalla società. Le persone che pensano di essere ‘dipendenti’, quindi, provano a cambiare per divenire indipendenti. Se però è solo un partner a cambiare, spesso il suo atteggiamento è frainteso dall’altro, che lo considera come un rifiuto per le antiche dinamiche, generalizzando e vivendolo come un rifiuto di sé. Così accade che si inneschino delle dinamiche.

Il cambiamento viene spesso erroneamente vissuto come rafforzamento gerarchico della posizione di uno dei partner, e da quel momento in poi scatta la voglia di competizione e simmetria.

Difatti, il comportamento è classificato in rapporto con gli altri e si definiscono “complementari”, quelle interazioni in cui i comportamenti di due o più individui danno origine a qualcosa di nuovo, quindi costruttive, mentre sono dette ‘simmetriche’, quelle interazioni a fine competitivo, in cui i comportamenti dell’uno annullano gli effetti di quelli altrui.

Dovremo chiederci se la nostra idea d’indipendenza corrisponda o no, a quella imposta attualmente dalla società.

Ne consegue il bisogno di riferirci alla *prospettiva costruttivista* per spiegare il fenomeno. Essa si basa sulla *Teoria dei costrutti personali* (PCP), elaborata da George Kelly (1963) e spiega la personalità con la particolare “interpretazione” che ognuno di noi dà di se stesso e del contesto sociale che lo circonda. Per garantire coerenza e adattabilità alla propria identità personale, gli individui organizzano la loro esperienza in conformità a ciò che hanno imparato; così gli eventuali disordini psicologici nascono spesso a causa di errori nella formulazione del problema e della soluzione ad esso applicata.

Kelly, a riguardo, ci ricorda che nella nostra società tendiamo a considerare *l’essere dipendente* come una caratteristica infantile quindi se ci si sente dipendente da

qualcuno, si tende a nascondere, cercando di dimostrare a sé e agli altri l'opposto, rifiutando relazioni impegnative.

Spesso ci s'infuria col partner che tenta di cambiare, e verso il quale in precedenza si erano concentrate tutte le dipendenze. Si vive in modo artefatto limitandosi a nascondere semplicemente le proprie difficoltà.

La persona costringe se stessa a fare tutto da sola per rendersi realmente indipendente mentre in realtà diviene insensibile ai propri bisogni, per convincersi non averne.

Ci sono dei processi che portano alcune persone, anche molto diverse tra loro, a "sentirsi" dipendente. E' da tenere ben a mente che questa sensazione non equivale al fatto che questi individui presentino una "personalità dipendente". Il suddetto disturbo di personalità ha dei criteri specifici ai quali noi clinici possiamo fare riferimento con una certa fiducia per diagnosticarlo.

Il sentirsi dipendente fino ad adottare dei comportamenti che portano a una qualche dipendenza è altra cosa.

In realtà tutte le persone stabiliscono legami esclusivi ma solo alcune vivono questa esperienza come una mancanza di 'indipendenza' creandosi dei problemi.

Secondo Kelly: *“Una persona ha un sistema di costrutti che gli dà un'identità e gli fornisce terreno per formulare anticipazioni, comprese quelle sulla gente.*

Se esse non sono confermate, viene scosso perché ha scommesso sui risultati della sua avventura una parte del suo sistema di costrutti che non poteva permettersi di perdere. Se accettasse il risultato, e tutte le sue presunte implicazioni, cadrebbe in confusione”.

Se i costrutti che il soggetto si è creato sono alquanto rigidi può accadere che quest'ultimo per evitare la confusione, forzi il risultato, fingendosi cieco, per molti versi, rendendolo conforme alle sue aspettative originarie per darsi delle conferme, irrigidendosi a livello emotivo.

Se in psicoterapia cambiare equivale ad evolversi, nel rapporto di coppia significa “dichiarare guerra”, poiché ci sarà una conseguente perdita di ruolo di uno dei due

partner. Come risposta alla minaccia d'abbandono, considerata inaccettabile, si cerca di annullarla invertendo completamente i dati di realtà con il meccanismo di anticipazione; prima di essere abbandonati, avendo la percezione di non poterlo sopportare, si precede il gesto che si teme di subire, agendo attivamente, abbandonando per non essere abbandonati.

Riassumendo è la profezia che si auto avvera; il soggetto produce nel partner, non del tutto consapevolmente, ciò che teme di più, un sentimento di rifiuto e il conseguente abbandono.

Anche nella relazione terapeutica accade questo meccanismo, il cliente che percepisce l'aiuto professionale offerto a pagamento come un contributo affettivo, tende inizialmente a stabilire una posizione di 'parità-simmetria' con alcune mosse e quando si rende conto che il terapeuta non è coinvolgibile in questo tipo di manovre, manifesta una certa ostilità che ritarda i cambiamenti. Anche qui, il risultato finale è l'idea di essere divenuto 'dipendente'.

Secondo la prospettiva costruttivista, si devono modificare alcuni costrutti che portano il soggetto ad assumere posizioni simmetriche: la persona che oscilla tra questi due costrutti 'dipendente-indipendente' deve scoprire che la cooperazione è più comoda e utile della competizione.

Tra passato e presente per la psicodinamica

Anche il punto di vista psicodinamico relativo a questo disordine, concorda nel considerarla una dipendenza specifica. La dipendenza affettiva, chiamata anche Love Addiction, non è ancora stata classificata come patologia nei vari sistemi diagnostici psichiatrici, come il DSM IV e si cerca di farla rientrare nei vari disturbi contemplati in essi, anche se alcune ricerche svolte in questo campo, la vorrebbero vedere come un disturbo a sé stante.

Per citare qualche parere che porta verso una specificità della patologia, riportiamo un articolo di Nicola Ghezzani (2004), il quale per il caso delle “donne che amano troppo” vede innanzitutto nell’influenza dei fattori storici e sociali la causa di questo disordine, i quali impongono da millenni alle donne la devozione amorosa come la virtù massima che una donna debba possedere per sentirsi realmente donna. Per la donna l’altro deve essere amato in modo assoluto, cioè in virtù di un vero e proprio annullamento di sé, e rappresenta in un certo senso il proprio "test di femminilità".

Senza questa "abilità" di farsi riconoscere "amabile", una donna non si sente tale; per cui, se un uomo la rifiuta la sua identità di genere è distrutta.

L’autore elenca anche i sintomi, come ansia, più o meno marcata, ad ogni distacco; sentimenti di vuoto e di smarrimento quando si è soli; gelosie immotivate e ossessive; controllo telefonico o anche fisico del partner; a gradi estremi odio mortale cui segue il bisogno di essere puniti; talvolta un dolore lacerante, lancinante al petto, apparentemente senza motivo, che rappresenta la sensazione di poter morire a causa dell'assenza della persona amata.

La dipendenza affettiva è paragonabile alla dipendenza in generale, come per la fase dell’ebbrezza, della ricerca della dose, in questo caso affettiva, con comportamenti di simbiosi e un bisogno eccessivo di manifestazioni d’affetto, la bassa autostima; ma esiste una nota distintiva che potrebbe servire a distinguerla dalle altre dipendenze, rappresentata da un particolare sintomo: la paura ossessiva e fobica di perdere la persona amata, che si alimenta a dismisura ad ogni piccolo segnale negativo che si percepisce.

A volte basta rimanere semplicemente soli per un breve periodo per avere l’alterata percezione di essere abbandonati.

Secondo la psicodinamica questo disordine è spesso sottovalutato poiché scambiato con le manifestazioni d’insofferenza tipiche di un innamoramento non ricambiato, ma non è proprio così: l’amore umano, è trascendere se stesso e, insieme a un altro individuo, creare una realtà nuova e diversa da quella precedentemente esistente, mentre la dipendenza affettiva, è indubbiamente una manifestazione da parte di un

individuo di rimanere bloccato in se stesso e nel proprio dolore, perché assorbito in una dinamica simbolicamente identica a quella che nel passato ne ha fissato o condizionato la crescita.

La psicodinamica ritiene capaci di amare e trascendere, solo chi ha raggiunto la “maturità genitale”, e ha costituito il proprio nucleo egio, sviluppando prima il proprio io.

Diversamente, siamo nella sfera delle Dipendenze Affettive.

Secondo la psicodinamica, la dipendenza si alimenta paradossalmente proprio del rifiuto e del dolore implicito nelle difficoltà; è la sfida ad affascinare; si tenta di “risanare una vecchia ferita”, un probabile rifiuto o abbandono subito nell’infanzia.

Crescendo, quando ci s’imbatte in una situazione simbolicamente simile a quella vissuta nell’infanzia, viene riconosciuta a livello inconsapevole e ritualizzata per tentare di sanare il passato attraverso il presente.

L’intento dell’inconscio è ingenuo poiché l’altro è visto a livello simbolico e non per quello che è ma per ciò che rappresenta.

Approccio strategico: rischi e vantaggi

Abbiamo sostenuto che una via d’uscita dalla dipendenza affettiva è rappresentata dal passaggio da una posizione simmetrica a una complementare all’interno delle relazioni.

Sicuramente questo passaggio rappresenta un’efficace soluzione anche per il punto di vista strategico. Il cedere alla sfida, smettere di “resistere”, di controllare la situazione, è la soluzione ideale.

Nella psicoterapia strategica del disordine da dipendenza, il terapeuta, a volte, pone in atto un intervento paradossale per far sì che il soggetto abbandoni questa sfida, spingendolo verso l'accentuazione di essa per arrivare a mostrargli il limite delle sue azioni e indirizzarlo verso un'altra strada più costruttiva.

I rischi evidenti legati a questo metodo sono che il paziente può intuire la paradossalità dell'intervento e sviluppare ostilità verso il terapeuta, ma un bravo terapeuta strategico sa che deve avere una visione costantemente aggiornata delle reazioni che si generano nella rete sociale cui il paziente fa riferimento.

Inoltre l'approccio strategico utilizza varie tecniche di rilassamento costruite ad hoc sul soggetto e sulla specifica situazione, per raggiungere lo scopo.

Proprio a causa della difficoltà che persone con disordine da dipendenza hanno nell'anticipare il futuro, è bene non cancellare tutte le resistenze, anzi utilizzarle per incoraggiare moderatamente una serie di tentativi di distribuzione delle proprie dipendenze periferiche su persone nuove e, contestualmente, aiutare il cliente a stabilire alcune aree essenziali di autonomia.

Quando vi sia la sicurezza che il cliente abbia acquisito un minimo di capacità anticipatoria degli eventi, si potrà cominciare a fargli prendere coscienza di quali siano effettivamente i suoi bisogni e se essi sono maturi o meno.

Infine il cliente sarà in grado di scegliere se continuare a cercare di recuperare quello che ritiene il suo investimento perduto all'interno della rete sociale in cui ha mostrato dipendenza oppure cercarlo altrove.

Per uscire definitivamente dal disordine da dipendenza, il soggetto deve, in ogni caso, imparare ad accettare un minimo questa dimensione divenendo consapevole che, nel corso della propria esistenza, ciascun individuo mostra cambiamenti nelle sue necessità di dipendere da qualcun altro o da qualcos'altro.

La psicoterapia breve ad approccio strategico, difatti si basa sull'accettazione del cambiamento; essa è definita "un metodo per la soluzione dei problemi umani che persegue il raggiungimento degli obiettivi attraverso l'attuazione di strategie

predeterminate (F. Petruccelli)”, e spesso si trova di fronte a queste problematiche che portano verso una compulsiva ricerca dell’amore, dell’affetto o del sesso.

In questo approccio è fondamentale l’alleanza terapeutica.

Le varie tecniche d’intervento si basano sulla brevità del trattamento: ci si adatta al problema specifico, e si dà importanza centrale alla soggettività, intervenendo con metodi costruiti ad hoc sul soggetto; l’approccio alla persona avviene nel qui e ora.

Secondo Gulotta è importante analizzare le tentate soluzioni al problema, per capire come il paziente si percepisce rispetto a se stesso, agli altri e al mondo, come pensa che gli altri lo giudichino, e se si sente in colpa rispetto a qualcosa.

Inoltre è importante l’uso del linguaggio suggestivo: suggestionando il paziente, in ottica strategica, è possibile indurlo a mettere in atto tutte le mosse di cui necessita per rendersi autonomo dal problema riguardante la sfera affettiva o sessuale.

E’ consuetudine impiegare l’uso di aneddoti, metafore e aforismi, la tecnica del ricalco, la comunicazione non verbale. In particolar modo è impiegata la tecnica della utilizzazione, che consiste principalmente nell’agevolare la capacità del paziente di utilizzare creativamente e sviluppare ciò che già possiede, mentre il terapeuta utilizza perfino la resistenza stessa al cambiamento.

In questa metodologia risulta utile riformulare il problema non in termini di contenuto, ma di processo, allo scopo di identificare in quale fase si è verificato il problema, nel caso specifico di natura. Inoltre è di fondamentale importanza il feedback, cioè l’informazione che viene data al paziente sul progresso compiuto da una persona, in relazione ai suoi obiettivi. Le finalità di questo approccio sono 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 si possono presentare nella vita di una persona.

Gli obiettivi a breve termine hanno lo scopo di preparare la persona alla terapia e di restituire alla sua vita l’equilibrio. A medio termine riguardano le sfere di personalità e della vita implicati in tali processi problematici; a lungo termine esaminano gli elementi più difficili della vita del soggetto, la sessualità, i problemi familiari, gli

eventuali traumi. Si evitano fortemente le forme negative e si attua il riorientamento in positivo di tutto ciò che dice il paziente. L'uso dell'ironia possiede uno straordinario potere nel ristrutturare, attraverso il senso dell'humour; ci sono difatti situazioni che viste nella loro serietà o tragicità sono vissute come inaccettabili ed immutabili, come, ad esempio, problemi di natura affettiva o sessuale. Infine ma non ultime si utilizzano le prescrizioni di comportamento dirette, indirette e paradossali.

Paradossalmente, l'approccio terapeutico efficace con questi pazienti è basato sull'interazione iniziale di dipendenza con il terapeuta; approccio che permette di utilizzare la dipendenza come strumento per raggiungere un obiettivo.

L'approccio strategico agisce sul sistema disfunzionale in cui si trova il soggetto, attraverso tecniche di ristrutturazione e ridefinizione dell'intero sistema familiare se necessario, anche per via indiretta. Utilizzare il metodo della connotazione positiva permette, paradossalmente, al terapeuta di agire sulla famiglia, sforzandosi di mantenere l'equilibrio e attivandone le capacità trasformative insite in ogni struttura. Considerando il presupposto che, le dinamiche familiari debbano cambiare per permettere il "taglio del cordone ombelicale" del soggetto dipendente, non gli si può chiedere direttamente di farlo; altrimenti, ciò sarebbe certamente già avvenuto.

Anche le tecniche ipnotiche sono funzionali a una presa di consapevolezza di certi bisogni che spesso non si ammette di avere.

Per usare le parole di Erickson *"la relazione terapeutica diventa il terreno sul quale sperimentare una differente strutturazione dell'esperienza soggettiva che presuppone da parte del terapeuta, di riesumare le risorse esistenti nella persona per modificare il meccanismo d'interpretazione della relazionalità riconfigurando così, il microcosmo relazionale del paziente"*.

Concludiamo questo lavoro con le parole di Petruccelli : *"Una buona terapia per questo tipo di problema può certamente funzionare. Nel nostro centro non seguiamo un approccio psicoanalitico ma si cerca di restituire alla persona i limiti posti dalla società alle prevaricazioni; è un problema di paletti: cerchiamo di rieducare i pazienti verso un approccio più equilibrato con l'altro sesso"* - le tecniche sono

diverse ma l'obiettivo è comune a tutte le altre psicoterapie: *“fare in modo che il soggetto si comporti in modo più cosciente e responsabile; si tratta di una terapia che ha una forte valenza sociale”*. (F. Petruccelli)

Riferimenti bibliografici

Caretti V., La Barbera D. (a cura di) (2005), in *“Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia”* Raffaello Cortina Editore, Milano.

Carnes, P. (2001). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*, 3rd Ed. Center City, MN: Hazelden Publishing

Carnes P. & Weiss R., (2004), *“The G-Sexual Addiction Screening Test (G-SAST)”*, in <http://www.camp.org.sg/gsast.cfm>

Ellis A. (1955) "New approaches to psychotherapy techniques", *Journal of Clinical Psychology Monograph Supplement*, V. 11, 207-260

Ghezzani N. (2004) *“Volersi male. Masochismo, panico, depressione. Il senso di colpa e le radici della sofferenza psichica*, Franco Angeli,

Gulotta, G. (1997) *Lo psicoterapeuta stratega. Metodi ed esempi per risolvere i problemi del paziente*. FrancoAngeli.

Kelly. G. A., (1963), *A Theory of Personality* New York: Norton.

Lambiase, E. (2001), *La dipendenza sessuale*. LAS. Roma.

Lambiase, E. (2003), *“La dipendenza da cybersesso”*. In www.psiconline.it

Masters W. and Johnson V. (1987), *“On Sex and Human Loving”*, 1^a ed. trad. Italiana *“Il sesso e i rapporti amorosi”*, Longanesi Ed., Milano

Minissi E., (2004) *“Sfide impossibili. Elementi per la comprensione e la soluzione dei disordini nelle cosiddette ‘dipendenze’”*, in <http://www.oikos.org/enzo/sfideimpossibili.htm>

Petrucelli F. da (Intervista al Prof. Petrucelli F.) “Sesso, Internet e pornografia”, in <http://sociale.notizie.alice.it/extra/030/petrucelli.html>

SOGS (The South Oaks Gambling Screen) In www.siipac.it/sogs/sogs.htm

Trippany, R. L., Helm, H. M., Simpson, L. (2006), “*Trauma reenactment: rethinking borderline personality disorder when diagnosing sexual abuse survivors*”. *Journal of Mental Health Counseling*, in http://goliath.ecnext.com/coms2/summary_0199-5446603_ITM

Rinaldi M. “*Normalità e devianza nella pratica sessuale*” in http://www.psicologiaonline.it/Normalita_e_devianza_nella_pratica_sessuale.htm