

## Articoli Speciali/Special Articles

### LE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI: DESCRIZIONE E CONCETTUALIZZAZIONE

*Tonino Cantelmi\**, *Emiliano Lambiase*<sup>§</sup>

**Riassunto:** Nel presente lavoro presentiamo una proposta di descrizione e concettualizzazione delle dipendenze comportamentali che tiene conto dell'esperienza clinica e di ricerca sintetizzata, nel corso degli anni, in diverse pubblicazioni. Nel tempo abbiamo definito un insieme di caratteristiche al fine di distinguere tra la normale fruizione di alcune attività e, invece, una loro messa in atto all'interno di dinamiche patologiche. Abbiamo distinto tra caratteristiche principali e secondarie. Le prime sono: fantasie ossessive circa il comportamento dipendente, fallimento nel tentativo di controllare i comportamenti dipendenti, ricerca reiterata e ricorsiva dei comportamenti dipendenti nonostante le conseguenze negative, conseguenze negative collegate ai comportamenti dipendenti, *craving*. A fianco a queste, ne abbiamo anche elencate alcune che, a nostro avviso, pur non dovendo necessariamente essere presenti per una diagnosi di dipendenza comportamentale, sono frequentemente associate e possono fornire informazioni importanti sulla gravità della patologia. Presentiamo, infine, facendo riferimento al caso della dipendenza sessuale, una concettualizzazione che tiene conto delle dinamiche di attaccamento, del conseguente sviluppo metacognitivo e della progressiva attivazione degli altri sistemi motivazionali interpersonali.

**Parole chiave:** dipendenze comportamentali, dipendenza sessuale, dipendenza da Internet, metacognizione, attaccamento.

**Summary:** In this work we are presenting a proposal for a description and conceptualization of behavioural addictions, which takes into account clinical and research experience gathered in the course of years in various publications. We have been defining a set of characteristics in order to distinguish between normal fruition of some activities and their activation in pathological dynamics. We have made a distinction between primary and secondary characteristics. The former are obsessive fantasies about the addictive behaviour, failure in controlling addictive behaviours, recursive and repeating research of addictive behaviours in spite of the negative consequences related to these behaviours, cravings. Besides these, we have listed other characteristics which are often observed in association with the primary ones, and may provide important information on the gravity of the pathology, but which do not need to be necessarily observed to the end of a diagnosis of addictive behaviour. In conclusion, we refer to sexual addiction in presenting a conceptualization which takes into account attachment dynamics, consequent metacognitive development and progressive activation of other motivational interpersonal systems.

**Key words:** behavioral addictions, sexual addiction, internet addiction, metacognition, attachment.

Tra i disturbi mentali che ultimamente si stanno diffondendo sempre più rapidamente ci sono le dipendenze comportamentali. Tra queste, ad esempio, il gioco

\* Professore di Psicopatologia dei consumi, Psicologia 2, "Sapienza", Università di Roma; Direttore dell'Istituto di Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale, Roma.

<sup>§</sup> Ricercatore presso l'Istituto di Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale, Roma.

d'azzardo patologico, la dipendenza sessuale (Lambiase, 2009; Cantelmi, Lambiase, Sessa, 2005), la dipendenza da Internet (Cantelmi et al., 2000; Cantelmi, Giardina Grifo, 2002; Cantelmi, 2008), la spesa compulsiva. Per la maggior parte delle persone le attività implicate rappresentano parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana ma, per alcuni individui, possono assumere caratteristiche patologiche, fino a provocare gravissime conseguenze.

In questo contributo ci occuperemo di definire le caratteristiche principali delle dipendenze comportamentali e, successivamente, attraverso la descrizione di una tipologia particolare, quella sessuale, approfondiremo le dinamiche che ne favoriscono l'insorgenza e l'evoluzione.

## **Le caratteristiche delle dipendenze comportamentali**

Segnare una linea di demarcazione chiara tra la normale fruizione di alcune attività e, invece, una loro messa in atto all'interno di dinamiche patologiche è importante per evitare il rischio di demonizzare comportamenti che, anche se messi in atto in modo intenso o frequente, rientrano comunque nella normalità. A tal fine abbiamo definito, nel corso degli anni (ad es. Lambiase, 2001, 2009; Lambiase, Cantelmi, 2003; Cantelmi, Lambiase, Sessa, 2004, 2005; Cantelmi, Lambiase, 2005), un insieme di caratteristiche che, a nostro avviso, devono essere presenti per poter parlare di dipendenza patologica: fantasie ossessive circa il comportamento dipendente, fallimento nel tentativo di controllare i comportamenti dipendenti, ricerca reiterata e ricorsiva dei comportamenti dipendenti nonostante le conseguenze negative, conseguenze negative collegate ai comportamenti dipendenti, craving (Lambiase, 2009). A fianco a queste ne abbiamo anche elencate alcune che, a nostro avviso, pur non dovendo necessariamente essere presenti, sono frequentemente associate e possono fornire informazioni importanti sulla gravità della patologia.

Vediamole, di seguito, più nel dettaglio.

### *Caratteristiche principali*

#### FANTASIE OSSESSIVE

Possiamo definire le fantasie ossessive come le idee, i pensieri, gli impulsi e le immagini riguardanti il comportamento dipendente, vissuti come intrusivi e persistenti. Tali fantasie non causano ansia o disagio in sé al dipendente (come ad es. nel caso dei pensieri ossessivi del Disturbo Ossessivo-Compulsivo), ma per il fatto che egli non riesce a controllarne l'esordio e l'estinzione come vorrebbe o, soprattutto, perché non può realizzarle a causa delle conseguenze negative che ne deriverebbero. In tal caso vengono sperimentati sentimenti contrastanti, di eccitazione ed euforia da

un lato e di ansia e disagio dall'altro. Questo contrasto aumenta la sofferenza sperimentata, alla quale la persona cerca di porre rimedio proprio tramite il comportamento dipendente.

Pianificare, pensare e cercare opportunità di messa in atto del comportamento dipendente costituiscono la strategia agita costantemente, consciamente o meno, per gestire lo stress, l'ansia e le difficoltà quotidiane. Le fantasie, che inizialmente vengono utilizzate per gestire gli stati emotivi negativi, o per creare un modo immaginario o reale nel quale cercare e trovare piacere e conforto, progressivamente si trasformano in pensieri sempre più ossessivi, sui quali la persona perde progressivamente il controllo.

#### CONSEGUENZE NEGATIVE

Le dipendenze comportamentali comportano lo sviluppo di molte conseguenze negative nella vita della persona. Possono essere danneggiate, a seconda del tipo di attività e del modo in cui viene praticata la salute fisica, l'economia, la sfera emotiva, quella cognitiva, quella sociale, quella spirituale/esistenziale (Lambiase, 2009).

#### FALLIMENTO NEL TENTATIVO DI CONTROLLARE I COMPORAMENTI

Nonostante gli sforzi personali e le continue promesse fatte a se stessi e agli altri, i dipendenti non riescono a controllare i propri comportamenti, né a gestirne come vorrebbero la durata, l'estensione o l'intensità. Nei momenti in cui il desiderio patologico si manifesta, il dipendente perde il controllo dei propri pensieri e dei propri comportamenti, non riuscendo più a gestire variabili come la quantità, il tempo dedicato ai rituali, il luogo nel quale metterli in atto, l'intensità con la quale praticarli, il rischio da correre e così via.

Il dipendente, in sintesi, quando cede al proprio desiderio, perde anche la capacità di decidere come e quando metterlo in atto.

#### RICERCA REITERATA E RICORSIVA DEI COMPORAMENTI DIPENDENTI NONOSTANTE LE CONSEGUENZE

Quasi tutti i dipendenti promettono a se stessi, oltre che agli altri, che interromperanno i loro comportamenti compulsivi. Dicono che si fermeranno "da questo momento in poi" o "dopo questa volta". Purtroppo, però, non succede quasi mai.

Il dipendente, infatti, ha perso la capacità di dire di no ai propri desideri patologici e, ripetutamente, ricade nel comportamento dipendente. Non solo non riesce a gestire il proprio comportamento patologico nel momento in cui lo mette in atto, ma questa perdita di controllo è reiterata e ricorsiva nel tempo nonostante le conseguenze negative.

A volte, nel tentativo di risolvere il proprio problema, i dipendenti possono andare all'estremo opposto vivendo periodi di totale astinenza dal comportamento patologico. Questi sforzi, in ogni caso, rischiano di alimentare la dipendenza in quan-

to, invece di aver risolto i problemi ad un livello più profondo, il dipendente sta solamente controllando i propri comportamenti, favorendo quindi l'aumento di stress e frustrazione che, prima o poi, esploderanno. A questo punto cercherà sollievo nel modo abituale e pertanto più semplice: il comportamento dipendente.

#### CRAVING

Il *craving* è l'intenso desiderio dell'attività, della persona o della sostanza dalla quale l'individuo dipende.

Per molto tempo il *craving* è stato considerato un tipo di sintomo dell'astinenza. Dal momento che si è riconosciuta la sua indipendenza è stato riconosciuto come un secondo fattore, oltre alla componente astinziale, a rivestire un ruolo molto importante nelle ricadute (Elster, 1999).

Il concetto di *craving* indica un fenomeno non facilmente definibile perché è la risultante di fattori biologici, psicologici e sociali. A complicare il quadro è l'eterogeneità dei suoi sintomi in funzione delle varie sostanze tossiche o dei vari comportamenti in grado di dare dipendenza. In questo modo il *craving* da alcool, non è sovrapponibile a quello da eroina, da cocaina, da sesso e così via. Vista questa complessità rimandiamo alla lettura di Lambiase (2009) per una maggiore comprensione di questo fenomeno nelle dipendenze comportamentali.

#### *Caratteristiche secondarie*

Le caratteristiche che analizzeremo di seguito, a nostro avviso, pur non necessarie per diagnosticare una dipendenza comportamentale, forniscono informazioni importanti relativamente alla gravità e all'estensione del problema.

#### CENTRALITÀ E PERSASIVITÀ

La centralità e la pervasività possono essere due caratteristiche molto importanti delle dipendenze patologiche in quanto i dipendenti possono arrivare a regolare la loro vita in base alla possibilità di soddisfare i propri desideri dipendenti. Le loro scelte divengono finalizzate a rendere il più possibile probabile l'attuazione dei comportamenti patologici desiderati. Il soggetto, in altre parole, attribuisce alla soddisfazione dei suoi desideri una posizione dominante rispetto agli altri bisogni.

La pervasività, invece, consiste nell'inarrestabile spinta dei comportamenti dipendenti ad insinuarsi in ogni ambito della vita del soggetto. In questo modo il comportamento patologico non solo è dominante a livello mentale (centralità), ma lo diviene anche a livello pratico (pervasività).

#### PERSISTENTE PERSEGUIMENTO DI COMPORTAMENTI AUTODISTRUTTIVI E RISCHIOSI

Molti dipendenti iniziano a mettere in atto i comportamenti patologici in situazioni

o con modalità pericolose, sottovalutando l'effettivo rischio conseguente. La ricerca di situazioni di pericolo avviene perché le sensazioni di paura o di ansia incrementano il livello di eccitazione sperimentato. Inoltre, a causa del *craving*, nelle situazioni di forte attivazione emotiva, la persona tende ad avere una visione distorta delle conseguenze delle proprie azioni, essendo focalizzata principalmente sulla soddisfazione dei propri desideri. Questo può favorire la sottovalutazione degli effettivi rischi collegati ai propri comportamenti.

Infine, a causa di processi di tolleranza, molti dipendenti passano a cercare esperienze sempre più rischiose al fine di sperimentare lo stesso livello di piacere o di aumentarlo.

#### DIPENDENZA FISICA

La dipendenza fisica, identificata nei fenomeni dell'astinenza e della tolleranza, è un fenomeno molto importante nelle dipendenze, sebbene non sia un criterio indispensabile, né sufficiente, per una diagnosi di dipendenza in generale, e di dipendenza comportamentale in particolare. Nel DSM-IV-TR, infatti, è scritto: «Né la tolleranza, né l'astinenza sono necessarie o sufficienti per una diagnosi di Dipendenza da Sostanze. Certi soggetti [...] mostrano una modalità d'uso compulsivo senza alcun segno di tolleranza o di astinenza. [...] Le specificazioni Con Dipendenza Fisica e Senza Dipendenza Fisica sono previste per indicare la presenza o l'assenza di tolleranza ed astinenza» (*American Psychiatric Association, 2000*).

Nel caso delle dipendenze comportamentali è ancora più difficile identificare una dipendenza fisica, in quanto non ci sono sostanze che vengono introdotte nel proprio organismo, ma solo sostanze prodotte dall'organismo stesso in relazione al comportamento sessuale ed ai rituali ad esso associati.

#### SEGRETEZZA

La maggior parte dei dipendenti cerca di mantenere nascosti i propri comportamenti patologici al fine di evitare il giudizio o l'intervento degli altri, riuscendo così a continuare indisturbati. Molti, inoltre, anche attraverso la segretezza cercano di tenere separate la propria vita pubblica da quella patologica al fine di non sperimentare la dissonanza tra queste due realtà, riducendo così i sentimenti di vergogna e di inadeguatezza.

La segretezza aumenta, inoltre, l'eccitazione e l'intrigo, incrementando così il piacere. Questo avviene perché alla sensazione di piacere collegata al comportamento dipendente si aggiungono quelle di trasgressione o di pericolo per essere scoperti.

Il prezzo di questa disonestà, comunque, ricade sull'autostima, in quanto dentro di sé, la maggior parte dei dipendenti, sente il peso delle menzogne, nonostante si comporti come se credesse alle proprie bugie.

#### NEGAZIONE DELLE CONSEGUENZE

Molti dipendenti trovano il modo per negare, agli altri o anche a se stessi, le conseguenze negative delle proprie azioni, possibili o già verificatesi, affievolendo così la motivazione al cambiamento.

#### CONTRADDIZIONE DELLE PROPRIE CONVINZIONI ETICHE

I comportamenti della persona, in particolare quando si parla di dipendenze come quella sessuale, possono non coincidere con le sue convinzioni morali. La dipendenza, pertanto, rende le proprie vittime incapaci di vivere nel modo in cui vorrebbero o di conformarsi al codice morale o all'immagine di sé che disperatamente tentano di proteggere e di proiettare all'esterno.

### **Concettualizzazione delle dipendenze comportamentali**

Riteniamo che le dipendenze comportamentali siano profondamente legate all'andamento delle dinamiche di attaccamento, al conseguente sviluppo metacognitivo e alla progressiva attivazione degli altri sistemi motivazionali interpersonali.

Nell'elaborazione delle informazioni di tipo interpersonale ed emotivo, l'uomo utilizza numerosi algoritmi di tipo innato. In altre parole, l'uomo avrebbe una disposizione innata ad elaborare e realizzare alcune forme di interazione sociale che permetterebbero lo sviluppo, attraverso l'apprendimento in ambito relazionale, di sistemi complessi di controllo e di interazione ognuno dei quali regola specifiche aree del comportamento interpersonale (Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 1992, 1996; Liotti, 1994, 2001, 2005; Lichtenberg, 1989; Liotti, Intreccialagli, 1998).

L'attivazione di questi sistemi innati regola l'elaborazione e la gestione delle emozioni prima che emerga la capacità cosciente di riconoscerle e modularle (Liotti, 2005). La costruzione dell'interpretazione di un'emozione e la sua gestione sono quindi processi interpersonali e, affinché questo processo avvenga in modo sano e funzionale allo sviluppo e all'adattamento, è necessario che le emozioni del bambino vengano rispecchiate adeguatamente dal *caregiver* (Fonagy et al., 2002). Questi rispecchiamenti sono, infatti, alla base della costruzione delle strutture cognitive a partire dalle quali interpretiamo e gestiamo le emozioni.

In questo processo le relazioni di attaccamento avrebbero un ruolo fondamentale in quanto l'esperienza delle prime interazioni di richiesta/offerta di cura costituirebbe il primo e principale passo capace di indirizzare lo sviluppo successivo della capacità di regolare tutte le emozioni. In pratica il sistema dell'attaccamento, ed i modelli operativi interni che ne controllano l'attività, svolgerebbero un ruolo del tutto particolare e centrale nella regolazione tanto delle emozioni proprie al sistema, quanto di quelle degli altri sistemi motivazionali.

Il ruolo centrale dell'attaccamento nella regolazione di tutte le emozioni dipen-

de principalmente da due fattori (Liotti, 2005). Innanzitutto quello dell'attaccamento è il primo sistema motivazionale interpersonale a mettere i bambini in contatto con altri significativi, in momenti di emotività intensa, allarmata o dolorosa, ed è dunque all'interno di queste interazioni che un adulto può iniziare ad indicare ai bambini il significato delle emozioni e delle sensazioni corporee che si producono in loro. Se le prime strutture cognitive riguardanti la vita emozionale sono sviluppate all'interno di matrici interpersonali mediate dall'attaccamento, quelle che si svilupperanno successivamente, nel corso dell'attivazione di altri sistemi motivazionali interpersonali, dovranno presumibilmente essere confrontate con queste più antiche. Il secondo motivo è che tutte le emozioni dolorose che verranno sperimentate in seguito, collegate ad altri sistemi motivazionali, attiveranno il sistema dell'attaccamento ed i modelli operativi interni ad esso collegati.

A fronte di questo discorso la genesi e lo sviluppo di una dipendenza comportamentale può essere susseguente all'attaccamento insicuro da più prospettive:

a causa di un riconoscimento e di una gestione inadeguati delle emozioni disfunzionali, per cui il comportamento dipendente verrebbe messo in atto, in maniera reiterata e compulsiva, al fine di compensare queste lacune;

in funzione dell'associazione inadeguata e disfunzionale tra più sistemi motivazionali, laddove quelli che si attivano successivamente all'attaccamento possono essere utilizzati per soddisfare, in modo patologico, dinamiche e bisogni di attaccamento frustrati.

Al fine di approfondire queste dinamiche ci soffermeremo ad analizzare come si possono manifestare in un caso particolare di dipendenza comportamentale: la dipendenza sessuale.

### *Il funzionamento metacognitivo*

La capacità di riconoscere e gestire le emozioni, elemento centrale nelle dipendenze comportamentali, rientra in quelle che vengono definite funzioni metacognitive.

Cantelmi, Lambiase e Sessa (2004, 2005) elaborarono l'ipotesi che alla base della dipendenza sessuale possa essere ipotizzato un malfunzionamento metacognitivo che identificavano nella difficoltà a controllare i propri comportamenti ed impulsi, ad agire in funzione di uno scopo, ad entrare in contatto con le proprie emozioni ed i propri bisogni e ad integrarli, nella perdita di contatto con la realtà sotto la spinta del desiderio sessuale. Successivamente, Caretti et al. approfondirono queste dinamiche sviluppando un modello per le dipendenze in genere (Caretti, Di Cesare, 2005; Caretti et al., 2005), successivamente verificato su un campione di tossicodipendenti (Caretti et al., 2005) e, più recentemente, anche su altre dipendenze comportamentali, tra le quali anche quella sessuale (Caretti, 2008). Nella loro concettualizzazione, la disregolazione emotiva sarebbe conseguenza dell'alessitimia e la

dissociazione verrebbe utilizzata al fine di regolare gli stati emotivi altrimenti ingestibili, favorendone però, nel tempo, un'ulteriore disregolazione.

Recentemente Lambiase (Lambiase, 2009), mettendo a confronto tale elaborazione teorica con la descrizione del funzionamento metacognitivo elaborata dal Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, pur concordando con il tipo di disturbi metacognitivi ritenuti centrali da Caretti et al. (Caretto, Di Cesare, 2005; Caretti et al., 2005; Caretti, 2008), ha ipotizzato e argomentato che la relazione tra di essi non sia necessariamente sempre quella ipotizzata da tali Autori ma, a seconda delle persone e delle loro storie di vita, possono assumere configurazioni diverse e sostenersi in modi differenti.

Nel modello del Terzo Centro l'alessitimia e la dissociazione sarebbero, rispettivamente, conseguenza di disturbi nelle sottofunzioni del Monitoraggio autoriflessivo (più specificamente in quella di Identificazione) (Semerari et al., 2007) e dell'Integrazione (Falcone, Marraffa, Carcione, 2003; Semerari et al., 2007). La disregolazione emotiva, invece, sarebbe la conseguenza di disturbi nell'area della Mastery (Semerari, 1999a; Falcone, Marraffa, Carcione, 2003; Semerari et al., 2007), che risulterebbe danneggiata a tutti e tre i livelli di funzionamento.

Questi disturbi metacognitivi di base non sono, però, gli unici che possono presentarsi in un paziente affetto da dipendenza sessuale ma possono presentarsene anche altri che possiamo considerare secondari o più periferici. Di seguito descriveremo in che modo, in base alla nostra esperienza clinica, si possono manifestare sia i malfunzionamenti metacognitivi centrali che quelli periferici.

Il malfunzionamento del Monitoraggio si evidenzia nella difficoltà del dipendente sessuale a riconoscere i suoi bisogni autentici e le sue emozioni reali (spesso descritte solamente secondo la dicotomia "bene" o "male"), che tende a mascherare o gestire attraverso il comportamento sessuale; oppure nella tendenza a confondere l'intensità dell'attrazione sessuale per intensità del legame emotivo. È inoltre presente la tendenza a confondere segnali fisici collegati ad emozioni negative per dei precursori del desiderio sessuale o, comunque, con il bisogno di mettere in atto comportamenti sessuali. Il dipendente sessuale, spesso, ritiene queste associazioni come dei dati di fatto senza considerare la possibilità di interpretazioni alternative, manifestando in questi casi anche un disturbo di Differenziazione.

Il malfunzionamento dell'Integrazione rende la mente del dipendente sessuale confusa e dissociata, specialmente nei momenti nei quali inizia a sperimentare il desiderio sessuale patologico. Gradualmente inizia a dissociarsi dalla realtà e a mettere in atto una serie di rituali che accentuano sempre di più questa frattura, favorendo la perdita di contatto con le coordinate spaziali e temporali. In questo modo il dipendente perde il controllo sulla durata, l'estensione e le modalità con le quali mette in atto il comportamento sessuale compulsivo. In particolare, in questo modo perde progressivamente la possibilità di avere il controllo sul proprio comportamento, dato che entra sempre di più in uno stato mentale alterato (dissociato) nel quale può



fare sempre meno appello alle proprie risorse e facoltà cognitive ed emotive. Più il malfunzionamento cresce, più aumentano gli ambiti in cui si manifesta, andando oltre quelli che implicano l'attività sessuale, divenendo così sempre più pervasivo nella vita della persona. Inoltre, si verifica sempre più facilmente, ad esempio anche in seguito alla semplice visione di uno stimolo attivante come un'immagine pubblicitaria o una donna attraente. In questi momenti di dissociazione il dipendente può perdere il contatto con i propri valori morali o con la percezione del legame esistente con il partner primario. Questo, poi, favorisce la messa in atto di tradimenti ripetitivi del partner e di se stesso. Il dipendente sessuale, inoltre, in aggiunta a rigidi copioni di gestione dei propri bisogni e delle proprie emozioni - che cioè tenta di gestire sempre più compulsivamente tramite il comportamento sessuale - ha anche delle modalità rigide, ripetitive e, spesso, molto povere, di relazionarsi con gli altri e di vivere il proprio stile di vita. Non ha, quindi, un insieme ampio e flessibile di narrazioni per guidare il proprio comportamento.

Il malfunzionamento della Mastery consiste nella difficoltà a fare appello alle proprie risorse o abilità mentali per operare sui propri stati mentali per risolvere compiti o padroneggiare gli stati problematici. Come affermano Semerari (1999a) e Falcone, Marraffa e Carcione (2003) ogni individuo tenderà ad utilizzare le strategie in cui è più abile, tendendo a volte a reiterarle come unica modalità di soluzione dei problemi e, per il dipendente sessuale, tali modalità sono i comportamenti sessuali ed i rituali ad esso associati. In particolare, l'utilizzo del comportamento sessuale al fine di modificare i propri stati mentali è identificabile come una strategia del primo livello, che richiede quindi un basso livello di riflessività. Questo utilizzo reiterato e ricorsivo limita progressivamente la possibilità del dipendente di accedere a funzioni riflessive superiori che, nel tempo, tendono ad atrofizzarsi. Il dipendente sessuale, infatti, relativamente al comportamento sessuale, ha scarse o assenti capacità di autoimposizione o autoinibizione volontaria, di modificazione attiva dell'attenzione, di spostamento volontario dell'attenzione, nonché di identificazione dei propri schemi, delle proprie credenze di base e di riflessione su di esse al fine di modificarle, oppure di accettazione dei propri limiti personali.

Per quanto riguarda il malfunzionamento del Monitoraggio della mente altrui molti dipendenti sessuali sono focalizzati prevalentemente sulla soddisfazione dei propri bisogni e desideri, mostrando una difficoltà a mettersi nei panni dell'altro e a cogliere le sue emozioni ed intenzioni. La mente dell'altro risulta essere opaca e, inoltre, molto spesso, può mancare un concreto interesse a comprenderla. In questo modo, ad esempio, possono essere sottovalutate, o non considerate, le conseguenze sugli altri del proprio comportamento sessuale. Questo malfunzionamento può presentarsi esclusivamente nei momenti in cui si attiva il desiderio sessuale, oppure essere presente in modo costante ed essere alla base di uno stile di vita trascurante, manipolativo o abusante nei confronti degli altri. Non riteniamo centrale questo malfunzionamento in quanto molti dipendenti sessuali conservano inalterata la capacità di

comprendere la mente altrui, vivendo molti sensi di colpa per il non riuscire a controllare il proprio comportamento nonostante questa consapevolezza.

Il malfunzionamento del Decentramento si può manifestare nella tendenza ad utilizzare il sesso come lente, la lente con la quale interpretare i comportamenti e le intenzioni degli altri. Ad esempio, possono essere attribuite all'interlocutore delle potenziali intese in realtà inesistenti, oppure può essere ipotizzato nell'altro un tentativo di svelare la vita segreta del dipendente. Nella mente dell'altro possono quindi essere proiettati sempre di più i desideri ed i timori del dipendente. In ogni caso non riteniamo che questo sia un malfunzionamento caratteristico in quanto molti dipendenti mantengono intatta la capacità di decentrarsi, sia al di là della propria vita parallela, che al suo interno. Molti dipendenti, infatti, sfruttano proprio la loro abilità nel mettersi nei panni dell'altro e di comprenderlo al fine di manipolarlo o sedurlo.

Una conseguenza dei malfunzionamenti fin qui descritti può essere un disturbo nella capacità di rappresentarsi degli scopi, che si esprime nella centralità della ricerca di sesso rispetto a tutti gli altri bisogni. Divengono sempre meno importanti progetti familiari, lavorativi o di altro tipo. Come sottolineano anche Carcione, Nicolò e Semerari (1999), laddove il soggetto ha smesso di elaborare degli scopi complessi per la propria vita, il sesso può divenire uno scopo biologico predominante e più semplicemente raggiungibile. Il sesso può acquisire un valore esistenziale nel sistema di significati del dipendente, andando a colmare un vuoto di significati in base ai quali dare valore e senso alla propria vita (Lambiase, 2009). Molti dipendenti, in ogni caso, mantengono inalterato il proprio sistema di valori e di significati, vivendo pertanto un forte contrasto tra la direzione che vorrebbero dare alla propria vita, da una parte, e le continue 'sbandate' dovute all'incapacità di controllare i propri comportamenti sessuali, dall'altra.

Altra possibile conseguenza dei malfunzionamenti descritti può essere un disturbo nella capacità di condivisione ed appartenenza. Il dipendente sessuale, infatti, può sentire di non riuscire ad appartenere a nessun gruppo anche nei casi in cui, effettivamente, ha delle amicizie rispetto alle quali, però, non sperimenta reali sentimenti di appartenenza. Oppure, può non avere la percezione del senso delle relazioni, che non ricerca al fine di instaurare dei legami affettivamente significativi e stabili ma, piuttosto, utilitaristici e/o finalizzati alla messa in atto di comportamenti sessuali. Più la dipendenza progredisce, più il dipendente può isolarsi fisicamente e/o psicologicamente dagli altri. Questo può portarlo a sentirsi sempre più solo e/o a sperimentare un crescente senso di vuoto, e a cercare di risolvere questi sentimenti proprio attraverso la ricerca di rapporti sessuali. Anche in questo caso il disturbo può non manifestarsi in quanto molti dipendenti hanno dei gruppi di riferimento ai quali percepiscono di appartenere e che, a causa della dipendenza sessuale, sentono di tradire o danneggiare.

*Attaccamento, sessualità e metacognizione*

Il rapporto tra il sistema motivazionale sessuale e l'attaccamento è stato oggetto, in tempi recenti, di molti studi.

Tra i sistemi motivazionali, quello di attaccamento è, ontogeneticamente, il primo ad attivarsi. Successivamente, verso il secondo anno di vita, emerge anche il sistema motivazionale sessuale (Lieberman, 1996; Mahler, Pine, Bergman, 1975; Rophe, Galenson, 1981; Ammaniti, Nicolais, Speranza, 2007) che, però, sembra attivarsi in maniera intensa tra i 12 ed i 25 anni (Crittenden, 2002). In particolare, in quest'ultimo periodo si devono sviluppare strategie di integrazione che permettano di trovare soluzioni a diverse motivazioni, incluse quelle derivanti dagli altri SMI. Affinché questo avvenga è importante che il soggetto abbia a disposizione, o riesca a sviluppare, un buon livello di funzionamento metacognitivo. Diversamente, sarebbe particolarmente difficile, ad esempio, riconoscere le spinte derivanti da diversi SMI, riuscire a regolarne l'intensità o essere in grado di integrarle all'interno di una trama narrativa unitaria.

Ad esempio, le esistenti strategie di autoprotezione e ricerca di protezione dagli altri devono essere riorganizzate, vanno costruite strategie sessuali e queste devono essere integrate in modi che permettano di instaurare una varietà di relazioni di attaccamento che possano coesistere e sostenersi tra di loro. Nella media e tarda adolescenza un amico può anche divenire oggetto di desiderio sessuale. Questo crea un nuovo modo di sperimentare l'intimità e di esprimere l'affettività, offre inoltre nuovi incentivi per mantenere le relazioni nonostante periodi di stress. In aggiunta, il desiderio sessuale garantisce nuovi modi per cercare conforto e ridurre l'attivazione emotiva (Crittenden, 2002).

Per soddisfare questi compiti è evidente come l'adolescente debba avere o sviluppare delle sufficienti abilità di regolazione delle emozioni, autoriflessive e di comprensione della mente altrui. In caso contrario, ad esempio, se non è in grado di integrare le diverse spinte motivazionali che fanno parte di una relazione intima adulta, può arrivare a frammentarle cercando soddisfazione in relazioni differenti o con modalità disfunzionali. Oppure può non essere in grado di riconoscere le diverse spinte motivazionali che si attivano o, anche, non riuscire a relazionarsi adeguatamente per l'incapacità di comprendere quelle dell'altro. Infine può iniziare ad utilizzare il comportamento sessuale per soddisfare in modo disfunzionale i bisogni di attaccamento, sia in modo autonomo ed indipendente che nella relazione con l'altro (cfr. Cantelmi, Lambiase, 2007).

D'altro canto, la maggior parte dello sviluppo cerebrale nel corso dell'adolescenza avviene nelle regioni cerebrali che sono centrali nella regolazione delle emozioni e dei comportamenti. In particolare, i cambiamenti nell'eccitazione (*arousal*) e nella motivazione conseguenti alla maturazione della pubertà precedono lo sviluppo delle abilità di regolazione in modi che creano una frattura tra l'esperienza affettiva de-

gli adolescenti e la loro capacità di regolare l'eccitazione e la motivazione (Steinberg, 2005). Infine, ci sono prove che la maturazione della pubertà influenza direttamente lo sviluppo degli interessi romantici e della motivazione sessuale (Neeman, Hubbard, Masten, 1995). Lo sviluppo metacognitivo avvenuto fino a questa età, quindi, non è sufficiente per gestire in pieno le intense emozioni che sperimenta l'adolescente. Pertanto, saranno necessari ulteriori livelli di sviluppo e maturazione che verranno favoriti o meno, tra l'altro, proprio dall'attivazione del SMI sessuale e dalle strategie che il soggetto troverà per gestire la propria sessualità sia nel rapporto con se stesso che con gli altri.

Se per alcuni adolescenti non disturbati il desiderio sessuale fornisce una forte motivazione a migliorarsi e a riorganizzare l'espressione dei sistemi motivazionali precedenti, altri, che invece confondono la soddisfazione sessuale con la ricerca di conforto, possono iniziare a mettere in atto comportamenti sessuali frequenti o non sicuri al fine di ridurre l'ansia cronica, quindi come strategia per regolare il proprio stato emotivo. Altri ancora scoprono che essere sessualmente precoci o promiscui rende possibile interrompere l'isolamento della loro infanzia, oppure accondiscendono alle richieste sessuali degli altri per sentirsi accettati. In aggiunta, così come possono essere confusi comportamento sessuale e ricerca di conforto (sessualità e attaccamento), può avvenire lo stesso con sesso ed aggressività (sessualità e rango), particolarmente negli uomini. L'aggressività può, così, essere espressa sessualmente confondendola per amore da entrambi i partner. Questo può, ad esempio, essere dovuto ad un disturbo del Monitoraggio autoriflessivo che rende il soggetto incapace di distinguere le spinte derivanti da sistemi motivazionali differenti, o da un disturbo della capacità di integrare in una narrazione coerente motivazioni distinte.

Inoltre, affinché qualcuno divenga una figura di attaccamento è necessario che sia familiare ed abbia un comportamento prevedibile. Dall'altra parte, sembra che l'eccitazione sessuale venga ridotta dalla familiarità e dalla prevedibilità e, invece, intensificata dalla novità, dalla non familiarità e dalla diversità (Eagle, 2005). Ci si trova, così, a dover integrare le motivazioni che ci legano al nostro partner con quelle che ci spingono a conoscerne altri. Questa integrazione risulta particolarmente difficile se non sono adeguatamente sviluppate, ad esempio, le funzioni di integrazione o le abilità di regolazione delle emozioni. Pertanto, il soggetto può non riuscire ad organizzare all'interno della propria narrazione spinte che lo portano in direzioni differenti, iniziando così a vivere delle storie parallele. Lo stesso può avvenire se non riesce a gestirne l'impatto emotivo.

Esistono, poi, differenze rilevanti tra l'attaccamento adulto e quello dei bambini. In primo luogo, gli attaccamenti dell'infanzia sono tipicamente complementari (la figura di attaccamento offre cure e il bambino le riceve) mentre l'attaccamento adulto è tipicamente reciproco (entrambi i partner danno e ricevono protezione) (Cassidy, Shaver, 1999). Una seconda differenza consiste nel fatto che nell'età adul-

ta la figura di attaccamento è un pari e, spesso, anche un partner sessuale. La forma più tipica di attaccamento adulto implica, quindi, l'integrazione tra diversi SMI: attaccamento, accudimento e sessuale (Shaver, Hazan, 1992). Inoltre, c'è da sottolineare che, spesso, uno dei motivi che stimolano la ricerca del contatto in età adulta, per lo meno agli inizi della relazione, è l'attrazione sessuale (Weiss, 1982; Shaver, Hazan, Bradshaw, 1988; Tombolini, Liotti, 2000). Pertanto, mentre da piccoli la ricerca di vicinanza è dettata principalmente dalla paura (sebbene il bambino si avvicini alla madre anche per condividere scoperte piacevoli e per sollecitare apprezzamento per la propria riuscita), gli adulti possono cercare il contatto per attrazione interpersonale o interesse sessuale. Tuttavia, se all'inizio della relazione l'attrazione e la passione sessuale sono requisiti fondamentali della soddisfazione, alcuni anni dopo diviene più importante la capacità dei partner di offrire conforto e prendersi cura dell'altro e, se i partner non riescono a soddisfare reciprocamente il bisogno di conforto e di sicurezza subentrerà, prima o poi, un senso di insoddisfazione (Shaver, Hazan, 1992).

Nelle dinamiche di attaccamento adulto appena descritte risultano fondamentali le funzioni autoriflessive, di comprensione della mente altrui e di integrazione. È infatti importante riuscire ad essere consapevoli dei bisogni e degli stati d'animo propri ed altrui per poter impostare un rapporto realmente reciproco e per poter andare oltre l'iniziale attrazione, integrando i bisogni provenienti da più SMI. È, infatti, anche grazie a queste abilità metacognitive che i partner riescono a soddisfare reciprocamente i bisogni di conforto e cure, permettendo così un'evoluzione della coppia al di là dell'attrazione iniziale, rendendo possibile sia la conferma che il cambiamento dei rispettivi modelli operativi interni. Infatti, solo i modelli che risultano sufficientemente accurati, cioè aggiornati, genereranno un comportamento adattivo nelle relazioni. Diversamente si possono instaurare delle forme di attaccamento insicuro tra i partner che costituiscono il fondamento per esperienze sessuali insoddisfacenti o incomplete nelle quali il sesso può essere utilizzato come sostituto di altri bisogni relazionali, non sessuali, o dove ogni piacere sessuale può essere inibito da emozioni dolorose connesse al sistema dell'attaccamento (ad es. paura, collera, sofferenza) che il soggetto non riesce a gestire. L'attaccamento sicuro fra i partner che vivono esperienze sessuali è, invece, una preconditione necessaria perché l'esperienza sessuale possa essere vissuta in maniera libera, piena e non conflittuale e, affinché questo avvenga, è fondamentale la presenza di abilità metacognitive sufficientemente sviluppate.

Quanto abbiamo detto finora vale fondamentalmente per le forme di attaccamento insicuro in associazione a malfunzionamenti metacognitivi. A seconda dei livelli di ansia o di evitamento il comportamento sessuale potrà, poi, essere diretto a soddisfare alcuni bisogni piuttosto che altri (cfr. Cantelmi, Lambiase, 2007). Quando, però, l'attaccamento è disorganizzato, secondo Shane, Shane, Gales (1999), l'esperienza sessuale tipica in realtà non è realmente sessuale. In questo caso i bisogni del

proprio Sé e del Sé-con-l'altro non sono soddisfatti e non vi è né amore, né intimità, né piacere sessuale di qualche tipo. Inoltre, non vi è né un Sé integrato, né un Sé consolidato, né un forte legame con l'altro. L'esperienza di queste persone non è sessualmente piacevole e, a volte, non implica nemmeno i genitali. Piuttosto, e più spesso, è sgradevole o dolorosa, oppure anestetica a causa dei tentativi del Sé di auto-protegersi grazie a meccanismi di dissociazione.

Anche secondo Lichtenberg (2007) i pattern di tipo sensuale-sessuale degli adulti caratterizzati da alto evitamento e da bassa ansia nell'attaccamento, e di quelli caratterizzati da alta ansia e basso esitamento, portano ad agire comportamenti e fantasie caratterizzati dalla dominazione-sottomissione, e allontanano dalla mutualità con il partner. Ad ogni modo, prosegue l'Autore, queste non sono forme di disturbi dell'attaccamento che conducono, con alta probabilità, alle forme più gravi di comportamenti sessuali. Ricercare l'eccitazione attraverso la partecipazione ad esperienze caratterizzate dall'essere colui che procura o subisce dolore, dall'abuso, dalla degradazione o da stati mentali alterati dall'uso di droghe, è più probabilmente associato con forme di attaccamento disorganizzato, nell'infanzia, o irrisolto, nell'età adulta.

Questi bambini sperimentano momenti di confusione, di dissociazione, durante i quali sembrano perdere ogni senso di agency organizzata. Molti di loro sono vittime di abusi fisici o sessuali, altri sono stati soggetti ad episodi durante i quali i loro genitori erano spaventati o spaventanti, altri hanno vissuto esperienze irrisolvibili simili caratterizzate dall'eccessiva vergogna o dall'aver subito comportamenti eccessivamente stimolanti dal punto di vista sessuale (Hesse, Main, 1999; Lichtenberg, 2007).

Gli adulti che durante l'infanzia hanno sofferto di questi traumi irrisolvibili, prosegue Lichtenberg (2007), hanno sperimentato confusione, ragionamento disorganizzato e dissociazione in risposta ai loro ricordi o alla riattivazione attuale. Queste esperienze disorganizzanti interferiscono con l'apprezzamento della soggettività propria e degli altri. Piuttosto che prestare attenzione ai desideri e ai sentimenti dell'altro, essi possono tendere ad intensificare gli stati affettivi negativi, l'ipervigilanza e l'essere centrati su se stessi. Alternativamente, possono essere soggetti a dissociazione con stati emotivi di noia, di annebbiamento e a comportamenti automatizzati. In ogni caso, la cognizione viene danneggiata e la consapevolezza autoriflessiva non esiste. Tuttavia, come afferma l'Autore, lo studio della relazione tra l'attaccamento disorganizzato e le azioni sessuali è ancora a livello congetturale.

Egli ipotizza che gli stati di ipereccitazione eccessivamente stimolanti possano servire per oscurare lo sconvolgimento egualmente profondo che deriva da un disturbo nel sostenere esperienze sensuali empatiche. I bambini e gli adulti che fronteggiano e cercano di gestire l'effetto della sottostimolazione sensuale e della dissociazione affettiva potranno cercare ravvivamento in una varietà di forme: il dolore per stimolare la consapevolezza del corpo, la rabbia e la distruttività, l'utilizzo di dro-

ghe, la pornografia e un'ampia varietà di schemi sessuali caratterizzati dalla sottomissione-dominazione che si possono combinare con ognuno di questi elementi.

Gli adulti che hanno un attaccamento irrisolto derivante dalla dominazione collegata al trauma subito, lottano con il bisogno di regolare le sensazioni di tipo sensuale con l'eccitazione sessuale in forme rigide e ripetitive che li immobilizzano in un mondo auto-centrato caratterizzato dall'immediatezza, nel quale manca la prospettiva circa i propri desideri ed i comportamenti messi in atto per sedurre l'altro, nonché riguardo ai desideri e alla soggettività dell'altro, che esiste solo al fine di regolare immediatamente lo stato emotivo disturbato. Bloccati in un mondo caratterizzato da un qui-ed-ora di coscienza limitata, tali soggetti spingono se stessi e gli altri a realizzare degli scenari caratterizzati dalla lussuria (*lustful*) senza nessuna apertura ad una consapevolezza più ampia del passato e del futuro, e alla consapevolezza riflessiva che apre a dei possibili cambiamenti.

In quest'ottica l'iperattivazione del sistema motivazionale sessuale, attraverso modalità caratterizzate dallo scambio di dolore o di degradazione, servirebbe a gestire gli effetti traumatici di un attaccamento disorganizzato, in primo luogo la dissociazione, nonché le conseguenze di altri malfunzionamenti nelle capacità autoriflessive e di lettura della mente altrui.

Anche secondo Monticelli (2005) i comportamenti perversi sono caratterizzati da gradi diversi di dissociazione. Secondo l'Autore «Le perversioni sessuali si manifestano e sono parte integrante di diverse patologie che si distribuiscono lungo un continuum che, verosimilmente, unisce un variegato gruppo di stati morbosi. In tale spettro psicopatologico ravvisiamo patologie sottese da una sostanziale coerenza dei modelli rappresentativi interni ad un estremo, e dall'altro patologie caratterizzate dalla più o meno marcata incoerenza e molteplicità dei modelli rappresentativi interni. Se nel primo caso troviamo individui privi di diagnosi psichiatrica o con patologie nevrotiche organizzate intorno a nuclei tematici di significato organizzati e coerenti, all'estremo opposto le patologie si presentano nelle forme più gravi dei disturbi dissociativi e disturbi di personalità. In questo continuum, le forme di passaggio si presentano come quadri morbosi apparentemente organizzati intorno a complessi sintomatologici simili ai quadri nevrotici (Liotti, 2000; Liotti, Monticelli, 2000), ma sono associati ai fenomeni dissociativi».

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. IV edition. Text revision, American Psychiatric Association, Washington; trad. it. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico-statistico dei disturbi mentali. Masson, Milano, 2002.
2. Ammaniti M., Nicolais G., Speranza A. (2007). *Attachment and sexuality during adolescence*. In Diamond D., Blatt S. J., Lichtenberg J. (a cura di), *Attachment and sexuality*, The Analytic Press, New York, pp. 79-105.



3. Cantelmi T., Giardina Grifo L. (2002), *La mente virtuale. L'affascinante ragnatela di Internet*. San Paolo, Milano.
4. Cantelmi T., Lambiase E. (2005), *La dipendenza da cybersesso. Dall'uso ricreativo a quello patologico delle attività sessuali on line*. *Psicotech*, 3, 2, 7-28.
5. Cantelmi T., Lambiase E. (2007), *Legame affettivo e comportamento sessuale. Come lo stile di attaccamento influenza il comportamento sessuale*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 41, 2, 205-228.
6. Cantelmi T., Talli M. (1998), *Internet Addiction Disorder*. *Psicologia Contemporanea*, 150, 4-11.
7. Cantelmi T., Talli M. (2008), *Psicologia del cyberspazio*. *Modelli per la Mente*, 1(1), 29-42.
8. Cantelmi T., D'Andrea A., Talli M., Gasbarri A. (1999), *Psicopatologia connessa ad Internet: recenti acquisizioni*. *Giornale di Medicina Militare*, 149, 1-2, 49-54.
9. Cantelmi T., Del Miglio C., Talli M., D'Andrea A. (2000), *La mente in Internet*. Piccin, Padova.
10. Cantelmi T., Del Miglio C., Talli M., D'Andrea A. (2000), *Internet Related Psychopathology: primi dati sperimentali, aspetti clinici e note critiche*. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 6 (1), 40-51.
11. Cantelmi T., Lambiase E., Sessa A. (2004), *Le dipendenze comportamentali*. *Psicobiettivo*, 24, 2, 13-28.
12. Cantelmi T., Lambiase E., Sessa A. (2005), *Quando il sesso fa male. La dipendenza sessuale*. In Caretti V., La Barbera D. (a cura di), *Le dipendenze patologiche*. Clinica e psicopatologia, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 167-186.
13. Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (1999). *Deficit di rappresentazione degli scopi*. In: A. Semerari A. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 141-164.
14. Caretti V., Di Cesare G. (2005), *Psicodinamica delle dipendenze*. In Caretti V., La Barbera D. (a cura di), *Le dipendenze patologiche*. Clinica e psicopatologia, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 11-32.
15. Caretti V., La Barbera D (a cura di) (2005), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
16. Caretti V. (2008, febbraio), *Trame telematiche e relazioni virtuali*. Presentato al XII Congresso della Società Italiana di Psicopatologia (Psichiatria: Le domande senza ancora una risposta). Roma.
17. Caretti V., La Barbera D., Craparo G., Mangiapane E. (2005), *La correlazione tra Alessitimia e dissociazione nella dipendenza patologica*. In Caretti V., La Barbera D. (a cura di), *Le dipendenze patologiche*. Clinica e psicopatologia, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 249-278.
18. Cassidy J., Shaver P.R. (a cura di) (1999), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford, New York; trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, Fioriti, Roma, 2002.
19. Crittenden P. (2002), *Transformaciones en las relaciones de apego en la adolescencia: Adaptación frente a necesidad de psicoterapia*, *Revista de Psicoterapia*, 12, 33-62.
20. Diamond D., Blatt S.J., Lichtenberg J. (a cura di) (2007), *Attachment and sexuality*. New York: The Analytic Press.
21. Eagle M. (2005), *Attaccamento e sessualità*, *Psicoterapia e scienze umane*. 38(2), 151-164.
22. Elster J. (1999), *Strong Feelings: Emotion, Addiction, and Human Behavior*. The MIT Press, Cambridge; trad. it. *Sensazioni forti. Emozioni, razionalità e dipendenza*, Il Mulino, Bologna, 2001.
23. Falcone M., Marraffa M., Carcione A. (2003), *Metarappresentazione e psicopatologia*. In Dimaggio G., Semerari A. (a cura di), *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Roma, pp. 43-76.
24. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2002), *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press. New York; trad. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*, Raffaello Cortina, Milano, 2004.
25. Hesse E., Main M. (1999), *Second generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: Dissociated, frightening, and threatening parental behavior*. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 481-540.



26. Lambiase E., Cantelmi T. (2003), *Quando il sesso diventa patologico. Definizione e classificazione diagnostica della dipendenza sessuale*. Giornale Italiano di Psicopatologia, 9(suppl. 1), 20.
27. Lambiase E. (2001), *Un disagio tutto da studiare. La dipendenza sessuale: definizione e diagnosi*. Attualità in Logoterapia, 1, 95-109.
28. Lambiase E. (2009), *La dipendenza sessuale. Nuovi modelli clinici e proposte di intervento terapeutico*. LAS, Roma.
29. Lichtenberg J.D. (1989), *Psychoanalysis and Motivation*. Analytic Press, Hillsdale; trad. it. Psicoanalisi e sistemi motivazionali, Raffaello Cortina, Milano, 1995.
30. Lichtenberg J.D. (2007), *Sensuality and sexuality across the divide of shame*. The Analytic Press, New York.
31. Lichtenberg J.D., Lachmann F., Fosshage J. (1992), *Self and Motivational Systems. Toward a Theory of psychoanalytic Technique*. The Analytic Press, Hillsdale; trad. it. Il Sé e i sistemi motivazionali. Verso una teoria della tecnica psicoanalitica, Astrolabio, Roma, 1999.
32. Lichtenberg J.D., Lachmann F., Fosshage J. (1996), *The Clinical Exchange*. Analytic Press, Hillsdale; trad. it. Lo scambio clinico, Raffaello Cortina, Milano, 2000.
33. Lieberman A.F. (1996), *Aggression and sexuality in relation to toddler attachment: Implications for the caregiving system*. Infant Mental Health Journal, 17, 276-292.
34. Liotti G., Intreccialagli B. (1998), *La metacognizione ed i sistemi motivazionali in psicoterapia: Un approccio cognitivo-evolutivo alla terapia del paziente difficile*. In: Perris C., McGorry P. (a cura di), *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice*, Wiley, Chichester; trad. it. Psicoterapia cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità. Milano: Masson, 2000, pp. 349-366.
35. Liotti G., Monticelli F. (a cura di) (2008), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AIMIT*. Raffaello Cortina, Milano.
36. Liotti G. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*. La Nuova Italia Scientifica, Roma (Nuova ed.: Roma: Carocci, 1998).
37. Liotti G. (1999), *Discussione dell'articolo di M. Shane, E. Shane, M. Gales: "Sesso, sessualizzazione e il feargasm"*. Rivista Italiana Telematica di Psicologia Psicoanalitica del Sé, Intersoggettività, Psicoanalisi Relazionale, 2001, 3, 1, <http://www.selfrivista.it/Pages/MainFrame.html>.
38. Liotti G. (2001), *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Raffaello Cortina, Milano.
39. Liotti G. (2005), *Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e regolazione delle emozioni*. In: Bara B. (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Teoria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005, pp. 105-133.
40. Mahler M.S., Pine F., Bergman A. (1975), *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books, New York.
41. Monticelli F. (2005), *Le perversioni sessuali nella prospettiva cognitivo evoluzionista*. Psicobiettivo, 25, 1, 117-131.
42. Parsi M.R., Cantelmi T., Orlando F. (2009), *L'immaginario prigioniero. Come educare i nostri figli a un uso creativo e responsabile delle nuove tecnologie*. Mondadori, Milano.
43. Perris C., McGorry P. (a cura di) (1998), *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice*. Wiley, Chichester; trad. it.: Psicoterapia cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità, Masson, Milano, 2000.
44. Roiphe H., Galenson E. (1981), *Infantile origins of sexual identity*, New York: International Universities Press, Milano.
45. Semerari A. (1999a), *Deficit di regolazione emotiva*. In Semerari A. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 313-342.
46. Semerari A. (a cura di) (1999b), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazio-*

- ne terapeutica*. Raffaello Cortina, Milano.
47. Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Nicolò G., Procacci M. (2007), *Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research*. *Psychotherapy Research*, 17(1), 106-119.
  48. Shane M., Shane E., Gales M. (1999), *Sesso, sessualizzazione e il feargasm. Un approccio alla sessualità secondo la psicologia del sé e la teoria dei sistemi dinamici evolutivi*. *Rivista Italiana Telematica di Psicologia Psicoanalitica del Sé, Intersoggettività, Psicoanalisi Relazionale*, 2001, 3, 1.
  49. Shaver P.R., Hazan C. (1992), *Adult romantic attachment process: theory and evidence*. In Perlman D., Jones W. (a cura di), *Advances in personal Relationship Outcomes*. Vol. 4, Jessica Kingsley Publisher, London, pp. 29-70; trad. it.: *L'attaccamento di coppia negli adulti. Teoria ed evidenza empirica*. In Carli L. (a cura di) (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 43-88.
  50. Shaver P.R., Hazan C., Bradshaw W. (1988), *Love as attachment. The integration of three behavioral systems*. In Sternberg R., Banres M. (a cura di), *The psychology of love*, Yale University Press, New Haven.
  51. Steinberg L. (2005), *Cognitive and affective development in adolescence*. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 2.
  52. Tombolini L., Liotti G. (2000), *L'influenza delle esperienze di attaccamento infantili sulla sessualità adulta*. *Rivista di Sessuologia*, 24, 4, 317-330.
  53. Weiss R. (1982), *Attachment in adult life*. In Parkes C., Stevenson-Hinde J., Marris P. (a cura di), *Attachment across the life cycle*, Routledge, London, pp. 171-184; trad. it.: *L'attaccamento nel ciclo della vita*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995.

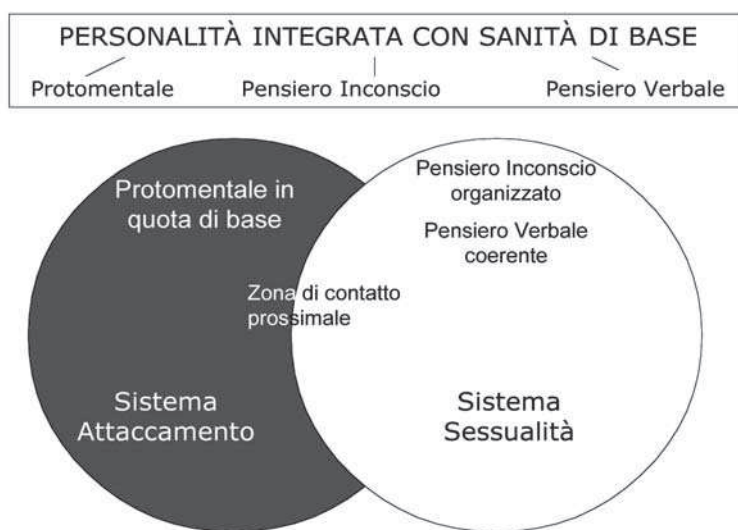
---

*Per corrispondenza:*  
Tonino Cantelmi  
Via Livorno, 36  
00162, Roma  
Tel. 0644247115  
toninocantelmi@tiscali.it.

## MENTE E CURA risponde

D'accordo col direttore scientifico Tropeano, abbiamo scelto di pubblicare l'articolo del collega Cantelmi e del suo collaboratore Lambiase, in quanto particolarmente accurato e attento a questioni metodologiche che l'IRPPI considera essenziali come punto di partenza della ricerca e dell'impostazione sullo sviluppo della personalità.

Siamo senz'altro d'accordo con gli Autori nel considerare che “quello dell'attaccamento è il primo sistema motivazionale interpersonale...”, in modo tale che esso (l'attaccamento) diventa la matrice di tutte le altre esperienze interpersonali, ossia la base di ogni intersoggettività. Per sintetizzare in modo schematico l'organizzazione della personalità adulta, il metodo IRPPI propone infatti la necessità di un'integrazione tra i due sistemi motivazionali più importanti, l'attaccamento e la sessualità, visti come i due necessari ingranaggi, al fine di garantire lo sviluppo ma anche l'equilibrio della personalità (vedi Figura tratta da Lago G. *La psicoterapia psicodinamica integrata: le basi e il metodo*, Alpes Italia, Roma 2006).



L'integrazione tra i due sistemi motivazionali è funzione di un'attività continua, ossia il processo di mentalizzazione, il quale fa in modo che gli elementi emotivi vadano a legarsi agli elementi simbolici, contenuti nella memoria a lungo termine del soggetto, costituendo la mente attuale radicata nella storia individuale e sociale (Lago, cit.).

A proposito delle dipendenze comportamentali, quindi, non abbiamo difficoltà a convenire con Cantelmi e Lambiase che ciascun fenomeno di dipendenza tro-

vi il suo fondamento in una più o meno marcata disfunzione del Sistema Attaccamento.

Tuttavia, sentiamo l'esigenza di fare dei distinguo quando il comportamento da soggettivo, ossia riguardante il soggetto in quanto singolo individuo alle prese con atti o implicazioni solitari (ad es. abusi di cibo, sostanze, gioco, ecc.) svolti in prima persona e in modo isolato, diventa intersoggettivo, ossia riguardi il soggetto in relazione diretta prossima o remota, con altri esseri umani (per quanto scadente, mortificata e mistificante possa essere la qualità della relazione).

Il discorso non è semplice ma diventa necessario affrontarlo se, come fanno gli Autori, ci proponiamo di analizzare il caso particolare della dipendenza sessuale. Pur non essendo, forse, intenzione degli Autori, nell'articolo si avverte una sorta di equiparazione della dipendenza sessuale, a nostro avviso implicante comunque l'intersoggettività, con altre dipendenze comportamentali (ad es. sostanze) che il soggetto può svolgere anche in situazioni di distacco e di isolamento prossimo o remoto da altri esseri umani. Ovviamente, non sottovalutiamo l'evidenza posta sul "mal funzionamento del monitoraggio della mente altrui", o su altri disturbi della metacognizione, diciamo solo che nel momento in cui ci occupiamo di una relazione sessuale (anche di dipendenza) ed escludiamo il campo delle perversioni (capitolo a parte a nostro avviso), siamo indotti a passare dall'ottica soggettiva a quella intersoggettiva e quindi ad occuparci della relazione di dipendenza, la quale coinvolge a tutti gli effetti un altro soggetto, più o meno dipendente anch'egli, e comunque inevitabilmente coinvolto e partecipante alla dinamica, tanto da non poter essere rimosso in alcun modo, pena il pericolo del ritorno a una concezione della mente isolata.

L'orientamento dell'IRPPI, anche applicativo, quindi, in presenza di una dipendenza sessuale sarà quello di evidenziare il problema in ambito relazionale, a partire dalla relazione col partner ma risalendo alle relazioni con i caregivers. Siamo pienamente d'accordo con quanto Cantelmi e Lambiase esprimono nell'ultimo paragrafo (2.2) dell'articolo, nel quale invitano a considerare quanto la dipendenza sessuale indichi il mancato superamento di traumi infantili che implicano una fallita o incompleta organizzazione del Sistema Attaccamento. In particolare, ci convincono le citazioni di Eagle (2005) sull'integrazione tra attaccamento e sessualità e di Lichtenberg (2007) sulla disorganizzazione dell'attaccamento che precede l'alterazione dei comportamenti sessuali.

*Giuseppe Lago*