

ESSAY

# ALS LUST EEN LAST WORDT



De laatste jaren hebben meer mensen zich bij verslavingsklinieken aangemeld omdat hun seksconsumptie *out of control* was. Toch blijven de aanmeldingen voor seksverslavingsproblematiek achter op die van middelenverslavingen. Is de prevalentie lager of is er sprake van een stigma, vragen Dick Trubendorffer en Klaartje Schepers zich af. ‘Dwangmatig seksueel gedrag lijkt op een verslaving, het voelt als een verslaving en gaat veelal ook gepaard met een middelenverslaving.’

**W**ij Nederlanders zijn één van de meest genotzuchtige volkeren binnen Europa. Voor XTC- en speedgebruik ontvingen we het afgelopen jaar de gouden medaille en ook op het vlak van cocaïnegebruik laten we onszelf niet onbetuigd (Trimbos, 2016). Uiteraard eist dat voor een gedeelte van de gebruikers zijn tol. Zij raken verslaafd en wenden zich tot een verslavingskliniek in de hoop van hun probleem af te komen.

Is een dergelijk hedonistisch volk wel in staat om op constructieve wijze de seksuele arena te betreden? Het lijkt erop van niet, als we kijken naar de stijgende aantallen cliënten die zich in de laatste jaren bij de verslavingsklinieken hebben aangemeld omdat hun consumptie van seks *out of*

*control* was (Goodman, 1990; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014). Toch blijven de aanmeldingen voor seksverslavingsproblematiek achter op die van bijvoorbeeld middelenverslaving. Dat kan wijzen op een lagere prevalentie, maar eerder moet er gedacht worden aan een groter stigma voor zowel mannen als vrouwen om zich niet te melden voor zorg bij seksuele acting out (Dhuffar & Griffiths, 2016; Rosenberg et al., 2014; Hall, 2011). Tijd om meer aandacht te besteden aan het fenomeen dat lust wel degelijk een last kan zijn.

#### DE VOEDINGSBODEM

Het gezond doseren van seks blijkt voor cliënten binnen de verslavingszorg, die worstelen met ineffectieve patronen in de zelfomgang en de omgang met anderen, zeer moeilijk of zelfs

onmogelijk vanwege een onderliggende pathologie. Het seksuele probleemgedrag kan zich uiten in uren en dagen aaneengesloten porno kijken, onderwijl overmatig masturberend, al dan niet in combinatie met middelengebruik. Of in het meermaals per week via online chatfora contacten aangaan om zowel online als offline seksuele (fetisjistische) activiteiten te ondergaan. Of in het voortdurend ‘op jacht’ zijn naar kortdurende seksuele contacten (al dan niet met prostituees), waarbij zowel de jacht als de uitvoering onderdeel zijn van het gedrag. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van seksuele acting out, die zowel onder alleenstaanden als binnen partnerrelaties voorkomen (zie de twee casussen ter illustratie).

Veel van deze vormen van seksueel probleemgedrag komen voor met co-morbide stoornissen.

Dat kan bijvoorbeeld een stemmingsstoornis zijn (Weiss, 2004) of een persoonlijkheidsstoornis (Zapf, Greiner, & Carroll, 2008). Het aanwezig zijn van dit soort pathologie lijkt deze cliëntgroep vatbaar te maken voor een grenzeloze manier van omgaan met seks. Forse somberheid ontvluchten door middel van porno kijken op het internet en daarbij masturberen, zal een moment van spanning, bevrediging en na het orgasme kortstondige opluchting opleveren. Maar dat de depressieve gevoelens en de gevoelens van leegte onmiddellijk daarna in verhevigde mate opnieuw worden ervaren, is binnen de klinische praktijk een wetmatige zekerheid. De valkuil is om de depressie opnieuw te willen ontvluchten door het acting out-gedrag te herhalen en te herhalen, waarbij de intervallen steeds korter worden en een destructief patroon geboren wordt. Dit zorgt voor een chronisch tekort op emotioneel vlak, waardoor men zich steeds verder isoleert.

Daarbij lijken mensen met een vorm van pathologische impulsiviteit een sterk vergroot risico te vertonen om in een patroon te verdwalen van repetitieve seksuele handelingen en verrichtingen, met als doel het bereiken van kortstondige bevrediging. Vanwege de aard van hun pathologie kunnen zij op

gebieden die 'beloning' opleveren (bijvoorbeeld seks en porno) controleverlies ervaren. Door hun verminderde capaciteit voor het reguleren van impulsen die aanzetten tot de herhaling van een 'beloningservaring', komen zij in een stroomversnelling van dwangmatig masturberen en/of andere vormen van seksuele acting out terecht. Deze categorie seksverslaafden kampt regelmatig ook met een middelenverslaving. Met name bij mannen wordt er een combinatie gezien van cocaïnegebruik en seksueel probleemgedrag. Het is bekend dat er bij hen een relatie bestaat tussen impulsiviteit en seksueel risicovol gedrag bij gebruik van cocaïne (Black et al., 2015).

Weer een andere voedingsbodem voor excessief seksueel gedrag kan het domein van persoonlijkheidsstoornissen of hechtingsproblematiek zijn. Binnen die groep is regelmatig sprake van onvermogen tot werkelijke intimiteit, vaak veroorzaakt door pedagogische verwaarlozing in de jeugd, waardoor oppervlakkige seksuele relaties als minder angstig worden ervaren dan werkelijk intieme relaties (Zapf et al., 2008). Ook hier ligt excess op de loer.

#### DE KLACHTEN

Mensen die gebukt gaan onder de hiervoor genoemde problematiek

zullen zich over het algemeen melden op het spreekuur van de huisarts of bij een verslavingskliniek, met een beschrijving van het gedrag waarvan zij de meeste last ervaren: hun seksuele acting out-gedrag. Een veelgehoorde beschrijving is dan: 'Ik denk dat ik seksverslaafd ben.' Zij zien hun excessieve en oncontroleerbare seksuele gedrag als seksverslaving, omdat het onderworpen zijn aan het repetitieve en dwingende karakter van hun seksuele acting out in hun ogen grote overeenkomsten vertoont met bijvoorbeeld een verslaving aan alcohol of gokken. Dat zij zichzelf zien en identificeren als seksverslaafd, is dus niet zo vreemd. Dit geldt overigens voornamelijk voor mannen; vrouwen melden zich zelden aan met problemen op het gebied van seks vanwege het nog grotere stigma dat er op vrouwen rust als het om seksuele acting out gaat (Dhuffar & Griffiths, 2016). De individuele, sociale en culturele barrières voor seksverslaafde vrouwen om hulp te zoeken liggen nog hoger dan voor mannen. En daar waar mannen zich melden met hun seksuele probleemgedrag, zal een vrouw zich eerder aanmelden met trauma, relatie- of hechtingsproblematiek, waardoor de seksuele component onderbelicht of zelfs onbehandeld blijft (McKeague, 2014).

De genoemde klachten door seksverslaafden in een grootschalig longitudinaal onderzoek (1990, 2005b in Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014) zijn vergelijkbaar met de DSM-criteria voor een middelenverslaving. Denk hierbij aan gedragskenmerken als

*Seksverslaafden zijn niet goed in seks en functioneren vaak benedenmaats in de slaapkamer*

## De ideologie achter sommige zelfhulp-programma's is dat herstel van verslaving om een spirituele ontwaking vraagt

herhaaldelijk falen om weerstand te bieden tegen de impuls tot specifiek seksueel gedrag; het seksuele gedrag vaker, meer en langer vertonen dan het plan is en/of een aanhoudend verlangen of mislukte pogingen om te stoppen, te minderen of controle te krijgen over het gedrag. Het verkrijgen van de seks of seksuele prikkels en het herstel van het seksuele gedrag vergen veel tijd en door de preoccupatie met het gedrag of de voorbereidende activiteiten schiet de seksverslaafde tekort op diverse andere gebieden zoals werk, studie, thuis of in relaties. Door de seksverslaafde worden spanningen, angst, rusteloosheid of prikkelbaarheid ervaren wanneer het niet mogelijk is om het seksuele gedrag uit te voeren.

Het feit dat seksverslaving na langlopende discussies niet in de DSM-5 is opgenomen in de vorm van hyperseksualiteit (Kafka, 2010) of internetverslaving (Tao et al., 2010) maakt deze diagnostische zienswijze van de seksverslaafde niet minder onlogisch. Dwangmatig seksueel gedrag lijkt op een verslaving, het voelt als een verslaving en gaat veelal ook gepaard met een middelenverslaving. Tevens is er een neurocognitieve overlap tussen gedragsverslavingen, zoals seksverslaving en middelenverslaving, aangetoond (Rosenberg, Carnes, & O'Connor, 2014). We zien dan ook diezelfde overlap binnen de behandeling.

### DE BEHANDELING

Een goede behandeling van stoornissen, waarbij acting out op het gebied van seks op de voorgrond staat, voorziet in een aantal

elementen zoals we die ook in behandelingen van bijvoorbeeld alcoholverslaving of gokverslaving tegenkomen. Ongeacht het label dat een seksverslaafde krijgt – dwangmatig, impulsief, hyperseksueel of verslaafd – omvat de behandeling veelal elementen van de effectief bewezen verslavingsbehandeling. Zowel groepsgerichte als individuele therapie, motivationele gesprekstechnieken, cognitief-gedragsmatige benadering om *triggers* te leren herkennen en *craving* te leren managen, gedragsmatige interventies gericht op responspreventie, aandacht voor goede voeding, beweging en adequate vrijetijdsbesteding, toeleiding naar zelfhulpgroepen (zoals bijvoorbeeld de Twaalfstapen-zelfhulpgroepen – zie kader 3), spiritueel herstel en systeemtherapie voor herstel van beschadigde relaties. Parallel hieraan gaat er aandacht uit naar (farmacologische) behandeling van de co-morbide psychische problematiek, waarbij de realisatie immer aanwezig dient te zijn dat gezien de klaarblijkelijke verslavingsgevoeligheid, grote voorzichtigheid en terughoudendheid in acht genomen dienen te worden bij het voorschrijven van sommige medicatie. De nadruk ligt, kortom, op het aanleren van vaardigheden, op het hanteren van goede zelfzorg en op het sociale, emotionele en psychische welzijn.

Terugkerende thema's binnen de behandeling van verslaving in het algemeen en seksverslaving in het bijzonder zijn lage zelfwaardering, ervaren gevoelens van leegte, schaamte en schuld, diepe eenzaamheid en een sterk schommelende stemming (Rosenberg et al., 2014; Hall, 2011). Een ander thema dat niet standaard gediagnosticeerd wordt, maar door grote namen in de seksverslavingszorg steeds weer genoemd wordt als één van de belangrijkste focuspunten binnen de behandeling, is trauma (Carnes, 2007; Hall, 2011). Hierbij gaat het zowel om trauma en emotionele pijn in de brede zin van het woord als om trauma in engere zin, leidend tot een posttraumatische stressstoornis met seksueel probleemgedrag als uitingsvorm. Zo blijkt 72% van een grote onderzoeksgroep inclusief seksverslaafden fysieke mishandeling te melden, 81% seksueel misbruik en 97% emotionele of pedagogische verwaarlozing in de jeugd (Carnes, 2007).

Het zijn veelal deze emotioneel pijnlijke en traumatische ervaringen die door middel van het overmatige seksuele gedrag met partners of middels masturbatie worden verdoofd. Ook worden er regelmatig andere middelen gebruikt om de pijn te verdoven, waardoor co-morbide verslavingsproblematiek niet ongewoon is bij

de seksverslaafde cliënt. De kans is zelfs groter dat deze seksverslaafde zich met een middelenverslaving meldt voor behandeling en uit schaamte de seksverslaving onbesproken laat, waardoor deze onbehandeld blijft en terugval in middelen uiteindelijk het gevolg is.

### DE TOEKOMST

Abstinentie kan worden gezien als een hard uitgangspunt om te kunnen herstellen van een

middelenverslaving. Het wordt soms ook geïndiceerd indien mensen zich aanmelden met aan seksuele acting out-gerelateerde (verslavings)problematiek. Deze abstinentie bij een gedragsverslaving is uiteraard niet 'voor altijd', maar een periode van minimaal twee maanden wordt gezien als cruciaal om het herstelproces op gang te brengen. Door restrictie van het verslavingsgedrag (de verdoving wordt weggenomen) komen de onderliggende mecha-

nismen van de seksverslaving naar de oppervlakte. Er ontstaat binnen de veilige omgeving van de behandeling de mogelijkheid en ruimte om te werken aan de genoemde thema's als trauma, pijn, leegte, eenzaamheid en lage zelfwaardering (Rosenberg et al., 2014).

De zelfhulp- en lotgenoten-groepen voor seksverslaafden werken hierbij ondersteunend en zingevend (Rosenberg et al., 2014). De ideologie achter sommige zelfhulpprogramma's (zoals het Twaalfstappenprogramma) is dat herstel van verslaving om een spirituele ontwakking vraagt. Door middel van het doorlopen van twaalf introspectieve stappen en twaalf groepsgerichte tradities wordt deze spirituele bewustwording bereikt. De twee voornaamste zelfhulpgroepen in Nederland voor seksverslaafden zijn de Anonieme Seks- en Liefdeverslaafden (SLAA, Sex and Love Addicts Anonymous) en de Anonieme Seksverslaafden (SA, Sexaholics Anonymous), beide gemodelleerd naar het effectief bewezen Anonieme Alcoholisten (AA) Twaalfstappenprogramma (Humphreys, Blodgett, & Wagner, 2014). Abstinentie wordt door deze zelfhulpprogramma's onderschreven, waarbij de SLAA een minder strikte abstinentie nastreeft dan de SA.

Na een periode van abstinentie worden nieuwe en gezonde seksuele doelen geformuleerd en wordt seks geïntegreerd in het dagelijks leven op een manier die de kans op terugval in het ongewenste seksuele gedrag vermindert. Bij dit opbouwen van

### CASUS 1 - MAN

Cliënt, een 45-jarige sinds kort alleenstaande man, meldt zich aan met problemen omtrent cannabisgebruik. Daarnaast zoekt hij overmatig online contact met vrouwen, met wie hij ook seksuele omgang heeft. Cliënt vertelt dat hij rustig wordt van blowen, maar dat zijn gebruik tot spanningen in zijn partnerrelatie leidde. Enkele weken geleden heeft zijn vriendin hun relatie beëindigd. In reactie hierop heeft cliënt in een maand tijd seksuele contacten gehad met diverse vrouwen, die hij via online datingapps ontmoet. Hij voelt zich eenzaam en waardeloos. Seks bevestigt zijn zelfbeeld. Cliënt heeft sinds zijn vijftiende levensjaar meerdere vaste relaties gehad. Cliënt vertelt dat hij echter in al deze relaties vreemd is gegaan, ook binnen zijn laatste partnerrelatie. Cliënt benoemt problemen met opwinding en orgasme binnen zijn laatste relatie. Deze seksuele problemen ervaart hij niet met de andere vrouwen. Na deze seksuele contacten voelt cliënt zich echter vaak schuldig en leeg. Sinds een aantal jaar heeft cliënt meerdere wisselden seksuele contacten per week. Cliënt benoemt dat hij met slechts een paar vrouwen regelmatig seks heeft, waarbij die vrouwen andere rollen voor hem vervullen: de succesvolle, de aantrekkelijke, de hulpbehoevende vrouw. Cliënt is bij zijn geboorte in een tehuis geplaatst om later door zijn biologische moeder weer in huis gehaald te worden. Zijn biologische vader kent hij niet. Stiefvader verlaat moeder op een gegeven moment en hertrouwt, waarna moeder zeer kort daarna zelfmoord pleegt. Cliënt wordt geadopteerd door stiefvader, maar wordt uiteindelijk uit huis geplaatst en komt in een centrum voor begeleid wonen terecht. Cliënt herinnert zich nog de eerste keer dat hij echt verliefd was, op een Italiaans meisje. Zij ging vreemd met een andere jongen waar cliënt bij stond. Sindsdien heeft cliënt nooit meer in liefde geloofd.

een gezond en gewenst seksleven kunnen een tweetal zaken over het hoofd worden gezien. Ten eerste kunnen seksverslaafden kampen met seksuele disfuncties. Het idee bestaat dat een seksverslaafde zoveel plezier beleeft aan het hebben van seks, dat dit de reden is om het voortdurend op te zoeken. En oefening baart kunst, dus een seksverslaafde zal wel vaardig zijn in het hebben van seks. Het tegendeel is echter aangetoond. Seksverslaafden zijn niet goed in seks en functioneren vaak benedenmaats in de slaapkamer door seksuele disfuncties of problemen binnen de intimiteit (Rosenberg et al., 2014).

Ten tweede dient niet onderschat te worden dat het behandelen van de seksverslaving kan leiden tot een verslechtering van de partnerrelatie, als deze er is. Het is een begrijpelijke wens, maar helaas een valse aanname, dat het oplossen van de seksverslavingsproblematiek automatisch leidt tot een betere relatie en intimiteitsbeleving. Erectiele stoornissen, fetisjismes of deviante voorkeuren, problemen met intimiteit of verstoringen binnen de fasen van verlangen, opwinding en orgasme kunnen een gezonde seksuele beleving van de seksverslaafde en die van een eventuele partner sterk beïnvloeden (Zapf et al., 2014; Rosenberg et al., 2014).

Het gelijktijdig inzetten van een initiële, gespecialiseerde (verslavings)behandeling en gestructureerd en gecontinueerd bezoek aan zelfhulpgroepen lijkt op basis van onze praktijkobservaties op termijn de meeste garanties te bieden dat ook de resterende

problemen grotendeels verdwijnen. Dan pas wordt het mogelijk om uiteindelijk opnieuw bevredigende en intieme relaties aan te

gaan en te onderhouden. Relaties waarbij seks een gezonde plek inneemt. Ook bevorderend in het verdere herstelproces kan de inzet

## *Seksueel probleemgedrag kan zich uiten in uren en dagen aaneengesloten porno kijken, onderwijl overmatig masturberend, al dan niet in combinatie met middelengebruik*

### CASUS 2 - VROUW

Cliënte, een 48-jarige gescheiden moeder van twee dochters, meldt zich aan met problemen omtrent relaties en seksuele acting out. In haar jeugd wordt cliënte seksueel misbruikt door een buurjongen en op zeventienjarige leeftijd wordt zij aangerand door de man voor wie zij als au pair werkt. Beide keren is geen aangifte gedaan. Vanaf dan heeft cliënte meermaals per week veel losse, wisselende seksuele contacten. Zij woont in Parijs en heeft het idee dat dit losbandige leven normaal is. Zowel in haar vaste relaties als in haar kortdurende seksuele contacten laat cliënte zich meeslepen door de wensen van de man. Cliënte heeft moeite met grenzen aangeven en zegt normen en waarden gemist te hebben om voor zichzelf uit te maken wat gewenst en ongewenst seksueel gedrag is. In de ruim vijftien jaar dat cliënte een relatie heeft met de vader van haar twee dochters gaat zij na enkele jaren samen te zijn vreemd. Cliënte heeft in deze tijd een zeer succesvol PR-bureau en is veel in het buitenland. Zij gaat overwegend vreemd wanneer ze alcohol gedronken heeft en versierd wordt door een man. In haar laatste relatie heeft cliënte zich opnieuw laten meeslepen door de seksuele wensen van deze partner. Ze is naar seksfeesten en parenclubs geweest, heeft gangbangs gehad, zich verdiept in tantra en kortdurend BDSM geprobeerd. Ook is er sprake geweest van drie situaties van huiselijk geweld, waar cliënte geen aangifte van heeft gedaan. Het afgelopen half jaar heeft cliënte gemiddeld genomen eens per twee weken seksueel contact met verschillende mannen, die zij via online datingapps ontmoet. Cliënte ervaart enerzijds weinig lijdensdruk, omdat zij naar eigen zeggen een muur om zichzelf heen heeft gebouwd. Anderzijds herkent cliënte gevoelens van leegte en eenzaamheid en maakt zij zich zorgen of zij het nog langer gaat redden op deze manier.

zijn van andere specialisten, zoals een seksuoloog of relatietherapeut. Verwijzing hiernaar na initiële behandeling in de zorg is niet ongebruikelijk. Het herstelproces van een seksverslaving is daarmee

intensief en veelal langdurend, maar niet onmogelijk.

#### OVER DE AUTEURS

Dick Trubendorffer, directeur bij GGZ Trubendorffer, en Klaartje Schepers,

onderzoeker en psycholoog i.o. tot gz-psycholoog, werkzaam bij GGZ Trubendorffer. E-mail: dick@trubendorffer.nl, klaartje@trubendorffer.nl.

#### HET TWAALFSTAPPEN MINNESOTA MODEL

Het twaalfstappenprogramma is een mengeling van ideeën en ervaringen uit een aantal bronnen, zoals 'The Oxford Group', Carl Jung, William James, Kierkegaard en het boeddhisme. Deze zijn in de loop der jaren dusdanig aangepast dat alle soorten van obsessieve aandoeningen, zoals gokverslaving, afhankelijkheid van narcotica en dwangmatige handelen, middels twaalf stappen van herstel aangepakt kunnen worden:

- Stap 1 – Erken je verslaving en de gevolgen;
- Stap 2 – Geef toe dat je hulp nodig hebt;
- Stap 3 – Aanvaard de hulp;
- Stap 4 – Maak de balans op van je leven;

Stap 5 – Ga aan de slag. Allereerst door je uit te spreken naar een vertrouwenspersoon;

Stap 6 – Onderzoek je zwakheden en tekortkomingen;

Stap 7 – Uit je bereidheid om te werken aan je gedrag;

Stap 8 – Ga na wie je schade hebt berokkend;

Stap 9 – Maak het goed met deze mensen;

Stap 10 – Houd door zelfonderzoek voortdurend een vinger aan de pols;

Stap 11 – Creëer stilte in je leven door gebed of meditatie;

Stap 12 – Geef je ervaringen door aan lotgenoten.

## Literatuur

- Black, A.C., McMahon, T.J., Potenza, M.N., Fiellin, L.E. & Rosen, M.I. (2015). Gender moderates the relationship between impulsivity and sexual risk-taking in a cocaine-using psychiatric outpatient population. *Personality and Individual Differences*, 75, 190-194
- Carnes, P. J. 1991. *Don't call it love: Recovering from sexual addiction*, New York, NY: Bantam Books.
- Carnes, P. J. 2005b. 'Sexual addiction'. In *Comprehensive textbook of psychiatry*, Edited by: Sadock, B.J., Sadock, V.A. and Kaplan, H.I. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carnes, P. (2007). What we know about the sex addict. Geraadpleegd op 13 juni 2017 via <https://www.addictionpro.com/article/what-we-know-about-sex-addict?page=2>
- Dhuffar, M.K. & Griffiths, M.D. (2016). Barriers to female sex addiction treatment in the UK. *Journal of Behavioral Addictions* 5(4), 562-567
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
- Hall, P. (2011). A biopsychosocial view of sex addiction. *Sexual and Relationship Therapy*, 26 (3), 217-228
- Humphreys, K., Blodgett, J.C. & Wagner T.H. (2014). Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(11), 2688-2694.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.
- McKeague, E.L. (2014). Differentiating the Female Sex Addict: A Literature Review Focused on Themes of Gender Difference Used to Inform Recommendations for Treating Women With Sex Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 21, 203-224
- Rosenberg, K.P., Carnes, P. & O'Connor, S. (2014). Evaluation and Treatment of Sex Addiction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40 (2), 77-91
- Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y. & Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *Addiction*, 105, 556-564.
- Trimbos Instituut (2016). Kerncijfertabel Nationale Drug Monitor 2016. Geraadpleegd op 13 juni 2017 via <https://assets.trimbos.nl/docs/3fdeab39-f34e-4aa0-97af-5dbf111c05a0.pdf#page=20>
- Weiss, D., (2004). The Prevalence of Depression in Male Sex Addicts Residing in the United States. *Sexual Addiction & Compulsivity. The Journal of Treatment & Prevention*, 11, 57-69
- Zapf, J.L., Greiner, J., & Carroll, J. (2008). Attachment Styles and Male Sex Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity, The Journal of Treatment & Prevention*, 15, 158-175.