



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia generale

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di Laurea Magistrale

Dipendenza da cocaina e sessualità: una relazione controversa

Cocaine and sexuality: a controversial relationship

Relatore: Prof Alessio Vieno

Laureanda: Giulia Squarzoni

Matricola:2050526

Anno Accademico 2022/2023

INTRODUZIONE	6
CAPITOLO 1 LA COCAINA COME SOSTANZA PSICOATTIVA	9
1.1 Psicofarmacologia della cocaina: farmacodinamica e farmacocinetica	9
1.2 Effetti e Complicazioni Fisiologici e Sistemici (a breve e lungo termine)	12
CAPITOLO 2 DISTURBO DA DIPENDENZA DA COCAINA.....	16
2.1 Epidemiologia, prevalenza, fattori di rischio e tendenze nell'utilizzo di cocaina	16
2.2 Aspetti della Dipendenza: Tolleranza, Astinenza e comorbidità	19
2.3 Criteri diagnostici, diagnosi differenziale e Strumenti di Valutazione	22
2.4 Trattamento e Prevenzione	27
CAPITOLO 3 LA SESSUALITÀ UMANA	31
3.1 La ricerca sulla sessualità ieri e oggi: importanza e impatto sulla qualità della vita	31
3.2 Approccio biopsicosociale alla sessualità: fattori psicologici	34
3.3 Neurobiologia delle funzioni sessuali e disfunzioni sessuali	37
3.4 Strumenti di assessment	45

CAPITOLO 4 IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE DELLA DIPENDENZA DA COCAINA SULLA SESSUALITÀ	50
4.1 Trend, variabili connesse ed effetti principali della dipendenza da cocaina sulla sessualità.....	50
4.2 Risposta sessuale, disfunzioni sessuali e consumo di cocaina	55
4.3 Comportamenti sessuali a rischio, prostituzione e malattie sessualmente trasmissibili.....	60
CONCLUSIONI	68
BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA.....	73

INTRODUZIONE

La cocaina è una sostanza psicoattiva stimolante che presenta una lunga storia di utilizzo umano. Fin dall'antichità viene impiegata prevalentemente in contesti ricreativi e sociali in associazione a idee di disinibizione, libertà e forza.

Risulta ancora oggi una sostanza d'abuso tra le più diffuse; infatti, il rapporto dell'EMCDDA 2023 (European Drug Report [EMCDDA], 2023) la definisce come la seconda droga più utilizzata in Europa con un massiccio utilizzo anche fra i giovanissimi (EMCDDA, 2023).

Date le sue caratteristiche psicofarmacologiche e le complesse interazioni con il nostro organismo, espone gli individui che ne fanno uso ad un alto potenziale d'abuso e dipendenza. La dipendenza da stimolanti, tra cui rientra la cocaina è infatti classificata tra i disturbi da addiction nel DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali [DSM-5], 2014) e si configura come una dipendenza dalle variabili fisiche e psicologiche, con conseguenze sulla salute globale a lungo termine.

Il consumo è solitamente associato alla sua possibilità di generare sensazioni fisiologiche di iperattivazione che comprendono uno stato di euforia, un aumento della vigilanza, dell'attenzione e dell'energia (Julien et al., 2012). Questa sensazione di euforia è talvolta paragonata all'orgasmo (Warner, 1993), il che ha portato ad un suo utilizzo diffuso, soprattutto tra i giovani, per il suo presunto effetto afrodisiaco (Saso, 2002).

Si ritiene che la cocaina, aumentando l'eccitazione e riducendo l'inibizione, possa migliorare e prolungare le prestazioni sessuali (Saso, 2002). Tuttavia, è importante notare che, nonostante alte dosi di cocaina possano aumentare l'interesse sessuale, l'effetto afrodisiaco non è intrinseco alla sostanza stessa. Nell'ambito dei consumatori abituali, le

disfunzioni sessuali sono piuttosto comuni e sono spesso accompagnate da una perdita di interesse nelle relazioni interpersonali, sia affettive che sessuali, contribuendo all'isolamento sociale e compromettendo ulteriormente le normali interazioni sociali e sessuali.

Inoltre, a causa dell'azione della cocaina nel potenziare i livelli di dopamina e serotonina, neurotrasmettitori associati al circuito della ricompensa, l'uso cronico di questa sostanza può portare a una progressiva perdita di interesse per stimoli diversi dalla droga stessa, compresi stimoli di natura sessuale. Ciò può determinare un'alterazione del comportamento e dell'esperienza sessuale e può indurre i consumatori abituali di cocaina ad una maggior propensione per comportamenti sessuali a rischio (Julien et al., 2012) fra cui un uso discontinuo o nullo della contraccezione, sesso occasionale e precocità dei primi rapporti. Esponendoli altresì a maggiori rischi per la salute e il benessere personale ed influenzando la qualità della vita: aumentando l'incidenza di malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze indesiderate, pratiche non consensuali ed una generale riduzione qualitativa della sessualità.

In questo senso un assesment integrato che accenti anche l'area sessuale dell'individuo e quindi la creazione di un profilo multidimensionale non può prescindere dalla valutazione clinica.

Di conseguenza, viste le evidenze circa i possibili effetti della sostanza di natura sia psicologica che fisiologica, una vasta area di ricerca si è concentrata sull'analisi degli effetti del consumo di cocaina sulla sessualità umana, sia a breve che a lungo termine. L'obiettivo principale di questa trattazione è quello di esaminare e approfondire tali effetti, cercando di comprendere l'impatto di questa sostanza sulla sessualità umana e la sua portata.

Partiremo quindi definendo e comprendendo la cocaina in un'ottica psicofarmacologica, per conoscere i principali effetti sul nostro organismo ed esplorare i correlati psicobiologici della dipendenza, che affronteremo nello specifico delle sue variabili e dei suoi meccanismi peculiari nel capitolo successivo. Inoltre, tenteremo di comprendere la complessità dei fattori che intervengono nel plasmare la sessualità umana per poi analizzare e riassumere la letteratura circa la controversa relazione tra dipendenza da cocaina e sessualità.

CAPITOLO 1

La cocaina come sostanza psicoattiva

1.1 Psicofarmacologia della cocaina: farmacodinamica e farmacocinetica

La cocaina, conosciuta per la sua azione stimolante, è il risultato dell'estrazione dalle foglie della pianta *erythroxylon coca*, le quali vengono sottoposte a complessi processi chimici, dando origine fondamentalmente a due forme di cocaina: la "free base", comunemente nota come cocaina "crack", e la cocaina cloridrato. La cocaina cloridrato, sebbene meno potente, è caratterizzata da una maggiore solubilità in acqua ed è ottenuta attraverso un trattamento con acido cloridrico. Di solito, viene assunta per via nasale o endovenosa, ma non può essere fumata a causa della sua instabilità termica. La cocaina "free base", d'altra parte, è insolubile in acqua, ma può essere disciolta in etanolo, etere o acetone. Quando riscaldata, può essere convertita in un vapore inalabile. La cocaina viene quindi consumata in vari modi, tali cui l'assunzione orale, nasale, inalatoria o endovenosa, comportando effetti differenti sul sistema nervoso e influenzandone l'intensità e la durata (Julien et al., 2012). Inoltre, le molteplici forme della sostanza e le modalità di assunzione determinerebbero tendenze differenti nella dipendenza, riflettendosi anche nella natura e prevalenza delle alterazioni della sfera sessuale.

Per la possibile molteplicità dei suoi effetti, approfondire la farmacocinetica e la farmacodinamica della sostanza risulta rilevante per comprendere la mutua influenza che intercorre fra cocaina e sessualità.

La farmacocinetica si riferisce al modo in cui il corpo interagisce con questa sostanza, comprendendo il suo processo di assorbimento, distribuzione, metabolismo ed

eliminazione. La cocaina viene altresì “assorbita da tutti i siti di “somministrazione, “comprese le mucose, lo stomaco e i polmoni” (Julien et al., 2012, pag.368). L'assorbimento è più lento e la durata dell'effetto prolungata quando la cocaina viene inalata attraverso la mucosa nasale, mentre l'effetto è quasi istantaneo quando la cocaina viene fumata (circa 8-10 secondi) o iniettata direttamente nel flusso sanguigno (30-45 secondi).

Ha la capacità di superare la barriera ematoencefalica, penetrando rapidamente nell'encefalo e diffondendosi velocemente in tutti i tessuti corporei. È importante notare che attraversa anche la barriera placentare, raggiungendo il feto con concentrazioni simili a quelle presenti nel corpo materno, predicendo possibili gravi esiti negativi sullo sviluppo fetale.

L'emivita plasmatica della cocaina è di circa 50 minuti, ma nei tessuti cerebrali rimane attiva per un periodo più lungo, fino a 8 ore dopo l'assunzione e la presenza nelle urine può essere individuata fino a 12 ore dopo il consumo. Il principale metabolita inattivo della cocaina è la benzoilecgonina, che può altresì essere rilevato per periodi più estesi nelle urine o nei capelli dei consumatori cronici.

Spesso alcol e cocaina vengono coniugate per aumentare le prestazioni sessuali e ridurre l'inibizione sia sociale che sessuale, questo potrebbe determinare effetti differenti sulla sfera sesso-affettiva dell'individuo; infatti, nel contesto del consumo di cocaina associato all'etanolo, si viene a formare un metabolita specifico, noto come *cocaetilene*, il quale dimostra una rilevante attività farmacologica equivalente a quella della cocaina stessa, ostacolando l'assorbimento della dopamina e potenziando l'effetto euforizzante della sostanza. È cruciale sottolineare che questo metabolita presenta una tossicità

superiore rispetto alla semplice cocaina e, in effetti, ne intensifica l'effetto. La sua emivita si estende fino a 150 minuti.

La farmacodinamica, d'altra parte, si concentra sugli effetti biochimici e fisiologici della cocaina sul sistema nervoso centrale (Julien et al., 2012). Questa sostanza agisce bloccando la ricaptazione sinaptica di dopamina, noradrenalina e serotonina. Determinando una maggior concentrazione di questi neurotrasmettitori nello spazio intersinaptico (Warner, 1993).

La ricerca si è spesso concentrata sull'azione del neurotrasmettitore dopamina, che sembra essere responsabile degli effetti rinforzanti della cocaina e, di conseguenza, della forte dipendenza che essa genera. In particolare, il sistema mesolimbico dopaminergico, che presenta inizialmente un gruppo di neuroni localizzati nell'area tegmentale ventrale (VTA), proietta i suoi assoni in altre strutture cerebrali, rilasciando dopamina in risposta all'attivazione della VTA. Le strutture coinvolte nel circuito della dipendenza includono il nucleus accumbens, l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia prefrontale. Questo meccanismo sembra ridurre la piacevolezza delle ricompense naturali, come il cibo e la sessualità, a causa di una minore attivazione della corteccia prefrontale, mentre al contrario, genera un'iperattivazione in risposta alla cocaina o agli stimoli associati alla sua assunzione (Julien et al., 2012). Determinando l'importanza di considerare che i meccanismi d'azione della cocaina che provocano tra l'altro alterazioni neurotrasmettitoriali possono determinare numerosi effetti sul nostro organismo potendo interessare anche la sfera sessuale.

1.2 Effetti e Complicazioni Fisiologici e Sistemici (a breve e lungo termine)

La cocaina può quindi determinare una serie di effetti sul corpo umano, che spaziano dai suoi effetti a breve termine a quelli a lungo termine, coinvolgendo complessi meccanismi come tolleranza, dipendenza e astinenza, determinando complessi e differenti effetti fisiologici, comportamentali e psicologici.

Con l'uso cronico e abituale, la sostanza può dar luogo a una serie di irreversibili complicazioni fisiche e sistemiche, le quali, interessano principalmente l'apparato cardio – respiratorio, gastrointestinale e neurologico (vedi **Tabella 2.1**).

Gli effetti a breve termine della cocaina derivano dalla sua stimolazione del sistema nervoso e comprendono le sensazioni positive ricercate nell'uso della sostanza, (Warner, 1993) producendo uno stato di *high*. L'intossicazione è seguita da alcuni cambiamenti fisiologici, tra i quali un aumento del battito cardiaco e della pressione sanguigna, ipertermia, midriasi, tremori e vertigini.

In merito agli effetti psicologici, immediatamente dopo l'assunzione della sostanza e per un periodo di circa 30 minuti, si instaura uno stato di "euforia, vertigini, aumento della coscienza di sé e sensazione di onnipotenza"(DSM-5, 2014). Tuttavia, questo stato di euforia è spesso seguito da una fase di euforia attenuata (fase di *down*), accompagnata da ansia, la quale tende a perdurare.

Con l'incremento delle dosi, tutti questi effetti si intensificano, e si può manifestare una condizione nota come *depressione di rimbalzo*. In questa fase, l'attivazione iniziale del Sistema Nervoso Centrale (SNC) è seguita da una serie di sintomi negativi, tra cui disforia, ansia, sonnolenza e un forte desiderio per la droga stessa. Con l'uso cronico e prolungato della cocaina, gli effetti diventano progressivamente più gravi.

L'individuo può sperimentare livelli crescenti di ansia, disturbi del sonno, ipervigilanza, sospettosità, paranoia e deliri di persecuzione. Potrebbe altresì manifestare iperreattività, impulsività e comportamenti stereotipati e ripetitivi. Pertanto, la percezione della realtà è notevolmente distorta, e la persona può diventare aggressiva, sviluppando persino tendenze omicide in risposta a persecuzioni immaginarie o stimoli che non esistono (*psicosi tossica paranoide*).

I sintomi appena descritti possono determinare isolamento sociale e incapacità di coinvolgimento nelle relazioni interpersonali, un ridotto interesse per i rapporti romantici o strettamente sessuali (Julien et al., 2012) oltre all'effettivo rischio di mettere in atto comportamenti che riducono la sicurezza in ambito sessuale, esponendoli ad una maggior incidenza di malattie sessualmente trasmissibili e all'assunzione di comportamenti violenti e aggressivi, come discuteremo in maniera approfondita in seguito.

Nella tabella sottostante vengono riassunti tutti i principali effetti fisiologici e psicologici a breve e lungo termine della sostanza (**Tabella 1.1**).

<i>Effetti a breve termine della Cocaina</i>	<i>Effetti a lungo termine della cocaina</i>	<i>Complicazioni mediche associate all'abuso di cocaina</i>
“Diminuzione dell'appetito	Dipendenza	<i>Cardiache</i> Dolore al petto, Infarto del miocardio, Aritmie, Cardiomiopatia, Miocardite
Diminuito bisogno di dormire	Irritabilità e disturbi dell'umore	<i>Endocrini</i> Iperprolattinemia
Aumento della vigilanza	Agitazione e aggressività	<i>Gastrointestinali</i> Nausea e dolori addominali, Ischemia intestinale, Colite, Ischemia gastroduodenale
Aumento del battito cardiaco e della pressione sanguigna	Attacchi di panico	<i>Testa e Collo</i>

		Erosione dello smalto dentale, Ulcere gengivali, Cheratite, Difetti corneali epiteliali, Rinite cronica, Perforazione del setto nasale, Granuloma centrofacciale, Alterazioni dell'olfatto, Neuropatia ottica, Sinusite osteolitica
Aumento della temperatura corporea (ipertermia)	Psicosi paranoide e allucinazioni	<i>Neurologici</i> Cefalee, Convulsioni, Emorragie cerebrali, Atrofia cerebrale
Midriasi		<i>Polmonari</i> Pneumotorace, Edema polmonare, Asma, Emorragia polmonare, Bronchiolite obliterante
Tremori		<i>Psichiatrici</i> Ansia, Depressione, Paranoia, Delirium, Psicosi, Suicidio
Vertigini		<i>Renali</i> Rabdiomiolisi
Aumento dell'energia		<i>Ostetrici</i> Basso peso alla nascita, Distacco placentare, Prematurità, Microcefalia
Eloquio aumentato		<i>Altro</i> Morte improvvisa, Iperpiressia, Disfunzioni sessuali, Reazioni allergiche, HIV/AIDS, Epatite C (assunzione per via endovenosa)
Comportamento ripetitivo e stereotipato		
Comportamento sessuale alterato"		

Tabella 1.1 Effetti a breve e lungo termine della cocaina e complicazioni mediche fisiologico-sistemiche associate all'abuso di cocaina (Warner E.A. Cocaine abuse. *Annals of Internal Medicine*, 1993 pag.229)

L'assunzione di cocaina è una pratica che, spesso in breve tempo, evolve in una pericolosa dipendenza. Questo fenomeno non può essere sottovalutato, poiché i suoi impatti vanno ben oltre le conseguenze fisiche, coinvolgendo aspetti psicologici e sociali di estrema rilevanza. Questa interazione tra elementi psicofisiologici e sociali rappresenta un nodo cruciale, che richiede un'analisi approfondita per comprenderne appieno sfaccettature e implicazioni.

Tenteremo di esplorare il complesso rapporto tra la dipendenza da cocaina e i molteplici aspetti che essa coinvolge. Non ci limiteremo a considerare unicamente le complicazioni fisiche che questa sostanza comporta, ma ci concentreremo anche sulla comprensione degli aspetti psicologici che emergono in questa dinamica. È fondamentale comprendere come questi due elementi - fisici e psicologici - si intrecciano e si influenzano reciprocamente, generando un impatto significativo sulla salute generale, incidendo peraltro anche sulla salute sessuale dell'individuo.

Quest'analisi ci condurrà in ultimo alla scoperta di come questa dipendenza possa influenzare la sessualità in molteplici modi. Sveleremo le connessioni tra la ricerca del piacere attraverso la cocaina e le dinamiche sessuali, gettando luce sui meccanismi psicologici e fisiologici che sottendono a questo fenomeno.

Nel prossimo capitolo, esamineremo con attenzione la dipendenza da cocaina e gli aspetti ad essa associati. Comprendendone i fattori di rischio, le tendenze di consumo, gli elementi diagnostici ed infine le conseguenze e le possibili modalità di trattamento. Inoltre, esploreremo le implicazioni sociali di questa dipendenza e come queste interagiscono con gli aspetti psicologici e fisici, cercando di delineare un quadro completo di questa complessa realtà.

CAPITOLO 2

Disturbo da dipendenza da cocaina

2.1 Epidemiologia, prevalenza, fattori di rischio e tendenze nell'utilizzo di cocaina

Il Disturbo da Dipendenza da Cocaina e più in generale il consumo di cocaina, rappresentano un problema di notevole rilevanza nell'ambito della salute mentale e del benessere sociale influenzando talvolta anche la sfera sessuale e affettiva. La diffusione e il consumo crescente oltre al progressivo abbassamento dell'età di utilizzo sono allarmanti e richiedono sforzi crescenti per farvi fronte.

Infatti, in accordo con l'ultimo rapporto dell'agenzia antidroghe relativo al 2022, si assiste ad una diffusione sempre più ampia di questa sostanza a livello territoriale, come indicato anche dall'aumento dei sequestri di cocaina (EMCDDA, 2023). In aggiunta la digitalizzazione del mercato relativo alle sostanze stupefacenti rende più facile il reperimento e più complicate le operazioni di individuazione e contrasto nella diffusione della sostanza (Ciccarone et al., 2022).

Le evidenze relative al consumo di cocaina confermano la sua notevole diffusione tra le sostanze d'abuso a livello europeo; seconda solo alla cannabis. Si stima infatti che circa 2.3 milioni di individui tra i 15 e i 34 anni la utilizzino. In Italia, la prevalenza del consumo di cocaina in questa fascia di età è di circa 1.7 milioni di individui, secondo i dati dell'EMCDDA del 2023.

Tra questi dati si osserva anche un incremento nei ricoveri ospedalieri e nei casi mortali dovuti a overdose da cocaina, spesso collegate alla composizione della sostanza, al suo grado di purezza e alle sostanze con cui viene tagliata, congiuntamente ad un aumentato

rischio di infezioni da HIV, ricollegabili sia alla modalità di somministrazione per via endovenosa che a comportamenti sessuali a rischio intrapresi dagli individui dipendenti.

La popolazione che consuma cocaina si colloca prevalentemente in una fascia di età giovane, con una tendenza crescente al consumo della sostanza tra i giovanissimi, in particolare nella fascia di età compresa tra i 15 e i 19 anni, con circa il 2% della popolazione studentesca che ne segnala l'utilizzo (EMCCDA, 2023). La cocaina è infatti, ampiamente conosciuta per essere una droga consumata principalmente in età giovanile ed il primo utilizzo regolare si attesta solitamente attorno ai 23 anni (DSM-5, 2014). Durante l'adolescenza il cervello sta ancora maturando ed è estremamente plastico, questo determinerebbe conseguenze a lungo termine più gravi per chi comincia ad assumere sostanze in giovane età, oltre ad una progressione con esiti spesso peggiori della dipendenza.

Nel contesto dell'uso di cocaina, emergono diversi fattori di rischio di natura ambientale e temperamentale che possono predirne l'utilizzo (DSM-5, 2014). L'analisi di questi fattori fornisce elementi per comprendere più a fondo l'uso di cocaina, in particolare tra gli adolescenti, sottolineando la complessità di questo fenomeno e determinando altresì conseguenze sulla sfera sessuale, come approfondiremo in seguito. Tra i fattori ambientali di rischio, assume rilevanza l'esposizione prenatale alla cocaina, predisponendo potenzialmente ad un interesse futuro per questa sostanza. Inoltre, l'esposizione alla violenza in età infantile rappresenta un ulteriore fattore critico nella possibile inclinazione all'utilizzo della sostanza e nella successiva presenza di alterazioni del comportamento sessuale. Il contesto domestico riveste altresì un ruolo cruciale. Un ambiente familiare instabile può creare un senso di insicurezza che spinge i giovani a ricercare comfort nelle sostanze, tra cui la cocaina. La presenza di condizioni

psichiatriche all'interno dell'ambiente domestico può ulteriormente complicare la situazione, portando gli individui a cercare soluzioni temporanee attraverso l'uso di sostanze.

Passando ai fattori temperamentali, l'impulsività si configura come un fattore di rischio significativo; giovani con un alto grado di impulsività o caratteristiche affini possono essere più suscettibili a sperimentare la cocaina, spinti dalla loro tendenza a sfidare le norme sociali e a cercare esperienze intense accanto a questo potrebbero mettere in atto comportamenti a rischio e/o violenti ed aggressivi anche in ambito sessuale.

Tra le condizioni preesistenti, il disturbo della condotta, il disturbo antisociale di personalità, il disturbo bipolare e la schizofrenia sono stati associati a un aumento del rischio di consumo di cocaina. Va altresì segnalato che alcuni individui iniziano ad utilizzare la cocaina con l'intento di controllare il peso corporeo o per migliorare le performance lavorative, scolastiche, sportive e talvolta anche sessuali (DSM-5, 2014).

Anche la diffusione e il consumo fra i diversi generi presenta una certa variabilità, circa il 75% dei consumatori è di sesso maschile (Julien et al., 2012) confermando una tendenza di utilizzo nettamente superiore rispetto alla popolazione femminile.

La ricerca ha, inoltre, evidenziato che, sebbene la prevalenza del disturbo da consumo di cocaina possa variare in base a fattori sociodemografici, come la condizione socioeconomica e la cultura, l'utilizzo di cocaina è riscontrabile in tutte le fasce della società, con tendenze simili, coinvolgendo diversi gruppi etnici in modo omogeneo.

La diagnosi di questa condizione (consumo di cocaina) può d'altra parte, avere impatti significativi sulla sfera sociale e sulle conseguenze che ne derivano con ad esempio possibili arresti, sospensioni lavorative o scolastiche (DSM-5, 2014).

Congiuntamente questi dati mettono in evidenza l'importanza critica di affrontare la dipendenza da cocaina, la diagnosi e i suoi correlati problemi di salute, considerando il suo impatto sia a livello individuale che sociale.

2.2 Aspetti della Dipendenza: Tolleranza, Astinenza e comorbidità

Uno degli aspetti centrali della Dipendenza da Cocaina è l'insieme di sintomi che definiscono la dipendenza stessa, si configurano come criteri essenziali per una diagnosi, contraddistinti da meccanismi peculiari alla maggior parte delle dipendenze quali la tolleranza, l'astinenza e il *craving*. Come già affrontato il meccanismo della dipendenza viene mediato dal circuito della ricompensa, ed è imputabile a zone quali la corteccia prefrontale, il nucleus accumbens e la VTA, in seguito agli effetti della cocaina sul neurotrasmettitore dopamina e l'azione associata, combinata su serotonina e noradrenalina (Julien et al., 2012).

La dipendenza si configura come un quadro contraddistinto da una perdita di controllo sull'utilizzo della sostanza d'abuso ed è accompagnata da un'alterazione e restringimento del repertorio comportamentale del soggetto. Infatti, l'assunzione di cocaina diviene estremamente saliente e prioritaria rispetto alle altre attività ed una parte consistente della giornata viene dedicata al suo reperimento e assunzione. Si assiste ad un progressivo uso della sostanza in maniera compulsiva, determinando un'incapacità del soggetto di esercitare il controllo sulla quantità e la frequenza d'utilizzo. Questo bisogno compulsivo e forte desiderio di consumare la sostanza, altrimenti chiamato *craving* si sperimenta in seguito ad un periodo più o meno lungo di astinenza, ovvero la comparsa di sintomi di natura psicofisiologica in seguito al tentativo di ridurre o cessare l'utilizzo della sostanza (Signore et al., 2012). Nel caso della cocaina si manifesta con sintomi di natura prettamente psicologica opposti rispetto alla fase di intossicazione

(DSM-5, 2014). In particolare, sarebbero state individuate tre diverse fasi nell'astinenza ognuna caratterizzata dalla comparsa di sintomi peculiari, durata e conseguenze differenti:

1. La prima fase, comunemente nota come *crash*, si manifesta immediatamente dopo l'ultima assunzione di cocaina. Questa fase è contrassegnata da un effetto rebound, che di solito dura alcune ore. Gli individui sperimentano una serie di sintomi, tra cui una profonda disforia, ansia, depressione e un notevole esaurimento mentale e fisico. Possono per di più avvertire sintomi come stanchezza, ipersonnia e iperfagia.
2. La seconda fase, conosciuta come *withdrawal*, è meno drammatica rispetto alla precedente. Tuttavia, presenta sintomi significativi, tra cui ansia, depressione e anedonia (la perdita di interesse o piacere nelle attività solitamente gratificanti, tra cui figura la perdita di interesse sessuale). Una complicazione critica in questa fase è il rischio aumentato di ideazione suicidaria e comportamenti correlati. In questa fase compare anche il cosiddetto *conditioned craving*, un fenomeno in cui il ricordo dell'uso passato della cocaina diventa così piacevole che spinge il consumatore a desiderare di usarla nuovamente, anche se non ci sono effetti fisiologici diretti in gioco.
3. La fase finale, conosciuta come *extinction*, è la fase più duratura dell'astinenza dalla cocaina, estendendosi per mesi o persino anni. In questa fase, episodi ricorrenti di *craving* tentano il soggetto a riprendere l'uso della sostanza (Warner, 1993)

È noto che in seguito alla sensibilizzazione dei neuroni dopaminergici e quindi ad un aumento dei livelli di dopamina rilasciati dopo ogni assunzione (*tolleranza inversa*), l'effetto chimico-clinico della sostanza diminuisce progressivamente determinando la necessità di consumare dosi maggiori per ottenere gli stessi effetti, questo meccanismo è noto come *tolleranza*.

La dipendenza da cocaina è raramente isolata e spesso coesiste con altre condizioni mediche e/o psicologiche. Tra le comorbidità più comuni rientrano i disturbi dell'umore, come la depressione e il disturbo d'ansia, che possono precedere o svilupparsi in concomitanza e come conseguenza della dipendenza (DSM-5, 2014), spesso associati alla comparsa di anedonia e alterazione del comportamento sessuale e talvolta sintomi psicotici. Inoltre, è frequente l'associazione con altri disturbi legati all'uso di sostanze, come l'abuso di alcol o l'uso di altre droghe illecite. Queste sostanze spesso vengono assunte per mitigare gli effetti collaterali della sostanza e per aumentare lo stato di benessere, portando ad effetti collaterali ancora maggiori.

Un'altra condizione che si è dimostrata essere frequentemente associata alla dipendenza da cocaina è la dipendenza sessuale o ipersessualità “che è stata definita come l'implicazione in attività sessuali eccessive e ripetitive, che includono pensieri correlati al sesso, masturbazione e la ricerca di nuovi partner sessuali.” (António et al., 2017 pag. 415)

La cocaina, conosciuta culturalmente come disinibente, può infatti essere usata anche per migliorare le prestazioni sessuali, le relazioni personali e la socialità, per questo risulta importante individuare la possibile presenza di disfunzioni sessuali o difficoltà interpersonali associate alla dipendenza.

Le comorbidità possono complicare la gestione clinica e richiedere preliminarmente un assesment multidimensionale e un trattamento integrato che affronti sia la dipendenza da cocaina che le condizioni comorbide in modo simultaneo.

2.3 Criteri diagnostici, diagnosi differenziale e Strumenti di Valutazione

Il Disturbo da Uso di Cocaina risulta quindi un problema complesso che richiede un'approfondita valutazione multidimensionale. In questa sezione verrà posto il focus sulla diagnosi, la valutazione e la creazione di un profilo psicologico dei pazienti, affrontando i sintomi chiave e gli strumenti utilizzati nella pratica clinica.

La diagnosi del Disturbo da Dipendenza da Cocaina si basa su criteri specifici delineati nel DSM-5. La cocaina rientra nel capitolo delle droghe stimolanti e la diagnosi è altrimenti inquadrabile come “un pattern di uso della sostanza che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due dei seguenti sintomi, che si verificano entro un periodo di 12 mesi”(DSM-5, 2014 pag.654):

“1.Gli stimolanti sono spesso assunti in quantitativi maggiori o per un periodo di tempo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni
2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l’uso di stimolanti
3.Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi gli stimolanti, usare gli stimolanti o recuperare dai suoi effetti.
4.Craving, o forte desiderio o spinta all’uso di stimolanti
5.Uso ricorrente di stimolanti, che causa un fallimento nell’adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa.

6. Uso continuato di stimolanti nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti di stimolanti.
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte
8. Uso ricorrente di stimolanti in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso
9. Uso continuato di stimolanti nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dagli stimolanti
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori: a. Un bisogno di quantità marcatamente aumentate di stimolanti per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato b. Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di stimolanti
11. Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori: a. La caratteristica sindrome da astinenza da stimolanti b. Gli stimolanti (o una sostanza strettamente correlata) sono assunti per attenuare o evitare sintomi d'astinenza"

Tabella 2.1 *Criteri diagnostici della Dipendenza da Cocaina (DSM-5, 2014 pag.655-656)*

Fra i criteri diagnostici del Disturbo da Uso di Cocaina rientrano la possibile presenza di astinenza, tolleranza e *craving*, che rappresentano segni significativi della dipendenza dalla sostanza. Questi sintomi possono pertanto comportare un disagio clinicamente significativo e compromettere diverse aree di funzionamento come il lavoro, la scuola e le relazioni sociali. Gli individui con una dipendenza da cocaina spesso sviluppano risposte condizionate agli stimoli legati alla cocaina, evidenziando

l'associazione condizionata tra l'uso della sostanza e le reazioni fisiologiche e psicologiche ai segnali specifici. Tuttavia, è fondamentale escludere altre condizioni mediche e psicologiche con sintomi simili.

In effetti, nel contesto della diagnosi differenziale nei disturbi indotti da stimolanti, è essenziale distinguere tra questi disturbi e i disturbi mentali primari oltre alla possibile intossicazione da altre sostanze. Talvolta, i sintomi legati all'abuso di stimolanti possono presentare somiglianze con i sintomi di disturbi quali schizofrenia, disturbo bipolare, disturbo depressivo e disturbo d'ansia generalizzata.

L'intossicazione da fenciclidina, può manifestarsi con un quadro clinico simile a quello dell'intossicazione da cocaina. La differenza cruciale risiede nella possibilità di distinguere le due intossicazioni attraverso la presenza dei relativi metaboliti in un campione biologico (DSM-5, 2014).

Nel DSM-5 (2014), è fornita una descrizione dettagliata delle caratteristiche tipiche che contraddistinguono un individuo in uno stato di intossicazione acuta da cocaina. Durante questa fase, è possibile osservare una serie di sintomi, tra cui un eloquio disorganizzato, cefalea, idee di riferimento transitorie, acufeni, ideazione paranoica, nonché allucinazioni uditive e tattili. Questi sintomi sono accompagnati da cambiamenti comportamentali evidenti. È cruciale sottolineare che, nonostante la cocaina possa inizialmente indurre una sensazione di benessere, fiducia in sé ed euforia, tali effetti possono essere seguiti da comportamenti caotici, isolamento sociale, manifestazioni di aggressività e alterazioni nei comportamenti sessuali e fisiologici.

Si noti, inoltre, che il metodo di somministrazione della cocaina gioca un ruolo significativo nella progressione verso la dipendenza. L'uso intranasale è spesso

associato a un processo di sviluppo più lento della dipendenza rispetto a modalità di somministrazione più invasive, quali il consumo per via endovenosa o il fumo. I modelli di consumo di cocaina possono variare da episodici a giornalieri, con una tendenza ad aumentare la loro frequenza nel tempo, aumentando la dose aumentano anche gli episodi di aggressività. Portando in ultimo ad episodi d'abuso seguiti da brevi periodi di astinenza (DSM-5, 2014).

Queste caratteristiche cliniche e diagnostiche offrono un quadro completo della complessità del Disturbo da Uso di Cocaina, evidenziando la necessità di una valutazione e un trattamento multidimensionale che tenga conto non solo delle implicazioni a livello individuale ma anche degli aspetti di carattere sociale ed interpersonale. Per valutare la presenza di una dipendenza da cocaina si ricorre in primo luogo ad analisi fisiologiche che attestano la presenza dei principali metaboliti nel sangue, urine o capelli.

Nel contesto della valutazione, i questionari sono altresì utilizzati in maniera più specifica per valutare la severità della dipendenza da cocaina e rappresentano un valido punto di partenza per un eventuale trattamento, fra questi troviamo la Severity of Dependence Scale (SDS) (Gossop et al., 1995) che si configura come una scala molto breve in cui è richiesto di inserire la principale droga d'abuso e di indicare alcuni dati circa la frequenza e la tendenza di utilizzo. Un altro strumento di valutazione è la Visual Analogical Scale (VAS) che richiede di indicare lungo un continuum quanto si è desiderata la sostanza nella settimana precedente da “nessuna voglia” a “mai avuto tanta voglia in vita mia”. Il Cocaine Selectivity Severity Assesment (CSSA) valuta la severità di segni e sintomi dell'astinenza, rivelandosi inoltre un buon predittore degli esiti negativi di trattamento.

L'Addiction Severity Index (ASI) sviluppato da McLellan e colleghi nel 1992, si configura come uno strumento di rilevante importanza. Questo strumento è finalizzato a

esaminare non solo la frequenza e la gravità dell'abuso di sostanze, ma anche a individuare il tipo e la gravità delle problematiche psicosociali che solitamente accompagnano tale abuso. Queste problematiche possono riguardare aspetti medici, legali, familiari, sociali, lavorativi e psichiatrici. Infine, il Cocaine Use Situations Inventory rappresenta un altro strumento fondamentale. Questo questionario, auto-somministrabile, elenca una vasta gamma di situazioni ad alto rischio connesse all'uso di cocaina. Il suo obiettivo principale è monitorare i cambiamenti nella capacità dei pazienti di gestire tali situazioni e nel loro atteggiamento nei confronti dell'astinenza. Questo strumento offre agli operatori sanitari una panoramica dettagliata delle situazioni specifiche che possono rappresentare delle sfide per il paziente e che potrebbero richiedere particolare attenzione nel processo terapeutico (Consoli & Necco, n.d.).

Nella diagnosi e nella valutazione viene delineato anche un profilo psicologico del paziente, valutando i possibili sintomi associati, la valutazione è solitamente clinica e avviene attraverso il colloquio. Possono poi essere utilizzati diversi strumenti; per accertare la presenza di sintomi depressivi il Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) e la Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960), mentre per valutare una maggior gamma di sintomi può essere usata La Symptoms Checklist (SCL-90) (Derogatis et al. 1973). La definizione di un profilo psicologico che tiene conto della possibile presenza di sintomi depressivi e ansiosi, è importante anche in relazione alla sessualità, spesso la sostanza viene utilizzata per far fronte a questi sintomi quando causati da una alterazione sessuale, instaurando un circolo vizioso.

La definizione di un profilo multidimensionale che tenga conto non solo della dipendenza ma delle peculiarità e sintomi associati del soggetto, integrato con un assesment sessuale specifico: si configura come un punto di partenza fondamentale, per

delineare un trattamento personalizzato ed efficace in base ai singoli bisogni e risorse individuali.

2.4 Trattamento e Prevenzione

Il trattamento del Disturbo da Dipendenza da Cocaina può essere complesso e richiede un approccio integrato per trattare i sintomi associati alla dipendenza che si riflettono anche sulla dimensione sessuale, affettiva e sociale dell'individuo. Le opzioni terapeutiche possono includere interventi farmacologici, psicoterapia e supporto psicologico.

Sebbene al momento non esistano farmaci approvati dall'FDA specifici per il trattamento della dipendenza da cocaina, esistono diverse classi di farmaci che possono mitigare i vari sintomi associati (Ciccarone et al.,2022). Ad esempio, gli antipsicotici possono essere somministrati per gestire l'agitazione psicomotoria, ma è importante riconoscere che questi farmaci possono comportare effetti collaterali, come cali del desiderio sessuale e disfunzioni sessuali. Gli antidepressivi, d'altra parte, possono offrire alcuni benefici per quanto riguarda i cambiamenti dell'umore durante l'astinenza da cocaina, ma anch'essi possono comportare effetti collaterali, tra cui disfunzioni sessuali (Istituto Sessuologia Clinica [ISC]).

Nel contesto del trattamento delle dipendenze, l'uso di terapie di diverso orientamento ha suscitato dibattiti e sfide crescenti, in parte a causa dell'evoluzione dell'identità della dipendenza stessa nel corso degli anni. Questa evoluzione ha portato a diverse possibilità nella definizione della terapia e degli obiettivi del trattamento per le dipendenze.

La terapia cognitivo-comportamentale è ampiamente utilizzata nel trattamento della dipendenza da cocaina, dimostrando alti livelli di efficacia. Questo approccio si basa sui principi dell'apprendimento sociale, secondo cui un elemento cruciale associato all'inizio dell'uso e dell'abuso di sostanze è il modo in cui le persone apprendono come farlo e utilizzando modelli di condizionamento operante, condizionamento classico e modellamento mira a modificare i pensieri e i comportamenti associati all'uso di cocaina. Più in particolare fra gli obiettivi principali figurano la remissione della dipendenza, la prevenzione di un uso ricorrente, il miglioramento dell'umore, delle capacità cognitive e della motivazione, e la riduzione del *craving* (Ciccarone et al., 2022). Uno strumento talvolta utilizzato è la redazione di un diario giornaliero dove vengono registrate la quantità, la frequenza e le situazioni associate all'abuso della sostanza. È notevole osservare come la riduzione dell'uso di cocaina sia spesso connessa a una diminuzione dei sintomi depressivi durante il percorso terapeutico cognitivo-comportamentale (Consoli & Necco, n.d.)

Un approccio terapeutico comportamentale particolarmente efficace è il "contingency management", basato sui principi del condizionamento operante. Questo metodo prevede la fissazione di obiettivi di valore crescente per motivare gli individui a modificare il loro comportamento legato all'uso di stimolanti, per ottenere una certa efficacia le persone devono però mostrare una certa intenzionalità nel modificare il loro comportamento in relazione all'uso della sostanza (Ciccarone et al., 2022).

Oltre agli approcci puramente cognitivo-comportamentali vengono riconosciute altre terapie. Le terapie di coppia possono essere integrate con il trattamento per sostenere l'astinenza, migliorare le dinamiche relazionali e ridurre comportamenti violenti tra i partner. Così come la terapia motivazionale, che si concentra sull'evoluzione della

motivazione del paziente a interrompere l'uso di cocaina e infine psicoterapie psicodinamiche che si concentrano sull'evoluzione dei processi di funzionamento psicologico del paziente, oltre alla risoluzione dei sintomi.

È importante altresì sottolineare l'efficacia della terapia familiare e familiare strategica breve e dei gruppi di auto-mutuo-aiuto nel processo di recupero. Coinvolgendo i familiari e offrendo un sistema di supporto tra pari, questi approcci possono favorire un ambiente di sostegno cruciale per il paziente.

Le ricerche e le sperimentazioni su queste terapie nel contesto della dipendenza da cocaina sono in corso, con l'obiettivo di comprendere meglio l'efficacia e il ruolo di ciascun approccio nel trattamento di questa complessa condizione (Consoli & Necco, n.d.).

La prevenzione della dipendenza da cocaina è altrettanto importante. L'educazione sulla salute mentale e la prevenzione primaria, mirata a ridurre l'accesso alla cocaina e a promuovere comportamenti sani, sono componenti essenziali. La prevenzione secondaria, che si concentra sulla diagnosi precoce e sul trattamento tempestivo, può inoltre ridurre l'impatto a lungo termine del disturbo. Risulta inoltre importante integrarla con aspetti relativi alle conseguenze sessuali e relazionali sia a breve che a lungo termine della dipendenza, soprattutto nella popolazione più giovane, perché rimane un aspetto ancora poco trattato, dominato da disinformazione e falsi miti, ma di fondamentale importanza.

A questo proposito, tratteremo la sessualità in un'analisi approfondita circa i meccanismi e le complesse variabili che intervengono e che determinano esiti sulla sfera sessuale degli individui, comprendendo quanto sia fondamentale per la salute globale e

per la qualità della vita vivere una sessualità libera e positiva. In questo senso la promozione di una sessualità sana, libera da coercizioni, stereotipi e taboo è un obiettivo importante in tutte le fasce della popolazione, in quanto diritto fondamentale di ognuno. Nei soggetti con una dipendenza da cocaina, vista l'ampia diffusione di alterazioni e comportamenti sessuali considerati a rischio diventa primaria l'informazione, la prevenzione e il trattamento.

Procederemo da un breve excursus su come e quanto da tempo gli studi sulla sessualità le hanno riconosciuto un ruolo preminente nel determinare la qualità della vita e come se questa non viene vissuta in maniera positiva e sana può portare ad alterazioni ed effetti negativi sulla salute globale. Esamineremo fattori di natura sia psicologica che fisiologica, fra cui l'identità sessuale, i comportamenti a rischio, le fasi della risposta sessuale e le possibili disfunzioni.

Partendo dalla concettualizzazione del ciclo di risposta sessuale e analizzando le variabili neuroendocrine che intervengono nella sessualità metteremo in luce come la cocaina potrebbe agire nel determinare l'insorgenza di disfunzioni in ambito sessuale ed infine porremo l'accento sull'importanza di un assesment sessuale in soggetti dipendenti.

CAPITOLO 3

La sessualità umana

3.1 La ricerca sulla sessualità ieri e oggi: importanza e impatto sulla qualità della vita

Per comprendere il complesso e controverso rapporto tra sessualità e cocaina risulta importante analizzare e comprendere la sessualità umana in una prospettiva multidisciplinare esaminandone i vari aspetti psicologici, sociali, culturali e fisiologici che intervengono e che rivestendo un ruolo sostanziale all'interno della nostra vita e per la nostra salute globale.

La sessualità rappresenta una delle motivazioni fondamentali che sottendono i sentimenti, i pensieri e i comportamenti umani. Essa svolge un ruolo chiave nel definire i meccanismi di riproduzione biologica, contribuisce a delineare rappresentazioni psicologiche e sociali del sé e media l'attrazione verso gli altri. Inoltre, influenza la struttura e il funzionamento del cervello e del corpo umano, orientando l'individuo verso la ricerca del piacere. Nonostante l'importanza della sessualità nella vita umana, spesso viene considerata un tabù sia nell'ambito personale che in quello dell'indagine scientifica.

Permea infatti, ogni aspetto della società, influenzando il nostro modo di vestire, comunicare e interagire. In molti modi, la sessualità contribuisce a definire la nostra identità. È così cruciale che il neuropsicologo Karl Pribram (1958) l'ha identificata come uno dei quattro stati pulsionali umani fondamentali. Questi stati pulsionali ci spingono a perseguire obiettivi essenziali per la nostra sopravvivenza. Secondo Pribram, questi obiettivi includono l'atto del nutrirsi, la capacità di difendersi, la possibilità di

fuggire da pericoli e la necessità di soddisfare i bisogni sessuali. Poiché tali pulsioni sono intrinsecamente connesse alla nostra salute psicofisica, il benessere sessuale è un aspetto che non deve essere trascurato (Lucas, n.d.). Per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2014) e l'Associazione Mondiale per la Salute Sessuale (WAS, 2014) hanno stabilito che la salute e il benessere sessuale rientrano tra i diritti umani e sono obiettivi fondamentali da perseguire a livello globale per migliorare la qualità della vita (Nimbi et al., 2021).

“La salute sessuale è...definita come uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale legato alla sessualità, non riducibile all'assenza di malattia, disfunzione o infermità. La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso...alla sessualità, così come la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza. Perché la salute sessuale venga raggiunta e mantenuta, i diritti sessuali di tutte le persone devono essere rispettati, protetti e soddisfatti” (OMS 2006; *Convened International Technical Consultation on Sexual Health* citato in Panzeri, 2013).

Un concetto innovativo promosso da queste organizzazioni sottolinea che la salute sessuale non è limitata alla riproduzione, ai disturbi sessuali, alla violenza sessuale e alle infezioni sessualmente trasmissibili. Essa abbraccia anche aspetti positivi relativi alle relazioni intime, al piacere, alle relazioni sessuali consensuali, alla diversità di genere e all'orientamento sessuale, nonché al funzionamento sessuale (Nimbi et al., 2021).

Da sempre si è cercato di studiare ed indagare il ruolo che la sessualità riveste nel nostro sviluppo psicosociale, nel nostro benessere ed in generale il ruolo che riveste nella nostra vita, a livello non solo fisico ma soprattutto psicologico. Già Freud aveva identificato una correlazione tra sessualità e sviluppo, identificando il sesso (parlando di

libido e pulsioni sessuali) come parte integrante della vita umana fin dall'infanzia. Ha individuato e teorizzato l'esistenza di diverse fasi di sviluppo psicosessuale, il superamento in maniera positiva o negativa di questi diversi stadi di sviluppo, comporta dimensioni distinte di patologia o salute.

Si deve al biologo Kinsey, l'inizio dello studio sulla sessualità umana, avviando così un ampio filone di ricerca che permea diverse discipline (Lucas, n.d.). Nello specifico questo studioso aveva condotto una serie di interviste dirette sulla sessualità umana dal 1948 al 1953 di carattere sociologico ed aveva iniziato a studiare la risposta sessuale in laboratorio. Non terminò i suoi studi, perché venne arrestato in quanto ancora era impensabile e condannata la possibilità di parlare esplicitamente di sessualità, non terminando i suoi studi.

Da questo, prende avvio il primo studio sistematico sulla risposta sessuale con Master e Johnson (1966) che per la prima volta parlano di ciclo della risposta sessuale, per comprendere le risposte sistematiche e fisiologiche sperimentate dagli individui in relazione alla loro sessualità. Istituiscono quindi un laboratorio di biologia sessuale e conducono un'indagine longitudinale attraverso l'uso dell'osservazione diretta, misurazioni fisiologiche e fisiche e riprese video. L'innovazione principale è la concettualizzazione della risposta sessuale non più come un evento unico ma, contraddistinto da differenti fasi, quindi multidimensionale (Panzeri, 2013). Le quattro fasi principali del ciclo sono l'eccitazione, il plateau, l'orgasmo e la risoluzione. L'intensità e la durata di ciascuna fase variano notevolmente da individuo a individuo, influenzate dalla componente psicologica che può stimolare o inibire la risposta sessuale.

Il ciclo della risposta sessuale viene rielaborato dalla Kaplan nel 1979, inserendo la fase di desiderio, precedentemente trascurata, che precede l'eccitazione e l'orgasmo. Questa fase è caratterizzata dalla presenza di fantasie sessuali e da un desiderio di impegnarsi nell'atto sessuale (Istituto Italiano di Sessuologia Scientifica [Iiss], 2022). In questo modello viene eliminata la fase di risoluzione in quanto non ci sarebbe nessuna risposta sessuale, la fase di plateau viene accorpata all'eccitazione poiché non sono qualitativamente differenti e infine prevede la fase di orgasmo.

Nella versione del DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM IV], 2001 c) il modello coniuga i due precedenti comprendendo desiderio, eccitazione, orgasmo e risoluzione, mentre nell'ultima versione del DSM (DSM-5, 2014) non si fa nessun riferimento specifico al ciclo di risposta sessuale.

In ultimo, questi concetti forniscono un quadro essenziale per comprendere la fisiologia della risposta sessuale umana, ma è importante notare che l'esperienza individuale della sessualità è altamente variabile e influenzata da fattori psicologici complessi.

3.2 Approccio biopsicosociale alla sessualità: fattori psicologici

Di fatto, a lungo ci si è concentrati solo sugli aspetti organici alla base dei problemi sessuali e del comportamento, i ricercatori hanno però riconosciuto la necessità di concentrarsi anche sui fattori psicologici e sul ruolo interconnesso tra aspetti organici, psicologici e sociali che influenzano la salute sessuale e il benessere, questo perché le evidenze dimostrano che non possono essere percepiti e studiati come separati.

La dimensione psicologica sta diventando un elemento centrale all'interno delle linee guida internazionali per l'intervento clinico nelle difficoltà e nelle disfunzioni sessuali,

nei programmi di promozione della salute sessuale e nell'educazione sessuale. Queste dimensioni psicologiche sono state inserite all'interno di modelli concettuali della risposta sessuale umana, spesso includendo cognizioni, emozioni, tratti di personalità, psicopatologia, variabili socioculturali e relazionali che influenzano il funzionamento sessuale e il comportamento (Nimbi et al., 2021).

Visto il complesso legame che intercorre fra cocaina e sessualità e i diversi effetti a livello psicologico e comportamentale della sostanza che, cambiano anche in relazione a diverse variabili come l'orientamento sessuale, la cultura di riferimento e variabili sociodemografiche andremo in primo luogo a definire e contestualizzare temi come l'identità sessuale, il consenso, pratiche e comportamenti sessuali considerati a rischio, la prostituzione, fantasie sessuali e disturbi del comportamento sessuale per poi comprenderli in relazione alla dipendenza.

Nella dimensione psichica del sesso, ci riferiamo all'esistenza di un'identità sessuale, un costrutto multifattoriale che è parte integrante della nostra identità, si costruisce attraverso processi intrapsichici e sociali procedendo per tappe per raggiungere una maturità sessuale e affettiva. Le dimensioni fondamentali che la compongono sono quattro e riguardano: il sesso biologico, l'identità di genere, il ruolo di genere e l'orientamento sessuale (Panzeri, 2013).

L'identità di genere, che inizia a stabilizzarsi a partire dai tre anni, racchiude il senso di sé, ovvero la percezione di sé stessi e del comportamento riguardo al genere che la persona sente come proprio, non dipende dal sesso biologico (biologicamente determinato indica l'appartenenza ad una determinata categoria anatomica) e si colloca su un piano di esperienza culturale, psicologica sociale e politica. Il ruolo di genere è invece un insieme di azioni, affermazioni, comportamenti, atteggiamenti che indicano

agli altri il genere a cui si appartiene, si colloca “lungo un continuum che va dall'estrema mascolinità all'estrema femminilità” (Panzeri, 2013 pag.39), al suo interno include la concettualizzazione dell'eccitazione e della risposta sessuale. Infine, la meta sessuale o orientamento sessuale e il genere del partner da cui si è attratti, può essere compreso come lungo un continuum che va da completa eterosessualità a completa omosessualità, includendo l'asessualità (Panzeri, 2013). In particolare, nella cultura omosessuale si segnala un ampio ricorso alla combinazione fra sesso e droga, assume il nome di *chemsex* che affronteremo nello specifico nell'ultimo capitolo.

Tutte queste dimensioni sono intimamente connesse alla cultura di appartenenza e in continua evoluzione.

La cocaina sembra essere associata all'aumento di comportamenti sessuali considerati a rischio che comprendono molteplici aspetti, tra cui un discontinuo utilizzo del preservativo e attività di prostituzione, aumentando il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili e gravidanze indesiderate. Spesso, inoltre, la pratica sessuale è svolta sotto l'effetto di stupefacenti e/o alcolici, riducendo la lucidità e le capacità decisionali dei soggetti coinvolti, esponendo al rischio di violenza, aggressività e pratiche non consensuali.

Nello specifico, un uso discontinuo o nullo della contraccezione espone a possibili gravidanze indesiderate e aumenta il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili. L'unico metodo efficace per proteggersi è l'utilizzo del preservativo. Le malattie sessualmente trasmissibili sono più frequenti nelle donne, negli adolescenti e nei giovani adulti e nell'ultimo decennio sono in aumento. La pericolosità dell'AIDS “causata dal virus HIV che può essere trasmesso attraverso rapporti sessuali non protetti, la gravidanza, l'allattamento, trasfusioni di sangue contaminato e scambio di

siringhe o altri strumenti taglienti” (Panzeri & Fontanesi, 2021 pag. 65) assume un ruolo preponderante nell’ambito della tossicodipendenza, conoscendo un’ampia diffusione.

Rimane un obiettivo primario la corretta informazione e prevenzione per ridurre l’impatto e promuovere una sessualità sana e consapevole anche in classi della popolazione più fragili.

Inoltre, spesso la comparsa di disfunzioni sessuali o alterazioni generali della funzione sessuale espongono la popolazione dipendente a sfide crescenti e ad un’ulteriore compromissione della salute. Risulta necessario, in primo luogo, comprenderne i meccanismi alla base e come potrebbe la cocaina, visti i suoi noti effetti influenzarli.

3.3 Neurobiologia delle funzioni sessuali e disfunzioni sessuali

È crescente l’interesse per lo studio della psicofisiologia umana, alimentato anche dalla crescente consapevolezza degli effetti deleteri degli agenti farmacologici sul comportamento e la funzione sessuale, fra cui la cocaina (Meston & Frohlich, 2000). Per comprendere a fondo questo legame risulta importante parlare della neurobiologia della funzione sessuale e le possibili interazioni della sostanza con l’organismo (Saso, 2002).

Tra i diversi ambiti dell’esperienza umana, il sesso è il risultato di numerose e complesse variabili interdipendenti, talvolta difficili da definire. La funzionalità sessuale richiede non solo la capacità di interagire con gli altri (ossia un certo livello di competenze sociali) ma anche una varietà di differenti fattori fisiologici. I neurotrasmettitori centrali e periferici, i neuropeptidi e gli ormoni che collaborano per promuovere reazioni sessuali normali sono di fondamentale importanza.

La risposta sessuale umana coinvolge una complessa interazione tra aspetti psicologici e fisiologici. La funzione sessuale è influenzata da una serie di elementi neurochimici e ormonali che contribuiscono a regolare le reazioni sessuali normali (Meston & Frohlich, 2000). Questi componenti giocano un ruolo chiave nell'assicurare un funzionamento sessuale adeguato. Tenteremo quindi di spiegare i principali meccanismi e fattori che intervengono nella neurobiologia umana per comprendere gli effetti che può giocare la sostanza sulla dimensione psicofisiologica della sessualità.

L'azione della cocaina così come la risposta sessuale interessa diversi sistemi e apparati, presentando molteplici interazioni. Le aree maggiormente connesse e interagenti, comprendono non solo il sistema nervoso e la sua complessa chimica, ma anche il sistema endocrino e cardiovascolare coinvolgendo complessivamente diversi ormoni (androgeni, estrogeni, progesterone, prolattina, cortisolo, ossitocina e feromoni) e neurotrasmettitori (Meston & Frohlich, 2000).

Anche nella sessualità come nella dipendenza da cocaina sono coinvolti i circuiti di gratificazione e ricompensa del cervello, svolgendo un ruolo nelle diverse fasi della risposta sessuale. Questo circuito cerebrale complesso, che origina dai nuclei profondi cerebrali, è intimamente coinvolto all'interno dell'esperienza umana nel coniugare i processi e i bisogni di natura fisiologica e la motivazione, il comportamento e le emozioni. I principali neurotrasmettitori coinvolti sono la dopamina, la noradrenalina e la serotonina (Boni, 2016), che riflettono esattamente i bersagli dell'attività farmacologica della cocaina. In particolare, la sostanza agisce e ridetermina la concentrazione di questi tre diversi neurotrasmettitori.

La Dopamina è un neurotrasmettitore coinvolto in circuiti cerebrali che fra l'altro regolano alcune funzioni endocrine, l'azione della cocaina interagisce con alcuni

ormoni del sistema riproduttivo determinando disfunzioni neuro-ormonali tra cui iperprolattinemia. Nel contesto dell'esperienza sessuale umana, la serotonina e la noradrenalina rivestono un ruolo significativo nella regolazione di molteplici funzioni corporee e cognitive.

La serotonina sarebbe coinvolta nella modulazione dell'ansia e può influenzare il modo in cui il corpo risponde agli stimoli stressanti. Inoltre, partecipa nella regolazione del ritmo sonno-veglia, contribuendo a mantenere un ciclo sonno-veglia equilibrato. La serotonina può anche influenzare l'appetito e la sazietà, con implicazioni nelle abitudini alimentari, oltre a svolgere un ruolo nell'equilibrio emotivo e nella regolazione del tono dell'umore. Infine, questo neuro-trasmittitore è coinvolto nella modulazione del ritmo eiaculatorio.

Dall'altro lato, la noradrenalina è essenziale per la regolazione dell'umore e delle emozioni. Gioca un ruolo chiave nella gestione dell'ansia, modulando la risposta dell'organismo agli stimoli stressanti. Inoltre, la noradrenalina è coinvolta nell'attivazione della risposta "attacco-fuga" del sistema nervoso, preparando il corpo a reagire in situazioni di pericolo. Da un punto di vista sessuale, è importante sottolineare che tutti questi neurotrasmettitori operano in circuiti cerebrali essenziali per la risposta sessuale fisiologica e per la regolazione dell'umore. Alterazioni in questi circuiti hanno quindi un ruolo nelle disfunzioni sessuali (Boni, 2016).

La risposta sessuale è modulata dal bilanciamento tra sistema simpatico che, regola la fase di orgasmo svolgendo un controllo inibitorio e il sistema parasimpatico che regola la fase di eccitazione e svolge quindi una funzione eccitatoria (Panzeri, 2013).

Per parlare di fasi nella risposta sessuale ci riferiremo ai diversi modelli sopracitati; infatti, sono state identificate diverse fasi nella risposta sessuale che comprendono desiderio, eccitazione, plateau, orgasmo e risoluzione.

La fase di eccitazione è anticipata da stimoli esterni, come stimolazione tattile o visiva, nonché da stimoli interni come fantasie sessuali. In questa fase, gli uomini sperimentano l'erezione del pene, l'ingrossamento dello scroto e dei testicoli, l'eventuale erezione dei capezzoli e un aumento del battito cardiaco. Nelle donne, le reazioni includono l'erezione del clitoride, l'ingrossamento delle grandi e piccole labbra, l'innalzamento dell'utero, modifiche delle pareti vaginali e l'erezione dei capezzoli (Iiss, 2022).

La fase successiva è quella del plateau (fase proposta da Master e Johnson ma eliminata nei modelli successivi) in cui l'eccitazione raggiunge un livello elevato poco prima dell'orgasmo. Durante questa fase, gli uomini sperimentano un aumento del flusso sanguigno, rendendo il pene più scuro, l'innalzamento dei testicoli e la loro adesione al perineo. Nelle donne, la parete vaginale esterna si ingrossa e l'utero si innalza.

L'orgasmo ha una dimensione fisica e psicologica (Smith, 2004), viene identificato come il momento di massimo piacere, è accompagnato da contrazione ritmiche dei genitali e degli organi riproduttivi, oltre a cambiamenti cardio-vascolari e termina con il rilascio della tensione sessuale (Meston & Frohlich, 2000). Negli uomini, lo sfintere della vescica urinaria si chiude, e le contrazioni ritmiche dell'uretra, della prostata e dei condotti seminali portano all'eiaculazione dello sperma. Nelle donne, vi è un aumento della tensione e contrazioni ritmiche dei muscoli pelvici, dell'utero e della terza parte esterna della vagina. Infine, la fase di risoluzione comporta il ritorno del corpo allo stato iniziale del ciclo di risposta sessuale. Va notato che esistono differenze significative tra uomini e donne in questa fase, con gli uomini che spesso sperimentano un periodo

refrattario durante il quale sono insensibili a ulteriori stimolazioni sessuali, mentre le donne possono essere immediatamente in grado di raggiungere un nuovo orgasmo se adeguatamente stimolate (Iiss, 2022).

Il desiderio sessuale, si definisce come l'interesse per oggetti ed esperienze sessuali ed è intimamente connesso all'arousal di natura sessuale, uno stato di generale attivazione che comprende un aspetto soggettivo (sentirsi eccitato) e un aspetto fisiologico (vasocongestione genitale). Comprende la regolazione e interazione emodinamica dei genitali dipendente da segnali provenienti dal sistema nervoso centrale e periferico ed è associato ad un complesso pathway di neurotrasmettitori e fattori endocrini (Meston & Frohlich, 2000).

Durante il sesso assistiamo quindi ad una varietà di cambiamenti fisiologici che comprendono una modificazione dei genitali, vasocongestione che determina arrossamento cutaneo, sudorazione oltre ad un innalzamento di tutte le soglie sensoriali per aiutarci a concentrarci solo sull'attività sessuale. Una sospensione temporanea delle funzioni corticali superiori permette il mantenimento dell'eccitazione e il raggiungimento dell'orgasmo (Panzeri, 2013).

L'atto sessuale viene concepito come una risposta psicobiologica che va ben oltre il semplice processo meccanico dell'intercorso peno-vaginale. Esso implica la formazione di un legame speciale tra i due partner. Il processo sessuale, pertanto, è influenzato sia dal contesto biologico che psicologico di entrambi, insieme alle influenze della società. Oltre a questi fattori ambientali, il legame emotivo, l'immagine percepita di sé e del partner, e le preferenze sessuali giocano un ruolo fondamentale nell'esperienza della qualità dell'atto sessuale. Problemi o incompatibilità in una

qualsiasi delle variabili menzionate possono portare a disfunzioni sessuali (Grover & Shouan, 2020).

Sia gli uomini sia le donne possono andare incontro a diverse disfunzioni sessuali, che coinvolgono fasi diverse del ciclo di risposta sessuale. Le disfunzioni sessuali sono una classe eterogenea di disturbi, comprendono una disfunzionalità della persona nell'intraprendere relazioni sessuali o raggiungere il piacere sessuale causando un disagio alla persona. (DSM-5, 2014).

Le disfunzioni sessuali sono inserite in un capitolo dedicato del DSM-5 (2014), comprendono disfunzioni maschili e femminili, per fare diagnosi devono comportare un disagio clinicamente significativo ed interessare la maggior parte dei rapporti sessuali (75-100%) oltre all'esclusione di altre condizioni mediche. Alcuni specificatori possono essere inseriti per dare maggiori informazioni circa la gravità e la natura della disfunzione:

- “Permanente (presente da quando l'individuo è diventato sessualmente attivo)
- Acquisita (il disturbo inizia dopo un periodo di funzionamento sessuale relativamente normale)
- Generalizzata (non è limitata a determinati tipi di stimolazione, situazioni o partner)
- Situazionale (si verifica solo con determinati tipi di stimolazioni, situazioni o partner)
- Gravità attuale (Lieve, moderata, grave)” (DSM-5, 2014 pag. 497)

Principali disfunzioni sessuali maschili	Principali disfunzioni sessuali femminili
<p><i>Disturbo erettile:</i> l'individuo riporta nei rapporti sessuali una marcata difficoltà nell'ottenere un'erezione, nel mantenerla fino al compimento e conclusione dell'attività sessuale con una marcata diminuzione della rigidità erettile.</p>	<p><i>Disturbo dell'orgasmo femminile:</i> si manifesta con un'intensità ridotta delle sensazioni orgasmiche contraddistinta da significativo ritardo, infrequenza o assenza di orgasmo (specificare se non è mai stato sperimentato un orgasmo)</p>
<p><i>Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile:</i> Assenza o riduzione significativa di pensieri/fantasie sessuali e desiderio per l'attività sessuale</p>	<p><i>Disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile:</i> Assenza o riduzione significativa dell'interesse per l'attività sessuale e dei pensieri/fantasie sessuali oltre alla marcata diminuzione o assenza di iniziativa nel rapporto e rifiuto della stessa da parte del partner.</p>
<p><i>Eiaculazione precoce:</i> eiaculazione che si verifica durante i rapporti sessuali prima che l'individuo lo desideri, senza poter esercitare nessun controllo sulla stessa.</p>	<p><i>Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione:</i> difficoltà persistenti con la penetrazione vaginale, dolorabilità vulvo-vaginale o della zona pelvica ai tentativi di penetrazione vaginale o durante il rapporto accompagnati da marcata ansia e tensione/contrazione della muscolatura pelvica.</p>

Tabella 3.1 *Principali disfunzioni sessuali maschili e femminili secondo il DSM-5 (DSM-5,2014)*

Negli uomini, le più comuni sono la disfunzione erettile e l'eiaculazione precoce, nelle donne, i disturbi dell'eccitazione, dell'orgasmo e varie forme di dolore associato al rapporto sessuale (Saso, 2002). Spesso queste disfunzioni sono congiuntamente associate all'instaurarsi di un'ansia da prestazione, la preoccupazione che difficoltà sessuali precedentemente riscontrate possano ripresentarsi durante un rapporto sessuale successivo. Tale apprensione scatena un'ansia che porta l'individuo a concentrarsi selettivamente sul proprio corpo, in particolare sul proprio organo sessuale, e sulla propria performance sessuale in generale. Questo eccesso di focalizzazione può interferire con la partecipazione sessuale e ostacolare la normale risposta fisiologica, creando così la stessa difficoltà temuta.

In altre parole, l'ansia riguardo al proprio rendimento sessuale può diventare una fonte di preoccupazione autonoma, alimentando il ciclo di ansia e interferendo con il normale svolgimento di una relazione sessuale (Boni, 2016). Interessante è notare, come spesso il ricorso alla cocaina è motivato dalla necessità di far fronte a questi sentimenti ed emozioni negativi, determinando però sul lungo termine un peggioramento della sintomatologia.

L'approfondimento sulla neurobiologia della funzione sessuale e le principali disfunzioni sessuali, pur risultando molto complesse e variabilmente determinate, permette di comprendere meno superficialmente come la cocaina possa agire nell'influenzarle. Un assesment che tenga oltretutto conto di queste disfunzioni e più in generale della salute sessuale potrebbe rivelarsi fondamentale nella dipendenza da cocaina.

3.4 Strumenti di assessment

La nostra sessualità, come abbiamo visto, è il risultato di una moltitudine di fattori psicologici, sociali, fisiologici, politici, culturali che agiscono mutuamente nel determinare l'esperienza sessuale. È facilmente intuibile come la valutazione e l'assessment assumano un ruolo rilevante nella individuazione e nella comprensione delle difficoltà legate all'ambito sessuale, in quanto devono prendere in esame diverse dimensioni della sessualità, indagandole attraverso molteplici prospettive in un'ottica multidisciplinare.

Nello specifico, alcune ricerche hanno sottolineato l'importanza di un assessment sessuale specifico nella popolazione con una dipendenza da cocaina, fondamentale per individuare alterazioni legate alla sessualità che possono aggravare il quadro clinico e che spesso concorrono al mantenimento della dipendenza. Spesso il clinico non chiede direttamente ai pazienti di parlare della loro sessualità e d'altra parte quest'ultimi potrebbero provare vergogna ed imbarazzo nell'affrontare e descrivere questioni legate a questa sfera, per questo l'utilizzo di questionari permetterebbe impersonalità e una miglior indagine nella popolazione dipendente.

Oltre a misure di natura fisiologica, esistono infatti numerose scale di valutazione, che non mirano ad indagare solo la presenza di patologie ma sempre in un'ottica positiva della sessualità, mirano a comprenderne cognizioni, emozioni e comportamenti.

Esploreremo diversi strumenti e scale elaborate per valutare la sessualità umana partendo da batterie che indagano le conoscenze che gli individui possiedono circa la sessualità fino ad altri indici che misurano e valutano l'effettiva presenza di disfunzioni sessuali.

L'insieme di conoscenze sessuali che possiede ciascun individuo ha un impatto significativo sulla sua esperienza sessuale. Il termine *conoscenza sessuale* denota il possedere e comprendere informazioni legate all'atto sessuale, la capacità di sfatare miti e concezioni errate legate alla sessualità e la comprensione di numerosi aspetti della sfera sessuale. Individui con una conoscenza sessuale limitata possono sperimentare vari tipi di disfunzioni sessuali o disturbi, anche quando questi non sarebbero oggettivamente presenti. Per valutare la conoscenza sessuale, sono state sviluppate diverse scale, tese a misurare la consapevolezza e l'educazione sessuale di un individuo. È importante sottolineare che i fattori socioculturali hanno un impatto significativo sulla conoscenza sessuale. Pertanto, è essenziale utilizzare scale culturalmente appropriate che considerino i miti e le concezioni errate localmente radicati. Tra le scale comunemente utilizzate per la valutazione della conoscenza sessuale vi sono il Questionario sulla Conoscenza Sessuale e l'Atteggiamento (SKAQ) e la Scala sulla Conoscenza Sessuale, Esperienza, Sentimenti e Bisogni (SexKen) (Grover & Shouan, 2020).

Esistono scale che intendono valutare l'identità sessuale, ovvero come ci si colloca sul continuum che prevede ai poli opposti mascolinità e femminilità nell'ambito sessuale (Panzeri, 2013) o che valutano l'orientamento sessuale, questi strumenti sono complementari nell'analisi della sessualità soprattutto nella popolazione non eterosessuale, nella quale le scale sull'orientamento sessuale solitamente vengono escluse.

Il funzionamento sessuale, articolato in diverse fasi: desiderio, eccitazione, orgasmo e risoluzione, è una risposta psicofisiologica. A partire dal ciclo di risposta sessuale vengono definite le disfunzioni sessuali e le fasi che interessano negli individui di

entrambi i sessi. Di conseguenza, sono state sviluppate diverse scale per valutare le disfunzioni sessuali legate a fasi specifiche del ciclo di risposta sessuale o che valutano le disfunzioni in tutte le fasi del ciclo.

Sia gli operatori sanitari che i ricercatori devono selezionare le scale più appropriate in base alla fattibilità e alle necessità della loro indagine. Tra le scale comunemente utilizzate per valutare le disfunzioni in molteplici aspetti del ciclo di risposta sessuale (Grover & Shouan, 2020) figurano il Change in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ), il Sexual Functioning Questionnaire (SFQ) e il Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS (Grover & Shouan, 2020).

L'indagine e valutazione separata delle diverse fasi della risposta sessuale comprende invece:

- **Desiderio:** non esistono misure fisiologiche che misurino il desiderio sessuale, si combinano auto-valutazioni del soggetto circa la frequenza di desideri, fantasie, sogni, pensieri sessuali e la propensione e motivazione ad iniziare o essere coinvolti nel sesso (Meston & Frohlich, 2000) e strumenti come il Decreased Sexual Desire Screener (DSDS), il Hurlbert Index of Sexual Desire (HISD), e il Sexual Desire Inventory (SDI).
- **Eccitazione:** fra queste scale compaiono batterie che indagano l'erezione e fattori collegati, è interessante notare che la maggior parte delle disfunzioni sessuali maschili presentano un'alterazione a livello di questa fase. Accanto a queste troviamo anche esempi di scale per indagare la presenza di alterazioni femminili, soprattutto il vaginismo.
- **Orgasmo:** L'assenza o la scarsa qualità percepita dell'orgasmo può influenzare negativamente l'esperienza sessuale, portando a una diminuzione del desiderio e,

infine alla manifestazione di una disfunzione sessuale. Al fine di valutare i problemi connessi all'orgasmo, è possibile utilizzare la Orgasm Rating Scale (ORS) e una scala costruita specificatamente per valutare l'orgasmo femminile ovvero la Female Orgasm Scale.

- Risoluzione: Le scale disegnate per indagare questa fase specifica sono prettamente maschili e riguardano deficit nel processo eiaculatorio, fra cui l'Index of Premature Ejaculation (IPE) e il Intravaginal Ejaculation Latency Time (IELT) (Grover & Shouan, 2020).

Inoltre, diverse categorie di farmaci, tra cui psicofarmaci e sostanze stupefacenti sono associate a un ridotto funzionamento sessuale in diverse aree. Di conseguenza, alcune scale sono state sviluppate per valutare specificamente le disfunzioni sessuali in molteplici domini associati all'utilizzo di sostanze psicoattive (Grover & Shouan, 2020). Inoltre, spesso per il trattamento della dipendenza da cocaina vengono utilizzati antidepressivi e altri farmaci che esporrebbero a conseguenze cumulative delle sostanze sulla sessualità.

Visto l'impatto della sessualità sulla nostra vita e sulla salute globale è noto che una vita sessuale insoddisfacente è correlata a una scarsa qualità della vita. Questo implica che una cattiva funzionalità sessuale possa influenzarla negativamente. Pertanto, è di fondamentale importanza condurre una valutazione completa circa la qualità della vita sessuale (Quality of Sexual Life Questionnaire (QVS), Sexual Life Quality Questionnaire (SLQQ)) (Grover & Shouan, 2020).

Complessivamente l'assessment sulla sessualità presenta criticità e differenti aree di indagine, ma risulta fondamentale identificarne e comprenderne la natura non solo in un'ottica diagnostica ma soprattutto in una prospettiva terapeutico-clinica ed integrarla

successivamente al trattamento per la dipendenza da cocaina, comprendere se possibile la direzione di tale interazione, poiché, è un'area fondamentale per determinare la salute globale e la qualità di vita. In questo senso molte ricerche mettono in luce il crescente bisogno di un assesment sessuale in soggetti con una dipendenza da cocaina, sottolineandone l'importanza, soprattutto in un'ottica preventiva.

In ultimo dopo aver approfondito la dipendenza da cocaina e la sessualità umana e i loro meccanismi peculiari, cercheremo di comprendere come si influenzano reciprocamente e gli esiti che produce tale interazione. Presumibilmente le aree di interesse comprendono le disfunzioni sessuali e il loro ruolo nella dipendenza da cocaina e viceversa e comportamenti sessuali rischiosi che gli individui dipendenti mettono in atto e le loro conseguenze sulla salute ed il benessere psicofisico.

CAPITOLO 4

Implicazioni e conseguenze della dipendenza da cocaina sulla sessualità

4.1 Trend, variabili connesse ed effetti principali della dipendenza da cocaina sulla sessualità

Come anticipato, la nostra sessualità che ha un ruolo preminente all'interno della vita, è frutto di una intricata relazione fra numerosissime variabili. La dipendenza da cocaina, d'altra parte, influenza diversi importanti aspetti nei soggetti che ne fanno uso, per questo per comprendere questa complessa relazione è stato necessario affrontare singolarmente aspetti differenti della sostanza, della dipendenza e della sessualità umana. Ora tenteremo di analizzare le principali conseguenze dell'uso di cocaina sulla sessualità e d'altra parte gli effetti di quest'ultima nell'inizio, nel mantenimento e nella gravità della dipendenza.

Fin dall'antichità si attesta l'uso di sostanze psicoattive per migliorare le prestazioni sessuali, questo per la loro presunta azione afrodisiaca e disinibente sia a livello fisico che psicologico (Giancane, 2018).

È facilmente intuibile come la cocaina, data la sua attività psicostimolante, sia stata a lungo utilizzata a questo scopo, ancora oggi se ne fa un utilizzo massiccio combinandola spesso con l'alcol per mitigare gli effetti psicologici negativi della sostanza, determinando conseguenze negative sulla salute sessuale degli individui, riflettendosi sulla salute globale e comportando difficoltà nel trattamento.

Secondo un modello europeo tra i soggetti con un'età compresa fra i 16 e i 35 anni il 28.6% riporta di utilizzare l'alcol per facilitare la possibilità di avere rapporti sessuali;

quindi, per trovare un partner mentre il 26, 2% userebbe la cocaina per prolungare la durata del sesso.

Hanno inoltre evidenziato come il legame tra l'uso di sostanze e l'attività sessuale inizia a manifestarsi in giovane età. L'utilizzo di sostanze tra cui cocaina ed alcol, prima dei 16 anni è stato rilevato come fattore associato a rapporti sessuali precoci, in particolare datati a prima del compimento del sedicesimo anno d'età, con una tendenza maggiore nella popolazione femminile (Bellis et al., 2008). Altre ricerche riportano tendenze opposte nella popolazione brasiliana che consuma crack; infatti, chi assume la sostanza ha il primo rapporto a 14 anni, questa tendenza è maggiore per la popolazione maschile, mentre per chi non ne fa uso si attesta intorno ai 16 anni (De Magalhães Narvaez et al., 2014).

Il crescente consumo di cocaina associato al sesso e la natura compulsiva (*binge*) della dipendenza da questa sostanza, ha portato inoltre alla nascita di nuovi e peculiari schemi di comportamento sessuale che comprendono fra l'altro un aumento della prostituzione per ottenere la droga e altri comportamenti considerati a rischio (Green et al., 2005).

Una delle trappole potenziali associate all'utilizzo di sostanze è rappresentata dalla situazione in cui la percezione iniziale dei benefici sessuali derivanti dall'assunzione di tali sostanze può innescare un consumo prolungato e sostanziale. Questo uso eccessivo, a sua volta, può avere un impatto negativo significativo sulla salute complessiva e, di conseguenza, sulla funzione sessuale. Tale deterioramento della funzione sessuale può creare difficoltà nell'ottenere piacere e soddisfazione dalle interazioni sessuali (McKay, 2005).

Oggi la ricerca, viste le crescenti evidenze circa l'impatto della cocaina sulla sessualità e viceversa, sta tentando di comprendere i trend nella combinazione tra droga e sesso,

diffusa soprattutto fra i giovani, meno sensibili alle possibili conseguenze dell'abuso di sostanze sulla sessualità (Saso, 2002) nella popolazione generale e nella popolazione omosessuale dove ha preso avvio un peculiare fenomeno chiamato *chemsex*.

Il *chemsex* è un termine nato nel Regno Unito, definito come l'assunzione volontaria di determinate sostanze associate al sesso con l'intenzione di facilitare ed aumentare la durata e l'intensità dell'esperienza sessuale. La definizione nasce all'interno della cultura omosessuale e bisessuale ed inizialmente si riferisce nello specifico a rapporti omosessuali, oggi vista l'ampia diffusione è stata estesa anche all'ambiente eterosessuale (Pirani et al., 2019).

Questo fenomeno è sempre più diffuso globalmente, soprattutto nelle metropoli, grazie all'ampia accessibilità ad Internet e alla proliferazione delle app di "Online Dating". Nel contesto di tali applicazioni, coloro che cercano incontri di *chemsex* sono spesso riconoscibili grazie all'utilizzo di pseudonimi o emoticon specifiche.

Fra le varie sostanze utilizzate nel *chemsex*, rientra anche la cocaina, più comunemente usata sotto forma di crack o per via endovenosa, rispetto alla forma sniffata, esponendo i consumatori ad un alto potenziale di dipendenza sia dal sesso che dalla sostanza stessa (Buttazzi, 2021). Le persone coinvolte in questa pratica sono infatti esposte a rischi sia sul piano fisico che psicologico. Questi effetti comprendono l'alto potenziale di sviluppare una dipendenza dalla sostanza d'abuso, rischio di overdose, un' aumentata esposizione alle malattie sessualmente trasmissibili, insorgenza di episodi psicotici causati dall'intossicazione da sostanze e manifestazione di disturbi psichiatrici latenti. Inoltre, possono sperimentare emozioni estremamente negative, solitamente di natura depressiva, come rimorso, solitudine, vergogna, disgusto e colpa, spesso associate alle sessioni di *chemsex* e lo sviluppo di una forte dipendenza psicologica, con la comparsa

di un desiderio incontrollabile (*craving*), nei confronti del sesso associato all'uso di sostanze. In questo contesto, l'associazione tra sessualità e sostanze diventa così forte che ogni esperienza sessuale potrebbe essere concepita solo in presenza di queste ultime, rendendo difficile la considerazione del sesso come un comportamento autonomo (Buglia, 2023).

Inoltre la dipendenza sessuale, “spesso associata al frequente uso di materiale pornografico per ottenere l'arousal sessuale e alla ricerca di professionisti del sesso” (António et al., 2017 pag. 415) presenta un'alta frequenza in coloro che sono dipendenti da altre sostanze (il 25% presenta una doppia diagnosi) (António et al., 2017), è intuibile infatti come soggetti che presentano una singola dipendenza, sono più inclini a svilupparne ulteriori, viste le già presenti alterazioni nei circuiti deputati e i comportamenti associati. La dipendenza sessuale è altresì connessa come la dipendenza da cocaina a una serie di conseguenze avverse, tra cui emozioni negative, comportamenti sessuali rischiosi e compromissione delle relazioni interpersonali.

La ricerca conferma questi dati evidenziando una correlazione positiva tra la gravità della dipendenza in consumatori di cocaina/crack e la possibilità di sviluppare una dipendenza sessuale. Per spiegare plausibilmente la correlazione tra abuso di cocaina e la manifestazione di dipendenza sessuale potremmo riferirci all'influenza di specifici contesti socioculturali in cui sesso, droghe e alcol sono strettamente interconnessi. Ad esempio, ambienti come locali notturni e feste rappresentano scenari in cui l'uso combinato di diverse sostanze e la ricerca di nuovi partner sessuali sono comportamenti comunemente accettati, possibilmente generando un modello di rinforzo reciproco tra queste variabili. Inoltre, fattori connessi al contesto potrebbero svolgere un ruolo nell'associazione tra la gravità dell'abuso di sostanze e l'aumento dell'attività sessuale.

Gli individui fortemente dipendenti dalle sostanze potrebbero essere più inclini a scambiare prestazioni sessuali per denaro o sostanze stupefacenti mentre tentano di soddisfare le loro dipendenze, fattore che può contribuire a un aumento del numero di partner sessuali (António et al., 2017).

Data la complessa natura della sessualità, e le variabili interconnesse, riassumiamo i principali effetti che la cocaina alla luce della sua psicofarmacologia e dei meccanismi peculiari della dipendenza da questa sostanza potrebbe determinare per la sfera sessuale per poi analizzarli e comprenderli nello specifico, confrontando la letteratura esistente.

Quasi tutti gli effetti della cocaina, compresa la forte dipendenza creata si attestano alla sua azione dopaminergica, serotoninergica e noradrenergica.

In particolare, gli effetti psicologici determinano una forte dipendenza dalla sostanza ed una progressiva perdita di interesse per stimoli di natura diversa dalla cocaina, tra cui gli stimoli sessuali (Julien et al., 2012). E psicologicamente, il periodo successivo all'uso anche durante il sesso, noto come fase di *down* è costellato da sfide crescenti. Durante questa fase, il ritorno alla realtà può rivelarsi piuttosto difficile poiché si perde la sensazione di eccitazione, di grandezza e stima di sé. La tentazione di affrontare queste sfide attraverso il ritorno all'uso di sostanze è elevata, con ricerca di nuove dosi e ricadute nell'abuso della sostanza (Buttazzi, 2021).

Oltre a effetti comportamentali che sembrano connessi all'impulsività e determinano possibili comportamenti aggressivi, violenti e non consensuali nell'ambito sessuale, osserviamo un'aumentata percentuale di comportamenti sconsiderati e a rischio che espongono ad una maggior incidenza di malattie sessualmente trasmissibili e a possibili gravidanze indesiderate.

Anche l'umore è compromesso, in particolare i soggetti che presentano un disturbo da dipendenza dalla sostanza presentano depressione e ansia e conseguente isolamento sociale. Inoltre, non riescono in maniera efficace ad intraprendere e mantenere relazioni sessuali e affettive sane e/o durature. Infine, gli effetti psicofisiologici che la sostanza ha sul nostro corpo attestano la presenza di numerose disfunzioni sessuali, connesse tra l'altro ad alterazioni neuroendocrine.

Nonostante i possibili effetti soggettivi, la cocaina sembra quindi influenzare negativamente la sessualità umana anche se tutt'ora non è chiaro il ruolo e tutte le possibili implicazioni che intercorrono tra dipendenza da cocaina e sessualità umana (Saso L., 2002), cercheremo di analizzarne i principali ambiti d'interesse.

4.2 Risposta sessuale, disfunzioni sessuali e consumo di cocaina

La dipendenza da cocaina, i suoi effetti sull'organismo e la risposta sessuale presentano tra loro aspetti comuni, infatti entrambe sono associate a comuni ormoni e neurotrasmettitori e a variabili psicologiche interagenti.

Potrebbe essere per questo che numerose ricerche confermano la presenza di disfunzioni sessuali nella popolazione con una dipendenza da cocaina, anche se non è ancora del tutto chiaro se vi sia un effetto di causalità, se semplicemente le sostanze vengano usate strategicamente come automedicazioni per disfunzioni sessuali preesistenti o se sia un effetto reciproco (Bellis et al., 2008).

Una disfunzione sessuale può essere descritta come una condizione caratterizzata da disturbi in una o più fasi del ciclo di risposta sessuale umana, manifestandosi come un'incapacità di eseguire adeguatamente l'atto sessuale, risultando insoddisfacente sia per l'individuo che per il partner o entrambi (Diehl et al., 2016).

In chi ha una dipendenza da cocaina risulta quindi comune la possibile presenza di una disfunzione, compromettendo potenzialmente tutte le aree legate alla funzione sessuale, con una maggior compromissione attestata per l'area del desiderio, del piacere e dell'orgasmo (Vallejo-Medina & Sierra, 2013).

La cocaina è infatti una sostanza d'abuso nota per avere effetti sessuali sia acuti che cronici, i quali spesso risultano in opposizione. Grazie alla sua azione dopaminergica, la cocaina è in grado di aumentare il desiderio e l'eccitazione sessuale (Saso, 2002) anche se alcuni studi hanno rilevato un effetto concomitante d'inibizione in queste fasi, legato maggiormente all'uso cronico. Allo stesso tempo può rendere difficile raggiungere l'orgasmo in entrambi i sessi, alterando così la performance sessuale (Diehl et al., 2016). Questo fenomeno presenta notevoli variazioni di genere e può avere un impatto diverso sul piacere sessuale maschile e femminile.

Le principali disfunzioni e alterazioni riscontrabili nella popolazione maschile con una dipendenza da cocaina risulterebbero essere eiaculazione precoce, disfunzione erettile e un ritardo dell'eiaculazione e quindi della fase espulsiva associata all'orgasmo.

Uno studio di McKay del 2005 ha rilevato un ritardo nell'eiaculazione in chi assumeva cocaina, il 66% del campione che assumeva la sostanza da almeno un anno presentava difficoltà erettive ed infine l'associazione alcol-cocaina prevedeva basso desiderio (62%), eiaculazione ritardata (30%) e disfunzione erettile (52%) (McKay, 2005).

Molte ricerche hanno confermato che la cocaina ritarda l'eiaculazione, in effetti spesso viene utilizzata intenzionalmente a questo scopo. Anche se a molti uomini l'attività sessuale prolungata senza eiaculazione può creare fastidio e risultare persino dolorosa, altri apprezzano questo effetto poiché permette loro di prolungare il piacere e prevenire

inoltre occasionalmente impiegata in loco al fine di ridurre la sensibilità peniena e prolungare il raggiungimento dell'orgasmo, specialmente in soggetti affetti da precocità nell'eiaculazione. Tuttavia, è importante notare che l'iniezione diretta di cocaina nei corpi cavernosi può provocare priapismo con conseguenze più deleterie per la salute sessuale. Inoltre, spesso per contrastare la disfunzione erettile vengono assunti farmaci come il Viagra, il Levitra o il Cialis, è opportuno prestare particolare attenzione al consumo associato a cocaina poiché la combinazione potrebbe causare gravi problemi cardiaci (Buttazzi 2021).

In questo contesto un'ulteriore ricerca ha cercato di comprendere e valutare l'impatto che la presenza di eiaculazione precoce avesse sull'abuso di diverse sostanze, i risultati hanno dimostrato una correlazione positiva fra queste due variabili, ma non singolarmente per la cocaina (Mohammed et al., 2020). Un altro studio ha avuto risultati simili con un 34.8% che dichiarava come la presenza di una disfunzione sessuale avesse influenzato la decisione di assumere droghe, tra cui però anche la cocaina (Pera et al., 2008).

Inoltre, secondo uno studio di Giuseppe La Pera (2000) (citato in Saso, 2002), per molti ragazzi la possibilità di vincere alcune disfunzioni sessuali sarebbe proprio il pretesto per avvicinarsi all'uso di cocaina. Paradossalmente se molti di loro soffrivano di eiaculazione precoce che potrebbe trarre realmente beneficio dal consumo della sostanza molti altri presentavano disfunzione erettile che sarebbe aggravata dal consumo (Saso L., 2002), sottolineando ancora una volta quanta disinformazione domina riguardo l'associazione cocaina-sesso.

Da alcuni studi condotti sulla popolazione maschile brasiliana, dove la produzione e il consumo di cocaina sono molto diffusi, sono emerse tendenze differenti riguardo alla presenza di disfunzioni sessuali in seguito al consumo principale di cocaina crack.

Infatti, in un primo studio condotto su soggetti con un'età compresa fra i 18 e i 75 anni è emersa un'alta correlazione tra il consumo di cocaina e la presenza di una disfunzione sessuale (68.3%), l'incidenza non mostrava differenze in base all'orientamento sessuale e la disfunzione più frequente era l'eiaculazione precoce con una presenza maggiore nella fascia della popolazione più giovane (18-26 anni) (Diehl et al., 2016).

Alcuni studi confermano una tendenza opposta nella popolazione femminile, per cui l'abuso di cocaina determinerebbe una riduzione del desiderio sessuale. Il desiderio e la performance sessuale sarebbero altresì alterati durante lo scambio di sesso per droga (Carey, 2006).

Anche l'orgasmo sarebbe inibito (Carey, 2006) infatti molte donne sperimentano frequentemente difficoltà associate a questa fase e gli effetti della cocaina nel ritardarlo sono spesso sgraditi, portando tra l'altro a difficoltà ed alterata lubrificazione vaginale e una sensibilità clitoridea diminuita (Calvo-Abaunza et al., 2021). Un recente studio condotto su donne afroamericane lo conferma, smentendo la convinzione diffusa secondo cui la cocaina è un potente afrodisiaco femminile (Saso, 2002).

D'altro canto, è stato osservato che il corpo femminile potrebbe essere più sensibile agli effetti diretti ed indiretti della cocaina, in parte a causa dell'influenza dell'ormone estradiolo. Questa sostanza potrebbe ridurre la plasticità neuronale nelle aree coinvolte nei meccanismi di ricompensa rendendo le donne potenzialmente più vulnerabili agli effetti della dipendenza da cocaina, aggiungendo ulteriori sfide, comprese le

conseguenze negative di questa sostanza sulla sfera sessuale (Calvo-Abaunza et al., 2021).

Nel caso delle donne che fanno uso di stimolanti, si nota una maggiore frequenza di auto-stimolazione. È importante notare che gli effetti positivi sul desiderio e l'eccitazione sessuale promossi socialmente in relazione all'uso di stimolanti, potrebbero associarsi al desiderio di ridurre l'ansia, la tensione psicologica prima dell'atto sessuale e la vergogna legata a esperienze sessuali non piacevoli.

Inoltre, le sostanze psicoattive possono influenzare la regolazione del comportamento sessuale e la percezione della ricompensa attraverso modifiche nel sistema dopaminergico mesolimbico. In alcune situazioni, questi cambiamenti possono ridurre il desiderio, poiché l'individuo potrebbe preferire la gratificazione derivante dall'uso della sostanza rispetto all'attività sessuale. La comorbilità con disturbi psicopatologici, spesso di natura depressiva, tra le donne che fanno uso di cocaina, può influire notevolmente sulla capacità di avere rapporti sessuali soddisfacenti.

Infine, è importante notare che la Disfunzione Sessuale Femminile non mostra miglioramenti significativi nel corso del periodo di astinenza da diverse sostanze, mettendo in evidenza la complessità del problema (Calvo-Abaunza et al., 2021). Una tendenza simile è osservabile anche negli uomini infatti mentre, dopo circa tre settimane d'astinenza gli effetti strettamente fisiologici sulla risposta sessuale tendono ad attenuarsi dal punto di vista psicologico il condizionamento causato da un utilizzo cronico della cocaina con un utilizzo di almeno un anno, non sembra ridursi. Inoltre, la sospensione dell'utilizzo di droghe non porterebbe miglioramenti nella funzionalità sessuale almeno dopo le prime due settimane di astinenza (Vallejo-Medina & Sierra, 2013).

Le relazioni tra l'uso di cocaina e il comportamento sessuale risultano molto complesse. Molti dei fattori di rischio identificati per l'uso di cocaina sono gli stessi fattori di rischio per le disfunzioni sessuali. Infatti, l'abuso sessuale durante l'infanzia, in particolare l'abuso sessuale con penetrazione e l'abuso sessuale perpetrato da un membro della famiglia in età infantile, sono stati significativamente associati all'uso di cocaina crack e disfunzioni sessuali nel corso della vita (Carey, 2006).

Alla luce dei risultati è fondamentale una valutazione clinica nella popolazione dipendente che integri la storia sessuale dell'individuo, anche se solitamente appare difficile perché il personale clinico spesso evita un'indagine in questo senso con il risultato che le disfunzioni sessuali sono spesso inesplorate e non trattate, peggiorando il quadro clinico e determinando un disagio significativo (Diehl et al., 2016). Pertanto, i pazienti consumatori di droghe con problemi sessuali dovrebbero ricevere un assessment e un conseguente trattamento sessuale specifico per le aree colpite (Vallejo-Medina & Sierra, 2013).

Ora dopo aver esplicitato come la cocaina intervenga ed alteri la funzione sessuale, esamineremo gli effetti maggiormente comportamentali di questa dipendenza e come influenza l'esperienza sessuale globale e se e quali esiti determina per la salute.

4.3 Comportamenti sessuali a rischio, prostituzione e malattie sessualmente trasmissibili

La natura stessa della dipendenza da cocaina che comprende complessi meccanismi, tra cui tolleranza e astinenza, determinando la necessità di reperire e consumare dosi crescenti, le modalità di assunzione e i correlati psicofisiologici della sostanza espongono i consumatori all'assunzione di comportamenti sessualmente rischiosi e/o

violenti. Inoltre, la disinibizione e la scarsa lucidità derivante dal consumo di sostanze potrebbe esporli da una parte a violenze e pratiche non consensuali e dall'altra può rendere loro stessi inclini a perpetuarli.

Molte ricerche hanno quindi tentato di indagare se il consumo di cocaina, le forti sensazioni ricercate e un'alta propensione al rischio in soggetti con una dipendenza dalla sostanza potrebbero determinare un aumento delle pratiche considerate a rischio in ambito sessuale.

L'uso di Crack in un campione brasiliano compreso tra i 18 e i 24 anni confermerebbe una maggior incidenza di comportamenti sessuali violenti ed a rischio in entrambi i generi, presente con rischio minore anche in chi si inietta o sniffa cocaina (De Magalhães Narvaez et al., 2014).

In aggiunta, avere durante la vita una storia di abuso sessuale è stato individuato come fattore associato all'abuso di cocaina e ad alterazioni del comportamento sessuale.

Infatti, essere abusati sessualmente rappresenta come già evidenziato, un fattore di rischio ambientale per l'utilizzo della sostanza anche in termini di precocità nell'utilizzo. Determinando un uso più frequente della sostanza, maggior dipendenza e un conseguente aumento di problematiche legate alla salute. Sia fumare crack che l'essere stati abusati almeno una volta nella vita rappresenterebbero un fattore che predice difficoltà nella creazione di un'identità sessuale e nelle relazioni interpersonali oltre ad una maggior propensione ad assumere comportamenti sessuali rischiosi, negli uomini.

Anche nella popolazione femminile si assiste ad una tendenza simile, donne abusate presentano un'incidenza maggiore di uso di crack o cocaina iniettata per via endovenosa

e un aumento dei comportamenti sessuali a rischio, il 63% delle donne comprese nella presente ricerca, dipendenti dal crack, riferisce almeno un abuso sessuale nell'arco della vita.

Il ricorso alla sostanza sembrerebbe per entrambi i generi rappresentare un meccanismo di coping per alleviare emozioni e sentimenti negativi collegati al trauma (Crisp et al., 2006).

Fra i comportamenti sessualmente rischiosi adottati, troviamo un utilizzo nullo o discontinuo del preservativo, un inizio precoce dell'attività sessuale, sesso occasionale, tra cui anche la prostituzione e quindi lo scambio di prestazioni sessuali con denaro o droga per mantenere la propria dipendenza ed un elevato numero di partner sessuali che secondo una ricerca di Forney et al. (1992) sarebbe estremamente variabile in persone dipendenti da cocaina contando da un partner fino a quattrocento, nell'ultimo mese.

Come visto quindi, il sesso occasionale, definibile come una forma di attività sessuale che coinvolge individui non legati da impegni sentimentali o relazioni stabili, come conoscenti, incontri di prima conoscenza o tra prostitute e i loro clienti (Wright, 2012) in chi presenta una dipendenza da cocaina è particolarmente frequente come attestato da numerose ricerche. La ragioni per cui il sesso occasionale si verifica più spesso sembrerebbe essere associato non solo al procurarsi denaro o droga ma anche alla maggior disinibizione e minor preoccupazione per gli altri determinata dalla sostanza (Green et al., 2005), aumentando in una certa percentuale anche la propensione ad assumere comportamenti rischiosi.

In un campione femminile la percentuale di attività sessuale in cambio di cocaina per sostenere la loro dipendenza è alta, spesso la prostituzione è proprio la principale fonte di guadagno per queste donne (Forney et al., 1992).

Green et al. (2005) avevano osservato che le maratone di consumo di cocaina potevano perdurare per periodi prolungati, limitate più dalla disponibilità finanziaria dell'utente che da una restrizione intrinseca imposta dalla sostanza stessa. In questo senso lo scambio di servizi sessuali in cambio di droga consentiva all'individuo di continuare a consumare la sostanza anche dopo l'esaurimento delle risorse monetarie. In questo contesto economico particolare basato sul baratto, i servizi sessuali venivano offerti a prezzi notevolmente inferiori rispetto alle tariffe più elevate richieste dai professionisti del sesso coinvolti in forme di prostituzione più tradizionali. Le descrizioni etnografiche di tali attività sessuali spesso evidenziavano pratiche che andavano in contrasto con le norme culturali, influenzate dal significativo squilibrio di potere creato tra l'utente e il fornitore a causa della compulsiva ricerca della droga da parte dell'utente.

Determinando “ampi effetti sulla prostituzione commerciale, sulle dinamiche di potere di genere, solo per citare alcune istituzioni che venivano sfidate dalla cultura della cocaina” (Green et al., 2005).

Alcuni autori hanno quindi cercato di comprendere se e quali tratti di personalità fossero associati all'assunzione di comportamenti sessuali a rischio, tra cui proprio il sesso occasionale. Hanno individuato tra gli altri l'impulsività (Strickland et al., 2017) e il *sensation seeking* (Wright, 2012) che sembrano avere un ruolo anche nella dipendenza da cocaina.

L'impulsività misurata con diversi paradigmi è stata teorizzata come composta da due fattori principali ovvero il controllo inibitorio e il *delay discounting* ovvero “un declino

nel valore di una ricompensa quando essa viene ritardata rispetto a quando è immediatamente disponibile.” (Frye et al., 2016 pag.1). Diversi studi hanno riportato una riduzione del controllo inibitorio e un aumento del *delay discounting* tra gli individui attivi nell'uso di cocaina rispetto ai campioni di controllo. L'incremento delle scelte impulsive, associato a un limitato controllo inibitorio, potrebbe incrementare la probabilità di intraprendere comportamenti rischiosi in ambito sessuale quali ad esempio sesso occasionale e rapporti sessuali non protetti (Strickland et al., 2017).

Wright (2012) ha invece indagato quali fattori potrebbero facilitare il ricorso a sesso occasionale correlandolo con l'uso di cocaina e la pornografia in un campione americano. Un fattore di influenza sociale che potrebbe essere infatti comunemente associato al sesso occasionale è la visione di materiale pornografico. In quanto potrebbe promuovere il sesso occasionale come una pratica stimolante, eccitante, liberatoria e priva di conseguenze negative (Peter & Valkenburg, 2006). Come confermato da numerose ricerche, un elemento comportamentale che predice il sesso occasionale è l'uso precedente di cocaina. L'utilizzo di cocaina spesso è indicativo di una personalità orientata alla ricerca di sensazioni forti (*sensation seeking*) (Ball, 1994), infatti le persone con una forte tendenza in questa direzione sono disposte ad assumersi rischi maggiori per sperimentare uno stato di gratificazione fisica intensa, disposizione che spesso manca alle persone con una minore propensione al *sensation seeking*. Un primo risultato della ricerca è proprio una correlazione positiva tra l'uso di cocaina, alti livelli di *sensation seeking* e la partecipazione in sesso occasionale. Ma diversamente da quanto atteso, in soggetti che non assumono cocaina la pornografia svolgerebbe un ruolo disinibente per il sesso occasionale mentre in soggetti utilizzatori della sostanza questa correlazione non era significativa; quindi, il ricorso al sesso occasionale era

correlato unicamente alla ricerca di sensazioni forti in soggetti con una dipendenza da cocaina (Wright, 2012).

Anche la precocità dei primi rapporti sessuali rappresenta un elemento di rischio da non sottovalutare che, come già osservato, si attesta secondo molte ricerche attorno ai 14 anni. Inoltre, Forney et al. (1992) hanno evidenziato che diversamente solo intorno ai 20 anni la popolazione femminile consumerebbe il primo rapporto sessuale in cambio di droga.

Per chi assume cocaina inoltre è stata rilevata un'alta probabilità di non indossare il preservativo negli ultimi rapporti sessuali o di utilizzarlo in maniera discontinua. Una prima ricerca ha sottolineato come il 66% dei soggetti con una dipendenza da cocaina non utilizzava il preservativo mentre in un altro un campione femminile è emerso che il 71,1 % riferiva un uso infrequente del condom e il 38,2 % non lo utilizzava proprio durante i rapporti sessuali (De Magalhães Narvaez et al., 2014).

Inoltre, per una percentuale di utilizzatori della sostanza, avere un partner con una diagnosi manifesta AIDS/ HIV non determina un aumento dell'uso del preservativo, anzi spesso similmente non veniva utilizzato (Guimarães et al., 2015).

L'assunzione crescente di comportamenti a rischio esporrebbe altresì i dipendenti da cocaina ad un aumentato rischio di malattie sessualmente trasmissibili e possibili gravidanze indesiderate, rappresentando quindi un ostacolo al raggiungimento di una vita sessuale sana e introducendo rischi per la salute globale.

Per quanto riguarda la salute sessuale e il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili in chi presenta una dipendenza da cocaina la letteratura presenta numerose ricerche e risultati prevalentemente concordanti circa un aumentata probabilità in questa

popolazione sia per le pratiche sessuali a rischio che per l'assunzione per via endovenosa della sostanza e quindi la condivisione di strumenti possibilmente infetti.

Un'indagine ha identificato una correlazione positiva tra l'atto sessuale combinato all'uso di cocaina crack e una maggiore probabilità di contrarre infezioni sessualmente trasmissibili rispetto a chi non ne fa uso. Questo aumento nell'uso di cocaina è stato teorizzato come un possibile fattore contribuente all'incremento dell'incidenza delle malattie sessualmente trasmissibili negli Stati Uniti.

Si è ipotizzato che un aumento nella trasmissione del virus HIV nella popolazione dipendente femminile fosse correlato a scarse conoscenze circa le modalità in cui avviene. Contrariamente a quanto aspettato molte donne risultavano avere conoscenze adeguate circa le modalità di trasmissione e di prevenzione del virus HIV, ma pochissime presentavano cambiamenti nel loro comportamento sessuale al fine di ridurre i possibili rischi (Forney et al., 1992).

In conclusione, è stato evidenziato come la cocaina crack espone a maggiori rischi per la salute sessuale rispetto alla cocaina sniffata, ma l'incidenza maggiore di virus HIV si attesterebbe comunque all'uso della cocaina per via endovenosa rispetto a chi fa uso di crack. (De Magalhães Narvaez et al., 2014)

Anche le gravidanze indesiderate determinavano un'alta associazione con la dipendenza da cocaina, rappresentando un risultato comune di attività sessuali casuali e non protette, portando inoltre ad un significativo incremento del numero di bambini in situazioni di affidamento (Green et al., 2005). La popolazione con una dipendenza da crack riferiva in misura maggiore rispetto a quella generale di essere rimasta incinta o aver

messo incinta qualcuno durante la loro storia di consumo della sostanza (De Magalhães Narvaez et al., 2014).

Tutti questi effetti documentati, estremamente deleteri per la salute non solo a livello individuale ma anche interpersonale e gli esiti psicologici, sociali, medici di questa forte associazione tra dipendenza da cocaina e sessualità, ci pongono di fronte a crescenti sfide. Quali un lavoro preventivo e formativo, soprattutto per quanto riguarda i comportamenti sessuali considerati a rischio e le loro possibili conseguenze a breve e lungo termine, indirizzandolo anche e soprattutto alla popolazione dei giovanissimi.

CONCLUSIONI

La presente tesi di laurea si è proposta di esplorare in dettaglio la complessa e controversa relazione tra la dipendenza da cocaina e la sessualità umana. Attraverso un'analisi dettagliata della letteratura esistente, si è cercato di gettare luce su questa intricata interazione, portando alla luce numerosi aspetti che delineano un quadro quanto mai interessante e complesso.

La cocaina è universalmente nota come una sostanza psicoattiva il cui utilizzo è diffuso in tutto il mondo con tendenze simili in tutte le classi sociali, coinvolgendo un numero significativo di individui anche tra le fasce più giovani della popolazione (EMCDDA, 2023). La sua diffusione e il suo consumo determinano negli utilizzatori una serie di complicazioni che coinvolgono in misura maggiore la sfera psicologica ma anche quella fisiologica. Tra queste, primeggia un forte potere d'abuso e propensione alla dipendenza che è altresì correlata a disturbi dell'umore, difficoltà interpersonali e isolamento sociale e alterazioni della sfera sessuale.

Gran parte degli effetti della sostanza possono essere ricondotti all'influenza esercitata su specifici neurotrasmettitori, quali la dopamina, la serotonina e la noradrenalina (DSM-5, 2014) oltre a impatti significativi sul delicato equilibrio ormonale, funzioni che regolano il funzionamento del nostro organismo (Meston & Frohlich, 2000).

La sua azione dopaminergica, implicata nel circuito della ricompensa determina effetti rinforzanti della sostanza che, porterebbe ad una perdita di interesse per tutti gli stimoli che non siano la sostanza stessa, compresi quelli sessuali.

La ricerca ha in questo senso, messo in luce un aspetto affascinante e complesso oltre alla comorbidità riconosciuta tra la dipendenza da cocaina e la dipendenza sessuale.

Infatti, è emerso chiaramente come l'associazione tra sesso e droga possa diventare estremamente forte e inscindibile, portando a un circolo vizioso che genera una sorta di dipendenza crociata, in cui sesso e cocaina non sono più pensabili come autonomi e separati (Buglia, 2023).

La dipendenza è rafforzata dalle note proprietà stimolanti della sostanza che inducono una fase di *high* caratterizzata da un'iperattivazione del sistema nervoso, accompagnata da euforia, un innalzamento del senso di autostima e una maggiore percezione di sicurezza. Tuttavia, questa fase è di breve durata, lasciando il posto, in circa trenta minuti, a una fase di *down* caratterizzata da ansia, sintomi depressivi, paranoia e isolamento sociale. Determinando tra l'altro effetti negativi sulla progressione della dipendenza e sulle relazioni di natura affettiva e sessuale (Julien et al., 2012)

Vista la sua azione psicomimetica, in una prospettiva socioculturale da tempo alla cocaina sono state attribuite proprietà afrodisiache e spesso si utilizza in ambienti ricreativi, associati anche all'utilizzo di alcol, dalle presunte proprietà disinibenti (Saso, 2002).

La cocaina ha quindi guadagnato una reputazione come possibile stimolante sessuale, capace di incrementare le prestazioni e di abbattere gli ostacoli psicologici (ansia, emozioni e sentimenti negativi) che spesso affliggono l'esperienza sessuale. Questo potenziale sembra del tutto plausibile, considerandone le proprietà stimolanti. Tuttavia, emerge un importante elemento di contraddizione: nonostante l'incremento del desiderio sessuale iniziale, gli effetti della cocaina non si traducono in esperienze sessualmente appaganti per tutti i suoi utilizzatori, soprattutto nel lungo termine. Al contrario, molte persone, nel tentativo di migliorare la propria vita sessuale, finiscono per scontrarsi con una realtà complessa, dove un possibile aumento del desiderio può essere accompagnato

da effetti avversi sull'eccitazione e sull'orgasmo e portare all'emergere o al peggioramento di disfunzioni sessuali. In particolare, è stata documentata una certa tendenza all'uso di cocaina per trattare l'eiaculazione precoce e la disfunzione erettile, ma questa soluzione si rivela comunemente inefficace e può portare a un peggioramento della situazione (Saso, 2002). Nelle donne è invece spesso utilizzata come disinibente ma purtroppo ritarda o elimina la possibilità di raggiungere l'orgasmo (Carey, 2006) precludendo la possibilità di una sessualità soddisfacente. Inoltre, molte delle disfunzioni sessuali non scompaiono con l'astinenza dalla cocaina (Calvo-Abaunza et al., 2021), suggerendo un'interazione complessa e a lungo termine tra la sostanza e la sessualità.

Ancora non è chiara però, la direzione della relazione che intercorre fra disfunzioni sessuali ed utilizzo della cocaina (Saso, 2002), rappresentando un possibile ambito d'interesse per le ricerche future.

Un'alta incidenza di comportamenti sessuali rischiosi è riscontrabile nella popolazione dipendente, soprattutto associata al consumo di crack (De Magalhães Narvaez et al., 2014). La presenza di caratteristiche personali come l'impulsività (Strickland et al., 2017) e il *sensation seeking* (Wright, 2012) sembrano altrimenti dimostrare una correlazione con la seguente tendenza. Questi tratti possono infatti contribuire a una serie di scelte sessuali pericolose, come il sesso occasionale (tra cui la prostituzione) con l'obiettivo di scambiare prestazioni sessuali con droga o denaro per soddisfare la dipendenza dalla cocaina. L'uso inconsistente o addirittura l'omissione del preservativo è un altro comportamento rischioso comune in questa popolazione (De Magalhães Narvaez et al., 2014). In aggiunta, l'inizio dell'attività sessuale a un'età precoce rappresenta un fenomeno correlato alla dipendenza da cocaina, contribuendo

ulteriormente ad un aumento delle gravidanze indesiderate e dei rischi correlati (Forney et al., 1992). Tutti questi comportamenti espongono ad un aumentato rischio di malattie sessualmente trasmissibili, oltre a gravidanze indesiderate e altre conseguenze, determinando un possibile ulteriore deterioramento della salute globale già compromessa dalla dipendenza.

Nonostante i limiti della presente trattazione tra cui una letteratura ancora nascente sul tema e che difficilmente ha trattato esclusivamente gli effetti della cocaina sulla sessualità umana. Quest'elaborato sottolinea l'importanza di una comprensione approfondita dell'intricata relazione tra la dipendenza da cocaina e la sessualità umana che si esplica soprattutto in fasi più croniche della dipendenza e quindi più difficilmente individuabili e trattabili.

Per questo postula il bisogno di ricerche future e interventi volti a migliorare la gestione della dipendenza e a promuovere una salute sessuale più sicura e consapevole tra gli individui colpiti da questa complessa condizione. Nello specifico è necessario implementare programmi preventivi che mettano in luce gli effetti concomitanti dell'associazione fra sesso e cocaina e ridefiniscano il ruolo della sostanza nella sessualità, illustrandone i numerosi rischi per la salute. Successivamente dovranno essere studiati nuovi percorsi di trattamento integrati in quanto la connessione tra sessualità e dipendenza da cocaina richiede un approccio interdisciplinare e un impegno costante per affrontare le sfide che coinvolgono entrambi gli aspetti della vita umana e le possibili ricadute in termini di salute.

Tutti questi interventi dovranno basarsi e tenere conto dell'importanza di un assesment multidimensionale che integri l'area della sostanza con l'indagine della funzione sessuale. Sottolineando l'importanza di trattare entrambi gli aspetti, non più come

separati, contribuendo così al benessere complessivo dei pazienti e all'approfondimento della comprensione delle dinamiche coinvolte.

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali*, Quinta edizione (DSM-5), (trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014).

American Psychiatric Association (APA) (2000), *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, (trad. it. Masson, Milano, 2001).

António, N., Diehl, A., Niel, M., Pillon, S. C., Ratto, L. R. C., Pinheiro, M. C. P., Da Silveira, D. X., Otani, T. Z. D. S., Otani, V. H. O., Cordeiro, Q., & Ushida, R. (2017). Sexual addiction in drug addicts: The impact of drug of choice and poly-addiction. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 63(5), 414–421.

<https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.05.414>

Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramón, A. P., Rodríguez, J. a. I., Mendes, F., Schnitzer, S., & Phillips-Howard, P. A. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-155>

Boni, A. (2019, December 6). *Amore e Psiche: Il complesso abbraccio tra mente e corpo - Medici Oggi*. Medici Oggi. <https://medicioggi.it/aree-terapeutiche/urologia/amore-e-psiche-il-complesso-abbraccio-tra-mente-e-corpo/>

Buglia, F. (2023, July 25). *Il chemsex*. Istituto A.T. Beck. Disponibile in:

<https://www.istitutobeck.com/beck-news/chemsex> [12 agosto 2023]

Calvo-Abaunza, A. F., Rueda-Monsalbe, A., & Castañeda-Martínez, D. A. (2021).

Disfunción sexual y uso de drogas en mujeres: una relación etiológica recíproca. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecologia*, 72(2), 193–201.

<https://doi.org/10.18597/rcog.3627>

Carey, J. C. (2006). Pharmacological Effects On Sexual Function. *Obstetrics and*

Gynecology Clinics of North America, 33(4), 599–620.

<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2006.10.005>

Ciccarone, D., & Shoptaw, S. (2022). Understanding stimulant use and use disorders in a new era. *Medical Clinics of North America*, 106(1), 81–97.

<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.010>

Cocaine – the current situation in Europe (European Drug Report 2023) |

www.emcdda.europa.eu. Disponibile in:

https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/cocaine_en

[5 ottobre 2023]

Consoli A., Necco G. (n.d.). GLI INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI PER IL

COCAINISMO. Dipartimento per le politiche antidroga. Disponibile in:

<http://www.dronet.org/pdf/6.5%20Cocaina.pdf> [17 maggio 2023]

Crisp, B. R., Williams, M. L., Ross, M. W., & Timpson, S. C. (2006). Correlates of sexual assault in a sample of male African American crack cocaine users. *Health Sociology Review*. <https://doi.org/10.5172/hesr.2006.15.3.258>

D'Angelo, L., & Epperson, L. (1998). Reliability and validity of the cocaine selective severity assessment. *Addictive Behaviors*, 23(4), 449–461. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00011-2](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00011-2)

De Magalhães Narvaez, J. C., Jansen, K., Pinheiro, R. T., Kapczinski, F., Silva, R. A., Pechansky, F., & Da Silva Magalhães, P. V. (2014). Violent and sexual behaviors and lifetime use of crack cocaine: a population-based study in Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1249–1255. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0830-3>

Diehl, A., Pillon, S. C., Santos, M. a. D., Rassool, G. H., & Laranjeira, R. (2016). Sexual dysfunction and sexual behaviors in a sample of Brazilian male substance misusers. *American Journal of Men's Health*, 10(5), 418–427. <https://doi.org/10.1177/1557988315569298>

Dipartimento per le politiche antidroga -. (n.d.). Dipartimento per Le Politiche Antidroga. Disponibile in: <https://www.politicheantidroga.gov.it/> [30 settembre 2023]

European Drug Report 2023: Trends and Developments | www.emcdda.europa.eu.

Disponibile in: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en#level-5-section3 [3 ottobre 2023]

Forney, M. A., Inciardi, J. A., & Lockwood, D. (1992). Exchanging sex for crack-cocaine: A comparison of women from rural and urban communities. *Journal of Community Health, 17*(2), 73–85. <https://doi.org/10.1007/bf01321576>

Frye, C. C. J., Galizio, A., Friedel, J. E., DeHart, W. B., & Odum, A. L. (2016). Measuring delay discounting in humans using an adjusting amount task. *Journal of Visualized Experiments, 107*. <https://doi.org/10.3791/53584>

Giancane, S. (2017). *Piacere Chimico - Dalla coca degli Inca al ChemSex*. Youcanprint.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction, 90*(5), 607–614. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x>

Green, L. L., Fullilove, M. T., & Fullilove, R. E. (2005). Remembering the lizard: Reconstructing sexuality in the rooms of narcotics anonymous. *Journal of Sex Research, 42*(1), 28–34. <https://doi.org/10.1080/00224490509552254>

Grover, S., & Shouan, A. (2020). Assessment Scales for Sexual Disorders—A Review. *Journal of Psychosexual Health*, 2(2), 121–138.

<https://doi.org/10.1177/2631831820919581>

Guimarães, R. A., Da Silva, L. N., Da Silva França, D. D., Del-Rios, N. H. A., Carneiro, M. a. D. S., & Teles, S. A. (2015). Risk behaviors for sexually transmitted diseases among crack users. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 23(4), 628–634. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0077.2597>

Iiss. (2022a). Come si svolge il ciclo della risposta sessuale umana? *IISS - Istituto Italiano Di Sessuologia Scientifica*. Disponibile in: <https://iissweb.it/sexlog/come-si-svolge-il-ciclo-della-risposta-sessuale-umana/> [25 settembre 2023]

Iiss. (2022b). La Sessualità sotto effetto di sostanze stupefacenti. *IISS - Istituto Italiano Di Sessuologia Scientifica*. Disponibile in: <https://iissweb.it/sexlog/la-sessualita-sotto-effetto-di-sostanze-stupefacenti/> [24 ottobre 2023]

Julien, R. M., Advokat, C. D., & Comaty, J. E. (2012). *Droghe e farmaci psicoattivi*. Bologna: Zanichelli

Kampman, K. M., Volpicelli, J. R., McGinnis, D. E., Alterman, A. I., Weinrieb, R. M., D'Angelo, L., & Epperson, L. (1998). Reliability and validity of the cocaine selective severity assessment. *Addictive Behaviors*, 23(4), 449–461.

[https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00011-2](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00011-2)

Landry, E. S., & Courtois, F. (2007). L'impact de la consommation de substances psychotropes sur la sexualité d'hommes toxicomanes. *Drogues, Santé Et Société*, 5(2), 135–160. <https://doi.org/10.7202/015697ar>

Lucas, D. (n.d.). *The Psychology of Human Sexuality*. Noba. Disponibile in: <https://nobaproject.com/modules/the-psychology-of-human-sexuality> [6 settembre 2023]

McKay, A. (2005). Sexuality and substance use: The impact of tobacco, alcohol, and selected recreational drugs on sexual function. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(1-2), 47–56. Disponibile in: <https://www.proquest.com/openview/9a12f2c4e492596dcce6a6c1758e26b3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=33400> [10 agosto 2023]

Meston, C. M., & Frohlich, P. F. (2000). The neurobiology of sexual function. *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1012. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.11.1012>

Mohammed, S. A., Abdelhamed, A., & Sayed, R. M. E. (2020). Evaluation of drug abuse in patients with lifelong Premature Ejaculation: A Cross-Sectional Study. *Sexual Medicine*, 8(4), 608–614. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.08.008>

National Institute on Drug Abuse – USA[NIDA] (2008). Cocaina Informazioni dalla ricerca (traduzione a cura di Azienda ULSS 20 Verona Programma Regionale sulle Dipendenze, Regione del Veneto direttore scientifico: dott. Giovanni Serpelloni)

Nimbi, F. M., Briken, P., Abdo, C. H. N., & Carvalho, J. (2021). Editorial: Psychological Dimensions in Human Sexual Health and Behavior. *Frontiers in Psychology, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.739708>

Panzeri, M. (2013). *Psicologia della sessualità*. Bologna: il Mulino.

Panzeri, M., & Fontanesi, L. (2021). *Educazione affettiva e sessuale di bambini e adolescenti*. Bologna: il Mulino.

Pera, G., Carderi, A., Marianantoni, Z., Peris, F., Lentini, M., & Taggi, F. (2008). ORIGINAL RESEARCH—MEN'S SEXUAL HEALTH: Sexual dysfunction prior to first drug use among former drug addicts and its possible causal meaning on drug addiction: Preliminary results. *The Journal of Sexual Medicine, 5*(1), 164–172. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00571.x>

Pirani, F., Lo Faro, A. F., & Tini, A. (2019). Is the issue of Chemsex changing? *PubMed, 170*(5), e337–e338. <https://doi.org/10.7417/ct.2019.2157>

Pisetzky, M. C. G. F., & Nencini, P. (2000). L'approccio tossicologico alla clinica delle tossicodipendenze: scelta ragionata delle scale di intensità della dipendenza. *Ann. Ist. Super: Sanità, 36*(1), 3-8.

Saso L. (2002a). Effetti delle sostanze d'abuso sulla risposta sessuale. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 38(3):289-294. Disponibile in: <https://www.iss.it/documents/20126/955767/383289.1108648227.pdf/f24653f9-9490-776f-6df4-f66394d6d10b?t=1575579471428> [30 ottobre 2023]

Saso, L. (2002b). [Effects of drug abuse on sexual response]. *PubMed*, 38(3), 289–296. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12645180>

Servizio di Tossicologia d'Urgenza – Centro Antiveneni Università degli Studi di Roma 'La Sapienza,' Signore L., Pattelli E., & Russo A. (2012). TOSSICOLOGIA DELLE DROGHE D'ABUSO; VECCHIE E NUOVE DROGHE. Disponibile in: <https://contropiano.org/img/2012/03/vecchieenuovedroghe.pdf>. [1 Agosto 2023]

Smith, S. (2004). Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*, 3(2), 20–22. <https://doi.org/10.1383/psyt.3.2.20.30309>

Strickland, J. C., Bolin, B. L., Romanelli, M., Rush, C. R., & Stoops, W. W. (2017). Effects of acute bupirone administration on inhibitory control and sexual discounting in cocaine users. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 32(1). <https://doi.org/10.1002/hup.2567>

Thomas Edison State University. (n.d.). *The Psychology of Human Sexuality*. Pressbooks. Disponibile in: <https://pressbooks.pub/introsocialpsychology/chapter/the-psychology-of-human-sexuality/> [6 settembre 2023]

Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2013). Effect of drug use and Influence of abstinence on sexual functioning in a Spanish Male Drug-Dependent sample: a multisite study. *The Journal of Sexual Medicine*, *10*(2), 333–341. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02977.x>

Warner, E. A. (1993). Cocaine abuse. *Annals of Internal Medicine*, *119*(3), 226. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-119-3-199308010-00009>

Wright, P. J. (2012). Pornography Consumption, Cocaine Use, and Casual Sex among U.S. Adults. *Psychological Reports*, *111*(1), 305–310. <https://doi.org/10.2466/18.02.13.pr0.111.4.305-310>

(n.d.). ASA ASSOCIAZIONE SOLIDARIETA' AIDS ODV. Disponibile in: https://www.asamilano30.org/wp-content/uploads/2021/03/essepiu2021_mar-apr.pdf

[29 ottobre 2023]

Effetti di Farmaci e Droghe Sulla Sessualità - ISC. (n.d.). Istituto di Sessuologia Clinica. Disponibile in:

<https://sessuologiaclinicaroma.it/effetti-di-farmaci-e-droghe-sulla-sessualita/>

[2 settembre 2023]

Hiv Positive Gay Sex, AFAO, Newtown (2011); Understanding Chemsex, Terrence Higgins Trust, Londra (2015). (Trad. It. Simone Buttazzi 2021). Disponibile in:

https://www.blqcheckpoint.it/wpcontent/uploads/2021/07/Chemsex_Broschure_2021.pdf

f [10 ottobre 2023]

