

Sessualità, uso di sostanze e dipendenza: un confronto clinico tra Sex Addiction e Chemsex

Luca Rossi*, Daniele Pini**, Alice Ferreri***

Summary

■ *This paper aims to provide a clinical and nosographic framework for sex addiction (Compulsive Sexual Behaviour Disorder, CSBD) and chemsex, examining their neurobiological similarities, clinical differences, and therapeutic implications.*

Sex addiction – coded in ICD-11 as CSBD (6C72) under impulse control disorders, but absent from DSM-5 – is characterised by compulsive and recurrent sexual behaviours causing clinically significant distress and functional impairment.

Chemsex, by contrast, constitutes a structured practice in which specific psychoactive substances (methamphetamine, GHB/GBL, mephedrone) are intentionally used to amplify and prolong the sexual experience, predominantly among men who have sex with men (MSM).

Both conditions share a common neurobiological substrate – hyperactivation of the mesolimbic dopaminergic reward circuit – but differ in clinical complexity, at-risk populations, risk profiles, and therapeutic approaches.

Chemsex introduces a critical additional dimension: a dual craving (sexual and substance-related) alongside physical dependence on GHB/GBL, rendering treatment considerably more complex. Diagnostic criteria, psychiatric comorbidities, evidence-based therapeutic approaches, and the specific clinical challenges of each condition are discussed. ■

Keywords: Sex addiction, Chemsex, CSBD, Behavioural addiction, MSM, reward neurobiology, dual craving, psychotherapy.

Riassunto

■ *Il presente lavoro si propone di delineare, in chiave clinica e nosografica, il quadro della dipendenza sessuale (Sex Addiction / Compulsive Sexual Behaviour Disorder, CSBD) e del chemsex, analizzandone analogie neurobiologiche, differenze cliniche e implicazioni terapeutiche. La sex addiction è codificata dall'ICD-11 come disturbo del controllo degli impulsi, ma assente nel DSM-5, ed è caratterizzata da comportamenti sessuali compulsivi e ricorrenti che causano disagio clinicamente significativo e compromissione funzionale.*

Il chemsex, invece, si configura come pratica strutturata in cui sostanze psicoattive specifiche (metamfetamina, GHB/GBL, mephedrone) vengono assunte intenzionalmente per amplificare e prolungare l'esperienza sessuale, prevalentemente in contesti di uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM).

Entrambe le condizioni condividono un substrato neurobiologico comune – l'iperattivazione del circuito mesolimbico dopaminergico – ma differiscono per complessità clinica, popolazioni coinvolte, profilo di rischio e approccio terapeutico.

Il chemsex introduce una dimensione aggiuntiva critica: il doppio craving (sessuale e da sostanza) e la dipendenza fisica da GHB/GBL, che ne rendono il trattamento notevolmente più complesso. Vengono discussi i criteri diagnostici, le comorbidità psichiatriche, gli approcci terapeutici evidence-based e le sfide cliniche specifiche di ciascuna condizione. ■

Parole chiave: Sex addiction, Chemsex, CSBD, Dipendenza comportamentale, MSM, neurobiologia della ricompensa, doppio craving, psicoterapia.

* Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, Specialista ambulatoriale ASL TO3.

** Medico, Dirigente ASL TO3.

*** Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia.

1. Introduzione

La sessualità umana rappresenta uno dei comportamenti più complessi e modulati biologicamente, culturalmente e psicologicamente. La scoperta del piacere sessuale, che nel percorso evolutivo dello *Homo sapiens* si è gradualmente emancipata dalla funzione meramente riproduttiva, ha posto le basi per una vasta gamma di espressioni comportamentali, incluse quelle che, in determinate condizioni, possono acquisire carattere compulsivo e disfunzionale.

Negli ultimi due decenni, la letteratura clinica e neuroscientifica ha rivolto un'attenzione crescente a due fenomeni distinti ma parzialmente sovrapposti: la dipendenza sessuale (comunemente denominata sex addiction) ed il chemsex.

Entrambi implicano una relazione problematica con il comportamento sessuale, ma differiscono in modo sostanziale per eziologia, presentazione clinica, profilo di rischio e approccio terapeutico.

La sex addiction, oggi inquadrabile prevalentemente nel costrutto dell'ICD-11 di Compulsive Sexual Behaviour Disorder (CSBD, codice 6C72), è caratterizzata da impulsi sessuali ricorrenti e difficili da controllare, che persistono nonostante le conseguenze negative e la sofferenza soggettiva (Kraus *et al.*, 2018).

Il chemsex, invece, è una pratica strutturata ed intenzionale in cui specifiche sostanze psicoattive vengono assunte per amplificare e prolungare l'esperienza sessuale, principalmente – sebbene non esclusivamente – in contesti di uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM) (Bourne *et al.*, 2015).

Il presente articolo si propone di:

- a) descrivere separatamente il quadro clinico e neurobiologico di ciascuna condizione;
- b) analizzarne le analogie e le differenze mediante un confronto sistematico;
- c) discutere le implicazioni terapeutiche, con particolare attenzione alle sfide specifiche che ciascuna condizione pone al clinico.

2. La risposta sessuale umana: substrati neurobiologici

La comprensione delle condizioni cliniche oggetto del presente lavoro presuppone una conoscenza adeguata della neurobiologia della risposta sessuale umana.

I modelli teorici di riferimento hanno subito un'evoluzione significativa negli ultimi cinquant'anni: dal modello lineare di Masters e Johnson (1966), che descriveva la risposta sessuale come una sequenza di quattro fasi (eccitazione, plateau, orgasmo, risoluzione), al modello trifasico di Kaplan (1979), che introduceva il desiderio come componente autonoma, fino al modello circolare di Basson (2000), che integrava la dimensione relazionale ed i fattori contestuali nella risposta sessuale femminile.

A livello neurochimico, il desiderio sessuale è mediato principalmente da testosterone e dopamina, con un'importante componente cognitivo-emotiva.

L'eccitazione è associata alla dominanza del sistema nervoso autonomo parasimpatico e alla vasocongestione genitale.

L'orgasmo corrisponde ad un picco di dopamina, ossitocina e serotonina, accompagnato da contrazioni ritmiche.

La fase di risoluzione è caratterizzata da un rilascio di prolattina e dall'instaurarsi di un periodo refrattario, più marcato nel sesso biologicamente maschile.

Di particolare rilievo clinico sono le differenze nel profilo di ossitocina tra i sessi: nelle donne, i livelli di ossitocina raggiungono il picco al termine del rapporto sessuale (con una concentrazione mediamente superiore del 30% rispetto agli uomini), favorendo processi di bonding e attaccamento.

Negli uomini, la massima attivazione ossitocinergica si verifica prima del rapporto sessuale, con un rapido ritorno ai livelli basali dopo l'orgasmo.

Queste differenze hanno implicazioni rilevanti per la comprensione dei diversi pattern di dipendenza sessuale tra i sessi.

3. Sex Addiction (CSBD): quadro clinico e nosografico

3.1. Status nosografico

Il dibattito nosografico sulla sex addiction rimane aperto.

Il DSM-5 (APA, 2013) non include la dipendenza sessuale come diagnosi autonoma: la proposta di includere l'Hypersexual Disorder come categoria diagnostica fu esclusa nella revisione finale.

L'ICD-11 (OMS, 2022) ha invece codificato il Compulsive Sexual Behaviour Disorder (CSBD, 6C72) tra i disturbi del controllo degli impulsi, con la precisazione esplicita che non si tratta di una dipendenza comportamentale in senso stretto.

La letteratura utilizza terminologie diverse – dipendenza sessuale (Carnes, 1983), comportamento sessuale ipersessuale (Kafka, 2010), CSBD (Kraus *et al.*, 2018) – che riflettono orientamenti teorici differenti riguardo alla natura del fenomeno: dipendenza, disturbo del controllo degli impulsi o disturbo ossessivo-compulsivo dello spettro.

Tale dibattito ha implicazioni non solo nosografiche ma anche cliniche e terapeutiche.

3.2. Criteri diagnostici

Integrando i criteri ICD-11 con il modello di Carnes, la presentazione clinica del CSBD include:

- Preoccupazione intensa e ricorrente per pensieri e impulsi sessuali, difficilmente sopprimibile.
- Comportamenti sessuali ripetitivi divenuti centrali nella vita del soggetto (tempo, energia, priorità).
- Tentativi falliti e ripetuti di controllare o ridurre il comportamento.
- Continuazione del comportamento nonostante conseguenze negative: relazionali, lavorative, legali, fisiche.
- Utilizzo del sesso come strategia di regolazione di stati emotivi negativi (ansia, noia, tristezza, vergogna, solitudine).
- Escalation: aumento progressivo di frequenza, intensità o "novità" per mantenere la soddisfazione.
- Sintomi comportamentali da astinenza: irritabilità, ansia, insonnia, umore disforico.
- Durata di almeno 6 mesi (criterio ICD-11).

Carnes (1983) ha concettualizzato il CSBD come un ciclo auto-perpetuante in quattro fasi:

1. preoccupazione – pensieri ossessivi e fantasie intrusive;
2. ritualizzazione – comportamenti preparatori specifici;
3. comportamento compulsivo – l'atto sessuale in sé;
4. disperazione – vergogna e promesse di smettere che alimentano nuovamente la preoccupazione.

3.3. Presentazione clinica

Il paziente con CSBD raramente accede alla psicoterapia dichiarando esplicitamente il problema sessuale.

La presentazione più comune avviene attraverso richieste di aiuto per depressione, ansia o crisi di coppia.

La struttura della “doppia vita” – normale all'esterno, compulsiva all'interno – è fortemente caratterizzante, accompagnata da un'intensa vergogna e da un senso di colpa post-atto che paradossalmente alimentano il ciclo.

Clinicamente frequenti sono: storie di trauma nell'infanzia (abuso fisico o sessuale, trascuratezza, attaccamento insicuro); uso del sesso come regolatore emotivo primario; disfunzione erettile con il partner reale (da desensibilizzazione da pornografia ad alta intensità); conseguenze concrete quali crisi di coppia, perdita del lavoro, problemi legali, debiti.

3.4. Comorbidità psichiatriche

Le comorbidità psichiatriche sono frequenti e clinicamente rilevanti. La depressione maggiore è spesso seconda alla vergogna e alle conseguenze del comportamento, ma può anche risultare primaria con il sesso come automedicazione.

I disturbi d'ansia (ansia sociale) si associano all'uso del comportamento sessuale come riduzione transitoria dell'attivazione.

Il PTSD è presente in una quota significativa di pazienti, con comportamento compulsivo interpretabile come rielaborazione traumatica.

L'ADHD, con la sua componente di impulsività e ricerca di stimolazione intensa, mostra una forte correlazione con l'ipersessualità e la pornografia compulsiva.

Il disturbo borderline di personalità è caratterizzato da instabilità emotiva, relazioni intense e comportamenti impulsivi sessualizzati come coping.

Infine, la co-occorrenza con dipendenze da sostanze è stimata nel 40-60% dei casi, con rinforzo bidirezionale dei circuiti di ricompensa.

3.5. Neurobiologia

Il substrato neurobiologico del CSBD coincide largamente con quello delle dipendenze da sostanze: iperattivazione del sistema mesolimbico dopaminergico.

Studi di neuroimaging (Voon et al., 2014) hanno dimostrato che, nei soggetti con CSBD, stimoli sessuali attivano le stesse aree – *nucleo accumbens*, corteccia prefrontale ventromediale – attivate dai drug-cue nelle dipendenze da sostanze.

Si riscontra una riduzione del controllo inibitorio prefrontale, con incapacità della corteccia di ‘frenare’ l'impulso dal sistema limbico. La pornografia ad alta intensità induce una desensibilizzazione dopaminergica che richiede stimoli progressivamente più estremi per produrre la stessa risposta.

Il sistema oppioide endogeno è coinvolto nella soddisfazione post-atto, con dinamiche simili all'effetto di oppioidi esogeni.

4. Chemsex: definizione, sostanze e quadro clinico

4.1. Definizione e caratteristiche

Il termine chemsex – contrazione di “chemical sex” – indica l'uso intenzionale e pianificato di sostanze psicoattive specifiche prima o durante l'attività sessuale, con l'obiettivo di potenziarne intensità, durata e numero di partner.

Non si tratta di un sinonimo generico di “sesso sotto effetto di droghe”: è una pratica strutturata, con sostanze specifiche (“chem”), contesti specifici (sex party, app di incontri, saune) e finalità definite.

Il primo rilevamento sistematico in Europa risale al 2014 a Londra (Public Health England).

Originariamente documentato prevalentemente in contesti MSM urbani, il fenomeno ha mostrato una progressiva espansione ad altre popolazioni.

La prevalenza documentata in contesti MSM varia dal 3% al 30% a seconda del contesto e della metodologia utilizzata (dati europei).

Le sessioni possono durare ore o giorni (cosiddetto “marathon chemsex”), con un'alterazione profonda della percezione del tempo.

4.2. Sostanze: profili farmacologici e rischi

4.2.1. Metamfetamina (Crystal Meth, “T”)

La metamfetamina è considerata la sostanza più pericolosa nel contesto del chemsex.

Il meccanismo d'azione consiste nel rilascio massivo di dopamina, noradrenalina e serotonina.

Gli effetti includono euforia intensa, eccitazione, disinibizione totale, riduzione del bisogno di sonno (che consente sessioni di 24-72 ore), senso di potere e invincibilità, ritardo dell'eiaculazione.

I rischi tossicologici sono severi: dipendenza rapida tra le più difficili da trattare; psicosi da metamfetamina (paranoia, allucinazioni visive e uditive); cardiotoxicità acuta e cronica con rischio di aritmie fatali e infarto miocardico anche in soggetti giovani; depressione post-uso severa (“crash”) con marcato rischio suicidario; soppressione immunitaria; interazioni farmacocinetiche potenzialmente letali con i farmaci antiretrovirali (in particolare gli inibitori del citocromo P450) in pazienti HIV+.

4.2.2. GHB/GBL (“G”)

Il GHB (gamma-idrossibutirrato) e il GBL (gamma-butilirrolattone, precursore a rapida conversione ematica in GHB) agiscono come agonisti dei recettori GABA-B e dei recettori specifici per il GHB, determinando un effetto bifasico: stimolante/disinibente a basse dosi e marcatamente sedativo a dosi superiori.

Gli effetti comprendono rilassamento muscolare, disinibizione sessuale totale, euforia e potenziamento dell'empatia tattile.

La caratteristica più critica del GHB/GBL sotto il profilo tossicologico è il suo margine di sicurezza estremamente ridotto (finestra tossica ristretta): incrementi minimi del dosaggio (0,5-1 grammo) possono determinare il passaggio dall'effetto ricreativo a un'overdose acuta.

L'intossicazione acuta si manifesta con rapida perdita di coscienza, depressione respiratoria severa, bradicardia e coma, configurandosi come un'emergenza medica a codice rosso.

Il redosing frequente (ogni 2-3 ore), tipico delle maratone di chemsex, instaura rapidamente una dipendenza fisica.

L'astinenza da GHB/GBL è una condizione critica e potenzialmente fatale, sovrapponibile al *delirium tremens* alcolico, caratterizzata da tremori, grave agitazione psicomotoria, allucinazioni, convulsioni e instabilità autonoma, che richiede tassativamente una gestione medica ospedaliera.

È documentato, inoltre, il suo impiego non consensuale in contesti di violenza sessuale agevolata da sostanze (chemsex-rape).

4.2.3. Mefedrone e altre sostanze associate

Il mefedrone (4-MMC), catinone sintetico ad azione stimolante ed entactogena, produce un massivo rilascio di dopamina e serotonina, mimando gli effetti combinati di MDMA e cocaina (euforia, logorrea, ipersessualità, “empatia chimica”).

L'emivita breve (30-60 minuti) induce un forte fenomeno di *craving* acuto con necessità di *redosing* compulsivo.

Presenta un'elevata cardiotossicità (ipertensione, tachicardia) e un alto rischio di psicosi tossica ad insorgenza acuta.

La purezza altamente variabile sul mercato illecito ne incrementa imprevedibilmente la tossicità.

Sostanze frequentemente associate includono: MDMA/ecstasy (rischio di sindrome serotoninergica e iponatremia da SIADH); cocaina (potente stimolante, la cui vasocostrizione periferica contrasta l'erezione, spingendo all'abuso di farmaci pro-erettili); ketamina (dissociativo anestetico, che espone a traumi fisici e vulnerabilità a violenze); poppers/nitrati alchilici (vasodilatatori che, se associati a inibitori della PDE5 come sildenafil o tadalafil, possono causare ipotensione severa e shock cardiovascolare); benzodiazepine, utilizzate impropriamente per gestire la fase di discesa ('comedown') o il crash, con elevato rischio di dipendenza crociata e depressione respiratoria sinergica se associate al GHB.

4.3. Meccanismo neurobiologico del chemsex

Le sostanze del chemsex agiscono sinergicamente su dopamina, serotonina e noradrenalina, producendo quattro effetti principali:

- iperattivazione dopaminergica – sistema mesolimbico in "over-drive" con piacere amplificato oltre la fisiologia normale;
- disinibizione frontale – riduzione delle inibizioni, abbassamento della percezione del rischio, aumento dell'impulsività;
- potenziamento fisico – vasodilatazione, erezione prolungata, ritardo dell'eiaculazione;
- desensibilizzazione recettoriale – sessioni ripetute inducono tolleranza con conseguente perdita di valore del sesso non mediato da sostanze.

4.4. Il doppio craving: il nucleo clinico del chemsex

La caratteristica clinicamente più rilevante e terapeuticamente più sfidante del chemsex è il cosiddetto 'doppio craving': sesso e sostanza si fondono in un'unità inscindibile.

Il craving sessuale (pensieri intrusivi, fantasie di sessioni, ricerca compulsiva di partner) ed il craving da sostanza (desiderio della sostanza specifica, impossibilità di eccitarsi senza di essa) si potenziano reciprocamente.

L'implicazione terapeutica è cruciale: il sesso senza sostanze viene percepito come privo di valore, noioso o addirittura impossibile.

Questo rende la separazione dei due craving — e la risensibilizzazione all'esperienza sessuale 'sober' — una delle sfide principali del trattamento.

4.5. Popolazioni e rischi sanitari

Le popolazioni a maggiore prevalenza di chemsex includono uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM), in particolare utenti di app di incontri gay e frequentatori di sex party; persone HIV+ in terapia antiretrovirale (con interazioni farmacologiche critiche); soggetti con omofobia interiorizzata che utilizzano le sostanze per "permettersi" il sesso gay.

Le popolazioni emergenti includono donne bisessuali e trans (dati spesso sottostimati), coppie eterosessuali in contesti swinger e giovani adulti in ambienti di clubbing e festival.

L'intersezione fra l'uso di sostanze psicoattive e l'attività sessuale ridefinisce radicalmente il profilo di rischio infettivologico, determinando una sinergia epidemiologica che alimenta la diffusione delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST).

Nel contesto del chemsex, il rischio di contrarre patogeni non è semplicemente correlato alla frequenza dei comportamenti indivi-

duali, ma emerge dal sommarsi di alterazioni comportamentali indotte dalle sostanze e da specifiche dinamiche di rete relazionale.

Le sostanze tipiche del chemsex agiscono modificando la percezione cognitiva del pericolo e abbattendo le barriere inibitorie individuali.

Gli stati euforici o dissociativi si traducono in una drastica riduzione dell'uso del profilattico, in un incremento esponenziale del numero di partner all'interno della singola sessione e nella pratica di rapporti penetrativi traumatici, frequentemente associati al fisting o all'impiego di sex toys condivisi e privi di adeguata igienizzazione. Inoltre, l'effetto pro-erettile e di ritardo eiaculatorio degli stimolanti favorisce il protrarsi dell'atto sessuale per molte ore, causando microlesioni e lacerazioni delle mucose rettali e genitali; ciò abbatte le barriere anatomiche naturali e facilita l'inoculazione e l'ingresso dei patogeni.

Va parimenti sottolineato il fenomeno dello *slamming* (l'uso di sostanze per via endovenosa), che espone i consumatori al rischio ematico da condivisione di aghi e materiale da iniezione, configurando una pericolosa doppia via di trasmissione (ematica e venerea). Sotto il profilo epidemiologico, i contesti di chemsex agiscono come veri e propri "ambienti di amplificazione", in cui l'elevato turnover di partner in tempi ristretti accelera la circolazione interumana degli agenti infettivi.

Tra le IST a maggiore diffusione si evidenziano la sifilide e la gonorrea, caratterizzate da frequenti localizzazioni extragenitali asintomatiche (faringee e rettali) che fungono da *reservoir* silenti nella popolazione.

Si registra inoltre una significativa recrudescenza di *Chlamydia trachomatis*, in particolare dei genotipi responsabili del linfogranuloma venereo (LGV), strettamente associato a forme severe di proctite ulcerosa.

Relativamente all'infezione da HIV, emergono due criticità cruciali: l'efficacia della prevenzione farmacologica e l'aderenza terapeutica. Sebbene la diffusione della PrEP (Profilassi Pre-Esposizione) abbia significativamente ridotto i tassi di nuove diagnosi di HIV, l'illusione di una protezione totale dal contagio ha talvolta disincentivato l'adozione di barriere fisiche, incrementando paradossalmente la trasmissione di altre IST e delle epatiti virali (specialmente l'HCV, la cui trasmissione sessuale è in forte aumento tra MSM e HBV, in soggetti non vaccinati).

Per i pazienti già HIV-positivi, le sessioni prolungate di chemsex compromettono la regolare assunzione quotidiana della terapia antiretrovirale (ART); tale riduzione dell'aderenza espone al rischio di rebound della carica virale, fallimento terapeutico e insorgenza di resistenze farmacologiche.

A ciò si aggiungono le insidiose interazioni farmacologiche tra antiretrovirali (come i *booster* ritonavir o cobicistat) e le sostanze d'abuso, capaci di elevare pericolosamente i livelli plasmatici di metamfetamina o MDMA, esacerbando la tossicità acuta.

Un ostacolo di primaria importanza è rappresentato dalla difficoltà di accesso ai servizi specialistici da parte dell'utenza specifica.

Persistono barriere strutturali e psicologiche nei confronti dei tradizionali Servizi per le Dipendenze (Ser.D): il consumatore di chemsex non si identifica nel profilo classico del tossicodipendente ed omette di dichiarare il consumo per timore del giudizio stigmatizzante, ritardando la richiesta di assistenza.

In questo scenario, l'intercettazione precoce è fondamentale per mitigare l'impatto sanitario e sociale del fenomeno.

Gli ambulatori di infettivologia dedicati alle IST, allo screening e alla prescrizione della PrEP si configurano come presidi di frontiera ideali, garantendo un setting accogliente, specialistico e non giudicante.

La presa in carico precoce in questi contesti consente non solo di attuare interventi mirati di riduzione del danno (Harm Reduction) e di monitorare i pattern di consumo, ma anche di costruire ponti stabili di collaborazione multidisciplinare con i Ser.D.

5. Confronto sistematico: Sex Addiction e Chemsex

La tabella seguente sintetizza il confronto tra le due condizioni su sedici dimensioni cliniche, nosografiche e terapeutiche.

Dimensione	Sex Addiction (CSBD)	Chemsex
Definizione	Comportamento sessuale compulsivo non necessariamente legato a sostanze (ICD-11, codice 6C72)	Uso intenzionale di sostanze psicoattive specifiche prima o durante il rapporto sessuale per potenziarne intensità, durata e numero di partner
Sostanze	Non necessariamente presenti; se co-occorrenti, costituiscono fattore aggravante	Sempre presenti per definizione: metamfetamina, GHB/GBL, mefedrone tra le principali
Neurobiologia	Iperattivazione del circuito mesolimbico dopaminergico (NAc, ATV); riduzione controllo inibitorio prefrontale	Stesso circuito potenziato chimicamente con tolleranza più rapida; desensibilizzazione recettoriale accelerata
Craving	Pensieri intrusivi, impulsi sessuali difficili da controllare	Doppio craving inscindibile: sostanza + sesso; il sesso senza sostanze percepito come impossibile o privo di valore
Tolleranza/ Escalation	Escalation di frequenza, intensità e novità per mantenere la gratificazione	Escalation delle dosi e dei comportamenti con desensibilizzazione rapida
Perdita di controllo	Incapacità di interrompere il comportamento nonostante conseguenze negative	Sessioni pianificate che si prolungano per giorni; dissociazione temporale
Popolazione	Trasversale (tutte le età e orientamenti; uomini > donne in letteratura)	Prevalente in MSM e contesti LGBTQ+ urbani; in progressiva espansione ad altre popolazioni
Rischi fisici	IST, comportamenti sessuali a rischio, disfunzioni sessuali da iperuso della pornografia	Aggiuntivi: overdose GHB/GBL, cardiotoxicità da metamfetamina, interazioni farmacologiche con antiretrovirali, chemsex-rape
Rischi psichici	Depressione, ansia, vergogna, isolamento, disfunzione relazionale	Psicosi da stimolanti, depressione post-chemsex ('crash'), PTSD aggiuntivo
Stigma	Elevato; costituisce freno primario all'accesso alle cure	Doppio stigma: comportamento sessuale + sostanze + (per MSM) omofobia interiorizzata
Trauma sottostante	Frequente (abuso fisico/sessuale, trascuratezza, attaccamento insicuro nell'infanzia)	Frequente; le sostanze vengono usate per gestire trauma relazionale e ansia da intimità
Status nosografico	ICD-11: CSBD (Disturbo del Controllo degli Impulsi, 6C72); assente nel DSM-5	Nessuna categoria autonoma; si codifica Disturbo da Uso di Sostanze + eventuale CSBD
Accesso alle cure	Basso per vergogna, timore del giudizio e scarsa consapevolezza del disturbo	Ancora più basso: doppio stigma + contesti difficilmente intercettati dai servizi sanitari
Complessità terapeutica	Alta: trauma + ciclo compulsivo + comorbidità psichiatriche	Molto alta: disintossicazione fisica da GHB + doppio craving + lavoro identitario
Prognosi	Buona con trattamento specialistico integrato	Variabile; dipende dalla sostanza primaria, dalla durata dell'uso e dalle comorbidità psichiatriche

Da questo confronto emergono due ordini di considerazioni. In primo luogo, le analogie neurobiologiche sono sostanziali: entrambe le condizioni coinvolgono la stessa via dopaminergica mesolimbica e producono fenomeni clinicamente equivalenti di craving, tolleranza, escalation e perdita di controllo.

In secondo luogo, il chemsex presenta una complessità clinica aggiuntiva significativa, determinata dalla presenza della dipendenza fisica da sostanze (in particolare GHB/GBL), dal doppio craving e da un profilo di rischio acuto (overdose, interazioni farmacologiche, chemsex-rape) che non ha paralleli nella sex addiction pura.

6. Approcci terapeutici

6.1. Trattamento della Sex Addiction

Gli approcci terapeutici evidence-based for il CSBD si articolano su quattro livelli.

La psicoterapia individuale costituisce il cardine del trattamento: la CBT (identificazione dei trigger, ristrutturazione delle credenze nucleari) ha la maggiore evidenza empirica; l'EMDR è indicato per la componente traumatica; la Schema therapy affronta i modi disadattativi precoci; la terapia psicodinamica lavora sulle rappresentazioni interne e sui pattern relazionali.

La terapia basata sulla regolazione affettiva (Hill, 2015) si rivela particolarmente utile quando il sesso è usato come principale regolatore emotivo.

La terapia di coppia o sistemica è indicata per la riparazione del legame danneggiato, la gestione della codipendenza del partner e la psicoeducazione di coppia.

I gruppi di supporto (Sex Addicts Anonymous, SLAA) offrono un modello 12 passi con componente di psicoeducazione e comunità. La farmacoterapia non dispone di farmaci specificamente approvati: gli SSRI possono ridurre la componente compulsiva, il naltrexone può agire sul craving, gli stabilizzatori dell'umore trovano indicazione nelle comorbidità.

6.2. Trattamento del Chemsex

Il trattamento del chemsex richiede sempre un team multidisciplinare integrato: infettivologo, Ser.D., psicologo, psicoterapeuta.

L'approccio si articola prevalentemente in due fasi parallele e complementari.

La fase medica e di harm reduction, come sottolineato nei paragrafi precedenti, prevede come primo step l'abbassamento della soglia di accesso e la gestione clinica dell'uso di sostanze (riduzione del danno).

Segue il trattamento delle IST in corso, lo screening, la stadiazione e il trattamento dell'HCV, la valutazione dello stato vaccinale per HBV, il monitoraggio immunovirologico dell'HIV con ottimizzazione dell'ART e la prescrizione mirata di PrEP per i soggetti recettivi.

Il focus clinico deve concentrarsi sulla stabilizzazione medica del paziente, che può richiedere un protocollo di disintossicazione ospedaliera o ambulatoriale protetta dal consumo di GHB/GBL sotto stretta supervisione clinica, in ragione del rischio di una sindrome astinenziale severa e potenzialmente fatale, unitamente al monitoraggio e trattamento farmacologico di eventuali manifestazioni psicotiche acute indotte dagli stimolanti.

La fase psicologica e riabilitativa prevede il colloquio motivazionale (MI) come approccio di base, che incontra il paziente nel suo stadio di cambiamento senza imporre obiettivi.

La CBT e l'ACT (Acceptance and Commitment Therapy) intervengono sui processi cognitivi legati al craving attraverso la ristrutturazione cognitiva, l'accettazione dell'esperienza interna e la defusione dai pensieri disfunzionali.

I gruppi peer-to-peer specifici per MSM contribuiscono inoltre a ridurre l'isolamento, lo stigma ed il vissuto di marginalità.

Parallelamente, il lavoro identitario, focalizzato sull'omofobia interiorizzata e sulla vergogna sessuale, rappresenta spesso un nucleo clinico centrale e non sostituibile del trattamento.

In questo contesto, anche la desensibilizzazione graduale al sesso senza sostanze assume un ruolo terapeutico specifico, finalizzato al recupero di un'esperienza sessuale integrata e non mediata dall'uso di droghe.

7. Discussione

Il presente lavoro ha messo in luce come sex addiction e chemsex condividano un substrato neurobiologico comune – l'iperattivazione del circuito mesolimbico dopaminergico – pur differendo in modo sostanziale per complessità clinica, popolazioni a rischio e approccio terapeutico.

Alcune considerazioni meritano un approfondimento critico. In primo luogo, la questione dello stigma.

Entrambe le condizioni sono gravate da un elevato stigma che costituisce il principale ostacolo all'accesso alle cure.

Nel chemsex, il doppio stigma – comportamento sessuale + sostanze, con l'ulteriore dimensione dell'omofobia interiorizzata per i soggetti MSM – abbassa ulteriormente la probabilità di richiesta di aiuto.

Questo impone ai Servizi sanitari un approccio attivamente destigmatizzante e a bassa soglia.

In secondo luogo, la questione del trauma. In entrambe le condizioni, la storia traumatica precoce (abuso, trascuratezza, attaccamento insicuro) è clinicamente frequente e statisticamente rilevante.

Il sesso, con o senza sostanze, funziona spesso come regolatore emotivo di stati interni difficilmente tollerabili.

Un trattamento che non affronti la dimensione traumatica è destinato a essere incompleto.

In terzo luogo, la sfida specifica del chemsex rispetto all'identità sessuale.

Per molti soggetti MSM, il chemsex è l'unico contesto in cui si "permettono" di esprimere la propria sessualità.

La sostanza non è solo un potenziatore dell'esperienza, ma un "permesso" chimico che aggira l'omofobia interiorizzata.

Il trattamento deve quindi necessariamente includere un lavoro sull'accettazione dell'identità sessuale, dimensione del tutto assente nel percorso terapeutico della sex addiction "pura".

Infine, va sottolineata la necessità di un inquadramento nosografico più preciso. Il CSBD nell'ICD-11 e il chemsex (codificato come DUS + eventuale CSBD) rappresentano costrutti diagnostici ancora in evoluzione.

La ricerca futura dovrà chiarire i confini tra dipendenza comportamentale e disturbo del controllo degli impulsi, identificare biomarcatori di vulnerabilità e produrre trial randomizzati su trattamenti specifici.

8. Conclusioni

Sex addiction e chemsex sono due condizioni clinicamente distinte ma neurobiologicamente affini, che richiedono competenze specialistiche integrate e un approccio terapeutico personalizzato.

Entrambe condividono l'iperattivazione del circuito dopaminergico della ricompensa, il ciclo compulsivo, la compromissione funzionale e la frequente storia traumatica.

Il chemsex introduce dimensioni aggiuntive di complessità dettate dal doppio craving, dalla dipendenza fisica da GHB/GBL, dallo stigma, dal rischio acuto di overdose e dalle interazioni farmacologiche, che richiedono un team multidisciplinare e un approccio in fasi.

La sex addiction, apparentemente meno pericolosa sul piano fisico, comporta spesso un percorso terapeutico lungo e complesso, che deve integrare la dimensione traumatica con quella compulsiva.

Dal punto di vista della salute pubblica, la convergenza epidemiologica tra l'uso di sostanze neurotossiche ad alta dipendenza e la trasmissione di IST severe richiede un radicale cambio di paradigma.

Diventa prioritario superare la frammentazione istituzionale tra i servizi per le dipendenze e i reparti di malattie infettive.

L'integrazione di screening infettivologici sistematici nei Ser.D e, specularmente, di counseling alcolologico/tossicologico standardizzato negli ambulatori IST rappresenta la strategia d'elezione per una diagnosi precoce, l'abbattimento dello stigma e la tutela globale della salute pubblica.

Aumentare la consapevolezza dei professionisti della salute mentale, formare team multidisciplinari dedicati e ridurre lo stigma costituiscono priorità cliniche e di sistema.

"Comprendere non significa giustificare, ma senza comprensione non c'è cura."

Riferimenti bibliografici

- Basson R. (2000). The female sexual response revisited. *Journal of SOGC*, 22(5): 383-387.
- Bourne A., Reid D., Hickson F., Torres-Rueda S., Steinberg P., & Weatherburn P. (2015). *The chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham*. Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. London.
- Carnes P. (1983). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. Minneapolis: CompCare Publishers.
- Hill D. (2015). *Affect Regulation Theory: A Clinical Model*. New York: W.W. Norton & Company.
- Kafka M.P. (2010). Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2): 377-400.
- Kaplan H.S. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kraus S.W., Voon V., & Potenza M.N. (2016). Should compulsive sexual behavior be considered an addiction?. *Addiction*, 111(12): 2097-2106.
- Kraus S.W., Krueger R.B., Briken P., First M.B., Stein D.J., Kaplan M.S., ... Reed G.M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1): 109-110.
- Masters W.H., & Johnson V.E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Company.
- Pakianathan M., Whittaker W., Lee M.J., Avery J., Green S., Nathan B., & Hegazi A. (2018). Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Medicine*, 19(4): 255-262.
- Voon V., Mole T.B., Banca P., Porter L., Morris L., Mitchell S., ... Irvine M. (2014). Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PLOS ONE*, 9(7), e102419.
- World Health Organization (2022). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. WHO. Geneva.