

SALUTE SESSUALE, ISTRUZIONI PER L'USO

La sessualità è una sfera fondamentale della nostra vita, che coinvolge corpo, mente, relazioni. E che se non affrontata con la giusta dose di consapevolezza può mettere a rischio il nostro benessere. Dalle malattie sessualmente trasmissibili ai problemi di coppia, una guida completa realizzata dagli specialisti del Santagostino

indice

- 04** introduzione
Una sfera complessa
di Elisa Sipio 
-

PARTE 1: MST RICONOSCKERLE E PREVENIRLE

- 07** capitolo 1
**Malattie sessualmente trasmissibili (MST):
una guida per conoscerle**
di Fabio Leva 

- 12** capitolo 2
7 consigli per un amore sicuro
di Sara Gaita 

- 17** capitolo 3
**HIV: 30 anni dopo, una battaglia ancora
non vinta**
di Alessandro Lizioli 

- 24** approfondimento 1
Hiv, il test per il virus che causa l'Aids
di Redazione 

- 30** capitolo 4
**HPV: il vaccino funziona, anche per i
maschi**
di Elisa Sipio 

37 approfondimento 2
Il vaccino HPV: cos'è e come funziona
di Redazione



PARTE 2: BENESSERE SESSUALE E AFFETTIVO

42 capitolo 5
Sesso: alla ricerca dell'intesa perduta
di Beatrice Armocida



47 capitolo 6
Calo del desiderio: cosa fare per tenere viva la fiamma
di Paola Zucchi



54 approfondimento 3
La vulvodinia: una malattia invisibile
di Sara Mussoni e Filippo Murina



62 capitolo 7
L'amore può durare? Il complicato rapporto tra attaccamento e sessualità
di Riccardo Germani



74 capitolo 8
Parafilie: quando il sesso non segue le convenzioni
di Redazione di Santagostino Psiche



Una sfera complessa

[Elisa Sipio](#)

Ginecologa

La sessualità è un argomento complesso, variegato, che riguarda aspetti del corpo, della mente, del contesto in cui viviamo, e molto altro ancora. Per molto tempo si è pensato che la dimensione sessuale degli esseri umani fosse qualcosa di svincolato dall'evoluzione della persona, un tema da prendere in considerazione solo da una certa età in poi. L'OMS invece definisce la sessualità come “un aspetto centrale dell'essere umano lungo tutto l'arco della vita, che riguarda diversi aspetti, tra cui il sesso, l'identità di genere, il ruolo, i pensieri, i valori, le relazioni, i diritti, ecc.”. Tale definizione ci aiuta a comprendere come si tratti di una dimensione molto più ampia di quanto siamo abituati a pensare, e di come stia alla base del benessere fisico e psichico di ogni persona, benessere che va ben al di là della semplice assenza di malattia.

In quest'ottica dunque occorre guardare alle persone nella loro globalità, ricordando che corpo e mente sono strettamen-



te correlati, e che è necessario occuparsi del benessere di entrambi, soprattutto in un territorio di confine come quello del benessere sessuale.

Infatti, una delle difficoltà a cui si trova di fronte la persona che sperimenta una problematica sessuale, è proprio il dubbio di non sapere a quale specialista rivolgersi. Sarà un problema medico? Sarà un problema psicologico? Sarà normale?

Per questo è indispensabile un approccio d'equipe, dove i diversi professionisti che si occupano di sessualità interagiscano tra di loro, offrendo ai paziente un approccio orientato alla persona a 360 gradi.



Parte 1: MST riconoscerle e prevenirle

Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST): una guida per conoscerle

[Fabio Leva](#)

Urologo

Non solo fiori, cioccolatini o cene romantiche. Il più bel regalo che possiamo fare al nostro partner è la consapevolezza. Ecco una guida completa per conoscere le malattie sessualmente trasmissibili (MST).

Tra i risvolti più sgraditi di un rapporto amoroso ci sono certamente le **malattie a trasmissione sessuale (MST)**. Nell'immaginario popolare, quando si parla di MST si pensa esclusivamente all'HIV, ma è importante sottolineare che è solo una fra le tante patologie



veneree esistenti.

Si definiscono MST quelle infezioni che si possono trasmettere per via sessuale. La definizione non implica che questa sia la sola modalità di contagio, sono infatti compresi svariati virus, batteri, funghi e parassiti che possono aggredirci anche per altre vie, ad esempio il virus dell'epatite A (di solito contratto per via alimentare) e i funghi del genere Candida (presente nella normale flora batterica, che può manifestarsi indipendentemente dai rapporti, basti pensare al mugugno nei bambini). Al contempo, “via sessuale” è un termine che va inteso in senso esteso, includendo rapporti orali e anali, anche se alcuni germi hanno vie di trasmissione preferenziali o esclusive.

Semplificando, si può dire che esistono due diversi tipi di MST:

- quelle che interessano principalmente il **punto di contatto** (in genere, i genitali) come la gonorrea, la Chlamydia, i micoplasmi e gli ureaplasmi, gli herpes, le piattole, il mollusco contagioso, l'ulcera molle, la Trichomonas ed il Papilloma Virus (HPV)



- quelle con quadri clinici più complessi e che **coinvolgono anche altri distretti**. Di questa categoria fanno parte l'HIV, le epatiti e la sifilide.

I sintomi non sono tutti uguali

Le profonde differenze biologiche fra i microrganismi coinvolti nelle svariate possibili MTS si traducono ovviamente in una **grande varietà di quadri clinici**, spesso diversi fra uomini e donne o a seconda della sede di contatto. È consigliabile, se si hanno rapporti occasionali o con più partner (anche protetti), verificare regolarmente la propria negatività a sifilide, HIV ed epatiti B e C con un semplice esame del sangue, poiché queste malattie possono essere asintomatiche all'esordio o i sintomi possono essere sottovalutati o mal interpretati e, se non trattate tempestivamente, possono avere una prognosi molto severa.

Le uretriti (infiammazioni dell'uretra, cioè il piccolo canale che porta l'urina dalla vescica verso l'esterno) causate da **Chlamydia trachomatis** e **gonococco** spesso si presen-



tano nel maschio con intenso dolore e perdite giallastre, mentre nella donna hanno segni meno specifici e, se non curate, possono avere gravi conseguenze, in particolare sulla fertilità. Anche micoplasmi ed ureaplasmi possono interferire con il concepimento e talvolta sono asintomatici o si presentano come uretriti di lieve entità. Il **papilloma virus** può causare sia condilomi che il tumore della cervice uterina ed è molto diffuso nella popolazione.

In un capitolo a parte si situano le **cistiti ricorrenti post-coitali femminili**, originate nella maggior parte dei casi per auto-infezione dalla flora vaginale spostata nelle vie urinarie dall'azione meccanica della penetrazione, pertanto non propriamente considerabili MTS.

La prevenzione è l'arma più efficace

I **vaccini** permettono di proteggersi dai ceppi più pericolosi di HPV e dalle epatiti A e B, mentre il **preservativo** è un'efficace barriera contro il virus dell'HIV e spesso anche contro Chlamydia e gonorrea, oltre ad evitare infezioni profonde da HPV, limitando la zona di contatto solo al pube



durante la penetrazione. L'**educazione sessuale**, già dalla primissima pubertà, è fondamentale per ridurre i rischi di contagio, nonché di gravidanze indesiderate.

Come ogni attività, anche il sesso non si può svolgere in sicurezza se mancano le adeguate informazioni di base, allo stesso modo in cui riteniamo pericoloso guidare senza conoscere il Codice della Strada o tuffarci in acqua senza saper nuotare. Sebbene possa apparire “poco romantico” chiedere al partner di sottoporsi ai test per la ricerca delle MTS, soprattutto – ma non solo – quando si programma una relazione stabile e senza protezioni, si tratta di un semplice gesto di civiltà (perché contribuisce ad arginare la diffusione di infezioni gravi e prevenibili) che garantisce la serenità e la salute di entrambi. Tabù e pudori dovrebbero essere lasciati da parte quando si affrontano argomenti di vitale importanza come questo.



7 consigli per un amore sicuro

[Sara Gaita](#)

Ginecologa

Le MST sono ancora un problema, soprattutto tra i giovani. La causa principale? La scarsa informazione. Ecco 7 consigli per vivere una sessualità serena e soprattutto sicura.

Le malattie veneree sono quelle patologie che possono trasmettersi durante attività sessuali di varia natura. Le malattie sessualmente trasmissibili sono un gruppo di infezioni molto diffuse e provocate da microbi di diversa natura quali **batteri** (per esempio sifilide o gonorrea), **funghi** (per esempio candida), **virus** (per esempio papilloma virus, HIV, epatiti) e **parassiti** (per esempio il trichomonas).



Secondo l'OMS l'incidenza annuale è di 376 milioni di nuovi casi all'anno in tutto il mondo e la fascia di età più colpita in assoluto è quella dei giovani al di sotto dei 25/30 anni, in particolare di sesso femminile. Sono malattie diffuse in tutto il mondo e che interessano tutti gli strati sociali in maniera trasversale, quindi non sempre strettamente legate a condizioni di scarsa igiene o di povertà. La conoscenza di queste infezioni e degli accorgimenti che possono ridurre la possibilità di contrarle è dunque fondamentale per prevenire non solo infezioni che sono percepite come "pericolose" quali HIV ed epatiti, ma anche infezioni a volte asintomatiche, quali la Chlamydia, che possono però danneggiare la fertilità soprattutto femminile.

La percezione del rischio di queste patologie però negli ultimi anni è sempre più bassa: grazie ai farmaci di nuova generazione, ad esempio, l'**HIV** a non è più visto come pericoloso, pur essendolo, e infatti la sua incidenza è in continuo aumento, insieme a quella di patologie che si credevano scomparse o ad appannaggio solo di "certe categorie" come la **sifilide**, per la quale, negli ultimi 3-4 anni l'incremento dei casi è stato di più del doppio.



Altro fattore che può concorrere ad aumentare l'incidenza delle malattie sessualmente trasmissibili è l'indebolimento dell'organismo che può risultare da concomitanti gastroenteriti (per esempio la diarrea del viaggiatore), utilizzo di antibiotici, vaginiti e cistiti che possono contribuire a creare un ambiente favorevole per l'attecchimento e la diffusione dei germi.

Parola d'ordine: prevenire

Proteggersi dal contagio è dunque la prima prevenzione possibile contro le malattie sessualmente trasmissibili.

1. Usare il preservativo

L'utilizzo del preservativo tra i teenager e i giovani è purtroppo ancora troppo poco diffuso: secondo i dati presentati a Siena durante la nona edizione di Icar (Italian Conference on AIDS and Antiviral Research) il 15-20% dei teenager confonde la contraccezione con la prevenzione delle infezioni trasmesse sessualmente e un teenager su due non usa precauzioni. Questo dispositivo però è il primo presidio per proteggersi dalle malattie sessualmente tra-



smisibili, oltre che da gravidanze indesiderate. È un metodo semplice da reperire e utilizzare, economico, che non richiede ricetta medica e che fornisce una valida protezione. I teenager quindi, che sono i soggetti più a rischio per le malattie sessualmente trasmissibili dovrebbero imparare a utilizzare sempre il preservativo, soprattutto in caso di rapporti occasionali.

2. Curare l'igiene intima

3. **Cambiare spesso gli assorbenti durante il ciclo mestruale**

4. Limitare l'utilizzo di biancheria intima sintetica

5. **Evitare la condivisione di biancheria intima e da bagno, spazzolini, farmaci etc.**

6. Vaccinarsi contro l'HPV

Arma preventiva importante contro le infezioni da papilloma virus (HPV) che può causare condilomi e cancro della cervice uterina e dell'ano, la **vaccinazione gratuita per HPV** per le adolescenti di sesso femminile. Il vaccino può essere eseguito anche in età più adulta, fino ai 45 anni. L'efficacia della protezione è molto ben comprovata e gli ultimi vaccini disponibili, che coprono ben 9 ceppi diversi di HPV, garantiscono una protezione dai ceppi che nel 90% dei casi



sono causa di cancro della cervice uterina.

7. Conoscere il proprio corpo e abituarsi a controllare regolarmente le parti intime

Fare attenzione alla presenza di prurito, arrossamenti, bruciore a urinare, dolore spontaneo o durante i rapporti sessuali, perdite vaginali anomale o maleodoranti, vescicole o lesioni cutanee di qualsiasi natura di nuova comparsa.

In caso di dubbio è sempre opportuno consultare il medico di fiducia, ginecologo o medico di famiglia, o rivolgersi ai consultori o ai Centri MST presenti sul territorio, spesso ad accesso libero e gratuito.



HIV: una battaglia ancora non vinta

[Alessandro Lizioli](#)

Specialista in Malattie Infettive e Psicologia Clinica

Più di 30 anni di progressi nella cura e nella prevenzione. Su quest'ultimo fronte, tuttavia, la strada da fare è ancora molta.

Nel 1988 io c'ero. Avevo terminato l'università e iniziavo la specialità in Malattie Infettive a Milano. L'AIDS era agli inizi, il virus si chiamava ancora HTLV III, solo nel 2002 gli diedero il nome di HIV (virus dell'immunodeficienza umana) per distinguerlo da quello felino.

Allora si contavano solo i casi di AIDS, non era prevista la segnalazione delle nuove infezioni da HIV, approvata



con il Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 (Gazzetta Ufficiale n. 175, 28 luglio 2008). Allora i decessi erano l'unico modo per stabilire l'impatto sulla popolazione dell'infezione, osservata circa 8 – 12 anni dopo, a causa del lungo periodo di incubazione, tramite la segnalazione dei casi di AIDS. Le vicende complesse condotte a livello della Conferenza Stato Regioni tra il 2000 ed il 2005 hanno finalmente portato ad una svolta epidemiologica importante: **stabilire il numero dei nuovi infetti e le caratteristiche delle persone**. Così l'ISS ha cominciato a fornire la prima fotografia dell'infezione nel 2015, quasi 30 anni dopo la sua comparsa nella popolazione italiana.

L'Aids è scomparso?

La prima affermazione che posso fare per spiegare questo ritardo riguarda la **paura della discriminazione**. Negli anni '90 una persona con infezione da HIV veniva subito etichettata come tossico o come omosessuale (inteso come gay maschio) e quindi discriminato. Associazioni come Arcigay, Anlaid, Lila hanno combattuto queste discriminazioni con forza e determinazione: ogni 1 dicembre vi erano



convegni, conferenze, dibattiti e manifestazioni.

Poi con l'avvento della HAART (la terapia antiretrovirale ad alta attività) l'AIDS è scomparso, le infezioni non procedevano più verso quella fine infausta e la segnalazione di caso AIDS non serviva più a stabilire l'impatto della malattia. C'è stato chi ha sbandierato (oggi si direbbe fake news) che l'AIDS era stato sconfitto: semplicemente la terapia aveva interrotto la progressione dell'infezione, ma questa è rimasta. Rimasta con 2.531 nuove diagnosi di infezione da Hiv nel 2019. Un dato – diffuso dall'Istituto superiore di sanità – che corrisponde a 4,2 nuovi casi per 100 mila abitanti. Quasi 3 mila persone che si vanno ad aggiungere alle almeno altrettante che ogni anno contraggono l'infezione.

Il numero di casi di AIDS è in costante diminuzione, dato che indica che i soggetti con infezione hanno accesso alle terapie impedendo così il progredire della malattia.

Se ipotizziamo un numero costante di infezioni l'anno significa che ogni anno circa 2.600 persone accedono alle cure. Le persone che hanno scoperto di essere HIV positive nel 2019 erano maschi nell'80% dei casi. L'età mediana era



di 40 anni per i maschi e di 39 anni per le femmine. L'incidenza più alta è stata osservata tra le persone di 25-29 anni (10,4 nuovi casi ogni 100.000 residenti) e di 30-39 (9,8 nuovi casi ogni 100.000 residenti); in queste fasce di età l'incidenza nei maschi era 4 volte superiore a quelle delle femmine. Nel 2019, **la maggior parte delle nuove diagnosi di infezione da HIV era attribuibile a rapporti sessuali non protetti da preservativo**, che costituivano l'84,5% di tutte le segnalazioni.

Queste persone si porteranno l'infezione per tutta la vita quindi potranno trasmetterla ad altri per 20 – 30 anni infettando potenzialmente migliaia di persone. Fortunatamente verranno inserite in un programma di terapia che abbatta la trasmissione e verranno educate all'uso del profilattico, ma le altre che non conosciamo?

Quanto costa l'Hiv?

Un'ulteriore riflessione che posso proporre riguarda i costi che la cura dell'infezione impone agli Stati.



Nel 2014 Lacey M.J. e Coll stabilivano che il costo del trattamento dell'HIV/AIDS negli anni era stimato in 19.955 dollari per paziente per anno, di cui 10.205 per la terapia HAART, 2.670 per costi di ospedalizzazione e 7.080 per altri costi. In una metanalisi, Marta Traperro-Bertran e Juan Oliva-Moreno, nel 2014, hanno fornito un confronto dei costi di assistenza dell'infezione da HIV/AIDS tra 5 nazioni europee (Francia, Germania, Spagna, Italia e UK), fornendo dati variabili per nazioni che vanno dai circa 32.000 euro per paziente all'anno in Germania ai circa 7.000 euro per paziente all'anno in Italia che risulta la nazione a più basso costo, grazie alle politiche di contrattazione con le aziende produttrici dei farmaci.

In Italia, a tali costi, vanno aggiunti circa 1.300 euro per costi di perdita di occupazione che è l'unico indicatore previsto per indicare i costi non sanitari. In altre nazioni si conteggiano anche i costi di cura formale ed informale (assistenza domiciliari, volontari, ecc.) e nel Regno Unito tali costi raggiungono i 10mila euro

Facendo due conti e prendendo in considerazione la stima degli attuali pazienti in carico al SSN in Italia, secondo



lo stesso studio, si ipotizza di avere in carico al SSN circa 150.000 soggetti in terapia (min 110.000 – max 210.000) per un costo totale annuo di 1,2 miliardi di euro, una cifra che costa ad ogni contribuente circa 32 euro all'anno, stimando il numero dei contribuenti in 38 milioni circa (dati ISTAT). A questi vanno aggiunti costi legati ad infezioni diverse dall'HIV, ma che hanno la stessa trasmissione e la stessa prevenzione: **l'uso sistematico del profilattico.**

A questo va aggiunto che tali costi potrebbero dimezzare, secondo alcuni studi, se i soggetti fossero presi in carico il più precocemente possibile.

Riflessioni conclusive

- In Italia la cura dell'HIV/AIDS ha costi molto contenuti rispetto altre nazioni, grazie a politiche di contenimento mirate ed efficaci, a dimostrazione che in Italia il welfare funziona molto meglio che in altre nazioni;
- l'accumulo dei soggetti che ancora si infettano perché non usano il profilattico porterà a una spesa sem-



- pre più elevata;
- l'alta incidenza nei giovani non depone per un futuro libero da HIV e, ancora oggi, la lotta contro questa infezione necessita di programmi di prevenzione aggressiva;
 - la perdita di forza di associazioni come Arcigay, An-laid, Lila precedentemente impegnate nella lotta all'AIDS, deve essere riconsiderata, chiedendo al Ministero un rinforzo dei progetti e dei programmi che hanno avuto successo negli anni '90.



HIV: il test per il virus che causa l'AIDS

[Redazione](#)

Il test dell'Hiv è l'esame che consente di rilevare l'infezione che causa la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). Sono due le tipologie di virus che determinano questa malattia:

- **Hiv1**, diffuso principalmente nel mondo occidentale
- **Hiv2**, per lo più riscontrato in alcune regioni del continente africano

La tempestività della diagnosi è fondamentale per ritardare la progressione della patologia ed evitare che l'infezione venga diffusa in altri soggetti. Tra le donne in gravidanza, consente di sottoporsi precocemente a trattamenti terapeutici proteggendo il nascituro e abbassando le probabilità di un'infezione prenatale.



Vediamo allora in che cosa consiste il test, quando e perché può essere richiesto e come interpretare i risultati.

Quando e perché fare il test dell'Hiv?

Lo scopo principale di questo test è quello di **accertare il fatto che la persona abbia contratto il virus dell'Hiv**. I casi in cui possono essere richieste queste analisi sono:

- rapporti sessuali non protetti con un partner di cui non si conosce lo stato sierologico
- durante o prima di una gravidanza
- uso di droghe assunte per via endovenosa

Inoltre, ai soggetti di età compresa tra i 13 e i 64 è consigliato di sottoporsi al test dell'Hiv almeno una volta nella vita.

Anche se non rientrano tra i soggetti considerati a rischio per lo sviluppo dell'AIDS, dovrebbero effettuare il test anche:



- pazienti affetti da epatite B e C
- pazienti affetti da tubercolosi
- soggetti che hanno contratto infezioni sessualmente trasmesse
- operatori sanitari che sono stati esposti al contatto con il sangue

Qual è il campione di sangue richiesto per il test?

Il campione di sangue necessario per il test può essere prelevato dalla vena di un braccio o attraverso la puntura di un dito. In alternativa, si può eseguire il test anche su un campione di saliva prelevato dal materiale organico presente sulle gengive.

Quanto bisogna aspettare per fare il test dell'Hiv?

Ad alcune settimane di distanza dall'infezione, il virus dell'Hiv comincia a infettare i linfociti T e a replicarsi all'interno dell'organismo. In questa fase, le concentrazioni delle particelle virali e dell'antigene del virus (p24) nel



sangue possono risultare elevate.

I test che rilevano l'antigene p24 possono identificare l'infezione da Hiv anche prima che si sviluppino anticorpi anti-Hiv, nella prime settimane dall'esposizione.

Le analisi che, invece, individuano la presenza di anticorpi specifici sono in grado di rilevare l'infezione dalle due alle otto settimane successive all'esposizione al virus.

In un primo momento, l'infezione da Hiv può risultare **asintomatica** o comportare **sintomi simili a quelli dell'influenza**, che scompaiono nell'arco di massimo due settimane. **In questa fase, il test dell'Hiv è l'unico modo per accertare l'effettiva esposizione al virus.**

Una diagnosi precoce è fondamentale per limitare lo sviluppo della malattia che, progredendo, indebolisce il sistema immunitario, diminuendo la capacità dell'organismo di contrastare le infezioni. Si tratta delle cosiddette infezioni opportunistiche, che colpiscono soggetti immunodepressi.



Come si fa a sapere se si è sieropositivi?

La diagnosi di infezione da Hiv è possibile attraverso:

- test per la ricerca di anticorpi anti-Hiv
- test per la ricerca dell'antigene p24
- test combinati per la ricerca di antigeni e anticorpi

Tutti i test disponibili per la ricerca di anticorpi anti-Hiv rilevano la presenza del virus di tipo 1, mentre sono molti meno quelli in grado di identificare anche la tipologia 2. Questi esami possono essere condotti sia su campioni di sangue sia su campioni di saliva e rilevano l'infezione dalle tre alle 12 settimane successiva all'esposizione al virus.

Se il test viene condotto troppo precocemente, il rischio è quello di risultare negativi nonostante la presenza del virus. Nel caso in cui, invece, il risultato del test sia positivo, è comunque necessario effettuare un secondo esame (di solito un test sierologico che sia diverso dal primo) che lo accerti.

Qualora i risultati siano discordanti, viene condotto un



terzo test specifico per il materiale genetico del virus, chiamato Hiv-Rna, che può rilevare l'infezione da una a quattro settimane dal contagio. Solo se anche questo terzo test risulta positivo, l'esito è considerato diagnostico.



HPV: il vaccino funziona, anche per i maschi

[Elisa Sipio](#)
Ginecologa

Quasi il 90% di infezioni in meno: le campagne vaccinali anti Papilloma virus (HPV) stanno avendo grande successo nel ridurre la diffusione di tutte le malattie legate a questo virus. Il prossimo passo dovrebbe essere quello di estendere il programma vaccinale anche ai maschi.

La vaccinazione profilattica anti Papilloma virus (HPV) è una delle maggiori operazioni internazionali di salute pubblica e ha lo scopo di ridurre l'incidenza della **patologia HPV correlata**, compresi i cancri e le lesioni precancerose della cervice uterina, del pene, della vulva, della vagina e dell'ano. Negli ultimi 10 anni sono



state distribuite circa 200 milioni di dosi, ed analizzando gli studi clinici prodotti è stata documentata una significativa diminuzione (già a 4 anni dall'introduzione) di tutte le patologie HPV correlate nelle ragazze sottoposte a vaccino quadrivalente, con un maggior beneficio se vaccinate prima dell'inizio dell'attività sessuale.

Il vaccino contro l'HPV è uno dei vaccini di più "recente" introduzione. È utilizzato infatti dal 2006 nei Paesi che hanno aderito per primi alla campagna vaccinale (in particolare Australia e USA) e dal 2008 anche in Italia. Un recente lavoro che analizza l'impatto dei primi dieci anni di vaccinazione anti HPV ci mostra risultati già di grandissimo impatto.

Il contagio da HPV avviene tramite il **contatto con pelle o mucosa**, soprattutto durante il rapporto sessuale. A differenza di altre MST, il contagio può avvenire nonostante l'uso del preservativo e non richiede il rapporto completo. L'infezione tra gli adulti è molto diffusa e spesso transitoria: **più del 50% dei soggetti viene infettato nel corso della vita**, e già a due anni dall'inizio dell'attività sessuale la probabilità di essere positivi è del 40-80%. Tuttavia in



alcuni casi l'infezione persiste e può generare lesioni pre-tumorali che, se non trattate, possono progredire verso il cancro. L'HPV non riguarda solo il collo dell'utero, ma è responsabile anche (in minor misura) di lesioni pretumorali e tumorali di vagina, vulva, pene e ano.

Per comprendere la dimensione del problema si consideri che il **carcinoma della cervice uterina** (di cui l'HPV è la prima causa) è al quarto posto tra i tumori della donna, diffuso soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. In Europa abbiamo ogni anno circa 25.000 nuovi casi, con 12.000 decessi. L'HPV non è responsabile solo del cancro, ma anche di lesioni intraepiteliali di basso e alto grado che comportano esami diagnostici e trattamenti, il cui costo in Italia è stimato attorno ai 530 milioni di Euro all'anno. In USA le stime indicano costi diretti annuali associati al trattamento della patologia HPV-correlata superiori ai 5 miliardi di dollari. Ciò fa dell'HPV una delle più costose malattie a trasmissione sessuale dopo l'HIV/AIDS.

I ceppi virali che infettano l'uomo sono numerosi, ma il tipo 16 e 18 sono quelli più spesso coinvolti nel cancro cervicale (66%) e nel cancro anale (85%). Percentuali varia-



bili di cancri vulvari, penieni, vaginali, uretrali, orali (testa e collo) contengono HPV; mentre il 90% dei condilomi genitali è causato dagli HPV 6 o 11.

Esistono attualmente tre tipi di vaccino, uno **bivalente** (contro HPV 16 e 18), uno **quadrivalente** (contro HPV 6,11, 16 e 18) ed uno **nonavalente** (contro i ceppi 6-11-16-18-31-33-45-52-58).

I dati australiani

In Australia, a 6 anni dall'introduzione del vaccino, le infezioni da HPV 6/11/16/18 nelle donne di 18-24 anni sono diminuite dell'86% rispetto ai soggetti non vaccinati, negli USA addirittura dell'89%. La riduzione dei condilomi genitali in Australia è stata del 92,6%, ed anche le lesioni pre-tumorali del collo dell'utero sono diminuite circa dell'85%. Viceversa non è cambiata l'incidenza di condilomi in soggetti al di sopra dei 30 anni (non inclusi nel programma).

Un recente studio pubblicato su The Lancet Public Health Journal, ha infatti ipotizzato che **l'Australia sarà il**



primo paese che potrà dire addio al cancro alla cervice uterina se i tassi di vaccinazione contro il virus HPV e gli screening rimarranno alti. Entro il 2035 i ricercatori hanno previsto solo quattro casi ogni 100.000 persone.

Entrambi i vaccini si sono dimostrati sicuri, con solo lievi reazioni locali o sistemiche comunemente riportate per tutti i vaccini: la frequenza di gravi reazioni allergiche è molto bassa e paragonabile a quella degli altri vaccini. Non è stata documentata un'associazione causale con patologie autoimmuni, neurologiche e tromboemboliche.

È interessante il calo di infezioni anche nei giovani uomini non vaccinati, dimostrazione della potenza della cosiddetta “immunità di gregge”, concetto fondamentale per capire che le vaccinazioni dovrebbero sempre avere la copertura più ampia possibile e non essere riservate alle categorie a rischio. Per questo l'estensione della vaccinazione anche ai maschi prevista dal piano vaccinale 2017 è una buona notizia. L'uomo rimane portatore del virus per tutta la vita e, seppure non esposto al rischio di cancro del collo dell'utero, resta a rischio per il cancro anale (la cui incidenza è in aumento e che non usufruisce di uno screening).



A ciò va aggiunto il cancro dell'orofaringe, più frequente negli uomini. **La vaccinazione HPV deve quindi essere necessariamente senza distinzione di genere.**

In Australia, dal 2013 il vaccino è stato esteso anche ai maschi. Negli ultimi 5 anni si è osservata la virtuale scomparsa dei casi di condilomatosi anogenitale: occorrerà ovviamente più tempo per confermare la stessa cosa con le lesioni precancerose e i carcinomi invasivi.

Vaccinare i ragazzi aiuterà a proteggere le ragazze, ed i ragazzi stessi risulteranno protetti dal contagio da parte di ragazze non vaccinate o da altri uomini. L'attuale programma vaccinale diretto alle sole donne lascia i maschi omosessuali a grande rischio di infezione, in quanto non beneficiano dell'immunità di gregge. Tutte le patologie qui descritte costituiscono un problema molto più impegnativo di quello che si potrebbe pensare, sia dal punto di vista medico, che psicologico, che relazionale e sociale, sia per gli uomini che per le donne.

Eradicare l'HPV è una sfida che avrebbe un grande impatto sulla spesa sanitaria investita nelle malattie a tra-



smissione sessuale e sulla qualità della vita, ed è un obiettivo può essere portato avanti unitamente dalle donne e dagli uomini e che grazie alla vaccinazione potrebbe essere realizzato entro pochi decenni.



Per approfondire

Il vaccino HPV - Papilloma Virus

[Redazione](#)

A che cosa serve il vaccino HPV?

Il vaccino anti papilloma virus protegge dai papilloma virus umani (HPV), virus la cui infezione causa la quasi totalità dei casi di **tumore del collo dell'utero** (o cervice uterina). Esistono oltre 120 diversi tipi di HPV, ma solo alcuni sono legati allo sviluppo del tumore.

Fra questi, i virus HPV-16 e HPV-18 sono responsabili di circa il 70% dei tumori. Altri ceppi, come HPV-6 e HPV-11, causano invece i condilomi, lesioni benigne simili a piccole verruche.

L'infezione solitamente guarisce spontaneamente ma in una minoranza dei casi può causare lesioni che posso-



no precedere il tumore e, anche dopo decenni di latenza, possono evolvere in carcinoma. Tutte le donne, a partire dai 25 anni d'età, devono fare regolarmente il pap test che è l'esame fondamentale per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero.

A che età si deve fare il vaccino papilloma virus?

L'ideale è somministrarlo **prima dell'inizio dell'attività sessuale**, ossia prima di un eventuale contagio con uno dei tipi di virus HPV contro i quali il vaccino protegge che - lo ricordiamo - si trasmettono principalmente con i rapporti sessuali. Per questo la vaccinazione anti-HPV è raccomandata dal Ministero della Salute nel **12° anno di vita**. Tuttavia nulla vieta di farlo anche dopo: il vaccino si è dimostrato un'efficace protezione anche in femmine e maschi oltre l'inizio dell'attività sessuale.

Come si somministra il vaccino papilloma virus?

Gli studi effettuati hanno evidenziato che, per sfruttare la sua efficacia preventiva, il vaccino va somministrato a maschi e femmine a partire dai 9 anni e prima che la per-



sona si infetti con il virus. Il vaccino viene somministrato per via intramuscolare, nel muscolo deltoide (parte alta del braccio).

Dai 9 ai 14 anni le dosi previste sono due, mentre sopra i 15 anni sono necessarie tre dosi.

Non si conosce ancora la durata della protezione: per ora si sa che supera i 5 anni. Tuttavia le persone vaccinate devono eseguire comunque il Pap Test, per individuare possibili lesioni provocate da altri tipi di virus HPV.

È indicato solo per le femmine?

La vaccinazione HPV deve essere fatta anche ai maschi. Infatti l'uomo rimane portatore del virus per tutta la vita e, sebbene non rischi il cancro del collo dell'utero, resta a rischio per il cancro anale e per il cancro dell'orofaringe e per altre lesioni benigne dell'apparato genitale.

Il vaccino papilloma virus è obbligatorio?

La vaccinazione anti HPV **non è obbligatoria.**



Ci sono controindicazioni?

Controindicazioni del vaccino anti papilloma virus sono eventuali reazioni allergiche gravi (anafilassi) ad una precedente dose di vaccino o ad un suo componente. È opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati importanti dal medico.

Ci sono effetti collaterali?

Gli effetti collaterali sono possibili reazioni nelle sede dell'iniezione: arrossamento, dolore, gonfiore e generali: mal di testa, dolore muscolare, senso di stanchezza, eventualmente febbre. Nella maggioranza dei casi questi effetti collaterali sono di lieve entità e durata. Tuttavia, come per tutti i vaccini, non è possibile escludere l'eventualità di reazioni allergiche anche gravi come lo shock anafilattico.



Parte 2: Benessere sessuale

Sesso, alla ricerca dell'intesa perduta

Beatrice Armocida
Psicologa e Sessuologa

I dati lo dicono chiaramente: l'insoddisfazione sessuale è ancora troppo diffusa. Ricevere un aiuto sessuologico da un esperto è un modo per ritrovare il desiderio ma anche per rendere più solide le basi su cui si basa la coppia.

In un'indagine svolta dal Santagostino emerge una chiara fotografia di quanto la popolazione italiana (in questo caso l'indagine è stata fatta su un campione di 285 soggetti a Milano) sia **abbastanza insoddisfatta della propria vita sessuale**, un dato questo che si conferma anche nella clinica e nel lavoro terapeutico che ogni giorno svolgo con le coppie e i single.



Questi dati non sono tanto preoccupanti per le percentuali, quanto per ciò che succede nelle coppie una volta che il rapporto si è consolidato, sia esso convivenza o matrimonio. Quel che accade è che la sessualità diventa una parte della comunicazione duale che **si dà per scontata** perdendo la passione e la vivacità che inizialmente la caratterizza.

Anche qualora l'affetto e la comunicazione verbale costruttiva persistono, la sessualità perde colpi non solo in termini di quantità ma anche di qualità sostituendo il gioco erotico in abitudine al soddisfacimento che sempre più spesso viene vissuto come "obbligato": così facendo si reprimono pulsioni e desideri sani alla coppia e al singolo, che vengono sempre di più nascosti dietro giustificazioni di lavoro, di impegni, di figli, di tempo e di spazi non adatti a viverli serenamente la sfera sessuale.

L'allontanamento intimo della coppia è uno dei primi campanelli d'allarme che dovrebbero essere tenuti in considerazione anche quando la coppia non presenta alcuna crisi (apparente) e la capacità di rimettersi in gioco e in discussione è spesso molto debole.



Uno dei due partner comincia ad avere la netta sensazione che qualcosa non funziona e il ricorso ad una terapia sessuologica avviene nel momento in cui la situazione di stallo si è cristallizzata da parecchio tempo. Anche nei casi in cui non sono presenti patologie organiche in atto, si comincia ad avvertire in modo sostanziale la necessità di un cambiamento o comunque di un miglioramento nei termini della ripresa dei desideri e dei bisogni sessuali di un tempo.

Purtroppo quello che spesso viene a mancare nella coppia è proprio la **comunicazione verbale sugli aspetti sessuali**, sulle paure e le insoddisfazioni che spingono alla fine il partner più critico e consapevole a mettersi in discussione di fronte al problema coinvolgendo (non con poco timore!) anche l'altro.

Anche i concetti di gioco erotico e trasgressione vengono spesso fraintesi e vissuti con una certa distanza mentale: gioco erotico spesso viene inteso come una superficialità sessuale e trasgressione come tradimento.



Perché è importante affidarsi a un terapeuta

Nel nostro paese c'è ancora tanta riluttanza a farsi aiutare da un esperto nel momento in cui si presentano problematiche di tipo psicologico o semplici difficoltà a superare periodi di crisi, figuriamoci quando poi queste difficoltà riguardano la sfera sessuale. Il blocco maggiore emerge non tanto nella sfera affettiva, quanto in quella intima con perdita di interesse e attrazione per l'altro, calo del desiderio, difficoltà ad avere rapporti soddisfacenti o appaganti per entrambi, resistenza a sperimentare o mettere in atto fantasie erotiche, difficoltà a ritrovare la parte "giocosa" del rapporto sessuale che rappresenta il modo più immediato per far ripartire la coppia.

Sentimenti come rabbia, rancore, imbarazzo iniziale e frustrazione, sensi di colpa e ansia vengono facilmente superati grazie alla spontaneità e professionalità nella comunicazione da parte del terapeuta che **mette a proprio agio la coppia o il singolo** nell'espone la problematica e nel seguire la terapia stessa.

Le **trasgressioni sane**, i giochi erotici con o senza l'au-



silio dei sex toys e tutto quello che può essere vissuto in modo appagante fanno ridurre le inibizioni e aumentano il senso di completezza di una coppia che si sente rinata, aiutano a scaricare tensioni e a comunicare su più livelli, modificando e migliorando anche un rapporto ormai stabile senza andare a cercare altrove la fonte del proprio piacere. L'**intimità affettiva** e la compliance sessuale possono far parte dello stesso universo e non devono escludersi a vicenda, affrontando l'impasse psicosessuale spesso facilitata dalla routine quotidiana, ricercando piacevolmente tempo e luogo per poter soddisfare senza tabù i propri desideri sopiti da tempo.



Calo del desiderio: cosa fare per tenere viva la fiamma

[Paola Zucchi](#)

Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica e Psiconcologa

Quando si verifica un calo del desiderio, e perché? Esiste una giusta frequenza di rapporti sessuali nella coppia? Come gestire un possibile calo della libido? Questo capitolo risponde a queste e altre domande e fornisce dieci consigli per tenere vivo il desiderio in un rapporto di lungo corso.

Si dice che il matrimonio è la tomba della passione, dando per assodato che le coppie di lunga data patiscono un **calo del desiderio sessuale**. Se da un lato bisogna accettare un **mutamento del desiderio nel tempo**, inclusa una sua decrescita, dall'altro lato bisogna fare attenzione a stereotipi errati riguardo la vita sessuale di



una coppia.

Calo del desiderio: perché succede?

Molti di noi avranno pensato frasi quali: “Non la desidero. Questo vuol dire che non la amo più”, “Normale che non ci sia più desiderio sessuale, e va accettato”, “Capirebbe che per me è importante se mi amasse”, “Ormai non si è più ragazzini”.

Chi ha figli saprà poi come la cura della prole impatti sulla intimità di coppia. Il punto è che la sessualità è una sfera piuttosto complessa, e si basa su quattro variabili fondamentali:

- **variabili fisiche** come gli ormoni. Si pensi alla menopausa o problemi fisiologici come l'endometriosi;
- **emotività**, riassumibile da una frase quale: “È importante sentirmi desiderato come uomo”;
- **variabili relazionali**, espresse da pensieri come: “È il sesso che ci rende intimi”;
- **cultura**, ravvisabile in pensieri quali: “Il sesso mi è



sempre sembrato qualcosa di sporco”.

Ma il desiderio non accade per magia. Spesso dopo i 30 anni la libido maschile può calare a causa di una diminuzione del testosterone oppure dopo i 50 anni, per prossimità rispetto all'andropausa, può risultare meno agevole far scattare il desiderio.

Tuttavia **il sesso va alimentato**, richiede impegno e dedizione, perché con il trascorrere del tempo la passione può mutare, determinando una perdita dell'intesa di coppia.

Ansia da prestazione e calo del desiderio

La parola “sesso” include spesso un aspetto prestazionale relativo ai temi della durata dell'atto, della capacità di procreazione e di identità. Eppure altrettanto spesso ci si dimentica di un aspetto: **il piacere**. Accade qualcosa di simile con il cibo, che ci pone di fronte a una scelta: nutrirsi come atto di sopravvivenza, o gustare un piatto gourmet.

Cosa cambia tra i due modi di gestire il cibo? Semplice:



la cura, la qualità del pasto e l'investimento che si ripone nell'attività, perché mangiare bene può dare piacere.

Mantenere vivo l'interesse sessuale

Non esiste una ricetta valida in ogni caso, ma ci sono almeno dieci punti fondamentali per la cura della sessualità, specie all'interno di una coppia stabile:

- **coltivare la consapevolezza di sé e del proprio corpo**, domandandosi che cosa rappresenta la sessualità all'interno della propria vita, cercando di capire se ci sono delle difficoltà. Importante, poi, chiedersi come ci si veda in relazioni stabili: soffocano? Si può farne a meno?
- **chiedersi che ruolo ha il sesso nella propria coppia** perché alcune coppie si scelgono per alchimia sessuale, mentre altre hanno nella dimensione affettiva, o nella condivisione di interessi, i capisaldi della relazione. Comprendere le proprie dinamiche di relazione aiuta a vedere sotto una nuova prospettiva eventuali difficoltà sessuali;



- **valutare la presenza di disturbi sessuali** come il dolore alla penetrazione, squilibri ormonali, secchezza vaginale o una possibile disfunzione erettile, oppure problematiche legate all'orgasmo che possono portare un individuo (e di conseguenza la coppia) ad allontanarsi dal sesso. È opportuno quindi rivolgersi al proprio medico curante, o ad uno specialista;
- **ricordarsi che il desiderio sessuale non è stabile** e che in una coppia si presentano situazioni difficili e transitorie come lo stress nel caso di figli piccoli, problemi nel lavoro oppure lutti e difficoltà economiche;
- **tutelare lo spazio della coppia**, che ha sempre bisogno di spazi ritagliati. Prendersi cura del corpo e delle emozioni, con attività fisica ed evitando il prolungarsi di emozioni quali rabbia, oppure stress. Tutti fattori, questi, che allontanano dall'intimità sessuale e affettiva.

Stimolare una risposta sessuale

Ecco quindi gli altri cinque consigli per stimolare una risposta, e una intesa, sessuale.



- **mantenere la fiamma accesa**, o risvegliare il desiderio, perché la routine non aiuta il desiderio. Coinvolgere il proprio partner esaudendo, nel rispetto vicendevole, le reciproche fantasie sessuali vuol dire fare del bene alla coppia, non darla per scontata;
- **garantirsi spazi individuali e autonomi**, che consentono di mantenere vivo interesse e scambio relazionale con il partner. Ciò significa trovare un equilibrio tra l'identità individuale e di coppia;
- **stare lontani dai luoghi comuni** perché non c'è una frequenza fissa per gli incontri sessuali, non deve necessariamente accadere una penetrazione perché si parli di sesso. L'unico vero riferimento è la soddisfazione reciproca;
- **ricordarsi che il sesso è per tutti** e che l'avanzare dell'età o determinate condizioni di salute (endometriosi, patologie neurodegenerative, esiti post-chirurgici) causano cambiamenti nel corpo, e bisogna allora pensare e attuare una rimodulazione della propria sessualità
- **parlare, sempre, anche se difficile o se si è arrabbiati**. In una relazione il problema del singolo è pro-



blema anche della coppia, specie nell'ambito sessuale.

E quando si è in reale difficoltà, si può provare a chiedere un aiuto a un professionista psicosessuologo, o uno psicoterapeuta.



Per approfondire

La vulvodinia: una patologia invisibile

[Sara Mussoni](#)

Psicologa

[Filippo Murina](#)

Ginecologo

Che cos'è la vulvodinia?

La vulvodinia è una **condizione dolorosa cronica** che interessa i genitali esterni femminili. Si manifesta con bruciore e difficoltà nei rapporti sessuali e colpisce il **12-15% delle donne**, con effetti negativi sulla qualità della vita.

Anche se si tratta di un disturbo diffuso, molto spesso la vulvodinia può rimanere non diagnosticata e non curata per anni dal momento che è una **patologia ancora poco conosciuta e di difficile individuazione**.

Si è spesso parlato della vulvodinia come di un disturbo psicogeno e quindi di competenza dello psicologo. Ma la



vulvodinia è una patologia con solide basi biologiche che ricadono nell'ambito della competenza medica, e come tale può essere trattata.

Classificazione

La vulvodinia può essere classificata in base ai sintomi, alle modalità in cui si manifesta e alla sua localizzazione. Possiamo distinguere tra:

- **vulvodinia provocata**, se i sintomi sono avvertiti durante la penetrazione vaginale, lo sfregamento, oppure al solo contatto
- **vulvodinia spontanea**, quando il dolore è avvertito in modo costante, anche in assenza di fattori scatenanti

Un'ulteriore distinzione, secondo l'area in cui si localizza, è quella tra:

- **vulvodinia generalizzata**, quando il disturbo interessa l'area vulvare, il perineo e la zona perianale



- **vestibulodinia o vestibolite vulvare**, quando il dolore si concentra sul vestibolo vaginale (la parte compresa tra l'introito della vagina e le piccole labbra)
- **clitoridodinia**, se la sensazione di dolore interessa il clitoride
- **vulvodinia disestetica o essenziale**, la forma più comune dopo la menopausa, che interessa la zona tra il retto e la zona uretrale, oltre che vulvare

Si possono riscontrare anche forme miste.

Quali sono le cause della vulvodinia?

Le cause della vulvodinia non sono ancora note. Il disturbo è il risultato di diversi fattori che agiscono in concomitanza, e non può essere ricondotto a una singola causa. È stato osservato che molte donne affette da vulvodinia hanno una predisposizione genetica alle infiammazioni, e le fibre del nervo della zona vulvare e vestibolare, in queste pazienti, sono più numerose e voluminose.

In generale, alcune cause che provocano vulvodinia



possono essere:

- frequenti infezioni vaginali (candida, vaginite)
- lesioni del nervo pudendo
- ipercontrattilità vulvo-perinealeAlterazioni genetiche
- traumi psicologici legati a rapporti sessuali, visite o interventi chirurgici ginecologici.
- traumi fisici (biopsia, elettrocauterizzazione, rapporti sessuali non desiderati o dolorosi)

Altre cause possono essere correlate allo **stile di vita** e ad abitudini scorrette o dannose come:

- biancheria e indumenti troppo stretti
- attività fisica che produce microtraumi a livello genitale (cyclette, equitazione, spinning, bicicletta)
- utilizzo eccessivo di detergenti
- sostanze chimiche contenuti nei medicinali per uso topico (farmaci a base di cortisone, lubrificanti vaginali, creme)
- meccanismo di produzione del dolore
- i meccanismi che entrano in azione nella vulvodinia



possono coinvolgere il sistema immunitario, muscolare, vascolare e nervoso.

L'iperattività dei mastociti sembra essere il fattore responsabile della cronicizzazione del dolore. I mastociti sono le cellule preposte alla difesa immunitaria che intervengono nelle reazioni allergiche e infiammatorie. Una loro stimolazione eccessiva provoca una risposta immunitaria con conseguente rilascio di sostanze flogistiche che producono eritema e irritazione. I mastociti inoltre sono responsabili della proliferazione delle terminazioni nervose deputate alla percezione del dolore.

Il dolore vulvare provoca anche una reazione difensiva della zona interessata, questa reazione induce uno spasmo della muscolatura pelvica, detto **ipertono del pavimento pelvico**, che è ulteriore causa di fastidio e male.

Quali sono i sintomi della vulvodinia?

Il quadro sintomatologico della vulvodinia è molto complesso. I sintomi in genere si protraggono per più di 3 mesi



e comprendono:

- eritema a carico della vulva o del vestibolo vulvare
- bruciore, arrossamento e irritazione,
- sensazione simile a punture di spillo
- intorpidimento e gonfiore
- secchezza, sensazione di abrasione, e disepitelizzazione (perdita del rivestimento della mucosa)
- tensione
- dispareunia: fastidio o dolore che può essere anche molto forte durante i rapporti sessuali
- difficoltà nella minzione

Come si diagnostica la vulvodinia?

La diagnosi di vulvodinia è eseguita generalmente attraverso lo **swab test**. Questo esame consiste nell'applicare una leggera pressione con un cotton fioc su alcuni punti specifici della zona vestibolare: in caso di vulvodinia, la paziente avverte una sensazione di dolore non commisurata alla pressione.



Altri strumenti che possono aiutare nella diagnosi sono:

- l'**elettromiografia**, per testare la reattività del muscolo elevatore
- il **vulvovagesiometro**, per quantificare il dolore vulvare.

In generale, anche se gli esami non evidenziano alcuna alterazione, è possibile diagnosticare una vulvodinia se il disturbo è presente, come accennato nel paragrafo precedente, da almeno 3 mesi.

Come curare la vulvodinia?

Non esiste una cura unica che vada bene per tutte le donne perché ogni caso è complesso e investe diversi fattori. È necessario che le strategie terapeutiche comprendano più approcci e che si adattino di volta in volta alle necessità delle pazienti.

Le terapie attualmente più utilizzate prevedono:



- anestetici locali in crema e farmaci che agiscono sul dolore
- elettrostimolazione (tens)
- infiltrazioni
- **riabilitazione muscolare del pavimento pelvico**
- **psicoterapia individuale e di coppia**

La chirurgia è impiegata nei casi più gravi e prevede la recisione di una parte delle terminazioni nervose della mucosa. Non sortendo spesso effetti positivi, rappresenta un rimedio estremo e non sempre praticabile.



L'amore può durare? Il complicato rapporto tra attaccamento e sessualità

[Riccardo Germani](#)
Psicologo

Amare e lasciarsi amare sono forme di un'arte complessa e fragile. Come conciliare i bisogni contraddittori di attaccamento e sessualità, novità e sicurezza? Possiamo davvero trovare in una sola persona tutto ciò che desideriamo? In questo articolo cerchiamo di capire come amiamo e perché tradiamo.

Attaccamento e sessualità sono i pilastri fondamentali delle relazioni. Questi due fattori si influenzano reciprocamente e, perché si crei un le-



game saldo tra due persone, è necessaria la presenza sia di un senso di sicurezza che della passione sessuale. Eppure, diverse teorie e ricerche empiriche sostengono che attaccamento e sessualità siano sistemi distinti e addirittura in conflitto tra loro.

Allora come mettere d'accordo queste due istanze? L'amore può durare o è destinato a svanire?

In questo articolo cerchiamo di seguire il filo logico delle teorie che fanno luce sulle complesse dinamiche dell'amore.

Attaccamento e sessualità, due sistemi in perenne conflitto

Il disaccordo tra attaccamento e sessualità sarebbe, secondo alcuni antropologi, all'origine dei maggiori problemi cui vanno incontro le coppie. Tra queste difficoltà si riscontrano soprattutto: **calo del desiderio**, disinnamoramento e tradimenti.

Secondo Helen Fisher – antropologa esperta di relazio-



ni, e autrice di TED conference su amore e tradimento – bisogna partire da questa domanda: *quanto siamo in grado di amare e quanto invece è dettato dal mero istinto di riproduzione? L'amore esiste o è solo un "incantesimo" neurobiologico, destinato prima o poi a svanire?*

Per rispondere è necessario capire perché instauriamo relazioni significative e quali meccanismi sociali e biologici regolano l'accoppiamento e la durata di un rapporto di coppia.

Attaccamento, sessualità e innamoramento

L'esistenza di una coppia stabile è stata per millenni funzionale alla prosperità della specie.

A differenza di altri animali (come zebre, gazzelle o giraffe), gli esseri umani alla nascita sono molto vulnerabili e indifesi: non sono in grado di camminare, né correre, né fuggire in altro modo dai predatori. Lo sviluppo fisico e cerebrale di un essere umano, inoltre, è molto più lento e subordinato alla presenza costante dei genitori, che forn-



scono cure, accudimento e socialità.

I tre meccanismi che regolano l'amore

Nel binomio accoppiamento-riproduzione, secondo la Fisher, si sono evoluti tre sistemi cerebrali distinti.

- Il primo è quello del **desiderio sessuale**, una pulsione che – come la fame – spinge verso la gratificazione e il soddisfacimento di un bisogno impellente.
- Il secondo sistema è quello dell'**innamoramento**, costituito dall'euforia iniziale di una nuova relazione che comincia.
- Il terzo sistema è quello dell'**attaccamento**, in cui dominano la calma e la sicurezza che si ricavano da una relazione di accudimento e protezione.

Secondo la Fisher, ognuno di questi sistemi cerebrali ha avuto un'importante funzione evolutiva:

- il desiderio sessuale spingeva a **cercare diversi partner**, in modo da massimizzare le possibilità di riprodursi;



- l'innamoramento spingeva a **concentrarsi su una persona alla volta** per risparmiare risorse psicofisiche;
- l'attaccamento era necessario per **mantenere saldo un legame** il tempo necessario a concepire, dare alla luce e crescere i figli.

La visione della Fisher non è molto poetica, ma è una cornice teorica molto chiara per capire le relazioni sentimentali.

Perché le persone tradiscono

Tenendo in considerazione il modello di Helen Fisher, il tradimento avviene perché i **tre sistemi cerebrali che regolano le relazioni intime non sono sempre sincronizzati**. Anche se proviamo un forte attaccamento per qualcuno, ad esempio, possiamo sentire che l'attrazione fisica è ormai svanita, o possiamo constatare di non essere più innamorati. In altri casi, infine, siamo fortemente attratti da una persona senza desiderare un rapporto significativo.



In altre parole, **amare qualcuno non vuol dire essere ancora innamorati, né è una questione che si può circoscrivere all'esclusività sessuale.** L'affermazione diffusa per cui “chi ama non tradisce” è falsa, o quantomeno imprecisa. Si tradisce per molti motivi, e si tradiscono anche le persone che amiamo, quando il desiderio sessuale si è consumato.

L'incompatibilità tra attaccamento e sessualità

Il tradimento è così frequente nella specie umana per due ragioni principali:

- è funzionale alla sopravvivenza della specie;
- l'attaccamento “spegne” il desiderio sessuale.

Vediamo nel dettaglio cosa significa.

Il primo punto è abbastanza intuitivo: accoppiarsi con più partner aumenta le possibilità di riprodursi e trasmettere i propri geni. Limitare le possibilità a un solo partner era svantaggioso per la specie. L'istinto porta quindi a cer-



care di moltiplicare le probabilità di avere figli.

L'idea di una incompatibilità tra i due sistemi di attaccamento e sessualità è stata sviluppata da Freud, passando per il ricercatore britannico John Bowlby, fino ad approdare alle ricerche dei primi anni duemila di Lisa Diamond, docente dell'università dello Utah.

Secondo le ricerche della Diamond, **attaccamento e sessualità sono mediati da due processi biologici differenti** (Diamond, 2003). In pratica, mentre il desiderio sessuale sarebbe governato dal sistema di accoppiamento, che ha per meta la riproduzione, l'amore sarebbe governato dal sistema dell'attaccamento, il cui fine è il mantenimento del legame e la protezione della prole vulnerabile. Questi due sistemi sono caratterizzati da ormoni differenti: mentre la riproduzione è accompagnata da rilascio di componenti anfetaminosimili (ovvero "attivanti"), l'attaccamento è legato al rilascio di ossitocina ed endorfine, sostanze che facilitano l'instaurarsi di un legame affettivo.

L'eccitazione sessuale viene ridotta dalla familiarità e dalla prevedibilità e viene amplificata dalla novità e dalla



diversità (Kernberg, 1995), motivo per cui spesso chi tradisce cerca una persona totalmente diversa dal partner.

Con ciò non si vuole svilire l'amore romantico, né le teorie psicoanalitiche. Il fatto che l'interesse sessuale sia aumentato dalla novità (e non dalla familiarità), è un aspetto adattivo, poiché incoraggia a scegliere persone al di fuori del proprio nucleo familiare e a generare figli sani (il cosiddetto inbreeding, ovvero l'accoppiamento tra fratelli o cugini, è notoriamente associato a un maggiore rischio di malattie genetiche gravi).

Il punto è che questi stessi meccanismi sono sia una tutela per la specie che una minaccia per la longevità di una coppia. Tutto ciò aiuta a spiegare perché nelle relazioni a lungo termine è così frequente il tradimento e perché far durare un amore sia un'impresa così complicata.

La persona perfetta esiste

Secondo lo psicoanalista Morris Eagle (2005), la persona perfetta è quella che rispetta il cosiddetto **best fit compro-**



mise, ovvero il “compromesso della somiglianza ottimale”. Con questo termine Eagle intende un partner nello stesso tempo:

- simile a modelli familiari, quindi rassicurante (o quantomeno noto);
- sufficientemente diverso dalle persone conosciute.

Scegliere un partner in base alla “somiglianza ottimale” significa, secondo Eagle, trovare un **compromesso nel conflitto tra attaccamento e sessualità**. Eagle sostiene che una relazione ha più chance di funzionare nel lungo periodo se la persona che scegliamo è abbastanza simile ai nostri familiari, ma nello stesso tempo anche portatrice di differenza.

Scegliere qualcuno simile a noi genera agio e sicurezza e facilita la formazione di un legame di attaccamento. Se il partner è troppo simile a un modello conosciuto, però presto l'attaccamento spegnerà l'eccitazione sessuale. Al contrario, se scegliamo un partner troppo diverso dai nostri modelli, l'attrazione sessuale potrà essere elevata all'inizio, ma le possibilità di stabilire una connessione emotiva



saranno minori.

L'attrazione sessuale tiene insieme le persone abbastanza a lungo da fornire la possibilità di instaurare un legame emotivo significativo. La longevità della relazione, però, sarà determinata dalla **capacità della coppia di preservare il legame emotivo** a dispetto del ruolo più limitato dell'attrazione sessuale.

Diversi studi sostengono che i migliori predittori del successo di una relazione siano un'attenzione e un interesse costantemente rinnovato nel tempo, più che la sola capacità di provare eccitazione sessuale verso l'altro (aspetto che comunque è fondamentale).

Il peso delle aspettative

La psicoterapeuta di coppia Esther Perel identifica al cuore di una relazione sentimentale duratura due bisogni fondamentali:

- il bisogno di affetto, prevedibilità e sicurezza;



- il bisogno opposto di avventura, desiderio, imprevedibilità e sorpresa.

Secondo questa prospettiva, in una relazione tutti cerchiamo di conciliare bisogni opposti e contraddittori. Vogliamo che il partner sia il nostro migliore amico, il confidente, un amante passionale e che tutti i nostri bisogni vengano soddisfatti da quell'unica persona nel corso di molti anni.

Ma questo obiettivo è molto difficile da raggiungere...

Secondo la Perel, le coppie erotiche – ovvero quelle più funzionali – sono riuscite a capire che le passioni cambiano e svaniscono, seguendo cicli simili a quelli lunari. Sanno che il sesso è messa a fuoco e presenza e non seguono il mito della spontaneità, ovvero l'idea che il rapporto sessuale nasca per caso, colti dalla passione. Infine, i partner delle coppie più longeve sanno riconoscere e rispettare gli spazi di individualità e autorealizzazione dell'altro e sono attratti dalla sua indipendenza e irriducibile alterità (amano qualcosa che è nello stesso tempo fuori da e parte di se stessi).



Amare sembra l'atto più spontaneo del mondo, ma un'analisi più approfondita ci dice che è un'arte delicata che richiede impegno, dedizione e una consapevolezza profonda. Trovare un equilibrio non è sempre facile e, per questo motivo, a volte un percorso di consulenza – individuale o di coppia – può aiutare a vivere meglio e con maggiore soddisfazione il proprio rapporto.



Parafilie: quando il sesso non segue le convenzioni

[Redazione di Santagostino Psiche](#)

Quello delle parafilie, o comportamenti sessuali non convenzionali, è un argomento ancora molto dibattuto in psicologia, soprattutto perché contaminato da aspetti storici e culturali. Quando è opportuno chiedere un aiuto psicoterapeutico?

Un tempo le chiamavano “perversioni sessuali”. Oggi, per riferirsi a tutti quegli interessi e pratiche erotiche ritenute atipiche, sessuologi, psichiatri e psicoterapeuti parlano di **parafilie**. Il termine deriva dal greco *para* (attorno) e *filia* (amore) e si riferisce a impulsi, fantasie o comportamenti sessuali intensi e ricorrenti, che implicano oggetti, attività o situazioni inusuali, distanti da



quelli comunemente previsti nella pratica sessuale.

Per quanto ampiamente studiato e descritto sui manuali di psicopatologia, il concetto di parafilìa è ancora oggi complesso e dibattuto, soprattutto perché strettamente vincolato a norme sessuali e culturali radicate nel senso comune, ma che variano molto a seconda del contesto religioso, geografico e storico: pochi disturbi psichiatrici sono accompagnati da considerazioni moralistiche come lo sono le parafilie.

Determinare la devianza di una persona nell'area della sessualità, infatti, implica stabilire chiare norme per il comportamento sessuale, sia sul piano psichiatrico sia dal punto di vista legale. In questo senso, l'evoluzione della definizione di attività sessuale perversa in psichiatria riflette i **cambiamenti storici della nostra società**. Il caso dell'**omosessualità** ne è un esempio lampante: considerata per lungo tempo una perversione e punita dal codice penale come "atto di libidine contro natura", è oggi accettata e riconosciuta come normale manifestazione della sessualità in molti paesi del mondo (anche se non tutti). Da poco anche in Italia le regolamentazioni civili riconoscono l'unione tra persone dello stesso sesso (legge sulle unioni civili



del 20 maggio 2016, n. 76, cosiddetta legge Cirinnà). L'omosessualità è definitivamente scomparsa dal DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) nel 1990 dopo 17 anni di dibattito sul tema.

Cambiamenti storici

La storia della sessualità è da sempre costellata di desideri “perversi” e di interessi che si discostano da ciò che è comunemente ammesso: sono proprio questi aspetti di allontanamento dalla norma a contraddistinguere la sessualità “deviante” da quella ordinariamente riconosciuta.

A tal proposito Alfred Kinsey, il sessuologo statunitense autore negli anni '50 del secolo scorso di un celebre Rapporto sul comportamento sessuale, ipotizzò che la tendenza dell'uomo ad aderire a certe norme di comportamento abbia contribuito a fomentare l'aspettativa che anche gli altri vi si dovessero conformare. Secondo Kinsey, cioè, le nostre abitudini e condotte sono talmente radicate in noi da indurci a credere che debbano essere tali e quali anche per gli altri e a connotare come deviato o pericoloso ciò che



vi si discosta.

Sigmund Freud, già più di un secolo fa sosteneva che viviamo in una **società sessualmente repressa, ma ambivalente**: da un lato vorrebbe lavoratori affidabili e precisi, ordine, doveri sociali e familiari, obblighi economici e morali, dall'altro bombarda la nostra quotidianità di stimoli provocatori e liberatori, che non fanno riferimento all'ordine e ai doveri a cui dovremmo attenerci. Un esempio di messaggio contraddittorio, secondo Freud, era quello rivolto ai giovani nei primi decenni del Novecento: l'invito a trovare moglie e metter su famiglia, e insieme a dimostrare la propria virilità con relazioni extraconiugali o col ricorso alla prostituzione. Oggi la società descritta da Freud è cambiata, ma sotto molti aspetti i messaggi contraddittori continuano a esistere: basti pensare alla distanza tra la vita sessuale prescritta dai dogmi di alcune religioni e quello che troviamo sul web e in televisione. La sessualità femminile, in particolare, è entrata in modo sempre più esplicito nella cultura popolare, senza essere accompagnata da una vera educazione e consapevolezza a livello sociale.



Confini labili

Negli ultimi anni la sessualità è divenuta un'area di indagine scientifica ed è stato possibile constatare come coppie ritenute “normali” abbiano in realtà una varietà di comportamenti sessuali differenti, tutti potenzialmente “perversi”. A tal proposito, William McDougall, psicologo sociale di origine inglese, ha messo in evidenza come fantasie perverse si riscontrano in moltissime persone, senza però manifestare l'**aspetto compulsivo** (e cioè incontrollabile), fondamentale per rientrare nella definizione di parafilìa.

La sessualità per la coppia è spazio di sperimentazione, creatività, gioco, e può assumere forme molto diverse. Il fatto che, per esempio, si provi eccitazione leggendo un fumetto erotico, o che uno o entrambi i membri della coppia interpretino ruoli indossando una precisa tipologia di indumenti, costituisce una parafilìa, ma non una psicopatologia.

Inoltre, **il solo desiderio non è sufficiente alla diagnosi**: un aspetto centrale contenuto nel DSM 5 è la distin-



zione tra desiderio e azione.

Le parafilie secondo il DSM 5

Il 5° Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali tratta esplicitamente otto forme di parafilìa, e cioè:

- **disturbo esibizionistico:** bisogno di mostrare i propri genitali a persone sconosciute;
- **disturbo feticistico:** uso di oggetti non sessuali per ottenere l'eccitazione (per esempio le scarpe);
- **disturbo frotteuristico:** bisogno di toccare o palpare persone non consenzienti;
- **disturbo pedofilico:** attrazione per minori e bambini;
- **disturbo da masochismo sessuale:** bisogno di essere umiliati o di provare dolore;
- **disturbo da sadismo sessuale:** bisogno di umiliare o provocare dolore;
- **disturbo da travestitismo:** bisogno di indossare vestiti del sesso opposto;
- **disturbo voyeuristico:** bisogno di spiare persone



nude o in atteggiamenti intimi.

Questi disturbi possono essere distinti in due categorie: quelle che prevedono semplicemente un comportamento sessuale atipico e quelle che comportano anche un disturbo mentale (disordini parafilici).

Per poter porre una diagnosi di disordine parafilico è necessario che la persona manifesti almeno una di queste caratteristiche:

- angoscia personale profonda, non limitata alla sola disapprovazione sociale;
- disagio psichico o fisico;
- comportamenti nocivi per sé o l'altro;
- coinvolgimento di persone riluttanti a essere coinvolte in un simile scenario sessuale oppure incapaci a dare un valido consenso (bambini, disabili).

In questi casi, il comportamento o i desideri sessuali sono causa di un disagio significativo per la persona o possono diventare motivo di pericolo per altri o per la società in generale (si pensi al reato di pedofilia).



Le cause: traumi e abusi infantili

Secondo il DSM alcune delle fantasie e dei comportamenti parafilici possono aver inizio **nell'infanzia o nella prima adolescenza**, ma nella maggior parte dei casi diventano meglio definiti ed elaborati con l'ingresso nella prima età adulta.

Robert Stoller, psichiatra e psicanalista statunitense noto per le sue teorie sulle dinamiche dell'eccitazione sessuale, identifica l'essenza della perversione come la conversione di un trauma infantile in un trionfo adulto. Secondo Stoller alcune persone sono spinte a questi comportamenti dalle loro fantasie di vendicare umilianti traumi infantili, spesso causati dai genitori. Disumanizzando o umiliando il partner "si vendicano" di quello che hanno subito. La psicologa Sharone Bergner ipotizza che in queste persone le fantasie sessualmente eccitanti abbiano lo scopo di far superare la degradazione portando a una redenzione personale. La parafilìa permette loro di mettersi in rapporto con gli altri in un modo che non prevede un vero senso di connessione e condivisione e di utilizzare il potere di sedurre, dominare o sfruttare in assenza di un reale riconoscimento dell'altro in una relazione intima. Molte di queste persone



hanno avuto nell'infanzia esperienze in cui la percezione d'intimità è risultata pericolosa e distruttiva, motivo per cui hanno deciso di passare il resto della loro vita cercando di evitarla.

Alcune teorie suggeriscono che aver sperimentato situazioni estreme, nocive, pericolose, aver assistito ad atti impropri, malsani e aberranti, può modificare notevolmente il modo di vedere, pensare e agire di una persona nel rapporto sessuale. Il perdurare nel tempo di situazioni difficili o violente compromette sensibilmente la capacità di instaurare relazioni affettuose, reciproche e soddisfacenti, basate sull'amore e il rispetto.

Quando chiedere aiuto

In alcuni casi le parafilie possono essere completamente accettate dalla persona che ne soffre, non essere vissute come disturbanti e non nuocere né a sé né agli altri: è il caso, per esempio, di alcune pratiche di BDSM messe in atto da adulti consenzienti, oggi sempre più diffuse come dimostra anche il successo planetario del romanzo Cin-



quanta sfumature di grigio. Ci sono invece situazioni in cui le parafilie sono accompagnate da un disagio importante o possono confluire in reati anche gravi.

Se il comportamento parafilico è esclusivo (esclude cioè tutte le altre forme di sessualità), la persona va incontro a una **graduale alterazione della capacità di reciprocità sessuale** e di coinvolgimento affettivo, e con il passare del tempo a disfunzioni sessuali e sintomi depressivi, accompagnati da un aumento della frequenza e dell'intensità dei comportamenti parafilici. Questi comportamenti tendono ad aumentare in condizioni di stress psicosociale.

In generale questi disturbi possono trarre miglioramento attraverso un intervento psicoterapeutico mirato di tipo cognitivo-comportamentale. Nel caso, invece, che il soggetto richieda una terapia a causa delle difficoltà nel rapporto con il partner, dovuta ai suoi comportamenti parafilici, una psicoterapia di coppia sembra essere il trattamento più indicato.



#12 — Salute sessuale, istruzioni per l'uso

chiuso in redazione nel settembre 2021

Responsabile editoriale
Valentina Magistrelli

Progetto grafico
Marco Bertoncini

Impaginazione
DilloStudio

Per informazioni:
press@santagostino.it
www.santagostino.it



Questo digital book è distribuito con licenza Creative Commons **BY-NC-ND**.

È possibile distribuire questo digital book solamente se:

- viene sempre citata la fonte originale;
- non viene distribuito a scopi commerciali e
- non viene modificato in alcun modo.