Il testosterone serve anche a lei

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

"Cara Professoressa, non sa che conforto mi ha dato la settimana scorsa con il suo articolo sulla menopausa chirurgica. Anch'io, come quella signora, ho subito l'asportazione delle ovaie, purtroppo 5 anni fa (ora ne ho 42). Anch'io, come lei, mi sentivo triste, depressa, senza energia. Soprattutto, senza più desiderio, nonostante la terapia con gli estrogeni che sto ancora facendo, perché sennò non potrei proprio vivere, con venti vampate al giorno! Ero una donna molto vivace e soddisfatta, anche sessualmente. Sa come mi sento, dopo quell'intervento? Una Ferrari senza benzina, ecco, come dicono qui a Modena. Pian piano mi sono rassegnata: certo, c'è di peggio. In quell'articolo ho finalmente trovato conferma di quello che ho sempre pensato: che la perdita di desiderio non era psicologica ma fisica! Questo però mi ha fatto anche venire la rabbia, per tutte le chiacchiere che in questi anni mi sono sentita fare e i sensi di colpa che avevo, perché mi facevano credere che tutto dipendesse dalla mia testa! Lei accennava alla cura con il testosterone: come? Potrò farla anch'io o è troppo tardi per me, dopo tutti questi anni?".
Simonetta R. (Modena)

Cara Simonetta, la metafora della Ferrari mi è piaciuta molto anche perché è perfetta! Una donna giovane, dopo l'asportazione delle ovaie, perde con l'intervento più della metà dell'ormone che accende il desiderio e la voglia di vivere. In positivo, subito una buona notizia per lei, e le molte signore che hanno subìto una menopausa chirurgica: non è mai troppo tardi per ritrovare il proprio equilibrio, anche ormonale. E se gli estrogeni, che lei già assume, sono importanti per il benessere e la salute generale, il testosterone può aiutare specificamente (ma non solo) il desiderio. Naturalmente, sempre che non esistano controindicazioni mediche!

Il testosterone non è un ormone maschile?
E' l'ormone per eccellenza del desiderio, della sessualità, dell'energia vitale, dell'assertività, in entrambi i sessi! E' presente in uomini e donne, dove svolge le stesse funzioni a livello cerebrale, fisico generale (ossa, muscoli, articolazioni, apparato cardiovascolare, sistema metabolico, organi di senso) e genitale. L'unica differenza è che –mediamente – gli uomini ne hanno dieci volte di più: questo spiega perché, per esempio, gli uomini abbiano mediamente un'urgenza di desiderio fisico più forte, intensa e costante, abbiano una maggiore aggressività, e siano più vulnerabili alla collera. Il testosterone agisce infatti sulla base neurobiologica delle emozioni di comando fondamentali: quella appetitiva (di cui fa parte anche il desiderio sessuale) e quella della collera/rabbia. Gli estrogeni, invece, sono più rappresentati nelle donne, rispetto ai maschi, in cui pure esistono: e agiscono di più sulle emozioni di ansia/paura, e di panico da angoscia di separazione: ecco perché nelle donne, dopo la pubertà, i disturbi d'ansia e di panico sono più che doppi rispetto ai maschi.
In entrambi i sessi la perdita – o la riduzione – del testosterone causa non solo perdita di desiderio, ma difficoltà sessuali più generalizzate (tra cui difficoltà di eccitazione fisica e

© 2007 - RCS Periodici - www.alessandragraziottin.it

impoverimento dell'intensità dell'orgasmo). Inoltre, proprio per questo effetto biologico diretto sulle cellule nervose che regolano le emozioni fondamentali, la riduzione persistente di testosterone può causare appannamento dell'umore fino alla depressione, aumento dell'ansia e dell'irritabilità, difficoltà cognitive e perdita di autostima.
Cosa poco nota, anche nella donna gli ormoni maschili sono quantitativamente più rappresentati di quelli femminili: se gli estrogeni, in età fertile, variano tra i 150 e i 250 picogrammi per millilitro, a seconda della fase del ciclo, il testosterone raggiunge e supera i 400 picogrammi/ml. Questo ci aiuta a capire perché la perdita di questo ormone, in passato a torto considerato marginale, possa avere ripercussioni importanti per la salute femminile, oltre che per la sessualità.

Tutte le donne che hanno subito l'asportazione delle ovaie soffrono per la perdita di desiderio?
No. Il desiderio si nutre non solo di ormoni (che costituiscono la sua base biologica, necessaria ma non sufficiente) ma anche di emozioni, sentimenti, amore, qualità di relazione e di soddisfazione. In molte donne il desiderio si spegne se la qualità della relazione è deludente, se l'intimità è routinaria e insoddisfacente, se non ci sono più emozioni, corteggiamento, attesa. O se la relazione è conflittuale o addirittura di abuso. In tal caso, la perdita di desiderio è comprensibile e non va certo trattata con il testosterone, ma con un'appropriata comprensione della ragioni profonde della crisi della relazione, di cui la perdita del desiderio è solo uno dei segni.

Quando la perdita di desiderio diventa disturbo sessuale?
Quando causi stress, disagio, sofferenza personale. Nella definizione internazionale di "disturbo del desiderio ipoattivo" (Hypoactive Sexual Desire Disorder, HSDD), infatti, la perdita di desiderio viene considerata un disturbo meritevole di attenzione clinica e di terapia medica quando provochi appunto un'importante sofferenza emotiva, com'è stato nel suo caso. In termini statistici, l'HSDD è presente in circa il 32% delle donne che hanno subito la menopausa chirurgica.

Come è possibile curare la perdita di desiderio da menopausa chirurgica?
L'EMEA, l'Agenzia Europea per la valutazione dei farmaci, ha approvato nel luglio scorso il cerotto al testosterone per le donne dopo menopausa chirurgica, se soffrono di Disturbo del desiderio ipoattivo (HSDD). L'indicazione è quindi molto specifica. Il farmaco sarà disponibile al pubblico tra qualche mese. Potrà aiutare le moltissime donne, come lei, che dopo l'intervento hanno nostalgia di sentirsi di nuovo appassionate.

Approfondimento - Come agisce il testosterone sulla sessualità?
In due modi:
1) riportando gradualmente in equilibrio tutti i sistemi neurobiologici e vascolari che coordinano il

© 2007 - RCS Periodici - www.alessandragraziottin.it

desiderio e la funzione sessuale. Gradualmente significa che l'aumento del desiderio avviene, con dolcezza, nel giro di due o tre mesi. Questo perché l'organismo ha bisogno di tempo per riportare a livello ottimale tutti i meccanismi biologici che erano andati progressivamente in frenata. Questa "gestazione" del cambiamento, come mi piace chiamarla, può essere utilizzata costruttivamente per affrontare gli altri aspetti, personali o di coppia, che possano concorrere alla riduzione del desiderio, anche dal punto di vista psichico o relazionale;

2) facilitando anche gli altri aspetti della risposta sessuale che sono modulati dal testosterone: la qualità dell'eccitazione fisica genitale e l'intensità dell'orgasmo.

Il recupero del desiderio, dopo menopausa chirurgica, sarà quindi il fiore all'occhiello di una sessualità ritrovata.

© 2007 - RCS Periodici - www.alessandragraziottin.it