

Antidepressivi: perché possono bloccare l'orgasmo

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

«Ho avuto una brutta depressione, per cui lo psichiatra mi ha prescritto una cura complessa con psicofarmaci. Ora sto meglio, ma non ho più l'orgasmo! Questo blocco dell'orgasmo da antidepressivi è reversibile, o sono rovinata per sempre?».

Bianca M.F.

L'inibizione dell'orgasmo da antidepressivi è un fenomeno che può comparire nel 40-45% delle donne. E' in genere reversibile: l'orgasmo ritorna alla sospensione del trattamento, nel giro di 2-8 settimane in media, con un ritorno alla situazione pre-terapia nel giro di 3-6 mesi. In rari casi la inibizione può persistere più a lungo, fino alla cosiddetta sindrome da disfunzione sessuale post-SSRI (ossia da antidepressivi).

Merita tuttavia riflettere su questi aspetti: la frequenza, la durata e l'intensità del blocco dipendono da molti fattori: tipo di antidepressivo, dose e durata del trattamento; ma anche qualità della sessualità e, nello specifico, dell'orgasmo prima di iniziare la terapia antidepressiva.

La sua vita sessuale prima della terapia era felice e la depressione è scaturita da altri fattori (un lutto, un serio problema personale, di coppia, di lavoro)? Oppure la vita sessuale era già problematica? Raggiungeva facilmente l'orgasmo da sola? E in coppia? O averlo è sempre stato difficile? E com'era l'intensità abituale dei suoi orgasmi? Molto spesso attribuiamo all'ultimo fattore riconoscibile, per esempio un farmaco specifico, la responsabilità di problemi che hanno cause più profonde e lontane nel tempo.

In positivo, ogni difficoltà è anche un'opportunità per affrontare meglio un problema sessuale, e non solo: per riconoscere i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento, spesso non considerati prima in modo adeguato, e modificarli attivamente, per riscoprire una pienezza di vita inattesa, personale e sessuale. Auguri!

Pillole di salute

«Nella mia famiglia mamma e due zie hanno avuto la menopausa prima di 40 anni. Per loro fortuna avevano avuto figli da giovani. Io ho 38 anni e non ho ancora figli, ma li sogno. A che cosa dovrei fare attenzione? Quanto pesa la predisposizione genetica e quanto altri fattori? Grazie!».

Rita C.

Sì, la predisposizione genetica conta molto. L'età alla quale sono andate in menopausa spontanea la mamma, le zie o le nonne è suggestiva di possibili vulnerabilità genetiche, anche pesanti. Saperlo è importante, anche per proteggere la fertilità con una tempestiva crioconservazione degli ovociti, se la donna non ha ancora una situazione affettiva, economica o professionale per poter avere un figlio, anche molto desiderato.

Le malattie autoimmuni sono un altro fattore di rischio per infertilità e menopausa precoce. Queste malattie si associano a un errore madornale del nostro esercito di difesa, il sistema immunitario, che sbaglia bersaglio attaccando i nostri stessi tessuti. Si attiva così una vera "guerra civile" immunitaria: dopo una prima patologia, come l'ipotiroidismo autoimmune, la celiachia o il diabete di tipo 1, l'esercito può attaccare le ovaie fino a causare un accelerato esaurimento della fertilità e dell'associata produzione ormonale ben prima dei cinquant'anni.

Tra i fattori comportamentali modificabili, ne segnalo due molto potenti. Anzitutto il fumo, che è un avvelenatore insidioso delle ovaie. Se una ragazza fuma 15 o più sigarette al giorno fin dall'adolescenza, a 30 anni avrà le ovaie invecchiate di 8-10 anni. In un paese di cicogne tardive, è meglio non fumare affatto! Secondo, i disturbi del comportamento alimentare di tipo restrittivo sino all'anoressia, con grave calo di peso, blocco del ciclo mestruale e della produzione ormonale: anche questo può causare un danno ovarico sottovalutato, tanto più severo quanto più prolungata e grave è la carenza di sostanze nutritive.

Ecco perché l'anamnesi, ossia la storia familiare e personale, è la prima concreta "medicina di precisione", anche quando si considerino la fertilità residua e il rischio di menopausa precoce.

«Il mio medico di famiglia mi ha dato una forte cura con vitamina D perché, a 48 anni, avevo già un inizio di osteoporosi e la vitamina D "sotto i piedi". E' possibile che questa vitamina mi abbia fatto tornare il desiderio e la voglia di far l'amore?».

Chiara S.

Le buone notizie fanno sempre piacere! Alcuni studi scientifici suggeriscono che la vitamina D possa avere un effetto benefico sulla funzione sessuale solo nelle donne che avevano livelli molto bassi. A 48 anni, un secondo fattore amico del desiderio è l'aumento relativo del testosterone prodotto dalle ovaie, nelle donne in cui l'ipofisi, ghiandola posta nel cervello, produce più ormone luteostimolante (LH) per stimolare le ovaie sempre meno attive. Un bel binomio fra nutrienti e ormoni amici. Buon divertimento!
