

Disturbi del desiderio, quando colpiscono l'uomo

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

"Gentile professoressa, ho 24 anni e seguo con molto interesse questa sua rubrica, soprattutto gli articoli sulla salute maschile. Anche io ho un problema da sottoporle: nonostante mi senta assolutamente eterosessuale, credo di avere un livello di desiderio molto basso. Mi spiego: quando esco con una ragazza che mi piace e a cui piaccio, raramente vado oltre delle generiche effusioni, perché tutto sommato l'aspetto sessuale della relazione non mi interessa più di tanto. I miei due amici più fidati dicono che non è normale, alla mia età: o meglio, che qualche volta può anche capitare, ma non può essere la regola. Immagino che lei mi consiglierà di andare da un sessuologo, ma prima vorrei farmi un'idea generale di quale potrebbe essere il mio disturbo. Grazie infinite".

Franco A. (Pesaro)

Gentile signor Franco, un basso livello di desiderio può essere causato da molti fattori diversi: per impostare la terapia è quindi indispensabile procedere a un'accurata diagnosi differenziale. Ciò detto, le fornisco ben volentieri il quadro generale che lei desidera, a partire dai dati epidemiologici: secondo studi recenti, il 16% circa della popolazione maschile tra i 18 e i 59 anni soffre di disturbi del desiderio, con una tendenza all'aumento negli ambienti metropolitani caratterizzati da un elevato indice di stress cronico.

Quanti "tipi" di disturbi del desiderio maschile esistono?

Dal punto di vista clinico, un basso livello di desiderio sessuale può essere primario, ossia presente fin dalla prima adolescenza e dalle prime esperienze erotiche (lifelong); o secondario, cioè acquisito dopo un iniziale periodo di normalità (acquired).

Può inoltre essere generalizzato, ossia emergente in ogni situazione e con ogni partner, suggerendo così una eziologia prevalentemente biologica, organica; oppure situazionale, quindi limitato a determinati contesti e/o a una partner particolare: in tal caso l'indagine diagnostica può orientarsi verso fattori prevalentemente disfunzionali, psicosessuali e/o relazionali.

Si parla infine di eziologia mista (organica e psicogena) o sconosciuta se gli elementi a disposizione del clinico non consentono di collocare la diagnosi all'interno di una delle categorie precedenti.

A che cosa possono essere dovuti i deficit primari di desiderio?

I deficit primari o lifelong, che sono anche tipicamente generalizzati, riconoscono cause biologiche (tra cui l'ipogonadismo primario, ossia un'insufficiente secrezione di testosterone da parte del testicolo, carenze di ormone tiroideo, o un eccesso di prolattina), psicosessuali (disturbi dell'identità sessuale), oppure miste. I casi di ipogonadismo rispondono molto bene alle terapie sostitutive a base di testosterone, in varia forma e posologia. Va però detto che spesso il

testosterone e i suoi derivati vengono usati impropriamente come terapia di prima scelta per disturbi che riconoscono invece un'eziologia completamente differente: e questo non solo non risolve il problema, ma alla lunga può anche danneggiare la prostata.

E i deficit secondari?

I deficit cosiddetti "acquired" possono essere dovuti a fattori disfunzionali, normalmente a genesi mista, a malattie sistemiche o a problemi di coppia. Vediamoli brevemente.

I fattori disfunzionali

I più frequenti sono la depressione, lo stress cronico e l'ansia da prestazione. Sono detti a genesi "mista" perché i fattori che li determinano sono sia biologici sia psichici, e possono dare origine anche a deficit erettivi di varia gravità.

La depressione coinvolge i percorsi monoaminergici di tipo serotoninergico e ha un influsso diretto sia sul desiderio sia sull'erezione.

Lo stress cronico agisce preferenzialmente sulle vie dopaminergiche, con un incremento della prolattina e una riduzione dell'LH. Alcuni studiosi ritengono che livelli di LH inferiori a 3mU/mL siano indicatori biologici di uno stress cronico che ha superato le possibilità di adattamento dell'organismo ed è giunto a insidiare l'asse endocrino che regola il comportamento sessuale e riproduttivo.

L'ansia da prestazione, infine, agisce sulle vie noradrenergiche centrali periferiche, con un forte effetto inibitorio sia sul desiderio (perché induce una risposta di evitamento) sia, ancora, sulla qualità dell'erezione.

Le malattie sistemiche

Possono interferire con il desiderio sia per effetto della patologia in sé, sia in conseguenza delle terapie mediche o chirurgiche. In particolare, soprattutto con l'avanzare dell'età, ci si trova spesso in presenza di comorbilità che interessano sistemi diversi – metabolico, vascolare, neurologico, endocrino – e rendono necessari interventi di tipo polifarmacologico. E' quindi molto importante che il medico superi la visione meccanicistica e iperspecialistica della funzione sessuale, aprendosi a una visione internistica tanto più necessaria quanto più il paziente invecchia.

I problemi di coppia

Anche nell'uomo i disturbi del desiderio possono riconoscere cofattori etiologici di tipo relazionale: fra questi, i conflitti di coppia, le delusioni amorose, i tradimenti, l'eccessiva fusionalità del rapporto, la dipendenza dalla partner o il timore della sua aggressività erotica. Se gestita correttamente, però, la dinamica relazionale può essere anche la "chiave" per cambiare in profondità il copione comunicativa della coppia e sbloccare il desiderio: ecco perché è importante rivolgersi a professionisti specificamente preparati in questo campo!

Come si articola la diagnosi?

L'attenzione diagnostica va focalizzata su tutti i possibili fattori biologici, motivazionali e affettivi che abbiamo esaminati, in tutte le loro combinazioni. In particolare, quando l'anamnesi è suggestiva di "astenia" sessuale, ossia di una situazione di basso desiderio fisico ma buona motivazione, è opportuno procedere al dosaggio plasmatico del testosterone totale e libero, della SHBG (Sex Hormone Binding Globulin), della prolattina, ed eventualmente del TSH e del DHEA; in secondo luogo va verificata la presenza di una depressione, anche latente, o di uno stress cronico. Lo stesso vale nel caso di "anergia" sessuale, ossia di un quadro clinico di basso desiderio fisico e bassa motivazione.

E dal punto di vista terapeutico?

Come ho già sottolineato, una diagnosi accurata che sappia riconoscere la genesi multifattoriale del disturbo del desiderio, e gli specifici fattori implicati, è indispensabile per affrontare in modo adeguato il disturbo stesso.

Sul fronte biologico è indispensabile lavorare su:

- 1) eventuali alterazioni endocrine;
- 2) depressione o altri fattori psicobiologici che concorrano al calo del desiderio, inclusi i fattori iatrogeni di tipo farmacologico;
- 3) stili di vita inappropriati (in particolare abuso di alcol e assunzione di droghe ad azione psicotrofica);
- 4) malattie intercorrenti;
- 5) eventuali concomitanti disturbi dell'erezione e/o dell'eiaculazione, rispetto ai quali il deficit di desiderio può essere secondario.

Sul fronte psicosessuale e relazionale, è indispensabile un lavoro mirato dello psicoterapeuta e/o del terapeuta della coppia.