



Depressione e Sindrome premestruale

di S. Di Salvo e C. Barbero

Ancora oggi un approccio scientifico al fenomeno mestruale e ai disturbi ad esso collegati deve fare i conti con la tradizione culturale che ha fatto delle mestruazioni oggetto di credenze mitiche, superstiziose e religiose e che a lungo le ha considerate causa d'impurità e di pericolo.

Per tale motivo sono stati ignorati dalla scienza cambiamenti anche gravi dell'umore, del comportamento, delle capacità cognitive e della funzione somatica della fase precedente le mestruazioni.

Disturbi dell'umore e del comportamento collegati al ciclo mestruale sono descritti da secoli, ma solo nel 1931 uno studio di G. Frank ha descritto un'entità clinica, la "Tensione premestruale", che si manifesta nella fase luteinica del ciclo, nei 7-10 giorni precedenti le mestruazioni.

Risale agli anni Sessanta la descrizione della "Sindrome premestruale" (SPM) in riferimento all'insieme di sintomi fisici e psichici correlati alle fasi del ciclo.

Cause della sindrome premestruale

Le cause della sindrome premestruale possono essere distinte in socioculturali, psicologiche e biologiche.

L'età del menarca, l'esperienza precoce del dolore mestruale, le scarse informazioni e l'atteggiamento negativo della madre nei confronti delle mestruazioni possono determinare la sintomatologia premestruale. E' interessante notare che molte madri delle donne che lamentano una SPM ne hanno a loro volta sofferto.

La sindrome è spesso accompagnata da scarsa stima di sé, tendenza alla passività e alla richiesta di aiuto, instabilità emotiva e insoddisfazione affettiva.

Le donne che soffrono di SPM hanno spesso un atteggiamento reattivo nei confronti delle mestruazioni e le considerano una malattia.

Per quanto riguarda i fattori biologici, una delle ipotesi più accreditate nella genesi della SPM riguarda il ruolo degli *ormoni ovarici (estradiolo e progesterone)*, dal momento che regolano il ciclo mestruale ed hanno anche un effetto diretto sul sistema nervoso centrale.

L'estradiolo, infatti, migliora il tono dell'umore in corrispondenza del suo picco preovulatorio, mentre il progesterone ed i suoi metaboliti, oltre ad avere un effetto sedativo, possono provocare l'abbassamento del tono umorale.

La carenza di progesterone sembra il fattore maggiormente implicato nella SPM e può essere conseguente a difetti di secrezione, di metabolizzazione, di escrezione o a interferenze con altre sostanze.

Anche la *prolattina* è stata chiamata in causa in quanto i suoi livelli plasmatici tendono ad essere più elevati nelle pazienti sofferenti di SPM, in concomitanza con bassi livelli di progesterone.

Quadro clinico e problemi diagnostici

La sindrome premestruale può essere definita come un insieme di sintomi fisici, comportamentali e affettivi che interferiscono con il normale andamento della vita e si presentano ciclicamente, in relazione coerente e predicibile con le mestruazioni. Per fare diagnosi di SPM devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- presenza di sintomi che iniziano nella fase luteinica del ciclo, con l'ovulazione o dopo di essa;
- scomparsa o netto miglioramento dei sintomi all'inizio del mestruo e loro risoluzione alla sua conclusione.

I sintomi principali della SPM sono depressione, facilità al pianto, ansia, irritabilità, modificazioni dell'appetito, tensione mammaria, tensione addominale, ritenzione idrica, cefalea, stipsi, eruzioni cutanee acneiformi.

Possono aggiungersi, con minore frequenza, disturbi neurovegetativi, quali nausea e vomito, dismetabolici, ad esempio crampi muscolari conseguenti all'alterazioni del ricambio del Calcio, disendocrini, a carico degli ormoni tiroidei. L'intensità della sintomatologia è variabile, ma in alcune donne può compromettere gravemente la vita di relazione.

La diffusione della SPM è controversa: secondo alcune ricerche, la forma meno grave interessa il 60-70% della popolazione femminile in età feconda; la diffusione della forma grave della SPM è invece indicata tra il 5% e il 10%. In queste pazienti i sintomi psichici sono più gravi ed è evidente la variazione stagionale, con peggioramenti in primavera e autunno, cosa che fa ipotizzare l'esistenza di una sottostante forma depressiva.

La fascia d'età più colpita è quella fra i 25 ed i 40 anni e sembra esistere una predominanza nelle donne che svolgono un'attività lavorativa esterna rispetto alle casalinghe.

E' da segnalare la frequente e rilevante interferenza che tale sindrome ha con il lavoro, le attività sociali o i rapporti con gli altri nei 6-7 giorni che precedono le mestruazioni anche perché, in tale periodo, una vasta gamma di condizioni mediche generali quali emicrania, allergie e asma, tendono a peggiorare.

Il periodo premestruale ha anche influenza negativa nelle donne che soffrono di altri disturbi psichici e in particolare vanno segnalati:

- l'aggravamento dei disturbi depressivi e ansiosi;
- il peggioramento di alcune sindromi psichiatriche, con incremento dei ricoveri;
- l'aggravamento di attacchi di panico e di bulimia;
- il riacutizzarsi delle cosiddette psicosi atipiche e della pubertà.

Il rapporto tra sindrome premestruale e disturbi affettivi è oggetto di studio dal punto di vista clinico, biologico, prognostico e terapeutico e sono stati individuati numerosi punti di contatto fra le due condizioni cliniche. E' stato inoltre rilevato che il 65% di donne sofferenti di depressione maggiore riferisce una SPM e che in circa l'80% delle donne che soffrono di SPM è presente, nella storia clinica, almeno un episodio depressivo maggiore.

È stato infine osservato un rapporto fra la sindrome premestruale e la depressione puerperale, nel senso che la presenza di una SPM costituisce fattore di rischio per l'insorgenza di un disturbo depressivo nel puerperio.

Terapia

La SPM deriva dall'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali e il trattamento deve pertanto integrare interventi terapeutici con interventi psicologici, educativi e di sostegno.

Operativamente l'intervento deve mirare a:

- individuare i fattori che contribuiscono alla presenza dei sintomi premestruali;
- attivare una psicoterapia rivolta alla cura della psicopatologia sottostante;
- sostenere la donna nel recuperare il danno che la SPM può aver provocato a lei ed alle sue relazioni interpersonali;
- prescrivere farmaci che riducono o risolvono i sintomi.

Nell'ambito della *terapia sintomatica* gli antidepressivi sono prescritti per i disturbi disforici: l'uso di serotoninergici (fluoxetina, paroxetina, sertralina) dà risultati soddisfacenti anche nel trattamento a lungo termine mentre le benzodiazepine danno risultati positivi nella fase sintomatica del ciclo.

L'uso dei contraccettivi orali è controverso: alcune donne, infatti, traggono beneficio dal trattamento estroprogestinico o esclusivamente progestinico, ma occorre tenere presente che queste sostanze possono provocare un peggioramento dei sintomi della SPM, in particolare di quelli depressivi.