

DEPRESSIONE: IMPARIAMO A COMBATTERLA

Revisione dei testi a cura di Veronica Zuber

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) nel 1947 ha definito la salute come "stato di benessere fisico, psichico e relazionale", di conseguenza nel momento in cui uno di questi tre elementi è alterato si può rilevare lo stato di "malattia". In quest'ottica la salute femminile deve essere sempre più oggetto di un'attenzione politica e sociale. L'evoluzione civile della società vede aumentare ogni giorno il numero di donne che raggiungono la prima linea anche in campo lavorativo con inevitabili aggravamenti di situazioni di stress che concorrono all'usura delle risorse psico - fisiche che le donne devono utilizzare anche sul fronte familiare.

Il doppio lavoro, la propensione femminile ad occuparsi prima dei bisogni e della salute degli altri, e poi di quelli propri, un interesse per la salute femminile prevalentemente circoscritto agli aspetti riproduttivi, la limitata partecipazione delle donne agli studi clinici sui nuovi farmaci: sono tutti fattori che dimostrano come le donne siano ancora svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della loro salute.

Peraltro, vivendo più a lungo degli uomini, le donne sono anche maggiormente soggette a patologie di tipo cronico, consumano più farmaci e svolgono un ruolo importante all'interno della famiglia nell'assicurare l'appropriatezza delle cure, per il partner e per i figli. Le donne, inoltre, sono sottoposte a condizionamenti di vario genere (di tipo familiare, lavorativo, mediatico, ecc.) che ne limitano la libertà di azione.

Tutte queste considerazioni hanno portato nel 2005 a costituire O.N.Da, un Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che si propone di studiare le principali problematiche e tematiche di salute femminile aumentandone la consapevolezza.

Promuovendo studi, pubblicazioni e convegni che identifichino le differenze di genere tra uomo e donna, l'Osservatorio vuole contribuire a delineare nuove strategie di promozione della salute femminile, definendo i passi per raggiungere l'equità in tema di salute.

O.N.Da si propone inoltre di promuovere e divulgare la ricerca di base e clinica sulle principali patologie legate alla salute femminile e di valutare l'impatto sociale ed economico nonché le implicazioni giuridiche ed assicurative legate alle principali patologie femminili al fine di suggerire strategie per una migliore allocazione delle risorse.

L'Osservatorio ha anche l'obiettivo di valorizzare il ruolo della donna nella società in funzione della promozione del proprio e altrui benessere, sollecitando azioni educative in merito ai fattori di rischio, all'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce, nonché sugli stili di vita più salutarì.

In questi primi tre anni di attività, O.N.Da ha organizzato oltre 60 Convegni/Conferenze sui vari aspetti legati alla salute femminile in diverse città italiane e ha pubblicato tre volumi: "Libro bianco sulla salute della donna", "La tutela della salute della donna nel mondo del lavoro" e il "Libro verde sulla salute della donna".

È stata realizzata una Mostra interattiva "Donne in salute" che esplora in tre grandi aree tematiche (In armonia con l'ambiente, Cambiare in salute e Cura e Cultura) tutti i principali problemi legati alla salute di genere.

La Mostra, allestita per 4 mesi al Museo Nazionale della Scienza e della Tecnologia di Milano, segue un percorso di itineranza in varie città italiane.

O.N.Da ha avviato il progetto Ospedale donna, volto ad identificare e premiare, con l'attribuzione di bollini rosa, le strutture ospedaliere più sensibili e vicine alle esigenze delle donne ricoverate, sulla falsariga degli women's hospitals americani.

Francesca Merzagora

**Presidente, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, Milano
O.N.Da**

L'Associazione Progetto Itaca é stata costituita con l'intento di attivare iniziative e progetti di prevenzione, solidarietà ed assistenza rivolti a persone affette da disturbi della Salute Mentale e di sostegno alle loro famiglie, con particolare attenzione alle Depressioni, o Disturbi dell'Umore, che sono un grave problema di Salute Pubblica.

Depressione - Aspetti Sociali

Le Depressioni si manifestano inizialmente con sintomi ambigui, difficilmente individuabili come segni di una patologia; sintomi di squilibrio dell'affettività e dell'umore che possono assomigliare a normali stati d'animo in reazione ad eventi o situazioni difficili e stressanti (lutti, incidenti, insuccessi ...).

Gravi conseguenze:

- Questi disturbi vengono vissuti sia dal paziente sia dalla sua famiglia come **una colpa, una vergogna da tenere nascosta**; si pensa che siano causati da debolezza di carattere, da rapporti sbagliati...
- Spesso il disturbo non viene riconosciuto ed il **paziente non riceve una diagnosi per mesi..., per anni...**
- Il pesante pregiudizio contro i farmaci psichiatrici e la paura dello psichiatra, che è lo specialista a cui bisogna rivolgersi, fanno sì che il paziente **non venga curato o venga curato in modo improprio** (molti pensano che debba reagire con la sua volontà).
- **Questo porta grandissima sofferenza e spesso gravi danni all'individuo e alla sua famiglia e costi sociali molto elevati per la collettività:**
 - **Per l'individuo:** sofferenza personale, perdita di lavoro e ritiro dalla vita sociale, forte rischio di suicidio.
 - **Per la famiglia:** sofferenza di tutto il nucleo familiare, separazioni, divorzi e grave rischio di violenza.
 - **Per la collettività:** perdita di forze lavorative, assenteismo.

In particolare negli adolescenti e nei giovani un problema di depressione non riconosciuto e non curato può portare all'uso di sostanze come droghe o alcol e quindi alla tossicodipendenza, non come desiderio di trasgressione, ma come autocura.

Invece tutti dovrebbero sapere che:

1. **Le malattie dell'Umore sono vere malattie**, fattori genetici possono creare una predisposizione in alcune persone e gli eventi della vita possono far scattare l'esordio dei sintomi.
2. Possono colpire persone e famiglie di qualsiasi livello sociale, indipendentemente da età, reddito, istruzione, religione, razza.
3. **Sono malattie curabili.** La psichiatria moderna afferma che l'80 - 90% dei malati sono curabili e possono ottenere una migliore qualità della vita, grazie ai farmaci antidepressivi che rappresentano uno dei grandi successi della medicina.
4. **Possono avere due polarità: depressione (umore basso) e mania (umore eccitato euforico).**
5. **Hanno la caratteristica della periodicità;** è importante prevenire le ricadute!
6. **Lo specialista di questi disturbi è lo psichiatra.**

Come stare vicini ad una persona che soffre di depressione: consigli ai familiari

È difficile stare vicino ad una persona che soffre di depressione perché, a differenza della tristezza che fa parte della normalità, che è quindi comprensibile e mette in sintonia con gli altri, la depressione è incomprensibile e può scoraggiare profondamente o "irritare" i familiari che vivono con la persona depressa.

I familiari, per aiutare il malato a migliorare il suo rapporto con la malattia, devono prima di tutto **essere informati:**

- a - sulla malattia,
- b - sulla terapia,
- c - sulle possibilità di chiedere e ricevere aiuto.

a - I famigliari devono sapere che la malattia compromette gravemente il funzionamento della persona, rendendola incapace di fare le cose più semplici, come alzarsi e decidere come vestirsi, non per mancanza di volontà o intelligenza, ma per lo squilibrio biochimico causato dalla malattia.

Con il proprio comportamento i famigliari possono alleviare le condizioni psicologiche della persona depressa, ma le possono anche peggiorare; per esempio forzando la persona a fare cose che non può fare, è tipico di questi disturbi che sembrino mancare la volontà di guarire.

Non bisogna mai dare la colpa alla persona, ma alla malattia!

Prima di tutto le persone vicine devono dare attenzione, affetto e "simpatia". Non devono giudicare o colpevolizzare, spesso la malattia è proprio vissuta come una colpa. Devono cercare di capire lo stato d'animo della persona e la sua malattia, aspettando con pazienza il miglioramento e assumendo un atteggiamento che comunichi serenità e speranza. Non sottovalutare mai gli accenni ad un possibile suicidio; dare ascolto, mostrare interesse e attenzione; **parlarne con il medico curante.**

È importante non incoraggiare mai la persona malata a prendere importanti decisioni quando sta ancora male, come lasciare il lavoro, cambiare città, separarsi o divorziare...

b - Come agisce la terapia antidepressiva: la terapia antidepressiva agisce gradualmente nell'arco di alcune settimane; la maggior parte dei soggetti vede i primi miglioramenti solo dopo 2 - 4 settimane o anche di più. I farmaci devono essere assunti con molta precisione nelle dosi e orari prescritti, finché si otterrà il risultato terapeutico.

- I farmaci antidepressivi, come tutti i farmaci possono dare effetti collaterali indesiderati, sui quali il medico deve informare il paziente e i famigliari.

- È molto delicato il primo periodo della cura perché non c'è ancora l'effetto terapeutico positivo, mentre possono verificarsi subito gli effetti collaterali negativi; il paziente inoltre ha maggiore energia e può mettere in atto comportamenti autolesivi; di questo devono essere informate le persone vicine al paziente.

- Non bisogna mai interrompere la terapia senza il consenso del medico curante, anche se si sta bene.

- **Nessuno dei farmaci antidepressivi induce dipendenza o assuefazione. Il loro uso, anche a lungo termine è sicuro e, per quelli di ultima generazione, la loro tossicità è molto bassa.**

c - **I servizi per la cura della Depressione:** i Centri di Igiene Mentale (CIM; in Lombardia Centri Psico Sociali-CPS) sono gli ambulatori nel territorio accreditati dalle Regioni per la cura di tutte le patologie psichiatriche; sono dotati di un'équipe, con diverse figure professionali: psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere professionale e educatore. Inoltre in alcuni Ospedali Regionali e Centri universitari sono attivi Ambulatori specifici per la Depressione, accreditati dal SSN; sono sovraterritoriali e accessibili da tutte le Regioni.

Ughetta Radice Fossati

Segretario generale Progetto Itaca

Progetto ITACA (Associazione Volontari per la Salute Mentale, Onlus)

La malattia psichiatrica: qual'è la causa?

Causa multifattoriale: Genetica, Biologica, Ambientale e Psicologica

È importante dare una corretta identità alla patologia psichiatrica senza entrare in pregiudizi o facili stigmatizzazioni quando ci si confronta con questa realtà. I disturbi depressivi, i disturbi d'ansia ed anche i disturbi psicotici **hanno tutta la dignità di essere definiti malattie**: sono le malattie della mente che hanno la stessa dimensione delle patologie del nostro corpo. La letteratura internazionale prevede che nel 2020 la depressione salirà al 2° posto tra le maggiori cause di disabilità al mondo mentre nel 2000 era al 4° posto. Eppure quando si parla di depressione per molte persone è ancora difficile rappresentarla come una malattia assimilabile ad una malattia fisica. È vero, non è immediato codificare come sintomo (depressivo o ansioso) uno stato interno che porta pensieri ed emozioni ad essere connotati da caratteristiche negative o di allarme: come si può pensare che un pensiero pessimistico, un comportamento di isolamento, la mancanza di voglia di fare, siano causati da alterate interazioni tra molecole nei circuiti nervosi del nostro cervello? Che proteine, genetica, ormoni possano promuovere ed essere responsabili di un malessere così profondo, che tocca la mente, i suoi pensieri, gli stati emotivi e quelli affettivi?

Sarebbe riduttivo parlare solo di biologia e di genetica. Sono responsabili nel promuovere la patologia psichiatrica anche l'interazione e l'impatto con l'ambiente (familiare, sociale, lavorativo) nel quale viviamo, determinate condizioni di vita percepite come stressanti, (lutto, perdita, separazione, malattia fisica) che sollecitano meccanismi di adattamento, di difesa e di cambiamento. Pertanto non esiste un unico fattore determinante un disturbo psichiatrico ma una combinazione di più concause: un evento stressante, un dolore, una patologia fisica, o l'abuso di sostanze psicoattive (droghe, alcolici) possono slatentizzare in un individuo predisposto per vulnerabilità biologica e strutturale (assetto di personalità) un disturbo mentale come la depressione o i disturbi d'ansia. Una persona vulnerabile può non ammalarsi mai di depressione, se non capita qualcosa in grado di scatenare il disturbo e se ha relazioni buone e supportive. Il fattore scatenante è spesso qualche evento stressante o qualche tensione importante che turba la nostra vita. Così personalità dai tratti negativi, che tendono ad una scarsa stima di sé, al pessimismo, a vivere gli eventi di vita come fonti di preoccupazione dove non esistono soluzioni ma solo problemi, possono sostenere ed influenzare a loro volta i meccanismi chimici cerebrali che sono alla base della malattia psichiatrica. Pertanto bisogna approcciarsi alla patologia mentale evitando preclusioni o rigide posizioni culturali dove tutto è biologico o tutto è psicologico altrimenti il rischio diventa quello di non affrontare con rigore e comprensione vera una patologia che ha cause e radici in molti ambiti primo tra tutti in quell'unico, specifico individuo nel quale la malattia è circoscritta e si manifesta con caratteristiche peculiari che rendono ogni patologia "personalizzata" da chi la vive.

Quali sono le patologie psichiatriche più frequenti nelle donne?

LA DEPRESSIONE è 2-4 volte più frequente nelle donne rispetto agli uomini. Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato che le donne presentano un rischio superiore rispetto all'uomo di sviluppare disturbi depressivi. L'esordio dei sintomi in circa il 60% dei casi avviene nell'adolescenza con l'arrivo della pubertà e del menarca mentre le differenze epidemiologiche tra i due sessi tendono a scomparire nell'infanzia e con la menopausa quando non sono ancora entrati in scena o escono dalla scena gli ormoni sessuali femminili. I principali fattori di rischio relativi alla depressione nella donna oltre alle cause di ordine biologico, comprendono: un'elevata vulnerabilità allo stress ambientale (conflittualità familiare), la presenza di malattie fisiche, la mancanza di supporto sociale e la preesistenza di disturbi d'ansia. La depressione clinica si caratterizza dalla presenza di diversi sintomi che si mantengono nel tempo a differenza della tristezza o di un calo di umore passeggero che tutti sperimentano nella propria vita senza che vi siano altri disturbi psichici o fisici correlati.

Chi ne soffre ha un umore depresso per tutta la giornata per più giorni di seguito e non riesce più a provare interesse e piacere nelle attività che prima lo interessavano e lo facevano stare bene. Si sente sempre giù di tono, è stanco, privo di iniziativa, pessimista e colora la vita di tonalità cupe percependola come dolorosa e senza senso ("dolore del vivere"). In generale, chi ha la depressione clinica può soffrire quotidianamente di sintomi che appartengono ai seguenti ambiti:

Affettivo

- umore depresso
- perdita di piacere e di interesse per quasi tutte le attività
- sensazione di essere inutile, negativo o continuamente colpevole
- pensieri di morte o di suicidio
- pessimismo • disperazione • irritabilità

Fisico

- disturbi del sonno (dorme di più o meno; si sveglia spesso durante la notte; ha risvegli anticipati)
- aumento o diminuzione significative dell'appetito e quindi del peso corporeo
- rallentamento o agitazione
- mancanza di energie, affaticamento, stanchezza
- dolori cronici
- riduzione della libido

Cognitivo

- difficoltà a concentrarsi
- riduzione dell'attenzione
- perdita di memoria
- riduzione della performance lavorativa

Raramente una persona depressa ha contemporaneamente tutti i sintomi riportati nell'elenco, ma se soffre quotidianamente dei primi due sintomi nell'elenco e di almeno altri tre è molto probabile che abbia un disturbo depressivo.

La depressione femminile è caratterizzata da sintomi specifici di genere:

- sintomi atipici (eccessiva reattività emotiva, labilità emotiva, irritabilità, iperfagia con aumento dell'appetito, ipersonnia con maggiore tempo di sonno)
- aumento dei tentativi di suicidio, rispetto all'uomo dove aumenta il rischio di suicidio
- associazione (comorbidità) con disturbi d'ansia e disturbi alimentari mentre nell'uomo è più facile osservare una compresenza di abuso di sostanze o di alcol
- fattori precipitanti sono i cambiamenti di stagione o eventi stressanti nella storia recente

Una proprietà intrinseca alla depressione è la possibilità che si riproponga nel tempo, ovvero che si manifestino nuovi episodi di malattia, definendo la **caratteristica di ricorrenza**. La ricorrenza diviene più probabile dopo ogni ripresentarsi di un nuovo episodio depressivo.

Circa il 50% dei soggetti depressi dopo 5 anni presentano una nuova ricaduta, la percentuale arriva al 70% se i pazienti hanno avuto almeno due episodi distinti, nel caso che il soggetto abbia sviluppato tre o più episodi ricade, con molta probabilità, nel 90% dei casi. La remissione completa invece, diminuisce il rischio di ricadute e ricorrenze.

- nelle donne il decorso è caratterizzato da **episodi depressivi più lunghi** con un **maggior rischio alla ricorrenza ed alla cronicità** della depressione.

SINTOMI SOMATICI DELLA DEPRESSIONE

La manifestazione somatica della depressione include cefalea, insonnia, dolori addominali, dolenzie della colonna vertebrale, difficoltà respiratorie, senso di pesantezza al torace, tutti segni aspecifici di una sofferenza. Oltre il 40% dei pazienti depressi lamenta sintomi fisici e ben il 70% ignora che questi siano segnali di depressione: **eppure il corpo parla quando si soffre di depressione**.

Poiché spesso la sintomatologia fisica è l'unica lamentela riportata dal paziente, molti medici non prendono in considerazione la possibile esistenza, e quindi la diagnosi, di un quadro depressivo sottostante. Pertanto prima di avviare un lungo iter di esami clinici, sarebbe bene definire subito con il proprio medico se esistono in contemporanea altri cambiamenti quali abbassamento del tono dell'umore, irritabilità, perdita di interesse per le attività quotidiane, diminuzione della capacità lavorativa che possono sottendere ad un disturbo depressivo. Inoltre i sintomi fisici ed il dolore non sono soltanto un indicatore precoce di depressione, ma possono rappresentare, dopo la fase acuta, un indice di ricorrenza.

Come si cura la depressione

La depressione ha origini biologiche e psicologiche pertanto le cure indicate sono quella farmacologica e di psicoterapia. Entrambi i trattamenti devono essere scelti da specialisti esperti e qualificati che sappiano avviare e seguire nel tempo con competenza il disturbo dell'umore. I farmaci si usano perché sono in grado di controllare e modulare quell'alterato equilibrio chimico che coinvolge specifici sistemi neurotrasmettitoriali: quello della serotonina, noradrenalina e dopamina. Così ci sono antidepressivi che agiscono sulla Serotonina (chiamati gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina SSRI) quelli che agiscono sulla Noradrenalina (chiamati gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Noradrenalina NaRI) quelli che agiscono su Serotonina e Noradrenalina con effetto misto (SNRI) e quelli che coinvolgono la Dopamina. Tuttavia gli antidepressivi non sono tutti uguali anche quando appartengono alla medesima categoria d'azione. Per questo devono essere prescritti dallo psichiatra specialista competente in materia di psicofarmaci, che selezionerà quello più appropriato alla singola persona. Gli antidepressivi sono in grado di curare la depressione se prescritti in dosi corrette e per tempi adeguati. Un antidepressivo alla dose minima efficace inizierà a "lavorare" sulla depressione solo dopo 3 settimane dall'inizio del trattamento e dovrà essere mantenuto per diversi mesi per curare fino in fondo l'episodio di malattia, infatti una sospensione precoce procura una ricaduta della depressione. Bisogna poi considerare una continuità di cura per prevenire la comparsa di un nuovo episodio depressivo pertanto un preciso piano di trattamento deve essere costruito con il proprio psichiatra per valutare l'efficacia e la tollerabilità della terapia nel tempo. Oltre a quello farmacologico vi sono oggi disponibili altri trattamenti come la psicoterapia. Esistono numerose tecniche psicoterapeutiche e per quanto sia difficile valutare in maniera standardizzata l'efficacia della psicoterapia, due metodi si sono oggettivamente dimostrati efficaci nei pazienti depressi, la terapia cognitiva (o cognitivo-comportamentale) e la terapia interpersonale.

Il trattamento farmacologico e quello psicoterapico integrati tra loro hanno un tasso di successo dal 60 all'80%. Questa modalità integrata ha una particolare indicazione nelle forme di depressione prostrate, che mostrano la persistenza di sintomi residui o dove farmaco o psicoterapia da soli non sono risultati efficaci. Bisogna considerare che esistono anche altri tipi di terapia meno comuni, ma che devono essere valutati in alcune situazioni particolari e/o quando i due approcci di elezione si dimostrano inefficaci: è il caso, ad esempio, della light therapy (la terapia della luce); della terapia elettroconvulsivante (TEC) nelle depressioni resistenti o quando l'impiego dei farmaci è controindicato e la stimolazione magnetica transcranica (SMT) una tecnica di recente introduzione che sembra efficace nella depressione.

LA DISTIMIA è maggiormente rappresentata nelle donne rispetto agli uomini con un rapporto di prevalenza nell'arco della vita di 2:1. La distimia può comparire sin dall'adolescenza e nelle giovani adolescenti femmine sembra connotata da elementi di bassa autostima rispetto ai ragazzi adolescenti che manifestano maggiormente aggressività ed anomalie della condotta.

Si riscontra più frequentemente nella fascia di età che va dai 18 ai 45 anni e sovente sopraggiunge dopo uno o più episodi di depressione maggiore. La distimia è un disturbo depressivo cronico. Infatti per fare diagnosi i sintomi devono essere presenti da almeno due anni. Rispetto al disturbo depressivo maggiore, il disturbo distimico è caratterizzato da sintomi depressivi più attenuati e comporta una minore compromissione delle relazioni sociali e delle attività lavorative, ma è molto più persistente nel tempo. In relazione alle caratteristiche di cronicità e persistenza, il riconoscimento e la diagnosi del disturbo distimico sono molto tardivi e chi ne soffre si convince che la sua condizione disadattativa gli appartenga da sempre come struttura di carattere e che non ci si possa fare granché. Spesso anche chi vive con un distimico si convince che si tratti di un "inguaribile pessimista e insicuro". In realtà la distimia è un disturbo che può essere efficacemente affrontato intraprendendo un percorso di cura costituito da un'adeguata terapia farmacologica e una psicoterapia. Tuttavia la presentazione del disturbo sembra essere più grave nel sesso femminile in cui si trova una maggiore tendenza a richiedere un intervento di trattamento.

Disturbo Bipolare

Il **disturbo bipolare** o **maniaco-depressivo** colpisce circa 1 persona su 100. Di solito il primo episodio del disturbo si sviluppa nella tarda adolescenza o nella prima età adulta. Esiste una sostanziale sovrapposizione della prevalenza nel corso della vita del disturbo bipolare nei due sessi con alcune differenze rispetto alla sua presentazione clinica, al decorso ed evoluzione nel tempo. È caratterizzato da gravi alterazioni dell'umore, e quindi delle emozioni, dei pensieri e dei comportamenti. Chi ne soffre alterna **periodi di euforia a periodi depressivi**. Nelle fasi euforiche definite in termini psichiatrici, **episodi maniacali** ci si sente particolarmente "su di giri" con la sensazione di avere enormi potenzialità personali, tanto da commettere azioni avventate ed imprudenti senza calcolarne le conseguenze convinti da un'espansione della propria autostima. In questa fase si ha una **grande energia**, tanto da non sentire il bisogno di mangiare né dormire. Con l'euforia tutto appare possibile e fattibile ma in realtà il comportamento iperattivo tende gradualmente a diventare sempre meno finalizzato sino a disorganizzarsi. I pensieri vanno così veloci che è difficile stargli dietro, così come le parole. Si diventa logorroici e le persone fanno fatica ad interrompere un discorso tanto è rapido nell'esposizione e ricco di argomentazioni. Durante le **fasi maniacali** la persona può presentare disinibizione eccessiva e comportamenti socialmente inappropriati. Anche il desiderio sessuale può aumentare, diventando quasi impellente con modalità di approccio disinibite o a rischio. In molti casi, la fase maniacale è caratterizzata da umore disforico, grande irritabilità, rabbiosità e intolleranza. Spesso queste sensazioni sono accompagnate da un comportamento aggressivo, con scarsa capacità di valutare le conseguenze delle proprie azioni.

Ricapitolando i sintomi che creano un episodio maniacale sono:

- elevazione del tono dell'umore con facile espansività o irritabilità
- aumentata loquacità con difficoltà a frenarla
- facile distraibilità e tendenza a porre attenzione a particolari insignificanti ignorando elementi importanti
- aumento delle attività
- ridotto bisogno di sonno
- agitazione mentale o fisica

Queste fasi di eccitazione possono essere più o meno intense e gravi (**maniacali o ipomaniacali**). Comunque possono determinare disastrose conseguenze perché chi ne soffre con il suo comportamento può rovinarsi relazioni affettive, commettere atti impulsivi senza valutarne le ricadute, perdere patrimoni, spedendo senza controllo i propri risparmi. Quando l'eccitazione e l'energia aumentano molto si possono sviluppare sintomi psicotici come i deliri di grandezza o la "paranoia": convinzioni certe ed assolute per chi le sperimenta ma non condivisibili dal buon senso comune, dove la realtà quotidiana viene interpretata e vissuta alla luce di queste erronee convinzioni.

Le **fasi depressive** seguono spesso quelle maniacali e sono completamente all'opposto. Spesso le fasi depressive sono più frequenti e durano più di quelle maniacali. A volte da una fase si passa immediatamente all'altra, altre volte intercorre un periodo di umore normale. Di solito una fase insorge gradualmente, ma a volte l'insorgenza è più improvvisa. L'abuso di alcol o droga si associa frequentemente al disturbo bipolare e lo può peggiorare gravemente. Anche se il **Disturbo Bipolare** si presenta nei due sessi con uguale frequenza, esistono differenze significative nella sua storia naturale e nelle manifestazioni. **Nelle donne** il disturbo bipolare sarebbe rappresentato soprattutto da episodi euforici meno intensi nella rappresentazione dei sintomi (chiamate **fasi ipomaniacali**). Le donne affette presentano **più episodi depressivi** degli uomini affetti, mentre gli uomini presentano più episodi maniacali. Inoltre, le fasi euforiche che presentano sintomi di irritabilità, insofferenza, intolleranza all'ambiente cioè di disforia, (chiamate **fasi miste**) possono essere più comuni nelle donne. Le donne con Disturbo Bipolare hanno una probabilità circa doppia rispetto agli uomini con la stessa diagnosi di presentare una **ciclicità rapida**, definita come 4 o più episodi affettivi per anno. Le donne con Disturbo Bipolare possono andare incontro a ricadute o a riasacerbazione dei sintomi nel **premenstruo**. Per le donne il cui umore peggiora sensibilmente nel premenstruo, è utile conoscere i livelli ematici degli stabilizzatori dell'umore, farmaci utilizzati nel trattamento del Disturbo Bipolare, nei due periodi precedente e susseguente il mestruo, poiché i livelli serici degli stabilizzatori possono fluttuare durante il ciclo. La **gravidanza** è considerato un periodo protettivo rispetto alla presentazione del Disturbo Bipolare e le esigue ricadute nel periodo gestazionale si manifesterebbero le ultime 5 settimane prima del parto. Il **post-partum** è invece considerato un fattore di rischio specifico per episodi dell'umore in ambito di Disturbo Bipolare con un'evidenza del ruolo precipitante del parto verso tutti i tipi di episodi affettivi (episodio depressivo maggiore, stati misti, ipomania e mania) compresa la psicosi post-partum che in molti casi rappresenterebbe una manifestazione specifica del Disturbo Bipolare. Le donne che presentano un primo episodio di malattia nel post-partum, presentano anche un alto tasso di ricadute negli anni successivi, sia di tipo puerperale, sia indipendenti dalla gravidanza. Le modificazioni ormonali che si verificano durante la **menopausa**, favoriscono un'alterata regolazione nel controllo dell'umore sul cervello femminile. Nelle donne con Disturbo Bipolare, è stata riscontrata una riasacerbazione dei sintomi durante la **perimenopausa** con aumentato rischio di ricadute.

Come si cura il Disturbo Bipolare

I pazienti non trattati sono purtroppo un numero enorme perché il Disturbo Bipolare spesso non viene diagnosticato correttamente o non diagnosticato affatto. La diagnosi errata tipica è quella di depressione, perché chi soffre di ipomania non si rivolge mai al medico, ingannato dalla sensazione di benessere che prova. Educazione e psicoterapia sono molto importanti. È bene lavorare con il paziente ed i suoi familiari sulla conoscenza ed accettazione della patologia attraverso un intervento psicoeducazionale focalizzato sul disturbo stesso. Questa ha una grande efficacia sul modo nel quale il paziente pensa e gestisce la sua vita. La diagnosi precoce e l'intervento appropriato sono, pertanto, decisivi per un'efficace gestione della malattia. Diversi sono i farmaci efficaci nella cura del Disturbo Bipolare, ma nessuno è efficace per tutti i pazienti, nelle varie fasi del decorso della malattia. Per gran parte dei pazienti, è necessario più di un farmaco per un controllo ottimale dei sintomi. L'uso di una terapia stabilizzante è necessario per evitare la ricorrenza di episodi maniacali o depressivi che nel tempo, se non trattati, possono presentarsi con maggiore frequenza ed intensità. Il litio è ancora il fondamento del trattamento della malattia. Può essere usato come monoterapia o, più spesso, in combinazione con altri farmaci, come antipsicotici, benzodiazepine o antiepilettici. Il litio, tuttavia, non è efficace in ogni paziente (i soggetti con mania mista o ciclicità rapida tendono a presentare risposte insoddisfacenti) e fino al 50% dei pazienti incorre in ricadute durante il trattamento a lungo termine.

I recenti progressi hanno ampliato la scelta delle terapie farmacologiche. Farmaci antiepilettici come la carbamazepina, il valproato di sodio e la lamotrigina, sono oggi riconosciuti come farmaci appropriati per il trattamento del disturbo bipolare, sia nella fase acuta che di mantenimento. Inoltre, sempre più evidenze suggeriscono che i farmaci antipsicotici atipici sono efficaci nel trattamento della mania bipolare. Potrebbero rendersi necessarie, durante l'evoluzione del disturbo, modifiche nella dose o nel tipo di farmaci così come modifiche nel metodo di cura. In aggiunta ai farmaci sono fondamentali la psicoterapia, la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia familiare, per permettere di riconoscere il disturbo e sviluppare la capacità di fronteggiare le cause che possono innescarlo.

I disturbi psichiatrici nei cicli vitali della donna

Il pensiero, il comportamento, i tratti di personalità di ogni individuo originano da complesse basi biologiche. Una predisposizione genetica che proviene dal nostro patrimonio cromosomico, una vulnerabilità alle modificazioni ormonali e l'interazione di proteine presenti nel cervello chiamate neurotrasmettitori, costituiscono una miscela potente per sostenere ed influenzare la vita di una donna. Tuttavia a questo controllo biologico si aggiunge la capacità del nostro cervello di modularsi e di poter modificare gli effetti degli stimoli neuro-chimici attraverso la potenzialità che la mente umana possiede di interagire con l'ambiente, con gli stimoli che riceve dal mondo esterno verso i quali entra in contatto e muove strategie di adattamento, soluzioni di sopravvivenza allo stress, creatività ed intelligenza. È importante sapere che alla base di determinati comportamenti o disturbi del carattere, come accade a molte donne nei giorni che precedono il ciclo mestruale, gli ormoni femminili (in modo particolare il progesterone) possono condizionare il cervello di una donna portandolo a registrare ed a reagire in modo diverso alla realtà quotidiana.

Menarca

*Il cervello femminile è opera di un raffinato e continuo processo di integrazione tra evoluzione, biologia, ambiente e cultura e possiede caratteristiche e peculiarità che lo distinguono da quello maschile. La funzione di generare e promuovere la continuità della specie è inscritta nel nostro dna, nei processi ormonali e nei circuiti cerebrali. Non importa se una donna diventerà realmente madre oppure no, la complessa e sofisticata attrezzatura biologica di cui la donna è corredata inesorabilmente produce effetti legati a questo scopo. Nell'adolescenza, con l'avvento del menarca, la nuova tempesta ormonale promuove atteggiamenti e comportamenti di seduzione, di attrazione verso il mondo maschile che nell'infanzia non sono presenti. Emerge il desiderio di piacersi per piacere, di conquista ma anche di predisposizione a costruirsi una rete sociale fatta di amicizie intime, capaci di realizzare il bisogno di sentirsi apprezzate, di conferme esterne e di avere solidi legami affettivi. Tutto ciò le adolescenti ma anche le donne adulte lo soddisfano attraverso il **linguaggio**; la parola è un potente strumento per costruire relazioni femminili. Non a caso alcune aree del cervello deputate al linguaggio sono più ampie nella donna rispetto all'uomo. Raccontarsi, scambiarsi intimità ha un valore nel mondo femminile che supera la semplice funzione comunicativa, da questo "parlare al femminile" le donne traggono un piacere enorme e ne è riprova che tanto la **dopamina**, neurotrasmettitore del piacere, che l'**ossitocina**, ormone che promuove i processi di attaccamento, sono attivati ed aumentati nella loro produzione. Anche questa solidarietà femminile e la comunicazione affettiva sulla quale si basa sono requisiti indispensabili per contribuire alla realizzazione della complessa funzione materna. La costruzione di una rete di supporto femminile è stata per molte generazioni passate e lo è ancora in molte realtà del mondo, un supporto funzionale e sovente indispensabile per gestire e crescere un figlio. Donne di contorno alla gestante o alla puerpera, capaci di promuovere sostegno, di fornire indicazioni, di vicariarne la funzione in un patrimonio di conoscenze, di gesti tramandati, di ritualizzazioni consacrate e di attenzioni percepite che solo un mondo*

femminile è capace di promuovere in una complicità di ascolto e di linguaggio che comunica non solo parole ma anche emozioni ed affetti. Una donna può sintonizzarsi con il piacere procurato dalla dopamina e dall'ormone ossitocina non solo nell'intimità sessuale, quando raggiunge l'orgasmo ma anche in quelle condizioni ambientali che promuovono il benessere ed una sensazione di soddisfacimento come lo sono i legami tra amiche nel periodo dell'adolescenza o tra donne nell'età adulta o nell'esperienza di maternità. Ciò che importa è come il cervello femminile sia attrezzato a promuovere e consolidare legami affettivi, a cercare abilità per costruire rapporti stretti con il prossimo, a sviluppare interazioni sociali affidabili e funzionali ad uno scopo protettivo e di difesa da stressor ambientali. Tutto ciò è attuato dalla donna sia madre o manager, sia single o coniugata. **Si tratta di predisposizioni, di requisiti femminili che possono essere declinati in qualsiasi circostanza e condizione di vita e ambientale; è compito di ogni singola donna decidere come impiegare queste potenzialità, queste risorse biologiche che solo la volizione, l'ingegno, la creatività, il desiderio ed il bisogno rendono attuabili in un modo costruttivo o dispersivo.**

Sindrome Premestruale (SPM)

Gli sbalzi ormonali degli estrogeni e del progesterone nel cervello di una giovane adolescente determinano delle variazioni settimanali nella sensibilità e reattività allo stress che l'accompagneranno per tutta la sua vita fertile sino alla menopausa. Nelle prime due settimane del ciclo mestruale sono gli ormoni estrogeni ad avere il sopravvento; questi sono i giorni in cui una donna si può mostrare più tranquilla, rilassata con maggiore predisposizione alla socializzazione. È nelle due settimane successive, quando agli estrogeni si sostituisce un più alto picco di progesterone che compaiono le modalità disfunzionali e reattive che sovente le sole condizioni ambientali o familiari non riescono a spiegare. Genitori perplessi non si capacitano di inspiegabili eccessi d'ira e nel futuro compagni attenti sapranno che "in quei giorni" è meglio interagire il meno possibile con la propria consorte. In questi giorni alcune donne si sentono scombuscolate da questi cambiamenti ormonali tanto da vivere con disagio ed apprensione i giorni del premenstruo. Sovente sono irritabili, irascibili, insofferenti oppure cupe ed in stato di allarme. Sapere che esiste una spiegazione biologica a questi comportamenti permette di sospendere giudizi e recriminazioni e di valutare possibili strategie di adattamento in quei giorni faticosi senza sentirsi colpevolizzate o in balia di un'ignota forza che adombra ed oscura per tutti gli anni della vita feconda, in ogni mese, alcuni giorni di vita.

I domini di presentazione della SINDROME PREMESTRUALE sono quello fisico e quello psichico:

Dolori	Sintomi Fisici	Sintomi Psicologici	Comportamento
Cefalea	Gonfiore seno	Depressione	Deficit Performance
Dolore schiena	Dolore al seno	Irritabilità	Diminuzione della concentrazione
Dolore stomaco	Gonfiore addome	Ansia	Difficoltà sonno
Dismetabolici	Desiderio cibo	Tensione	Assenza lavoro
	Aumento appetito	Irrequietezza	Uso analgesici
	Aumento peso	Sonnolenza	Permanenza letto
	Aumento sete		
	Stitichezza		
	Diarrea		
	Acne		
	Vertigini		

Una relazione significativa si è osservata tra frequenza e gravità di presentazione della sintomatologia in premenstruo: il 41% delle donne non presenta sintomi, il 22% ha sintomi fisici moderati, il 29% presenta sintomi psichici moderati mentre l'8% manifesta una sintomatologia premenstruale intensa. Quando la sindrome premenstruale diventa così disadattativa e disfunzionale da intralciare la vita di una donna e la gestione di situazioni sociali e lavorative può risultare compromessa in quei giorni del ciclo, si parla di Disturbo Disforico Premestruale (DDPM): la condizione più grave per intensità e compromissione della Sindrome Premestruale.

Quali sintomi compaiono nel Disturbo Disforico Premestruale (DDPM)

- Marcata labilità affettiva
- Ira o irritabilità persistente
- Marcata ansia, tensione
- Umore notevolmente depresso
- Diminuito interesse alle attività abituali
- Facile stancabilità
- Difficoltà soggettiva a concentrarsi
- Marcata modificazione dell'appetito
- Alterazione del sonno
- Altri sintomi fisici

Vi sono donne che nella loro storia hanno sofferto di disturbi d'ansia o di depressione che presentano un peggioramento dei sintomi psichici in fase premenstruale o hanno esordito la patologia psichiatrica in questa fase del ciclo.

I sintomi della SPM o del DDPM possono aumentare con l'età e dopo aver avuto un figlio, in caso di assunzione o sospensione di un contraccettivo orale o in seguito a chirurgia pelvica.

Come trattare la Sindrome ed il Disturbo Disforico Premestruale

Rispetto ad una condizione di lieve entità sarà sufficiente intervenire sullo stile di vita: esercizio fisico, cambiamenti nella dieta alimentare con sospensione di sostanze eccitanti come la caffeina, utilizzo di farmaci da banco -calcio (1 g) - magnesio (400 g), controllo nella regolazione del ritmo sonno-veglia.

Quando compaiono prevalentemente sintomi fisici bisogna intervenire con terapie mirate come lo Spironolactone per controllare il gonfiore e dolore mammario o la terapia contraccettiva estroprogestinica per ovviare ai dolori addominali ed ai crampi. Se sono invece predominanti i sintomi psichici si può tentare con la terapia contraccettiva orale, meglio se monofasica ad alto dosaggio di ormoni, tuttavia diverse evidenze hanno mostrato un effetto inverso rispetto a quello desiderato: "la pillola" può procurare un peggioramento dell'umore con ansia e disforia.

Pertanto un rimedio più efficace è quello di avviare una terapia farmacologica con antidepressivi della categoria degli SSRI o gli SNRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina o della serotonina/noradrenalina) che agiscono sulla cascata ormonale del progesterone ed aiutano a correggere i sintomi psichici. Si può applicare a fasi alterne con somministrazioni che iniziano qualche giorno prima del mestruo e terminano pochi giorni dopo l'inizio del ciclo oppure con una somministrazione in continuum. Evidentemente questa scelta deve essere valutata attentamente con uno specialista in modo da calcolare rischi e benefici del trattamento prima della sua applicazione.

Costruirsi un **diario giornaliero** che metta in evidenza la comparsa e l'intensità dell'ansia o dell'irritabilità e dell'umore depresso per diversi mesi (3-4) consecutivi può essere un utile strumento per percepire con maggiore obiettività la presenza e l'andamento della sindrome premenstruale.

Come costruire la tabella mensile che identifica la Sindrome Premestruale

- Scegliere un primo mese di osservazione al quale è bene far seguire almeno 3 mesi di osservazione consecutiva (es: gennaio, febbraio, marzo, aprile)
- Costruire una tabella con tutti i giorni del mese
- Inserire i sintomi psichici che si presentano in modo più frequente
- Definire un'intensità del sintomo: - = assente + = lieve ++ = moderato +++ = grave
- Identificare l'ultima settimana che precede il ciclo mestruale ***
- Verificare l'andamento dei sintomi

Giorno	Ansia	Irritabilità	Depressione	Altro Sint. Psicico ricorrente
1 Gennaio***	++	+++	-	-
2 Gennaio***	++	+++	-	-
3 Gennaio***	++	+++	-+	-
4 Gennaio***	++	+++	-+	-
5 Gennaio***	-+	-+	-	-
6 Gennaio	-+	-+	-	-
7 Gennaio	-	-	-	-
8 Gennaio	-	-	-	-
<i>Successivi giorni del mese</i>				

In questo esempio l'andamento dei sintomi durante l'intero ciclo evidenzia nei 5 giorni prima della mestruazione (tarda fase luteinica) un aumento della quota d'ansia e di irritabilità che si riduce sino a scomparire nei giorni successivi.

Esistono dei semplici programmi gratuiti che si possono scaricare da internet per individuare la precisa cadenza del ciclo mestruale e di conseguenza dei giorni del premenstruo.

Gravidanza e Puerperio

La mente materna subisce un'evoluzione speciale: durante tutta la gravidanza il suo cervello è immerso nei neuroormoni prodotti dal feto e dalla placenta e tutto ciò è in grado di promuovere cambiamenti rilevanti nel cervello di una donna. Durante i primi due-quattro mesi di gestazione il progesterone aumenta da dieci a cento volte la sua concentrazione avvolgendo il cervello in un beato stato di sedazione simile a quello determinato dai farmaci ansiolitici. Così in gravidanza l'effetto "calmante" del progesterone in sinergia con l'elevato livello di estrogeni aiuta a proteggere la futura madre dalle insidie dello stress. Intanto il feto e la placenta collaborano a reagire allo stress attraverso la produzione di alti livelli di cortisolo che hanno la funzione di preparare la futura mamma ad una serie di funzioni ed abilità del tutto nuove che la impegneranno per la prima volta in una prova di capacità mai sperimentata sino al compimento della maternità. Anche la struttura e la forma del cervello cambiano durante la gravidanza, si ristrutturano e si modificano i circuiti cerebrali, la plasticità delle cellule nervose si offre come supporto al cambiamento, alla realizzazione della funzione materna. Ad incoraggiare e promuovere le capacità materne di attaccamento, protezione, riconoscimento degli odori e del pianto del proprio bambino con il parto intervengono di nuovo l'ossitocina e la dopamina. È vero la biologia attrezza la donna alla fisiologica funzione di generare e mantenere in sopravvivenza la prole ma ciò che rende una donna madre è poi il tempo di generarsi come tale, di sentirsi madre, di esprimere quel sentimento materno che è ben lontano dall'istinto naturale e che rende la donna talvolta perplessa quando non si è in grado di percepirsi sin dalla gravidanza o dal parto come madri a tutto tondo, soddisfatte del nuovo ruolo e pienamente fuse con il proprio bambino. Per alcune donne (circa il 13%) si può trattare di una condizione patologica, di un episodio depressivo nel post-partum caratterizzato da ben specifici sintomi della sfera affettiva, cognitiva e neurovegetativa. In questo caso una specifica predisposizione biologica ad ammalarsi di depressione coniugata con una personale vulnerabilità ormonale sono la condizione determinante di base sulla quale si struttura in un'epoca di cambiamento, la depressione puerperale. Per molte donne la difficoltà di "sentirsi madri" è invece inscritta in un loro cammino evolutivo, dove pregressi vissuti, esperienze del passato, elementi affettivi e di relazione con le figure genitoriali si rimescolano tra loro con più forza e potenza di impatto in un'epoca di trasformazioni e di crisi quale è la maternità. Vi sono così donne che si sentono madri già di fronte ad un gravindex positivo, che dialogano con il proprio bambino quando ancora è un principio di cellule ed altre che timorose non osano confessare che il proprio figlio è loro ancora estraneo alla nascita, quando lo prendono in braccio o lo allattano.

Ogni donna ha un suo tempo per diventare madre, non sempre il tempo fisiologico e biologico coincidono con il tempo interno di "attesa" e di gestazione. Oggigiorno le donne sono attrezzate per garantirsi una maternità il più possibile sana, tutelata rispetto alla salute del proprio corpo e del feto, ma poco sono accompagnate in un percorso di sostegno alla loro maternità e non alla nascita del proprio figlio. Sanno tutto in termini ostetrico-ginecologici, nulla degli accadimenti interni alla propria psiche. Le evidenze biologiche ed ormonali che sottendono a comportamenti e pensieri femminili vengono negate come se parlare anche di questioni chimiche e di neurotrasmettitori e di circuiti cerebrali fosse un modo per rendere riduttivo o per delegare a cause fisiologiche l'esperienza della maternità. Una corretta conoscenza scientifica insieme ad un'analisi più attenta alle dinamiche interne che accompagnano ogni donna nel processo di maternità dovrebbero integrarsi nel rispetto dell'informazione per fornire un supporto funzionale e formativo al futuro ruolo di madre.

Depressione e ansia in gravidanza

L'approccio alla depressione puerperale non si deve collocare solo nel periodo post-natale altrimenti rischia di essere tardivo e solo parzialmente efficace sul decorso dei sintomi psichici che si possono verificare nella maternità. Diversi sono i fattori di rischio che è bene considerare già in epoca prenatale tra questi in modo particolare hanno rilevanza una depressione in gravidanza associata ad una storia positiva per depressione, la presenza di ansia in gravidanza, la presenza di disturbi del sonno, e una scarsa tolleranza al dolore. Anche l'assetto strutturale di personalità di una donna può contenere elementi di rischio come tratti di perfezionismo e di controllo che possono rendere complessa la gestione di una gravidanza vissuta come elemento nuovo da imparare a gestire senza perdere l'equilibrio e la stabilità ormai raggiunta ed assestata da tempo oppure una bassa autostima, una scarsa considerazione delle proprie abilità e risorse nel saper affrontare una nuova esperienza. Inoltre anche l'ambiente, il contesto nel quale vive e si confronta una donna è importante perché capace di modularne l'assetto biopsichico. Così eventi di vita accaduti nell'anno prima della gravidanza e individuati dalla futura madre come particolarmente stressanti o negativi possono essere predittori di depressione pre e post-natale. Anche uno scarso supporto sociale in modo particolare quello del proprio partner sembra incidere come fattore di rischio sullo sviluppo di una psicopatologia in maternità. Altri fattori ambientali sono sicuramente da ricontestualizzare rispetto al contesto socioculturale vissuto dalle donne oggi, così a fronte di dati di letteratura che ancora evidenziano i livelli socioeconomici più disagiati come a rischio patologico vi sono sottogruppi di puerpere depresse che appartengono ad un livello scolastico ed economico di medio-alto profilo, con partner e con un'attività lavorativa. È verosimile che anche questo nuovo modello di vita proponga elementi disadattativi e di stressor da rivisitare o meglio da prendere in considerazione non più come fattori protettivi ma come condizioni di rischio alla patologia. **La gestione dell'ansia primaria e dei suoi correlati somatici** si dimostra un intervento preventivo assai funzionale nella gravidanza. La gravidanza è accompagnata spesso da sintomi fisici, particolarmente evidenti nel primo trimestre. In questo periodo, infatti, la nausea e il vomito sono molto frequenti (50-70% delle gravide), ma se perdurano o assumono una particolare gravità divengono oggetto anche di interesse psicologico. Lo stato d'ansia aumenta progressivamente con il progredire della gravidanza con valori più alti nel 3° trimestre. Soprattutto la presenza di ansia alla 32° settimana predice un significativo aumento della depressione nel periodo post-natale. Anche la **depressione**, soprattutto quella in fase attiva, può influire negativamente sul decorso della gravidanza e sulla salute del nascituro: possono essere alterate le capacità di autogestione della madre (cura di sé, alimentazione), possono essere messi in atto comportamenti rischiosi (abuso di alcool e di sostanze, comportamenti incontrollati) o francamente autodistruttivi, e la perdita di energia e di volontà possono provocare uno scarso interesse alla gestione della gravidanza con una trascuratezza verso la propria salute e quella dal nuovo nato.

QUALI STRATEGIE ADOTTARE:

- L'ansia leggera può essere controllata con interventi di **rilassamento muscolare** (come quello progressivo di Jacobson). La tecnica consiste in una sequenza organizzata di esercizi di contrazione e decontrazione di gruppi muscolari, coinvolgendo tutti i segmenti corporei.
- Altre tecniche di controllo del corpo e del respiro.
- Interventi preventivi sul **decorso e sulla tutela del sonno** in gravidanza e nel puerperio possono risultare strategie protettive di estremo interesse per evitare una sintomatologia conclamata.
- L'ansia intensa e disturbante deve prevedere la possibilità di un approccio di **psicoterapia** mirato, capace di far regredire i sintomi e se necessario un **intervento farmacologico** che impostato in modo competente da specialisti psichiatri aiuta a controllare il disturbo.

Rispetto alla **psicoterapia** può essere consigliabile sia un intervento psicoterapeutico individuale che di coppia nella forma di counseling o di una psicoterapia strutturata, mentre la terapia di gruppo può essere meno utilizzabile per l'inevitabile interruzione che segue al parto anche se l'esperienza del gruppo favorisce dinamiche di condivisione e di supporto.

Rispetto **all'intervento farmacologico** l'impiego degli antidepressivi nel primo trimestre di gravidanza deve tenere conto del fatto che esistono segnalazioni di anomalie dello sviluppo fetale (chiamato teratogenicità) provocate da questa categoria di farmaci anche se non tutti gli antidepressivi hanno lo stesso indice di tossicità fetale ed alcuni della classe degli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) sono ritenuti sostanzialmente compatibili con lo stato di gravidanza. Durante la gravidanza si verificano una serie di alterazioni della fisiologia dell'organismo della donna che possono influire significativamente su metabolismo, dosaggio efficace ed effetti collaterali dei farmaci. Comunque, posologia o durata del trattamento devono essere personalizzate tenendo conto delle alterazioni funzionali fisiologiche in gravidanza, come la comparsa di vomito, la riduzione del 30-40% della capacità di svuotamento gastrico o il metabolismo epatico che può subire delle alterazioni durante il periodo della gravidanza determinate dagli ormoni ed un incremento della funzionalità epatica provocando un'accelerazione nel metabolismo dei farmaci. Durante il periodo della gravidanza possono quindi rendersi necessari **aggiustamenti posologici, differenti da molecola a molecola e da donna a donna, che necessitano di adeguato ed attento monitoraggio**. La scelta di interrompere, proseguire o non prescrivere un trattamento psicofarmacologico deve pertanto essere basata su fattori clinici oggettivi, ed una adeguata valutazione dei rischi legati al trattamento o al non trattamento deve essere discussa e condivisa con la madre.

Un **approccio integrato** dove farmaco e psicoterapia lavorano insieme è il miglior intervento terapeutico che si possa strutturare con il quale si raggiunge il maggior successo di guarigione dai sintomi.

I disturbi dell'umore nel post-partum

BABY BLUES

Non è considerato un vero e proprio disturbo, perché è legato alle brusche variazioni ormonali che avvengono qualche giorno dopo il parto e tende ad autolimitarsi per poi scomparire definitivamente nel giro di pochi giorni. Il baby blues colpisce la stragrande maggioranza delle madri. Il suo esordio avviene nella prima settimana dopo il parto, ma i sintomi possono perdurare fino a tre settimane. **Fattori di rischio** per l'arrivo di una baby blues sono un'anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici, un'anamnesi psicopatologica positiva per depressione, la disforia premenstruale, eventi di vita stressanti, scarso adattamento sociale e sentimenti ambivalenti, modalità ansioso-depressive durante la gravidanza.

Sintomi del baby blues:

o Sbalzi di umore

o Umore labile, con facile tendenza al pianto

o Tristezza

o Ansia

o Mancanza di concentrazione

o Sensazione di dipendenza

Il baby blues è provocato da più fattori: molto importanti sono i **rapidi cambiamenti ormonali con la caduta dei livelli di estrogeni e di progesterone** che avvengono subito dopo il parto, lo stress psico-fisico legato al momento del travaglio e del parto, le possibili **complicanze fisiche del post-partum**, come i postumi dell'episiotomia o del taglio cesareo che limitano l'autonomia della madre, la **fatica fisica**, l'ansia legata all'**aumento delle responsabilità**, l'insorgenza di imprevisti o **contrastati con i familiari**, i parenti e così via. In questa situazione è molto importante poter condividere le esperienze provate con altre mamme e poter pianificare una buona divisione dei compiti con il compagno o i familiari stretti. È altresì importante riconoscere una baby blues perché il 20% delle mamme che ne soffrono svilupperà in seguito una depressione puerperale.

Come si cura la Baby Blues

La **maternità blues** data la sua transitorietà non rende necessari interventi medici e psichiatrici specifici. Informazione, rassicurazione e supporto sono sufficienti. È importante fornire indicazioni alle dimissioni dal parto circa l'assetto di vita possibilmente da promuovere nei primi mesi dopo il parto in modo particolare per quelle neo-mamme che hanno già nella loro storia dei fattori di rischio per una depressione post-partum:

- Un sonno adeguato per quantità e qualità
- Riduzione degli stress psicosociali
- Eliminazione di caffeina, nicotina ed altro
- Indicazioni al rilassamento del corpo

Depressione Post-Partum Maternity Blues

Una serie di condizioni è stata individuata come più frequente nelle madri che sono andate incontro a depressione post-partum. I principali fattori di rischio individuati e confermati come elementi di vulnerabilità alla depressione puerperale sono:

o Storia personale di depressione

o Episodi di ansia o depressione durante la gravidanza

o Relazione di coppia conflittuale

o Carenza di supporto pratico/affettivo (partner o familiari)

o Eventi traumatici nell'ultimo anno (lutti)

Le cause della depressione post-partum sono molteplici e non del tutto chiarite, in gioco ci sono:

a) **fattori ormonali**, in particolare di tipo sessuale e tiroideo, e fattori legati ai livelli dei neurotrasmettitori; b) **fattori fisici**, per esempio la stanchezza indotta dai ritmi imposti dal bambino. La fatica del post-partum diventa un potente induttore di stress che a sua volta agisce sul sistema immunitario materno riducendo le sue capacità di difesa e di reazione tanto da rendere una donna più vulnerabile alla depressione; c) **fattori psicologici**, una personalità caratterizzata dalla bassa autostima o tendente al perfezionismo; d) **fattori sociali**, come la giovane età, l'inesperienza e la scarsità di aiuto e sostegno; e) **fattori cognitivi**, come il nutrire aspettative irrealistiche sull'essere madre o sul bambino. La **depressione post-partum** insorge nel 13% delle donne durante le prime settimane dopo il parto mentre il 14,5% di donne ha un nuovo episodio depressivo maggiore o minore nei primi tre mesi post-partum e il 20% delle neomadri sperimenta una depressione puerperale nel primo anno dopo il parto (dati 2008). Esordisce generalmente dopo 3-4 settimane dal parto ma può avere un esordio anche tardivo dopo alcuni mesi sino ad un anno dal parto.

Sintomi della depressione post-partum

Le madri affette da questa patologia provano un'**eccessiva preoccupazione** o **ansia**, sono estremamente **irritabili** e si sentono **sovraccariche** e **sotto pressione**; è spesso

presente una generale **difficoltà nel prendere decisioni**, l'umore è **depresso**, sono frequenti sentimenti di **colpa** e **perdita di speranza nel futuro** unita ad una marcata **perdita di interesse** o di piacere nel fare le cose. Sia il **sonno** che **l'appetito** sono **compromessi**: il sonno è disturbato e la neo-mamma non riesce a recuperare il sonno perso per l'allattamento neppure nei brevi intermezzi a disposizione. Anche l'appetito può variare grandemente, dalla drastica inappetenza a franchi episodi di abbuffate; possono comparire sintomi fisici (solitamente dolori, debolezza muscolare). Alcuni sintomi specifici riguardano la relazione madre-bambino e spesso acquiscono nella madre sentimenti di colpa, vergogna e inidoneità al ruolo di madre. In particolare è molto frequente:

- Avvertire il **bambino come un peso** “mi dà fastidio”.
- **Non riuscire a provare emozioni** nei confronti del bambino “mi chiedo se riuscirò mai a volergli bene”.
- Sentirsi **inadeguate nella cura del bambino**, “non sono capace di crescerlo”.
- Avere pensieri di avversione verso il bambino e la paura di restare sole con lui.
- Pensare di essere **madri e mogli incapaci**.
- **Non riuscire a concentrarsi** nelle cose quotidiane, che hanno a che fare con **l'interazione madre-bambino** (riconoscimento dei bisogni reciproci, sintonizzazione emotiva, le semplici cure parentali).

È importante ricordare che una **depressione post-partum non curata** tende a cronicizzare, inoltre la madre depressa nel post-partum diminuisce la capacità di prendersi cura del neonato in modo adeguato e sembra avere una minore possibilità di sviluppare un'armonica relazione con il proprio figlio manifestando **difficoltà nell'interazione** con il nascituro. Non è legata al carattere e non è un segno di debolezza e soprattutto non vuole assolutamente significare che la persona colpita non sia adatta a svolgere il ruolo di madre.

Come si cura la Depressione Post-Partum

La depressione puerperale deve essere gestita come un episodio depressivo che incorre nell'arco della vita, senza sottovalutarlo ritenendolo capace di risoluzione spontanea. Prima si avvia il trattamento adeguato più rapido sarà il decorso e migliore la prognosi. Sostanzialmente le linee di intervento farmacologico per la depressione puerperale non differiscono da quelle utilizzate per guarire un episodio depressivo maggiore. La condizione che può creare perplessità nell'uso degli antidepressivi in post-partum è l'allattamento. È inevitabile qualora una madre decida di allattare mentre assume una terapia farmacologica considerare che anche il neonato verrà esposto al farmaco. L'allattamento non solo contribuisce a creare e stabilizzare il legame madre-bambino, ma assolve anche ad importanti compiti biologici (passaggio di anticorpi, enzimi digestivi, ormoni, fattori della crescita) che contribuiscono ad una armonica e sicura crescita del neonato. Appare quindi importante, quando possibile, assicurare l'allattamento al seno del bambino, pur con qualche precauzione. La salute del neonato dipende in larga misura dalla salute sia fisica ma anche mentale della madre. Inoltre un quadro psichico compromesso impedisce alla donna di svolgere con competenza la sua funzione materna. La decisione di sospendere l'allattamento o di contestualizzare l'assunzione di un farmaco all'interno di un percorso di allattamento da “personalizzare” in relazione alle esigenze del neonato ma anche alle necessità della madre (come l'allattamento misto) deve essere valutata attentamente con la madre in un contesto di sinergia specialistica (ginecologo + neonatologo + pediatra). Diversi interventi si possono combinare con la terapia farmacologica là dove necessaria, come il supporto alla nuova coppia genitoriale, interventi psicoeducativi che spiegano cos'è la depressione e come affrontarla volti non solo alla neo-mamma ma anche al contesto familiare ed ancora interventi strutturati di psicoterapia, sia individuale che di gruppo. Le strategie terapeutiche attualmente più efficaci tendono ad utilizzare interventi combinati di tipo farmacologico e di psicoterapia.

Psicosi Post-Partum

Diversi Autori concordano nel ritenere la **psicosi post-partum** come la forma di evoluzione più grave della depressione puerperale. La psicosi post-partum si manifesta in meno di 2 casi ogni 1000 parti. L'esordio di solito inizia 3 settimane dopo il parto e spesso anche nell'arco di pochi giorni.

Sintomi caratteristici:

- agitazione - insonnia - irritabilità : sono i primi sintomi a comparire
- umore depresso o euforia
- comportamento disorganizzato
- deliri specifici, ossia idee o insieme di idee che non hanno nessuna corrispondenza con i dati della realtà (convinzione che il bambino sia malato, che abbia poteri speciali...)
- allucinazioni percezioni di cose o eventi inesistenti ma ritenuti reali; tipicamente coinvolgono i sensi della vista e dell'udito, (voci a contenuto imperativo che ordinano alla madre come comportarsi o a contenuto denigratorio che commentano in modo malevole i comportamenti della madre)

Un aspetto problematico di questo disturbo è che la donna non riesce a riconoscere di avere una patologia grave, lo scarso contatto con la realtà lo rende praticamente impossibile, e spesso non accetta il trattamento. Poiché la psicosi post-partum comporta un rischio di suicidio, negligenza nella cura del bambino o infanticidio (1 caso su 50.000), le pazienti vengono in genere ricoverate.

Come si cura

Si tratta di un'emergenza psichiatrica che richiede un trattamento in urgenza sovente è necessario il ricovero; se presa in tempo, spesso la risoluzione può essere rapida e positiva con una durata non superiore ai 3 mesi. Inoltre le donne il cui primo episodio psicotico avviene nel periodo post-partum presentano un rischio elevato (60%) di manifestare una ricorrenza del disturbo e pertanto dovrebbero essere seguite per anni.

Menopausa

Tra i 40-50 anni si avvia quel periodo denominato PERIMENOPAUSA quando la donna è ancora fertile ma i suoi ormoni iniziano una danza non più armonica, con passi e cadenze regolari, ma alterata perché ovaie e cervello non sono più in sincronia. Così i cicli mestruali iniziano a diventare irregolari, si propongono di mese in mese a diversa distanza tra loro, in anticipo o in ritardo, sono diversi nel flusso e nei sintomi fisici. Compaiono i disturbi neurovegetativi come le vampate di calore e le sudorazioni notturne e può arrivare anche la depressione. In modo particolare i due - otto anni che precedono la menopausa conclamata (cioè l'assenza di cicli mestruali per almeno un anno consecutivo collocata intorno ai 50 anni) sarebbero il periodo più a rischio per la depressione. Inoltre maggiormente esposte sono le donne che soffrono di sintomi neurovegetativi e che nella loro storia hanno sofferto di sindrome premestruale o di depressione post-partum. Questo a significare che una storia di vulnerabilità alle oscillazioni ormonali renderebbe alcune donne più a rischio di depressione in perimenopausa quando queste modificazioni estrogeniche si ripropongono. Quale può essere il motivo di ciò?

La graduale sottrazione di estrogeni che avviene in perimenopausa espone il nostro cervello ad una quota sempre più bassa di questo ormone le cui funzioni trofiche, di nutrimento e di stimolo per l'attività cerebrale, sono state di sostegno per molti anni di vita in una donna. Così l'umore depresso accompagnato da una costellazione di sintomi neurovegetativi (disturbi dell'appetito o del sonno) e cognitivi (perdita di concentrazione, vuoti di memoria) può essere determinato dai bassi livelli di estrogeni che a loro volta riducono le sostanze neurochimiche deputate al buon umore quali la serotonina, la norepinefrina e la dopamina.

I disturbi del sonno sovente indotti dalle sudorazioni notturne sono a loro volta promotori di depressione scardinando quel fisiologico e sano ritmo sonno-veglia che evita la comparsa o il peggioramento di un episodio depressivo in chi ne è predisposto.

Quali donne sono a rischio di depressione in menopausa?

- *Donne con precedenti sindromi dell'umore correlate alla riproduzione, con una "probabile sensibilità ormonale"*
 - *Disturbo Disforico Premestruale;*
 - *Depressione Post-Partum;*
 - *Modificazioni del tono dell'umore con terapia contraccettiva.*
- *Donne che riferiscono intensi sintomi di menopausa*
 - *Vampate di calore (hot flashes) associate ad ansia;*
 - *Deprivazione del sonno che può sviluppare ulteriori sintomi.*
- *Donne che mostrano una disponibilità negativa verso la loro salute*

Quali sintomi caratterizzano la depressione in menopausa?

Si tratta di sintomi che ricorrono anche nei disturbi psichici presenti nella sindrome premenstruale e nel post-partum come a sottolineare che hanno una matrice comune verosimilmente di origine biologica e ormonale.

I sintomi sono:

- *Irritabilità*
- *Stanchezza*
- *Ansia e panico*
- *Disturbi del sonno*
- *Difficoltà cognitive*

Ma sono solo la biologia ed i cambiamenti ormonali che spiegano i disturbi psichici in perimenopausa?

*Il substrato di vulnerabilità "bio-ormonale" alla depressione è sostenuto e rinforzato da quegli **elementi psico-sociali che nell'esistenza della donna in menopausa sono vissuti come condizioni di stress acuto (lutto di un genitore anziano) o cronico (cambiamento di ruolo)**, infatti la menopausa costituisce un momento di profonde modificazioni fisiche e psicologiche, attraverso le quali la donna si ritrova a fronteggiare cambiamenti radicali di prospettiva, incentrati prevalentemente sui vissuti legati al declino della fertilità e della femminilità. Il mutamento dell'immagine corporea, la perdita degli attributi acquisiti durante la pubertà, il distacco della sessualità dalla funzione riproduttiva, possono provocare **ferite narcisistiche e sentimenti di perdita e di lutto**. L'adattamento al climaterio è direttamente dipendente dalla capacità del singolo individuo di fare fronte agli avvenimenti della vita, in base alle proprie caratteristiche di personalità ed alle capacità relazionali. Vi sono donne che hanno difficoltà a collocarsi nel tempo del cambiamento, quando sfumano o si modificano le certezze conquistate nel passato e la capacità di "risettarsi" su nuove disposizioni di vita, donne nelle quali i cambiamenti fisiologici ed ormonali si integrano faticosamente a mutamenti fisici e di identità interna dove sicurezza ed ottimismo verso sé ed il mondo sono distanti. Il riconoscimento e l'accettazione della propria vulnerabilità e di quella degli altri, la capacità di riproporsi alla vita in modo creativo e curioso con la determinazione di sfruttare appieno le proprie potenzialità, soddisfatte nel lavoro, capaci di giocare, capaci di provare piacere nell'intimità e nella sessualità, permette di superare questo periodo che si potrebbe definire una **seconda adolescenza** fatta da tempeste ormonali in lento decrescere e da sovvertimenti e scossoni della propria identità femminile.*

Quali trattamenti per la depressione in perimenopausa?

Trattamento non farmacologico in menopausa.

Quando la sintomatologia ansiosa e depressiva è sfumata e lieve e non compromette la gestione della vita quotidiana:

- diario dei sintomi per meglio evidenziare quali sono i sintomi più frequenti e disturbanti
- dieta povera di sale, cioccolato e caffeina
- esercizio fisico
- riduzione di fattori stressanti
- interventi di coppia per identificare e superare i problemi con il partner
- gruppo di auto-aiuto
- psicoterapia come terapia interpersonale
- tecniche di training autogeno

L'intervento farmacologico che risulta efficace nel trattamento della depressione in menopausa è quello antidepressivo anche se emergono studi che individuano come terapia alternativa per depressioni lievi con sintomi neurovegetativi la terapia ormonale sostitutiva avviata in monoterapia o insieme alla terapia antidepressiva.

La terapia ormonale sostitutiva deve avere delle indicazioni precise e specifiche per essere somministrata e deve prevedere l'intervento di un ginecologo che avvii e monitori il trattamento.

Nella scelta dell'antidepressivo è necessario individuare una molecola ben tollerata e priva di interazioni farmacologiche in caso di associazione con altre malattie, soprattutto a carico del sistema cardiovascolare, che può essere coinvolto da specifiche patologie nell'epoca della menopausa.

Attualmente si utilizzano antidepressivi della classe degli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina o gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina e Noradrenalina, i due principali neurotrasmettitori coinvolti nei disturbi d'ansia e depressivi. Diversi studi in letteratura hanno evidenziato che questi farmaci sono efficaci contro l'ansia e la depressione ed anche contro le vampate e le sudorazioni notturne.

Domande per capire se sono depressa in menopausa

- In quale periodo di menopausa mi trovo? **Perimenopausa** – menopausa – post-menopausa
- Esiste una storia psicopatologica pregressa nella mia vita? Presenza di precedenti episodi depressivi o disturbi d'ansia.
- Quali sono i sintomi che caratterizzano la mia attuale depressione? Sono sintomi che ho già sperimentato con la Sindrome Premestruale o nel post-partum?
- Sono disturbanti e disadattativi per me questi sintomi?
- Quale intensità mostrano questi sintomi? Depressione lieve, moderata, grave.
- Sono presenti sintomi vasomotori? Vampate di calore, sudorazioni notturne.
- In passato ho assunto trattamenti farmacologici per la cura della depressione?
- È presente un trattamento con terapia ormonale sostitutiva? Assenza (controindicazione)/necessità di impostare una terapia ormonale sostitutiva.

Roberta Anniverno

Responsabile del Centro Depressione Donna, Dipartimento Salute Mentale,
A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

Claudio Mencacci

Direttore del Dipartimento di Neuroscienze e del Centro Depressione Donna,
A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano