

## Efficacia delle fitosostanze nella cura delle problematiche psicologiche della menopausa: una rassegna della letteratura recente

F. D'AMBROSIO

*“Spesso non è necessario scoprire cose nuove ma vedere con occhi differenti ciò che già conosciamo”*

A. Einstein

Il periodo menopausale, incomincia con la cessazione progressiva dell'attività ovarica, e si manifesta con una serie di alterazioni che generano una sintomatologia tipica che coinvolge la maggior parte delle donne in postmenopausa, alcune in maniera grave e altre in forma lieve.

Tale quadro clinico influenzato particolarmente dalla carenza estrogenica in maniera indiretta può essere sufficiente ad alterare l'equilibrio psicologico e affettivo della donna (D'Ambrosio, 2009). Pertanto, si ipotizza che esista una complessiva “vulnerabilità psicologica” della donna che predispone ad una risposta negativa alle variazioni ormonali.

Aslan et al. (2008) hanno dimostrato che con i cambiamenti ormonali della menopausa si associano alcune modifiche nella funzione sessuale, quali ad esempio calo del desiderio sessuale della ricettività e dell'eccitazione sessuale (Dennerstein et al., 2006), nonché un calo di energia, di motivazione e di stato di *ben-essere*, un maggiore affaticamento e variazioni dell'umore.

La problematica psicologica più controversa delle donne in menopausa, comunque, riguarda la presenza di una sindrome depressiva, probabilmente facilitata dalla ridotta produzione di serotonina (una sostanza che nel cervello contribuisce a mantenere elevato il tono dell'umore) che si osserva in questo periodo della vita della donna. Questo spiega come mai molte donne soffrono di depressione quando i loro estrogeni si riducono.

Diversi studi clinici documentano che il sintomo depressione, nel contesto della sindrome menopausale (McKinlay, Jefferys, 1974), è limitato alle forme più lievi, che non raggiungono cioè la gravità e la complessità della sindrome depressiva di specifica pertinenza psichiatrica (cfr. *American Psychiatric Association*, 1994). D'altro canto, si possono presentare situazioni differenti: la persona potrebbe essere già affetta da depressione (precedenti episodi depressivi o il verificarsi di un evento particolarmente stressante) e la menopausa rappresenta, allora, un momento scatenante; oppure non è presente la depressione nella sua accezione clinica ma uno “stato d'animo depresso”, dovuto sia ai cambiamenti ormonali sia ai pregiudizi che la donna può avere nei confronti di questa nuova condizione (Menditto e Menditto, 2002). A queste si possono aggiungere quindi problemi di natura organica, funzionale e socioambientale.

Inoltre, ricordiamo, a proposito dei sintomi depressivi, che alla luce di alcune ricerche, l'elemento primario di rischio è la difficoltà della donna ad elaborare la ferita sull'identità sessuale che deriva dalla perdita della capacità procreativa, della seduttività e della bellezza. Quest'elaborazione è resa obiettivamente più difficile da persistenti stereotipi culturali che fanno coincidere la menopausa con la stagione del declino. Studi osservazionali hanno dimostrato che nelle donne con storia di depressione la transizione menopausale si accompagna ad un significativo incremento del rischio di ricadute (Pae et al., 2008).

Tra i sintomi psichici anche l'ansia riveste un ruolo determinante nella menopausa, poiché, per diversi autorevoli studiosi, ansia e depressione possono essere aspetti diversi dello stesso disturbo psichico. In questi casi, l'ansia si manifesta come un senso di oppressione interna che sembra soffocare, oppure con dei sintomi ricorrenti e precisi quali l'insonnia, la fobia dei luoghi chiusi o aperti (claustrofobia o agorafobia), la paura di allontanarsi troppo da casa, l'impulso incontrollato ad assumere cibo (*American Psychiatric Association*, 1994).

A fronte di questi problemi possiamo, dunque, affermare che anche se non esiste una sindrome psichiatrica

Psicologo-Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica  
Professore a contratto di Psicologia Generale  
Facoltà Medicina e Chirurgia, CdL Ostetricia  
Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Membro SIFIOG  
Docente della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia  
Psicodinamica (S.F.P.I.D.)

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

trica specifica della menopausa, il periodo menopausale rappresenta una tappa di particolare importanza per l'equilibrio psico-affettivo della donna.

Ciò nonostante, oggi, grazie alla fitoterapia, esistono rimedi naturali molto efficaci nell'aiutare le donne ad affrontare questo periodo della loro vita così delicato.

In tal senso, si può comprendere come studi recenti evidenziano che le fitosostanze stanno divenendo di uso comune nel trattamento di problematiche di tipo psicologico nelle donne in menopausa, anche a causa della continua richiesta che viene fatta dalle pazienti, consentendo così di ottenere un miglioramento della qualità della vita (Unfer, 2008).

Gli studi scientifici sull'uso della fitoterapia in menopausa ci suggeriscono che sono principalmente le forme su base psichica a rispondere a questo tipo di terapia (Formenti, 1999; Fetrow, Avala, 1999; Di Stanislao, Giannelli et al., 2001). A tale proposito, alcuni autori statunitensi (AA.VV., 2000) valutando l'efficacia delle fitosostanze hanno dimostrato che, nei soggetti con ansia e depressione e problematiche sessuali, i rimedi fitoterapici sono farmaci di prima scelta.

Casini et al. (2006) hanno rilevato gli effetti dei fitoestrogeni nel miglioramento del rendimento mentale e del tono dell'umore. Secondo gli Autori, i risultati aggiungono ulteriore interesse al campo di azione dei fitoestrogeni suggerendone anche un possibile impiego per risolvere le problematiche psicologiche che spesso accompagnano la sintomatologia della menopausa.

Vi sono in letteratura buone evidenze scientifiche sull'*Erba di S. Giovanni* o *Iperico* per il trattamento della depressione (Wong et al., 1998). I principi attivi dell'*Iperico* sono in particolare costituiti dall'ipericina, dall'iperforina e dai flavonoidi. Il loro meccanismo d'azione sembra legato ad un'inibizione del reuptake della serotonina a livello post-sinaptico, con aumento della trasmissione serotoninergica, analogamente ai farmaci antidepressivi di seconda generazione (Harrer et al., 1994; Maidment, 2000; Behnke et al., 2002). Oltre a questo, inibisce, la captazione di norepinefrina e di dopamina, e si lega ai recettori del GABA (Cott, 1997).

In uno studio clinico, Linde et al. (1996), hanno riscontrato in pazienti non ricoverati con depressione lieve e moderata, l'effetto dell'*iperico* già dopo 2-4 settimane di trattamento e l'assenza di effetti collaterali di rilievo, come deficit delle funzioni cognitive, ad eccezione di un'aumentata fotosensibilità nei soggetti di pelle chiara. In uno studio successivo, Linde et al. (2005), acquisirono ulteriori informazioni sull'efficacia dell'*iperico* nel trattamento della depressione lieve e moderata evidenziando effetti paragonabili agli altri più comuni antidepressivi, quali fluoxetina e paroxetina (Vorbach et al., 1994; Whiskey et al., 2001), mentre sono ancora insufficienti e talvolta danno risultati sfavorevoli i dati sull'efficacia nel trattamento della depressione maggiore

(Shelton et al., 2001). Si deve, inoltre, ricordare che l'*Iperico* presenta interazioni con alcuni farmaci; è quindi importante che la somministrazione del preparato avvenga solo su prescrizione medica (Grube, 1999). Comunque sia nessun serio effetto collaterale è stato riportato dall'analisi dei risultati degli studi clinici, solo una serie di effetti minori a carico del sistema gastrointestinale e altri come affaticamento, secchezza delle fauci, vertigini (Harrer et al., 1994; Woelk et al., 1994), e risulta controindicato in gravidanza, allattamento e fotoposposizione (Newall et al., 1996).

Alcuni dei rimedi naturali studiati con maggiore rigore scientifico per il trattamento delle situazioni ansiose, sembrano essere la Kava e la Valeriana.

In particolare, le proprietà sedative della Kava hanno fatto sì che la pianta venisse nel tempo utilizzata durante rituali religiosi o cerimonie sociali o come pianta medicinale presso le popolazioni dell'Oceania, come descritto da J. Cook nei suoi racconti di viaggio. Le sue proprietà sembrano essere ansiolitiche e miorelassanti sovrapponibili a quelle delle benzodiazepine (Almeida & Grimsley, 1996).

È indicativo il lavoro di Pittle & Ernest (2005) i quali hanno dimostrato che la Kava ha un'efficacia superiore al placebo nel trattamento dell'ansia, in particolare, di fobie e disturbi psicologici con componente ansiosa (Voltz & Kieser, 1997) e anche dei sintomi neurovegetativi (Pittler, 2000; De Leo, 2000).

Numerosi studi hanno riportato, in genere, la buona tollerabilità della Kava; tra gli effetti collaterali riportati ci sono disturbi di stomaco, vertigini e un aumento nei livelli di colesterolo. A tale riguardo, ci sembra opportuno raccomandare prudenza nella contemporanea ingestione di alcol e psicofarmaci. Inoltre, il farmaco è controindicato in gravidanza e allattamento e nelle depressioni endogene, mentre non si può escludere una sua influenza sulla capacità di reazione durante la guida e l'uso di macchinari.

La Valeriana, invece, una pianta di origine europea usata da secoli (sin dal tempo dei Greci e dei Romani), è indicata, da sola o in combinazione con altre piante, in alternativa alle benzodiazepine per il trattamento di lievi stati d'ansia e dell'insonnia (Fugh-Berman & Cott, 1999) ed in ogni caso non associati a gravi disturbi mentali. Per analogia con farmaci ad attività sedativa ed ipnotica, è stato ipotizzato che gli acidi valerениci possano agire potenziando l'attività del GABA (Santos, 1994.). In ambito clinico, l'attività ipnoinducente della Valeriana è stata dimostrata in numerose sperimentazioni controllate con placebo, raggiungendo degli effetti terapeutici in 2-4 settimane. Secondo Schulz (1998) risulta essere più adatta per la terapia dell'insonnia cronica.

Altre ricerche, infine, hanno rilevato l'efficacia sedativa sia della *Melissa* che della *Passiflora* per le condizioni di "agitazione nervosa" ed insonnia (Akhondzadeh et al.,

2001), mentre, il *Gingko Biloba* è utilizzato per il miglioramento delle abilità cognitive (Werneke et al., 2006) e il *Ginseng* per gli stati di affaticamento psico-neuro-fisico (Warren, 2002).

In conclusione, ci sembra di poter sottolineare che, anche se la fitoterapia costituisce un problema ancora di-

scusso, in base alla letteratura consultata l'orientamento terapeutico attuale è piuttosto chiaro in merito alla sua efficacia e utilizzo nella cura dei disturbi psicologici nella donna in menopausa, al fine di migliorare la qualità di vita degli anni che la donna deve trascorrere in carenza di estrogeni.

## Bibliografia

1. AA.VV. *The Use of Herbal Alternative Medicines in Neuropsychiatry, A Report of the ANPA Committee on Research*. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience 2000; 12:177-192.
2. AKHONDZADEH S, NAGHAVI HR, VAZIRIAN M, et al. *Passiflora in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam*. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2001; 26, 363-367.
3. ALMEIDA JC, GRIMSLEY EW. *Coma from the health food store: interaction between kava and alprazolam*. Annals of Internal Medicine 1996; 125, 940-941.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV)*. Tr It Masson, Milano, 1996.
5. ASLAN E, BEJI NK, GUNGOR I, KADIOGLU A, DIKENCIK BK. *Prevalence and Risk Factors for Low Sexual Function in Women: A Study of 1,009 Women in an Outpatient Clinic of a University Hospital in Istanbul*. J Sex Med., Jun, 2008.
6. BEHNKE H, JENSEN GS, GRAUBAUM HJ. *Hypericum perforatum versus fluoxetine in the treatment of mild to moderate depression*. Advances in Therapy 2002; 19, 43-52.
7. CASINI ML, MARELLI G, PAPALEO E, FERRARI A, D'AMBROSIO F, UNFER V. *Psychological assessment of the effects of treatment with phytoestrogens on postmenopausal women: a randomized, double-blind, cross-over, placebo-controlled study*. Fertility and Sterility Journal 2006; 85 (4): 972-978.
8. COTT JM. *In vitro receptor binding and enzyme inhibition by Hypericum perforatum extract*. Pharmacopsychiatry 1997; 30, 108-112.
9. D'AMBROSIO F. *La fitoterapia di supporto nel trattamento dei disturbi psichici in menopausa*. In Facchinetti F, Unfer V. (a cura di), *Fitoterapia ed Integratori in Ostetricia e Ginecologia*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2009.
10. DE LEO V. *Valutazione dell'associazione di estratto di Kava-kava e terapia ormonale sostitutiva nel trattamento dell'ansia in postmenopausa*. Minerva Ginecol 2000; 52: 263.
11. DENNERSTEIN L, KOCHAKI P, BARTON I, GRAZIOTTIN A. *Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of western European women*. J Sex Med 2006; 3: 212-222.
12. DI STANISLAO C, GIANNELLI L, IOMMELLI O, LAURO G. *Fitoterapia Comprata*, Ed. Di Massa, Napoli, 2001.
13. FETROW CW, AVALA J.R. *Professional's Handbook of Complementary and Alternative Medicines*. Ed. Springhouse Corporation, New York, 1999.
14. FORMENTI A. *Alimentazione e fitoterapia: metodologia ed esperienze cliniche*, Ed. Tecniche Nuove, Milano, 1999.
15. FUGH-BERMAN A, COTT J.M. *Dietary supplements and natural products as psychotherapeutic agents*. Psychosomatic Medicine 1999; 61,712-728.
16. GRUBE B. *St. John's wort extract: efficacy for menopausal symptoms of psychological origin*. Adv. Ther 1999; 54: 589.
17. HARRER G, HUBNER WD, PODZUWEIT H. *Effectiveness and tolerance of the hypericum extract LI160 compared to maprotiline: a multicenter double-blind study*. Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology 7 (Suppl.), 1994; 24S-28S.
18. LINDE K, RAMIREZ G, MULROW CD, PAULS A, WELDENHAMMER W, MELCHART D. *St. John's wort for depression: an overview and meta-analysis of randomised clinical trials*. British Medical Journal 1996; 313, 253-258.
19. LINDE K, BERNER M, EGGER M, MULROW C. *St. John's wort for depression*. British Journal of Psychiatry 2005; 186, 99-107.
20. MAIDMENT I. *The use of St. John's wort in the treatment of depression*. Psychiatric Bulletin 2000; 24, 232-234.
21. MCKINLAY S, JEFFERYS M. *The menopausal syndrome*. Br J Prev Soc Med 1974; 28:108.
22. MENDITTO P, E MENDITTO A. (a cura di), *Depressione e menopausa*, Cuzzolin Editore, Napoli, 2002.
23. MENNITI-IPPOLITO F, GARGIULO L, BOLOGNA E, FORCELLA E, RASCHETTI R. *Use of unconventional medicine in Italy: a nationwide survey*. Eur J Clin Pharmacol 2002; 58:61-4.
24. NEWALL C, ANDERSON L, PHILLIPSON J. (eds.): *Herbal Medicines: A Guide for Health Care Professionals*. Pharmaceutical Press: London, 1996.
25. PAE CU, MANDELLI L, KIM TS, HAN C, MASAND PS, MARKS DM, PATKAR AA, STEFFENS DC, DE RONCHI D, SERRETTI A. *Effectiveness of antidepressant treatments in premenopausal versus postmenopausal women: A pilot study on differential effects of sex hormones on antidepressant effects*. Biomed Pharmacother 2008.
26. PITTLER MH, ERNST E. *Efficacy of kava extract for treating anxiety: systematic review and meta-analysis*. J Clin Psychopharmacol 2005;20( 1) : 84-89.
27. PITTLER MH. *Efficacy of kava extract for treating anxiety: systematic review and metaanalysis*. J. Clin Psychopharmacol, 2000.
28. SANTOS M.S.: *Synaptosomal GABA release as influenced by valerian root extract: involvement of the GABA carrier*. Arch Int. Pharmacodyn 1994.
29. SCHULZ V. *Rational Phytotherapy*, 1998.
30. SHELTON RC, KELLER MB, GELENBERG A, DUNNER DL, HIRSCHFELD R, THASE ME, RUSSEL J, LYDIARD R.B, CRITS-CHRISTOPH P, GALLOP R, TODD L, HELLERSTEIN D, GODDNICK P, KEITNER G, STAHL SM, HALBREICH U. *Effectiveness of St. John's wort in major depression*. Journal of American Medical Association 2001; 285, 15, 1978-1986.
30. UNFER V. *Fitoterapia nelle UTI: evidenze cliniche*. Medicina Naturale Integrata, Anno VI, N. 1, 2008; pp. 22-28.
31. VOLTZ HP, Kieser M. *Kava-kava extract WS 1490 versus placebo in anxiety disorders – a randomized placebo-controlled 25-week outpatient trial*. Pharmacopsychiatry 1997; 30, 1, 1-5.
32. VORBACH EU, HUBNER WD, ARNOLDT KH. *Effectiveness and tolerance of Hypericum extract LI 160 in comparison with imipramine: randomized double-blind study in 135 outpatients*. Journal

- of Geriatric Psychiatry and Neurology 7 (Suppl), 1994; 19S-23S.
33. WARREN MP. *Use of alternative therapies in menopause*. Best Pract Res Clin Obst Gyn 2002; 16 (3): 411.
34. WERNEKE U et al.: *Complementary medicine in psychiatry. Review of effectiveness and safety*. British Journal of Psychiatry 2006;188, 109-121.
35. WHISKEY E, WERNEKE U, TAYLOR D. *A systematic review of hypericum perforatum in depression*. International Clinical Psychopharmacology 2001; 16, 239-252.
36. WOELK H, BURKARD G, GRUNWALD J. *Benefits and risks of the hypericum extract LI160: drug monitoring study with 3250 patients*. Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology 7 (Suppl) 1994; 34S-38S.
37. WONG AHC, SMITH M, BOON HS. *Herbal remedies in psychiatric practice*. Archives of General Psychiatry 1998; 55, 1033-104.
- 

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI