



Marilyn Glenville

LA SINDROME PREMESTRUALE

Come liberarsene per sempre
in modo naturale

EDIZIONI IL PUNTO D'INCONTRO



Marilyn Glenville

LA SINDROME PREMESTRUALE



Come liberarsene
per sempre,
in modo naturale

INDICE

Ringraziamenti	6
Prima parte: Il puzzle della SPM	7
Introduzione	8
1. Che cos'è la SPM?	13
2. Le cause della SPM	25
3. Diagnosticare la SPM	31
4. L'approccio convenzionale alla SPM	40
Seconda Parte: L'approccio naturale alla cura della SPM	55
Introduzione	56
5. La dieta anti-SPM	58
6. I cambiamenti nello stile di vita	91
7. Gli integratori alimentari	116
8. Le erbe	134
9. Le cure alternative	144
10. Come affrontare i sintomi	158
11. Potrebbe esserci un'altra causa?	184
12. Gli esami	196
13. Tiriamo le somme	204
Note	209
Per rimanere in contatto	218
Lecture consigliate	219
Nota sull'autrice	219
Indice analitico	220



Che cos'è la SPM?

Se la SPM viene spesso considerata infida, difficile da diagnosticare e da curare, parte del suo mistero potrebbe avere radici nel modo in cui le donne venivano viste nei tempi antichi. Per molti uomini c'era qualcosa, nelle stesse mestruazioni, che metteva soggezione: la capacità delle donne di sanguinare regolarmente senza morire. In quelle culture, il sangue della donna veniva visto come la conferma del miracolo della vita. Si credeva che le donne fossero così potenti, che ve-

niva chiesto loro di allontanarsi dalla comunità quando avevano le mestruazioni. Alcune culture riconoscevano anche lo stretto collegamento tra il ciclo lunare e il ciclo mensile della donna, approfondendone il significato mitologico.

La SPM venne alla luce molto tempo dopo, come vedremo nella breve storia che segue. Quindi esamineremo la definizione moderna di questo disturbo.

Dargli un nome

La SPM non è un fenomeno nuovo. Già nel IV secolo a.C. i medici ippocratici notarono che le donne presentavano sintomi fisici e psicologici durante il loro ciclo.¹ In epoca vittoriana lo psichiatra Sir Henry Maudsley descrisse così il disturbo: "L'attività mensile delle ovaie che segna l'avvento della pubertà nelle donne ha un effet-

to rilevante sulla mente e sul corpo; pertanto, potrebbe diventare un'importante causa di sconvolgimento mentale e fisico".² Tuttavia, fu soltanto nel 1931 che un neurologo americano, Robert Frank, introdusse l'idea di un disturbo vero e proprio relativo al ciclo femminile. Presentando le sue teorie all'Accademia Medica di New

York, Frank suggerì che questo disturbo, che egli chiamò "tensione premenstruale" (*premenstrual tension* o PMT) fosse provocato da un funzionamento difettoso delle ovaie.³ Nello stesso anno, anche uno psicanalista riconobbe il problema, ma sostenne che era conseguenza della repressione del desiderio e della potenza sessuali.⁴

Il nome "PMT" rimase a lungo, anche se la tensione era soltanto una parte del fenomeno. Durante gli anni Trenta e Quaranta del Novecento vennero notati soltanto i sintomi emozionali associati al ciclo mestruale, come l'irritabilità e l'ansia.

A una svolta si giunse nel 1953, quando la pioniera della SPM, la dottoressa Katharina Dalton, insieme al dottor Raymond Greene, pubblicò sul

British Medical Journal il primo significativo articolo che descriveva la SPM.⁵ La dottoressa Dalton suggerì che il nome venisse cambiato in "*premenstrual syndrome*" o PMS (in italiano, Sindrome Premestruale o SPM), in modo da rispecchiare il fatto che non si trattava di un unico disturbo, bensì di una sindrome, ossia di un insieme di sintomi che caratterizzavano un disturbo; la tensione, in effetti, era soltanto uno di tali sintomi. Oggi entrambi i nomi vengono usati indifferentemente, ma PMS (o SPM) è di gran lunga il più esatto.

Questo è tutto per quanto riguarda la movimentata storia del disturbo. Ora è il momento di dare un'occhiata più da vicino all'insieme dei sintomi che costituiscono la SPM.

Definire chiaramente i sintomi

"Qual è la differenza tra una donna con la SPM e un terrorista? Col terrorista puoi trattare".

Ci sono tantissime barzellette sulla SPM ma, per molte donne, i suoi sintomi non sono roba da ridere. Talvolta, come vedremo più avanti, sono così gravi da sconvolgere la vita familiare, da mettere a repentaglio la vita dei bambini e persino da provocare la rottura di matrimoni. Si stima che sia-

no fra il settanta e il novanta per cento le donne affette ogni mese da sintomi premenstruali e che tra il trenta e il quaranta per cento delle donne soffra di sintomi abbastanza debilitanti da interferire con la vita quotidiana.⁶

I centocinquanta sintomi che rientrano nella SPM possono essere suddivisi in due gruppi: quelli fisici e quelli psicologici.

SINTOMI FISICI

- Voglia di zucchero e di cibo
- Gonfiore
- Ritenzione idrica
- Ipersensibilità e rigonfiamento del seno
- Stordimento
- Stanchezza
- Acne
- Mal di testa/emicranie
- Aumento di peso
- Goffaggine
- Mancanza di coordinazione
- Dolori
- Giramenti di testa o vertigini
- Svenimenti
- Cambiamenti dell'impulso sessuale
- Tremori
- Sete eccessiva
- Palpitazioni
- Cambiamenti nei modelli di sonno, quindi sintomi come insonnia, irrequietezza o sonno pensante e prolungato
- Nausea
- Vomito
- Dolori alla parte inferiore della schiena
- Crampi
- Cambiamenti a livello intestinale, tra cui stitichezza o diarrea
- Naso gocciolante
- Mal di gola
- Perdite vaginali o mugugno
- Comportamento che espone a incidenti
- Intolleranza all'alcol
- Problemi oculari, come orzaioli e congiuntivite
- Herpes (orale o genitale)
- Emorroidi
- Orticaria (pelle che prude)
- Intolleranza alla luce o al rumore
- Irrequietezza o nervosismo

SINTOMI EMOZIONALI/PSICOLOGICI

- Cambiamenti d'umore
- Irritabilità
- Ansia
- Tensione
- Ira
- Aggressività
- Depressione
- Crisi di pianto
- Smemoratezza
- Tendenze suicide
- Incapacità di affrontare le difficoltà

- Scarsa concentrazione
- Attacchi di panico
- Confusione
- Fiacchezza
- Agorafobia (paura degli spazi aperti o pubblici)
- Sensazioni di insicurezza
- Sensazioni di scarsa autostima
- Indecisione
- Paranoia
- Paura
- Pensieri irrazionali e illogici
- Allucinazioni
- Fissazioni
- Gelosia
- Sensi di colpa
- Scarso discernimento
- Senso di solitudine.

Se la cosa sta cominciando a sembrarvi troppo negativa, sappiate che esiste un'altra faccia della medaglia. Alcune donne hanno riferito cambiamenti positivi nel periodo che conduce alle mestruazioni, come una sensazione di forza e di controllo, nonché la capacità di gestire dei soddisfacenti impulsi a pulire e a riordinare. Pittrici e scrittrici commentano spesso che, per loro, è un momento molto creativo del mese, durante il quale le idee fluiscono liberamente. Possono persino sentire di trovarsi in un diverso stato di coscienza, in cui le loro percezioni risultano acute.

Quanto durano i sintomi? La SPM può variare, nella durata, a seconda dei cicli mestruali delle donne. Una donna con un ciclo di trentacinque giorni potrebbe ovulare il diciottesimo giorno e avere diciassette giorni di sintomi pre-mestruali. Invece, una donna con un

ciclo di ventun giorni, che ovula il quattordicesimo giorno, potrebbe patire soltanto sette giorni di SPM, ma sperimenterà i sintomi più spesso, perché se ne sarà soltanto appena liberata quando l'intero ciclo ricomincerà. La maggior parte delle donne trova che i sintomi scompaiono soltanto man mano che il loro ciclo fluisce pienamente. Inoltre, cosa interessante, le donne che hanno delle macchie di sangue prima del ciclo non provano un alleviamento dei sintomi finché il loro ciclo non comincia davvero.

In ogni caso, per tutte le donne affette da SPM, i sintomi scompaiono completamente per parte del mese. Questo significa che, per una settimana circa ogni mese, le donne affette da SPM si sentono "normali" e felici, riescono ad affrontare bene la vita e hanno l'energia necessaria per fare ciò che vogliono.

La ricerca di un sistema

Una sindrome che vanta centocinquanta sintomi e che varia da donna a donna può essere l'incubo di un medico. Perciò, nei primi anni Ottanta del secolo appena trascorso il dottor Guy Abraham tentò di rendere più facile la classificazione della SPM nell'ambito di un sistema di quattro categorie per i diversi tipi di sintomi. Egli suggerì che ogni categoria fosse provocata da un determinato squilibrio ormonale.⁷ Il sistema di Abraham viene descritto qui di seguito.

Tipo A: Ansia

Abraham sosteneva che questa categoria fosse molto comune in una percentuale di donne affette da SPM fino all'ottanta per cento e che comprendesse sintomi come gli sbalzi d'umore, l'irritabilità, l'ansia e la tensione.

Causa ipotizzata: uno squilibrio di estrogeno e progesterone, con i livelli di estrogeno troppo alti e quelli di progesterone troppo bassi.

Tipo V: Voglie

Secondo il dottor Abraham, questo gruppo di sintomi comprende le voglie di dolci, un maggiore appetito, affaticamento e mal di testa. Fino al sessanta

per cento delle donne affette da SPM può manifestare tali sintomi.

Causa ipotizzata: problemi con la tolleranza al glucosio. I test di tolleranza al glucosio risultano anormali nei cinque o sette giorni prima delle mestruazioni, ma normali per il resto del mese.

Tipo I: Iperidratazione

Il tipo I comprende sintomi come la ritenzione idrica, l'ipersensibilità e il rigonfiamento del seno, il rigonfiamento addominale e l'aumento di peso. Fino al quaranta per cento delle donne colpite da SPM può sperimentare questi cambiamenti.

Causa ipotizzata: un eccesso di aldosterone, un ormone prodotto dalle ghiandole surrenali che agisce sui reni per regolare l'equilibrio idrico.

Tipo D: Depressione

Secondo Abraham la depressione è il sintomo prevalente in questo gruppo, che però comprende anche altri sintomi collegati, tra cui la confusione, la smemoratezza, la goffaggine, il senso di isolamento, la mancanza di coordinazione, la paranoia e le crisi di pianto. Soltanto il cinque per cento

delle donne che soffrono di SPM prova questi sintomi, ma questo può essere il gruppo più pericoloso, se si manifestano anche tendenze suicide.

Causa ipotizzata: scarso estrogeno e troppo progesterone.

La semplice classificazione di Abraham presenta, tuttavia, numerose difficoltà. Tanto per dirne una, su molte donne è fisiologicamente impossibile applicarla. Ho visto donne soffrire di sintomi del tipo A e del tipo D nello stesso ciclo, per esempio, quindi è difficile vedere in modo logico come gli squilibri ormonali possano rientrare nel quadro: le donne non possono avere livelli di progesterone contemporaneamente troppo alti e troppo bassi. In effetti, molte donne presentano, in uno stesso ciclo, sintomi di ognuno dei quattro gruppi di Abraham. Inoltre, per alcune donne questi sintomi possono verificarsi in certi mesi, ma non in altri. Determinati sintomi possono essere anche più gravi durante alcuni cicli.

I sintomi possono anche variare rispetto al momento in cui colpiscono in ogni ciclo. Una donna potrebbe scoprire che i suoi sbalzi d'umore aumentano gradualmente, tanto che si sente sempre più irritabile, fino al punto in cui comincia il suo ciclo. Un'altra può svegliarsi una mattina, nel bel

mezzo del ciclo, e sentirsi all'istante in modo diverso: si sentirà tesa o triste prima ancora che cominci la giornata. I partner di donne affette da SPM hanno spesso sottolineato di essere in grado di notare subito la differenza la mattina, perché riconoscono una persona alterata quando la guardano negli occhi.

Il risultato è che molte donne soffrono del loro unico e individuale gruppo di sintomi tratti da ognuno dei quattro gruppi, in gradi variabili e con regolarità variabile. Tutto questo rende limitate le possibilità di utilizzo del sistema del dottor Abraham. Questa variabilità di sintomi rende tuttavia chiaro un fatto. Ogni donna che soffre di SPM presenta una sua unica combinazione di sintomi e questo significa che qualsiasi cura dovrà essere concepita su misura per lei. Semplicemente gli scienziati non troveranno una cura ormonale efficace per tutte le donne, né un singolo elemento nutritivo, come il magnesio, in grado di eliminare il problema.

In parole povere, i sintomi della SPM sono provocati dalle reazioni negative di una donna ai cambiamenti nel suo ciclo ormonale.

Uno studio ha scoperto che l'uso di medicine per "eliminare" il ciclo mensile eliminava tutti i sintomi. Quando gli ormoni, l'estrogeno o il progesterone, venivano reintrodotti,

i sintomi tornavano immediatamente.⁸ L'unico modo di eliminare per sempre la SPM consiste nel cambiare il nostro corpo a un livello fondamentale, così che, quando abbiamo

il ciclo mestruale, i nostri ormoni operino esattamente come vuole la natura e i loro mutamenti naturali non sconvolgano il nostro modo di pensare o di sentire.

Fattori di rischio

Chi soffre di SPM? Avete più probabilità di esserne vittime se:

1. avete più di trenta o quarant'anni
2. avete due o più figli
3. vostra madre ne soffriva
4. avete avuto di recente uno sconvolgimento ormonale; per esempio, avete avuto un figlio, un aborto provocato o spontaneo o una sterilizzazione, oppure avete smesso di prendere la pillola anticoncezionale
5. avete avuto diverse gravidanze in rapida successione.

Ricordate che questi sono soltanto fattori di rischio, ma non comportano alcuna certezza. La ricerca indica che le donne che rientrano in queste categorie *potrebbero* avere maggiori probabilità di sviluppare sintomi premenstruali. Purtroppo, il rischio sembra aumentare se rientrate in più di una categoria. Tuttavia, il fatto di conoscere questi fattori di rischio può essere d'aiuto. Se sapete di essere più a ri-

schio di altre donne, questo potrebbe stimolarvi a fare qualcosa prima che i vostri sintomi peggiorino.

Si è scoperto che la SPM può peggiorare progressivamente man mano che invecchiamo e che, come abbiamo appena visto, le donne di più di trenta o quarant'anni possono sperimentare i sintomi più gravi. La mia opinione è che, man mano che invecchiamo, i nostri corpi devono lavorare più duramente per affrontare i cambiamenti ormonali che si verificano naturalmente durante il ciclo e diventiamo anche più sensibili a queste fluttuazioni. Quando siamo più avanti con gli anni, tendiamo anche ad avere più responsabilità, il che ci porta ad accumulare una maggiore quantità di stress. Se siamo più impegnate, può capitarci più spesso di mangiare "al volo", oppure irregolarmente. Perciò possiamo perdere il nostro equilibrio ormonale, favorendo la SPM.

Sebbene si sia scoperto che la SPM ha un collegamento ereditario, è importante ricordare che non si tratta di

una maledizione. Ogni donna è diversa e il modo in cui vi prendete cura di voi stesse, come mangiate, come e quanto dormite e fate esercizio fisico, nonché come affrontate lo stress, per esempio, sono tutti fattori in grado di determinare una grossa differenza per quanto riguarda non soltanto la vostra salute complessiva, ma anche la misura in cui soffrite di PMS.

Gli altri fattori di rischio sono tutti collegati a cambiamenti ormonali,

come quelli provocati da una gravidanza e dalla nascita di un figlio. I consigli contenuti in questo libro sono studiati in modo tale da aiutare il vostro corpo ad affrontare qualsiasi fluttuazione ormonale possiate aver sperimentato, al fine di ridurre i sintomi premestruali. Anche se possono essere un importante fattore di rischio, i periodi di cambiamento sono qualcosa che potete controllare. Nel capitolo 6 scoprirete come.

Collegamenti con la depressione post-parto

Potreste chiedervi cosa ci fa la depressione post-parto (DPP) in un libro sulla SPM. Per quanto possa suonare strano, esiste un collegamento. La dottoressa Katharina Dalton ha scoperto che le donne affette da SPM, che normalmente si sentono benissimo durante la gravidanza perché non hanno il loro ciclo mestruale, presentano maggiori rischi di sviluppare la DPP dopo la nascita del figlio. In poche parole, questo significa che, se vi state preparando a una gravidanza o avete sofferto di DPP in seguito a una precedente gravidanza, dovrete prendere dei provvedimenti adesso per eliminare la SPM, che vi aiuteranno anche a prevenire una ricorrenza della depressione post-parto.

La DPP è nota anche come malat-

tia postnatale, di cui la depressione rappresenta soltanto uno dei sintomi. È molto comune e può verificarsi il giorno del parto, il giorno successivo o anche alcuni giorni dopo. La maggior parte delle donne che soffre di DPP ha il pianto facile e si sente confusa (sintomi provocati in parte dai cambiamenti ormonali che si verificano durante il travaglio). I sintomi della DPP possono essere collegati anche agli sconvolgimenti ormonali che si verificano con la fuoriuscita del latte. Tuttavia, per circa il quindici per cento delle donne, il senso di disperazione e la facilità al pianto persistono e si trasformano in depressione post-parto.

Tra i sintomi della DPP possono figurare:

- sbalzi d'umore,
- fame nervosa,
- pianti,
- sensazioni di disperazione,
- sfinimento,
- sensazioni di incapacità di trattare con il bambino.

Come potete vedere, tutti questi sintomi sono simili ad alcuni sintomi della PMS.

Se avete avuto la DPP dopo una precedente gravidanza, è probabile che possiate soffrirne di nuovo, visto che ciò accade nel sessantotto per cento dei casi. I cambiamenti ormonali che subite subito dopo il parto costituiscono un grosso shock per l'organismo e il vostro corpo ha bisogno di essere abbastanza equilibrato per affrontarli e per prevenire qualsiasi grave sintomo mentale e fisico.

Esiste anche una forma molto estrema di DPP chiamata psicosi puer-

perale. Fortunatamente, questo grave disturbo mentale è molto raro. In genere, le donne che soffrono di psicosi puerperale devono essere ricoverate in ospedale per impedire che facciano del male a se stesse o al loro bambino. La depressione non è l'unico sintomo: dopo il parto possono subentrare anche irritabilità, allucinazioni, confusione e ansia.

Proprio come nel caso della SMP, la chiave per prevenire la DPP consiste nello sforzarsi di ottenere una salute ottimale, che dipende in gran parte da una corretta alimentazione. Il fatto di mangiare bene, in modo equilibrato, consente ai vostri ormoni di lavorare correttamente e al vostro corpo di far fronte, mese per mese, alle loro fluttuazioni naturali. Con la DPP, ciò significa che il vostro corpo sarà in grado di superare gli enormi cambiamenti che si verificano durante la gravidanza e il parto.

I sintomi più gravi

Nel trenta o quaranta per cento delle donne che soffrono di SPM, i sintomi possono essere abbastanza gravi da scombussolare la vita di tutti i giorni. Gli effetti negativi sulla vita familiare, sul partner e sui figli possono essere così forti che queste donne descrivono un cambiamento da "dottor Jeckill

e Mister Hyde" di cui sono consapevoli, ma che non sono in grado di controllare. Alcune donne con sintomi di SPM molto gravi hanno subito cambiamenti di personalità così estremi da arrivare a commettere un omicidio o un suicidio nelle settimane prima del ciclo. Altre soffrono di una forma par-

ticolare di SMP che somiglia alla depressione acuta (vedi pag. 23).

Nel 1981 una donna usò la diagnosi di grave SPM come difesa in un caso criminale. Dopo una discussione col suo fidanzato, la donna in questione lo aveva ucciso investendolo con la sua auto. La diagnosi di SPM fu accettata come causa di una diminuzione del senso di responsabilità e la donna sostenne di essere "semplicemente scattata". Fu messa in libertà condizionata per dodici mesi e le fu proibito di guidare per lo stesso periodo di tempo.

La dottoressa Katharina Dalton ha spesso testimoniato, in qualità di esperta, in casi legali che coinvolgevano la SPM e cita numerose caratteristiche dei crimini collegati alla SPM. Tali crimini tendono a essere:

- ricorrenti,
- compiuti senza un complice,
- non premeditati,
- privi di movente,
- privi di tentativi di non farsi scoprire,
- forse costituiscono persino un *cri de coeur*, un appello appassionato.

La dottoressa Dalton spiega che la SPM può essere usata non come difesa, ma come attenuante. Questo significa che la donna deve comunque dichiararsi colpevole; la SPM può mitigare la sentenza.⁹

Finora la SPM è stata citata come fattore che provoca una diminuzione del senso di responsabilità in tre processi per omicidio ed è stata accettata come attenuante in casi di infanticidio, maltrattamento di minori, incendio doloso, aggressione, danno a proprietà, borseggio, guida pericolosa, scherzi telefonici e furto. Quel che conta è che la SPM, benché debba essere riconosciuta come una malattia e benché le donne che ne soffrono richiedano delle cure, non dovrebbe comunque essere usata come giustificazione per gesti e comportamenti nocivi verso gli altri e illegali. La dottoressa Dalton afferma che per lo più le donne che infrangono la legge e sostengono di essere affette da SPM, in realtà non lo sono.

Anche se generalmente tendiamo a identificare la violenza domestica con quella subita dalla moglie che viene picchiata dal marito, ci sono molti uomini che subiscono abusi sia fisici sia verbali dalla loro partner. Questi uomini hanno descritto la violenza subita come qualcosa di assolutamente non premeditato e non provocato. Molti uomini hanno descritto una situazione, spesso una banale discussione o un disaccordo su un piccolo punto, in cui il minimo pretesto innescava una catena di furia e di abuso, che comprende calci, pugni, insulti verbali e incredibile violenza. Il dato di mag-

gior rilievo è quello riferito da un marito secondo il quale durante la gravidanza la violenza e le grida risultavano scomparse. Senza dubbio, in questi casi c'è di mezzo la SPM.

Purtroppo, anche il suicidio è ugualmente comune nelle donne affette da forme molto gravi di SPM. La dottoressa Dalton ha esaminato il numero di ricoveri gravi negli ospedali psichiatrici e ha scoperto che il cinquantatré per cento dei tentati suicidi era avvenuto tra il venticinquesimo giorno del ciclo e il quarto giorno del ciclo successivo. Per di più, il quarantasette per cento dei ricoveri dovuti a depressione si era verificato negli stessi giorni.¹⁰

La dottoressa Dalton ha anche messo in correlazione l'effetto della SPM sulle percentuali di incidenti,¹¹ come pure gli effetti del ciclo mestruale sulla famiglia di una donna, esaminando il numero di ricoveri ospedalieri relativi ai figli.¹² Ha scoperto allora che le donne sono più esposte agli incidenti durante i giorni che precedono il loro ciclo mestruale e che una madre normalmente vigile e attenta, che potrebbe prevedere e prevenire un incidente di un suo figlio, può essere più stanca durante i giorni premestruali, il che fa aumentare il numero dei ricoveri in ospedale dei figli in seguito a incidenti.

Disordine premestruale disforico

In una piccola percentuale di donne, compresa tra il due e il nove per cento, i sintomi hanno effetti distruttivi. Questa forma più grave di sintomi premestruali ha un nome: disordine premestruale disforico (premenstrual dysphoric disorder o PMDD). L'unità operativa dell'American Psychiatric Association, nella quarta edizione di *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ha classificato il PMDD come un "disturbo depressivo non altrimenti specificato".

I sintomi della PMDD assomigliano molto a quelli della depressione pro-

fonda. La differenza principale è che si verificano soltanto nei giorni che precedono il ciclo mestruale. Per essere classificata come affetta da PMDD, una donna deve soffrire di almeno cinque tra undici sintomi specifici, tra cui stato d'animo depresso, ansia o tensione, sbalzi d'umore, irritabilità, mancanza d'energia, modificazioni dell'appetito, difficoltà del sonno, senso di oppressione e perdita di controllo, oltre a sintomi fisici come l'ipersensibilità del seno o mastalgia. Benché la PMDD comprenda letteralmente decine di sintomi fisici,

ai fini diagnostici tali sintomi vengono considerati come un unico sintomo. I sintomi devono essere confermati durante due cicli mestruali consecutivi. La qualità della vita è gravemente influenzata nella seconda metà del ciclo.

Si è ipotizzato che la PMDD sia molto diversa da altri disturbi dell'umore, come la depressione, per numerose ragioni:

- i sintomi sono ciclici, ossia vanno e vengono secondo uno schema ben definito. La depressione "normale" è di solito a lungo termine (dura settimane, mesi o addirittura anni), mentre la depressione associata alla PMDD dura al massimo quattordici giorni circa ogni mese;
- i sintomi fisici che accompagnano gli sbalzi d'umore sono unici e non caratteristici degli altri tipi di depressione. I più comuni sono l'ipersensibilità del seno e il senso di gonfiore;
- l'appetito aumenta e può comportare voglie di dolci. Nella maggior parte degli altri tipi di depressione, si verifica una perdita dell'appetito. In rari casi, il desiderio sessuale può aumentare fino al punto da venire classificato come ninfomania premestruale. Nella maggior parte dei casi di depressione, il desiderio sessuale è minore o nullo;
- aumenti di peso (mentre la maggior parte delle persone che soffrono di depressione perde peso).

Dunque, questo è quanto sappiamo sulla SPM. Colpisce nei giorni che precedono le mestruazioni e la sua durata può variare da donna a donna. La gravità dei sintomi varia enormemente, da leggeri a violenti, fino alle tendenze suicide. Tuttavia, dopo quasi settant'anni di ricerca, non siamo molto più vicini a definire con esattezza la causa della SPM. Nel prossimo capitolo esamineremo le varie teorie e il mistero che circonda questo disturbo.