

Ruolo della psicoterapia nella menopausa precoce

Chiara Micheletti

Psicologa-Psicoterapeuta

Consulente, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

Consigliera, Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus

Alessandra Graziottin

Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

Presidente, Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus

www.alessandragraziottin.it

www.fondazionegraziottin.org

Introduzione

La nostra vita è accompagnata da continue modificazioni. Il nostro corpo risente sempre di qualunque cambiamento sia fisico che emozionale. Come in adolescenza la difficoltà consiste nell'accettare un corpo che esplode nella sua pienezza e diventa oggetto di desiderio per gli altri, così in menopausa, ma ancor più in pre-menopausa, occorre imparare ad accettare trasformazioni non solo fisiologiche ma anche psicologiche, difficili, complesse e nuove.

Il fattore che destabilizza è che la donna non è mai "davvero" preparata ad una **diagnosi di menopausa precoce**.

Il termine anticipa che l'**età è un fattore differenziale** e inserito nel contesto attuale dove il **mito della "eterna giovinezza"** regna sovrano. L'**intervento psicoterapico** trova una collocazione non solo corretta ma anche necessaria nelle donne più vulnerabili allo **shock di una diagnosi inattesa**, che spesso sembra troncare molti dei loro sogni: di giovinezza, di felicità sessuale, di maternità.

Il medico e lo psicoterapeuta sanno che la diagnosi di menopausa precoce non è la fine della femminilità e della seduttività della donna che siede di fronte a loro. Tuttavia l'**ascolto, da parte della paziente**, fin dalle prime parole **diventa ansioso**: la donna tende a non seguire più il discorso e a perdersi in pensieri legati a paure o ricordi di cose ascoltate o lette riguardo a questa diagnosi.

Quasi sempre le donne avvertono immediatamente l'**ingresso nella vecchiaia, fino a quel momento neppure immaginata**.

La **depressione** arriva di conseguenza al timore di non sentirsi più donna, come se la propria **identità** venisse improvvisamente "**risucchiata**" dal vuoto dell'**assenza: di ciclo, di fertilità, di maternità futura, dello stesso profumo di donna**. Come se tutta la sessualità futura diventasse un grande punto interrogativo.

La frase che più mi ha toccata all'interno di un colloquio terapeutico è stata quella di una donna di 32 anni che mi ha detto: «**Mi sento senza pelle**». Non è difficile immaginare come si possa sentire una persona senza pelle, senza la propria pelle, senza la pelle che conosceva da tempo.

E' fondamentale assicurare che la menopausa, e in particolare la menopausa precoce, non sono la fine di tutta l'area della femminilità per una donna; e che le **terapie ormonali sostitutive (TOS) personalizzate**, quando non controindicate, sono un aiuto concreto e sostanziale che può restituire gran parte dell'armonia ormonale perduta.

L'**intervento psicoterapeutico** si colloca in **sinergia con l'intervento medico**. E' particolarmente **indicato** nelle donne in **menopausa precoce iatrogena**, da endometriosi o cause oncologiche; nelle donne **emotivamente più vulnerabili**, perché single, senza figli e/o in relazioni conflittuali; e/o **quando la TOS è controindicata**, per esempio in caso di tumori alla mammella, e l'adattamento alle molte sfide che cancro e menopausa precoce comportano è molto più difficile da affrontare ed elaborare.

Questo è un aspetto delicato e critico: da un lato, il **medico** è costretto ad illustrare tutti i possibili **risvolti negativi**, in uno scenario di pubblicazioni scientifiche e divulgative spesso più allarmanti che propositive, e a stimolare la motivazione alla cura; dall'altro lo/la **psicoterapeuta** deve fronteggiare **cambiamenti non certo positivi nella sfera personale, sessuale e progettuale**.

Per questo la **collaborazione stretta tra medico inviante e psicoterapeuta** è essenziale, per offrire alla donna – e alla coppia, se da lei richiesto – **l'aiuto più efficace e strutturato sul fronte sia biologico, sia psicoemotivo e sessuale** per una buona percezione di salute, nonostante le molte prove attraversate.

L'invio alla psicoterapia

Quando una giovane donna decide di iniziare un percorso psicoterapico dopo una diagnosi di menopausa precoce arriva sempre con un elevato carico di **ansia e mille domande**.

Sa già cosa fare da un punto di vista medico e noi vediamo una grande **differenza di approccio al lavoro psicologico** fra chi è sicura di aver ottenuto i migliori consigli medici ed usa le cure in modo corretto, e chi invece le subisce in modo passivo o non è convinta.

E' perciò molto importante dare spazio e attenzione alla fase dell'**invio alla psicoterapia**. Spiegare molto dettagliatamente perché il medico pensa che possa essere utile. La paziente non deve mai pensare che è talmente incapace di reagire che serve lo psicoterapeuta perché da sola non può farcela. Sono queste le pazienti che o non arrivano alla terapia o spesso non la continuano, a meno che non si sentano davvero molto accolte e comprese.

L'**invio corretto** si basa su questi elementi:

- spendere un tempo adeguato per un **ascolto attivo**;
- ottenere informazioni sullo **stile di vita** della paziente e in **quali aspetti, ora, ha difficoltà**;
- chiedere se ha mai pensato alla psicoterapia, se sa di che cosa si tratti, ed eventualmente dare **informazioni** corrette sulla **dinamica psicoterapeutica**;
- informarsi sulle **disponibilità di tempo e di denaro** per poter proporre il

luogo e il professionista più adatto;

- se si è stabilita una buona **alleanza terapeutica**, Skype offre oggi la possibilità di ottimizzare l'intensità del dialogo e dell'intervento psicoterapeutico, minimizzando i tempi di spostamento (per esempio, con un incontro vis-à-vis ogni tre o quattro via Skype).

Nulla è più frustrante di una cosa che si vorrebbe fare in un momento delicato con la consapevolezza di non poterla fare: in questo momento peggiorerebbe la reattività della donna.

I **grandi disagi** e le manifestazioni che si presentano presto sono i seguenti:

- **ansia, sbalzi d'umore e pensieri depressivi**: se severi, richiedono la collaborazione con lo psichiatra per un adeguato aiuto anche farmacologico;
- paura di un possibile **risvolto difficile per la coppia**, sia sessuale che emozionale.

Menopausa precoce: problematiche di tipo psicologico

«L'io è innanzitutto un io corporeo», diceva Sigmund Freud. Il corpo è la base dell'identità della persona, oltre che della sua identità sessuale. In tutte le interazioni sociali, nella coppia, nella famiglia, nel lavoro, **noi esistiamo attraverso la verità e l'apparenza del nostro corpo**. Anche per questo i molteplici cambiamenti fisici e sintomatologici imposti dalla menopausa precoce, specialmente se iatrogena, colpiscono l'identità stessa della donna in tutte le sue dimensioni.

La ferita sulla femminilità

La diagnosi di menopausa precoce rimette in discussione tutto quello che la donna aveva creduto vero per sé fino a quel momento. Può diventare **dominante la difficoltà a vivere il suo corpo**, che immediatamente passa ad essere considerato "il traditore". Soprattutto quando **il corpo devasta la vita con sintomi invalidanti**, quali **vampate severe, insonnia, tachicardie notturne, e/o dolori articolari** che avvolgono il corpo come un'"armatura di ruggine".

Ancor più quando, nella **menopausa iatrogena**, le conseguenze della:

- **chirurgia** (per esempio dopo mastectomia o isterectomia allargata), causano **amputazioni di organi principe della femminilità, come il seno o l'utero**;
- **chemioterapia e/o radioterapia** causano ulteriori "ferite" sull'identità sessuale della donna, a causa del grave danno anche estetico per **perdita di capelli, lesioni cutanee, lesioni mucose, invecchiamento drastico e rapido della cute**.

Cambiamenti che **tolgono sicurezza interiore, autostima, fiducia in sé** e quindi anche **seduttività**. La donna teme di non riuscire più ad amare quel corpo traditore. Ha paura di ascoltarne i **sintomi inquietanti**, anche forieri del rischio di recidiva o di altre complicanze, come le neuropatie periferiche dopo chemioterapia, in caso di cancro. Ha paura di **non riuscire più ad esprimersi in termini emozionali e sessuali**. Spesso è turbata da un oscuro, intenso e persistente **senso di colpa**.

La ferita sulla maternità

In questo ambito i risvolti sono complessi. La **menopausa precoce** colpisce **donne con storie procreative molto diverse, e quindi con vulnerabilità articolate**. Le tipologie più frequenti includono donne che:

- non hanno un partner, in quel momento, e l'essere single sembra complicare tutto ancora di più;
- non hanno ancora figli e non si erano ancora poste il problema;
- non li hanno ancora ma li desideravano già;
- hanno già figli, ma ne desiderano altri, per esempio da un nuovo partner;
- hanno avuto uno o più aborti in passato, e non hanno figli;
- hanno già figli e non pensano ad altre gravidanze.

Di nuovo, la **collaborazione stretta fra medico/ginecologo inviante e psicoterapeuta** è essenziale anche per valutare la fattibilità di alcuni desideri, per esempio di un figlio, dopo una menopausa iatrogena per cancro.

Psicoterapia: cosa dicono le donne, dopo la menopausa precoce

Queste sono le domande e le inquietudini più ricorrenti all'interno del lavoro psicoterapeutico:

- quale sarà la causa della mia menopausa precoce?
- come influenzerà la mia vita da oggi in poi?
- non mi sento più la stessa: come posso fare per riprendermi?
- ho paura, di invecchiare, di essere lasciata, di non essere capita...
- che cosa dico al mio bambino al quale avevo promesso un fratellino?
- sono single, ora sarà più difficile trovare un uomo?!
- non sento più niente, desiderio, attrazione, mi sembra che mi sia caduto addosso tutto e tutto insieme
- vedo donne incinte, ovunque, e mi sento cattiva nel provare sentimenti "brutti", di rabbia, di invidia...
- che fastidio quando gli altri parlano di figli...
- che dolore quando gli altri mi chiedono quando faremo un figlio...
- provo vergogna e un gran senso di colpa
- non vedo un futuro...

Come si procede in psicoterapia

Il quadro di intervento è molto ampio e deve sempre essere personalizzato. All'inizio è **utile** uno spazio di **ascolto attivo**:

- per la paziente, che ha bisogno di esprimere tutto ciò che prova e non è pronta a una richiesta di reattività immediata;
- per il terapeuta, che deve cogliere bene il quadro emozionale-affettivo-relazionale, la personalità, le aspettative della paziente, il suo contesto culturale e sociale.

Ancora oggi spesso si tende a vivere in silenzio questa diagnosi. In psicoterapia, si procede nell'accettazione della diagnosi e nella rielabora-

zione della stessa. La **ridefinizione della propria immagine corporea** (body image), **delle proprie sensazioni corporee** (body feelings) e **dei vissuti emotivi** passa attraverso la **rielaborazione del "lutto"** e la ridefinizione dell'identità.

E' sempre utile un lavoro sull'ansia, che include le **tecniche di rilassamento** per gestire l'ansia ma anche il **riconoscimento delle varie manifestazioni dell'ansia**. Si insegna, quindi, ad accettare di poter provare ansia ma si sottolinea anche che si può distinguere fra **ansia positiva** (come un motore che si scalda, e porta attenzione e concentrazione, che stimola a fare senza fatica) e **ansia negativa** (come un motore inceppato che porta disattenzione, calo di concentrazione, stanchezza e mancanza di lucidità).

Quando si lavora sul **corpo** è importante capire che **tipo di rapporto ci fosse prima della diagnosi di menopausa precoce**.

Se il rapporto con il proprio corpo era già difficile e di non accettazione l'impegno terapeutico sarà più complesso e delicato.

Alcune malattie, come quelle che rientrano nei **disturbi del comportamento alimentare** (DCA), mantengono tracce nel sistema neuronale, emotivo e cognitivo. Anche quando si guarisce, si mantiene una certa **vulnerabilità** nel tempo e il rapporto con il corpo difficilmente si scioglie completamente. Questo aspetto può portare, di conseguenza, a sviluppare **sensi di colpa profondi e dispiacere per non aver vissuto il corpo con armonia negli anni precedenti**, o di aver creato i presupposti per l'insorgenza della menopausa precoce.

Il ruolo dell'autostima, dell'assertività e dello sviluppo della sicurezza personale è sempre indagato e sviluppato. Mai come in questo periodo la donna ha bisogno di sentirsi ancora **incisiva, reattiva e funzionale alla vita che le appartiene**. L'autostima che si rafforza e cresce ridona gioia e voglia di fare e di reinventarsi in situazioni nuove.

Il lavoro sulla maternità indaga i vissuti e le aspettative singole e di coppia.

La psicoterapia cerca di **orientare ad altro l'energia "pro-creativa"**, che prima era dedicata al pensiero di un possibile bambino, sviluppando dove è possibile la definizione di obiettivi e impegni diversi.

Quando la coppia esiste, **il ruolo e l'atteggiamento del partner** è fondamentale. La donna ha bisogno di sentire che il proprio uomo desidera proprio lei "per se stessa", e non può ipotizzare o ascoltare che era considerata un mezzo per poter avere un figlio.

E' essenziale quindi indagare **la vita relazionale e affettiva**, se c'è vita di coppia o no, se c'è una sessualità soddisfacente per entrambi, e le paure che questo aspetto possa subire trasformazioni negative. Si lavora sul **desiderio sessuale**, che viene meno, sulla seduttività, che non deve scomparire ma si deve reinventare, e sulla paura di un invecchiamento anche estetico.

Il ruolo del partner fa spesso la differenza nell'accettazione della diagnosi: se ci sono una base sicura, un attaccamento profondo e una comprensione degli stati d'animo della donna, allora le reazioni femminili sono meno spigolose e acute, e si adattano più velocemente. **Profonda crisi**, invece, quando il partner è più giovane, anche se affettuoso: in questo caso i retaggi culturali possono avere il sopravvento.

Un intervento considerevole sarà poi sugli **stili di vita**. Importante è aiutare a vincere la **resistenza al cambiamento**: tema ricorrente ma molto impegnativo se il quadro è particolarmente ansioso.

Va valutato se l'alimentazione sia corretta o no, se ci siano **abitudini alimentari nocive** come l'assunzione regolare di vino e super alcolici. Si consiglia di **smettere di fumare** utilizzando tecniche di rilassamento unite a quelle del problem solving o di rielaborazione cognitiva.

Va analizzata la **qualità del sonno**, grande custode della salute fisica e emotiva: considerato il fatto che non è quasi mai di qualità, si parla di possibili strategie per migliorarlo, in sinergia con l'intervento farmacologico, quando indicato.

Se è presente l'**abitudine all'attività fisica o allo sport**, mai come in questo momento è utile incoraggiare a muoversi e a farlo in un modo piacevole per se stesse. I vantaggi per la salute sono molteplici:

- **scarico delle emozioni negative**, e ricarica di energia psichica "pulita";
- **riduzione dell'eccesso di adrenalina** e delle somatizzazioni ad essa associate, con riduzione delle tensioni e del dolore muscolare (mialgia);
- **riduzione delle citochine infiammatorie** fino al 30% dei livelli basali, se il movimento fisico è quotidiano (almeno un'ora di passeggiata a passo veloce);
- **riduzione della neuroinfiammazione**, associata sia alla menopausa precoce, sia alle cure oncologiche, se si tratta di una forma iatrogena;
- possibilità di **condividere il movimento fisico e lo sport attivo con altre donne nella stessa situazione**, come fonte di gioia e di rinnovata energia vitale, di nuove occasioni di entusiasmo e solidarietà (si vedano per esempio il ruolo e i risultati dell'associazione "Pagaie rosa").

Psicoterapia di gruppo

Alternativa alla classica psicoterapia cognitivo-comportamentale sono le **terapie di gruppo e di supporto reciproco**. Anche nella terapia di gruppo il terapeuta prevede lo sviluppo di approcci utili all'accettazione dei sintomi, ma in questo caso molto spazio ed enfasi sono dati al **confronto attraverso il dialogo fra i componenti del gruppo**.

Ascoltare e riconoscersi nel racconto delle altre donne aiuta a **diminuire la paura di non saper affrontare i propri disagi e le proprie emozioni** legate alla menopausa precoce. Diventa più facile sfogarsi con chi conosce il problema e lo sta vivendo nello stesso momento, uscendo dalla solitudine o dal desiderio di richiudersi a riccio.

La **supervisione competente** da parte del/della psicoterapeuta aiuta a **elaborare meglio i vissuti condivisi** e a trarre energia e opportunità di soluzioni diverse grazie all'esperienza di altre donne con la stessa sofferenza, che hanno già trovato opportunità costruttive per rielaborare le molte perdite che la menopausa precoce comporta, ancor più se iatrogena.

Conclusioni

Il vissuto emotivo nelle donne in menopausa precoce è uno dei più delicati da affrontare. E' serio e complesso **come un lutto vero, come la perdita di una persona amata e perduta**: quella parte di sé, della propria identità, che non tornerà. Che può certo essere riparata, cercando anche un equilibrio migliore, ma richiede energia, impegno e tanto lavoro interiore. La perdita è infatti durissima da affrontare e resta un passaggio ineludibile, se si vuole riconquistare una vita di nuovo (più) appagante.

Il rischio è il silenzio intorno a ciò che si prova, avvertendolo come un tabù di cui è meglio non parlare. Le amiche non possono capire se non vivono lo stesso problema e il timore è quello di non sentirsi più alla pari. Il partner potrebbe preoccuparsi e non guardare più con lo stesso interesse alla (smarrita?) femminilità della sua donna. Le donne giovani con bimbi per mano o in carrozzina diventano un incubo, anche se non si conoscono. Si inizia ad evitare luoghi frequentati da bambini o conoscenti che sono in gravidanza. La diagnosi è vissuta male anche quando sembrava di non sopportare più il ciclo mestruale per i disagi che comportava. O quando si diceva di non volere figli.

Il terrore di invecchiare precocemente, di conseguenza, sviluppa a volte una **distorsione dell'immagine corporea**. Può svilupparsi un **senso di perfezionismo maniacale verso l'aspetto fisico** che alza i livelli d'ansia in modo repentino. O, di converso, **una resa depressiva alla sciatteria anche fisica** («Tanto, peggio di così... chi vuoi che mi guardi più...»).

La fertilità messa in discussione ha il potere di annientare, almeno per un periodo, gran parte della personalità.

È sempre molto importante **non sdrammatizzare ma empatizzare per poter aiutare**, tanto meglio se la donna sente **la sinergia costruttiva fra psicoterapeuta e medico/i curanti**.

Cercare un nuovo equilibrio, sostanzialmente, significa **superare il senso di inutilità** che si percepisce dopo una menopausa precoce, specialmente se iatrogena. E sentire e credere che **si può ancora generare**, ed essere **creativi e aperti** verso la vita, in modo diverso ma comunque stimolante, prezioso e appagante.

Bibliografia essenziale

- Braun B.M. Pavan L. La menopausa non è una malattia. Edizioni Il Punto d'incontro 2006
- Di Giuseppe R. A. Doyle K.A. Dryden W./Backs W. Manuale di terapia razionale emotiva comportamentale. Raffaello Cortina Editore 2014
- Dobson K.S. Psicoterapia cognitivo-comportamentale-teorie-trattamenti-efficacia:lo stato dell'arte. McGraw-Hill 2002
- Emerson R.W. Il pensiero e la solitudine. Armando Editore 2004
- Graziottin A. Breast cancer and its effects on women's self-image and sexual function. In: Goldstein I. Meston C. Davis S. Traish A. (Eds), Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment, Taylor and Francis, London, UK, 2006, p. 276-281
- Graziottin A. Premature menopause: the challenge of accelerated sexual aging. Menopause Update, Vol. 11, No. 1, February 2008, p. 4-7
- Graziottin A. Giovannini N. Menopausa precoce e sessualità. In: AA.VV., Atti del VII Congresso Nazionale S.I.Gi.T.E., Firenze, 28 novembre-1 dicembre 2004. CIC Edizioni Internazionali, Roma, pag. 202-215, 2004
- Graziottin A. Lukasiewicz M. Female sexual dysfunction and premature menopause. In: Lipshultz L. Pastuszak A. Perelman M. Giraldi A.M. Buster J. (Eds), Sexual health in the couple: management of sexual dysfunction in men and women, Springer 2015, in press
- Leahy R.L. Tirsch D. Napolitano L.A. Regolazioni delle emozioni in psicoterapia. Eclipsi 2013

- Lukaszewicz M.E. Graziottin A. Women' sexuality after gynecologic cancers. In: Studd J. Seang L.T. Chervenak F.A. (Eds), Current Progress in Obstetrics and Gynaecology, Vol. 2, Second Edition, Kothari Medical, Mumbai, 2015
- Phillips R.N. Il grande libro della menopausa. Red Edizioni 2013
- Poerio V. Merenda M. La psicoterapia cognitivo -comportamentale nella pratica clinica. Firenze & Liuzzo 2014
- Siegel D.J. Il terapeuta consapevole. Istituto di Scienze Cognitive 2013

PROGRAMMA

- 08.00 - 08.45** Registrazione dei partecipanti
- 08.45 - 09.00** **Introduzione e obiettivi del corso**
Alessandra Graziottin (Milano)
Anna Maria Paoletti (Cagliari)
- 09.00 - 09.30** **Lettura inaugurale**
La menopausa precoce nell'adolescente
Vincenzina Bruni (Firenze)
- 09.30 - 11.00** **SIMPOSIO:**
MENOPAUSA PRECOCE, ORMONI SESSUALI E NEUROBIOLOGIA
Moderatori: Giovanni Biggio, Vincenzina Bruni, Mario Meroni
- 09.30 - 09.50** **Menopausa precoce iatrogena e comorbidità, sessuali e non**
Alessandra Graziottin (Milano)
- 09.50 - 10.10** **Steroidi sessuali e neurobiologia del cervello femminile**
Giovanni Biggio (Cagliari)
- 10.10 - 10.30** **Menopausa precoce, insonnia, ansia e depressione**
Claudio Mencacci (Milano)
- 10.30 - 11.00** **Discussione**
- 11.00 - 11.30** **Coffee break**
- 11.30 - 12.30** **SIMPOSIO:**
MENOPAUSA PRECOCE IATROGENA, SALUTE GENITALE E FERTILITÀ
Moderatori: Vincenzina Bruni, Anna Maria Paoletti, Eleonora Porcu
- 11.30 - 11.50** **Menopausa precoce e salute vulvovaginale**
Filippo Murina (Milano)
- 11.50 - 12.10** **Menopausa precoce e fertilità, dalla crioconservazione all'ovodonazione**
Eleonora Porcu (Bologna)
- 12.10 - 12.30** **Discussione**
- 12.30 - 13.45** **SIMPOSIO:**
MENOPAUSA PRECOCE, SALUTE OSTEOARTICOLARE E DOLORE
Moderatori: Marco Gambacciani, Maria Adele Giamberardino, Filippo Murina
- 12.30 - 12.50** **Sarcopenia: diagnosi e prospettive terapeutiche**
Anna Maria Paoletti (Cagliari)
- 12.50 - 13.10** **Menopausa precoce e artrosi aggressiva**
Alessandra Graziottin (Milano)
- 13.10 - 13.30** **Menopausa precoce, vitamina D, salute ossea, e non solo**
Marco Gambacciani (Pisa)
- 13.30 - 13.45** **Discussione**
- 13.45 - 14.30** **Lunch**

14.30 - 16.10

SIMPOSIO:

MENOPAUSA PRECOCE: LE VULNERABILITÀ EMERGENTI

Moderatori: Claudio Crescini, Alessandra Graziottin, Vincenzo Stanghellini

14.30 - 14.50

Ormoni sessuali e salute gastrointestinale: impatto della menopausa precoce

Vincenzo Stanghellini (Bologna)

14.50 - 15.10

Menopausa precoce e vulnerabilità al dolore: basi fisiopatologiche e implicazioni cliniche

Maria Adele Giamberardino (Chieti)

15.10 - 15.30

Menopausa precoce, rischio metabolico e salute cardiovascolare

Marco Gambacciani (Pisa)

15.30 - 15.50

Menopausa precoce e problematiche urologiche (D-mannosio)

Daniele Grassi (Modena)

15.50 - 16.10

Discussione

16.10 - 16.30

Coffee break

16.30 - 18.30

SIMPOSIO:

MENOPAUSA PRECOCE E TERAPIE, SOSTITUTIVE E NON, A LUNGO TERMINE

Moderatori: Franca Fruzzetti, Fabio Landoni, Tommaso Simoncini

16.30 - 16.50

Estroprogestinici verso ormoni bioidentici: quando, a chi e perché

Franca Fruzzetti (Pisa)

16.50 - 17.10

DHEA, testosterone: il ruolo degli androgeni dopo menopausa precoce

Tommaso Simoncini (Pisa)

17.10 - 17.30

Menopausa precoce: il ruolo della psicoterapia

Chiara Micheletti (Milano)

17.30 - 17.45

Acido ialuronico: implicazioni per la salute della donna

Claudio Gustavino (Genova)

17.45 - 18.00

Ruolo degli integratori in post menopausa precoce

Dania Gambini (Milano)

18.00 - 18.30

Discussione

18.30

Conclusioni e Valutazioni ECM

INDICE

La menopausa precoce nell'adolescente	pag. 05
Menopausa precoce iatrogena e comorbilità, sessuali e non	pag. 09
Steroidi e neurobiologia del cervello femminile	pag. 17
Menopausa precoce: ansia, depressione e disturbi del sonno	pag. 19
Menopausa precoce e salute vulvovaginale	pag. 23
Sarcopenia: diagnosi e prospettive terapeutiche	pag. 29
Menopausa precoce e artrosi aggressiva	pag. 37
Menopausa precoce: ruolo del calcio e della vitamina D nel metabolismo osseo	pag. 47
Ormoni sessuali e salute gastrointestinale: impatto della menopausa precoce	pag. 55
Menopausa precoce e vulnerabilità al dolore: basi fisiopatologiche e implicazioni cliniche	pag. 65
Menopausa precoce e rischio cardiovascolare	pag. 73
Menopausa precoce e problematiche urologiche: ruolo degli estrogeni e del D-mannosio	pag. 77
Estroprogestinici e ormoni bioidentici: quando, a chi e perché	pag. 85
DHEA e testosterone: ruolo degli ormoni maschili dopo menopausa precoce	pag. 87
Ruolo della psicoterapia nella menopausa precoce	pag. 93
Acido ialuronico: implicazioni per la salute della donna	pag. 101
Ruolo degli integratori in post menopausa precoce	pag. 107