

MENOPAUSA: RUOLO DEL GINECOLOGO E DELLO PSICOLOGO NEI CASI DI "UMORE NERO"

Pier Luigi Salzillo*, Arianna Binetti*, Maria Elena Salzillo**, Luigi Cobellis**

* Specialista in Ostetricia e Ginecologia - Direttore scientifico Centro Genesi, Marcianise (Ce)

* Psicologa - Centro Genesi, Marcianise (Ce)

** Medico chirurgo - Dipartimento di Scienze Ostetriche, Ginecologiche e della Riproduzione – Seconda Università degli Studi di Napoli, Direttore Prof. N. Colacurci

** Ricercatore - Dipartimento di Scienze Ostetriche, Ginecologiche e della Riproduzione – Seconda Università degli Studi di Napoli, Direttore Prof. N. Colacurci

Indirizzo per corrispondenza: Dott. Pier Luigi Salzillo
Centro Genesi (diagnostica ecografica e prenatale, sterilità e menopausa)
Via Novelli 94, 81025 Marcianise (Ce) Italia
tel: +39 333 2572933; fax: +39 082 3833899; e-mail: salzillo@libero.it

ABSTRACT

The word “menopause” comes from ancient greek word “pauin” that means terminate, just to indicate the end of reproductive function and in some cases, unfortunately, the end of good humor too. With last menstrual cycle (which for definition marks the beginning of menopause) the woman, in fact, feels many physical and psychological changes that can threaten her emotional stability increasing the risk of depression. Among physical alterations, the greatest incidence on the humor is certainly the decrease of hestrogen level (female hormone necessary for ovocyte maturation), starting to the “climacterium” that is the hormone “clima” modification and, therefore, to a series of physical and psychological symptoms that changes from woman to woman depending on the age, modality of arising, social life style. All this can origin the psychological symptomatology in after-menopause woman, causing anxiety, easy irritability, fear of confronting future, physical tiredness sensation, insomnia and, in the end, depression. Further hormone causes, however, exist social factors too that, with the age advance, can induce “bad mood”: growing up and independence sons’, living home, marriage, birth of grandchildren, and parents death. The interaction of these changes (physical, psychological, and social) makes therefore menopause and after-menopause an hard period of life to deal.

Key words: *Menopause; Climateric; Depression*

RIASSUNTO

La parola “menopausa” deriva dalla parola greca “pauin”, che significa terminare, proprio ad indicare la fine della funzione riproduttiva e, in alcuni casi, purtroppo anche la fine del buonumore. Con l'ultima mestruazione (che per definizione segna il principio della menopausa) la donna, infatti, avverte numerosi cambiamenti fisici e psicologici che possono minacciare la sua stabilità emotiva aumentando il rischio di depressione. Tra le alterazioni fisiche, quella di maggior incidenza sull'umore è sicuramente il calo del livello di estrogeni (gli ormoni femminili necessari per la maturazione dell'ovocita), dando luogo al “climaterio”, cioè la modificazione del “clima” ormonale e, quindi, ad una serie di sintomi fisici e psichici variabili da donna a donna in rapporto all'età, le modalità di insorgenza, la vita sociale. Tutto questo può dare origine alla sintomatologia psichica della donna in post-menopausa, provocando ansia, facile irritabilità, timore di affrontare il futuro, senso di stanchezza, insonnia e infine depressione. Oltre alle cause ormonali, però, esistono anche dei fattori sociali che con l'avanzare dell'età possono indurre all' “umore nero”: i figli diventano grandi e indipendenti, escono di casa, si sposano, nascono i primi nipotini, i genitori ormai vecchi muoiono. L'interazione di tali mutamenti (fisici, psicologici e sociali) rende, quindi, la menopausa e il post-menopausa un periodo della vita difficile da affrontare.

Parole chiave: *Menopausa; Climaterio; Depressione*

INTRODUZIONE ed EZIOLOGIA

Per quasi tutte, dopo i quarant'anni, la menopausa è un punto di confine preciso: biologico, sociale, emotivo, esistenziale. Come di fronte ad ogni evento di grosso impatto le attese, i vissuti, le speranze, le valutazioni, saranno diverse a seconda della prospettiva: se si è al di qua o al di là dell'evento, o addirittura nel momento di passaggio.

E' con i quarant'anni infatti che compaiono frequentemente i primi sintomi. Sono sintomi di vario tipo che nel loro insieme costituiscono quella che è stata definita "sindrome perimenopausale o climaterica" caratterizzata da tensione premestruale, irregolarità mestruali, vampate di calore, disturbi del sonno, irritabilità, ansia, tristezza. Tale sindrome si presenta in misura variabile da donna a donna ed è contraddistinta da una riduzione dell'attività ovarica, e da alterazioni della produzione di ormoni e delle risposte degli organi bersaglio (apparato genitale, scheletrico, cardiovascolare, cutaneo, urinario); peraltro è influenzata anche da fattori socio-culturali, legati al contesto ambientale in cui vive la donna e da fattori psicologici, legati alle caratteristiche di personalità.

Inoltre è stato provato che il calo di estrogeni sia in grado di ridurre i livelli di triptofano che è un precursore della serotonina ovvero un neurotrasmettitore che interferisce positivamente sul tono dell'umore.

FATTORI SOCIO-CULTURALI

La menopausa è una sindrome culturalmente determinata cioè viene affrontata in maniera molto differente nelle diverse culture¹.

Per esempio, uno dei significati associati alla menopausa diffusi presso alcune tribù dell'Africa e tra le donne della classe Rajput dell'India, come in certe popolazioni arabe, è che la menopausa liberando la donna dall'"impurità" dei flussi mestruali, le attribuisce un maggiore prestigio a livello sociale. Quindi la donna in questa particolare fase della vita acquisisce un certo ascendente all'interno della comunità in cui vive: può socializzare liberamente anche con gli uomini, è liberata dai lavori pesanti, può prendere parte o assistere a riti propiziatori e, in virtù dell'esperienza di vita acquisita, esercita larghi poteri sulla famiglia e sulla comunità.

In Giappone a Formosa tutt'oggi il passaggio della donna, all'età di 61 anni, nell'ultimo gruppo anagrafico, viene celebrato con un festeggiamento e da quel momento in poi le sue idee e le sue richieste

sono tenute in grande considerazione.

Da quanto fin qui detto emerge come in queste culture, così diverse da quella occidentale, la sindrome climaterica sia sfumata.

Nelle culture occidentali invece, negli ultimi quarant'anni, la donna ha sviluppato sempre più la propria identità femminile sulla base di aspetti molto legati alla seduttività ed alla sensualità anche attraverso l'uso delle proprie facoltà intellettive. Ciò ha determinato insieme agli attuali mutamenti socio-economici, uno sfasamento tra ciclo biologico e ciclo sociale della vita.

Tra le conseguenze più evidenti ritroviamo soprattutto l'allungamento del periodo adolescenziale, il progressivo ritardo della prima maternità e lo spostamento della terza età di almeno venti anni rispetto alla menopausa. Ecco spiegato il motivo per cui in tali culture, tendenzialmente giovaniliste ad oltranza e portate a negare l'invecchiamento, la perdita della fertilità può rappresentare per le donne l'occasione di una crisi d'identità con ripercussioni anche sulla propria autostima. Ciò può spingere ad interrogarsi sul proprio valore e sul senso della vita in modo negativo.

FATTORI PSICOLOGICI

Climaterio e menopausa s'inseriscono proprio all'interno del processo di modificazioni del ciclo vitale della donna, il cui vissuto è costituito principalmente dalla perdita della fertilità e dell'avvenenza fisica.

In modo piuttosto simile a ciò che avviene durante l'adolescenza, con la menopausa il corpo della donna subisce importanti modifiche che vanno ad influenzare l'immagine che la donna ha di se stessa. L'aumento di peso, la perdita di elasticità dei tessuti, l'arresto delle mestruazioni possono portare ad una messa in discussione del proprio "vissuto corporeo", ovvero del quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo. Ciò ha una grande importanza per il senso d'identità femminile. Questo passaggio dipenderà dal modo in cui sono state vissute le trasformazioni durante l'adolescenza e dalla precedente percezione del proprio vissuto corporeo.

Inoltre la cultura occidentale, proponendo modelli socio-culturali di bellezza e di capacità di seduzione, purtroppo tende a svalutare il naturale processo di invecchiamento per cui invecchiare può costituire un momento di profondo disagio soprattutto per le donne. Si deve essere belle, giovani ed efficienti e chi non lo è più rischia di perdere stabilità e sicurezza soprattutto se non è in grado di spostare il

concetto di bellezza da canoni di pura esteriorità a canoni interiori. Inoltre la perdita della capacità di procreare può essere vissuta da alcune donne come una grave mutilazione.

Si può sostenere che non esista un preciso rapporto tra determinati tratti di personalità e sindrome climaterica, ma piuttosto una complessiva "vulnerabilità psicologica" che predispone ad un atteggiamento negativo per effetto delle variazioni ormonali.

Tuttavia numerose ricerche hanno dimostrato che in realtà la menopausa non determina un grosso cambiamento nella vita di una donna, soprattutto nel caso in cui questa abbia una struttura di personalità forte caratterizzata da buona autostima e buona percezione corporea. Infatti durante la menopausa le donne più sicure e fiduciose di sé tendono a sperimentare meno sintomi e disagi rispetto alle donne con una maggiore fragilità².

Certamente questa fase della vita coincide con pressioni e responsabilità maggiori e non è sempre facile adattarsi a questi cambiamenti e trovare un nuovo equilibrio. Per questo motivo in aggiunta ai cambiamenti fisiologici della menopausa, anche fattori sociali e familiari possono partecipare allo sviluppo dei sintomi³. Ogni periodo della vita non può prescindere dalle esperienze precedenti, dall'educazione ricevuta, dalle opportunità di emancipazione e rielaborazione che si sono avute, dai vincoli culturali che a volte non hanno dato spazio alle proprie scelte. Attraverso questa fase di passaggio però, la donna può cogliere l'occasione per ricercare e ricostruire una propria identità. Siamo in una fase del ciclo di vita in cui la famiglia si rinnova, perciò occorre considerare la menopausa come una tappa naturale e un cambiamento importante. Addirittura la nuova situazione può indirizzare la donna verso prospettive diverse, stimolare la ricerca di nuovi interessi e soprattutto produrre una maggiore attenzione verso sé stessa mediante un approfondimento della propria individualità.

QUADRO CLINICO

I cambiamenti legati alla menopausa si manifestano in modo differente da donna a donna. Non esiste un'unica menopausa, ma tanti possibili quadri, ciascuno con le sue peculiarità e con più o meno sintomi⁴.

Si può notare, considerando i molteplici fattori di cambiamento che sono in gioco, come ogni soggetto metta in atto diverse strategie di risposta al problema, del tutto individuali, modulate dalle ca-

ratteristiche di personalità.

Il quadro clinico della sindrome menopausale è caratterizzato prevalentemente da un'alterazione a livello del sistema nervoso autonomo, da una serie di effetti derivanti dalle modificazioni metaboliche, e da instabilità emotiva. Durante la menopausa si possono verificare disturbi e problematiche spesso soggettivamente importanti come irritabilità, ansia, fluttuazioni del tono dell'umore, insonnia, ipocondria.

Tuttavia il problema clinico più discusso riguarda la presenza di una sindrome depressiva detta anche depressione maggiore ovvero una condizione medica caratterizzata da un prolungato umore depresso e da perdita di interesse nei confronti di qualsiasi attività piacevole, che interferisce con la vita quotidiana. La sindrome depressiva richiede delle cure psichiatriche.

Tuttavia nel contesto della sindrome menopausale, lo studio della depressione è limitato al "sintomo" ovvero a forme più lievi. Generalmente è un disturbo a breve termine e non raggiunge la gravità e la complessità della sindrome depressiva di specifica pertinenza psichiatrica.

Il principale elemento di rischio è rappresentato dalla difficoltà della donna ad elaborare i vissuti dolorosi legati ai cambiamenti connessi all'identità sessuale che deriva dalla perdita della capacità procreativa, della seduttività e della bellezza. Un compito reso certamente più difficile a causa della presenza di persistenti e influenti stereotipi culturali che fanno coincidere la menopausa con la stagione del declino.

Tuttavia, oltre alle alterazioni del tono dell'umore, anche l'ansia riveste un'importanza particolare nella menopausa: generalmente si manifesta come un senso di oppressione interna che produce una sensazione simile al soffocamento, oppure con dei sintomi ricorrenti e precisi quali insonnia, claustrofobia, agorafobia, disturbi della condotta alimentare che spesso si manifestano mediante l'impulso incontrollato ad assumere cibo.

Possiamo concludere che non esiste una sindrome psichiatrica specifica della menopausa o del climaterio e non sembra esistere un rapporto sicuro tra sintomi psichici e carenza di estrogeni. Il periodo menopausale inoltre, può rappresentare una tappa di particolare importanza per l'equilibrio affettivo e istintuale della donna. Tuttavia questo periodo che è di per sé critico, può evocare e facilitare la comparsa o la riattivazione di difficoltà personali del passato o di carenze e di problematiche latenti⁵.

TERAPIA: IL RUOLO DEL GINECOLOGO

Ad oggi mentre è rimasta indiscussa l'efficacia della terapia ormonale sostitutiva nel ridurre i sintomi tipici della menopausa anche se con la necessità di un attento controllo della paziente prima di dar via al trattamento, al contrario il risultato degli studi clinici sui disturbi dell'umore rimangono invece non univoci. Tuttavia in base agli studi disponibili al momento, lo stato ipoestrogenico postmenopausale sembra aumentare la vulnerabilità alla depressione⁶ e ridurre la risposta agli antidepressivi⁷, per cui si può ritenere che la terapia ormonale sostitutiva sia in grado di svolgere un ruolo positivo sul disturbo dell'adattamento con umore depresso, mentre nei casi di depressione maggiore può essere utile l'utilizzo di farmaci specifici quali gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina⁸.

TERAPIA: IL RUOLO DELLO PSICOLOGO

Come in tutti i casi di "umore nero", anche nel caso della sindrome depressiva climaterica può essere utile rivolgersi ad uno psicologo o ad uno psichiatra che sia capace di accompagnare la donna nel processo di ricerca della propria dimensione attuale, e costruire, tramite il lavoro terapeutico, le basi per il ritrovamento del benessere intrapsichico. Tuttavia la psicoterapia, non deve essere considerata un rimedio al problema "menopausa", che certo di malattia non si tratta, ma l'occasione di un'apertura di uno spazio di analisi che consenta di affrontare al

meglio una fase critica della vita, oggi non più breve come un tempo. Infatti, verso la fine del secolo scorso, nei paesi industrializzati l'aspettativa media di vita superava appena i 50 anni; invece alla fine di questo secolo, l'aspettativa di vita si appresta a raggiungere mediamente gli 80 anni. Quindi, risulta abbastanza chiaro che, a differenza del 1900, in cui la scomparsa delle mestruazioni segnava l'avvicinarsi della fine della vita, oggi la menopausa coincide esattamente con l'inizio di un periodo che ricopre circa un terzo dell'intero arco di vita. Si tratta quindi di un periodo che dovrebbe essere imperniato sul piacere che deriva dalla consapevolezza di vivere un'evoluzione che fa parte della vita di ogni donna e non, come spesso avviene, sul rammarico di una perdita. L'antropologo americano, Marshall Flint ha messo in evidenza come già accennato, che in India, dove la menopausa accresce lo status sociale delle donne, questa "fase" della vita sia vissuta con molta serenità e con molti meno disturbi. Lo stesso avviene in Israele, dove le donne arabe, una volta raggiunta la menopausa, possono vivere più liberamente e hanno maggiori diritti nella società. Questo porta maggiormente a sostegno l'assunzione per cui ad aggravare la sintomatologia della donna in post-menopausa non sia solo il cambiamento dei livelli ormonali, ma soprattutto la cultura della nostra società che rischia di "patologizzare una fase" trasformando uno stadio fondamentale e quanto mai ricco della vita in una "malattia" o un "problema" da contrastare con ogni mezzo e a tutti i costi (farmaci, chirurgia plastica, lifting, ...).

BIBLIOGRAFIA

1. Melby MK, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. *Hum Reprod Update*, 2005;11: 495–512.
2. Becker D, Orr A, Weizman A, Kotler M, Pines A: Depressed mood through women's reproductive cycle: correlation to mood at menopause. *Climacteric*. 2007 Feb; 10 (1): 46-50.
3. Gedance D. Femininity and depressive tendencies in menopause: some psychoanalytic reflections. *Rev Med Suisse*. 2006 Nov 29; 2 (89): 2753-6.
4. Avis NE, Crawford SL and McKinlay SM. Psychosocial, behavioral, and health factors related to menopause symptomatology. *Womens Health*. 1997; 3, 103–120.
5. Fugate N, Woods N. Entering menopause increases the risk of first episode depression. *Evid Based Ment Health*. 2006 Nov; 9 (4): 109.
6. Parry BL. Perimenopausal depression. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(1):23-7.
7. Pae CU, Mandelli L, Kim TS, Han C, Masand PS, Marks DM et al. Effectiveness of antidepressant treatments in pre-menopausal versus post-menopausal women: A pilot study on differential effects of sex hormones on antidepressant effects. *Biomed Pharmacother*. 2009 Mar; 63(3):228-35.
8. Gyllstrom Me, Schreiner PJ, Harlow BL. Perimenopause and depression: strength of association, causal mechanisms and treatment recommendations. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007 Apr; 21 (2):275-92.
9. Dennerstein L, Lebert P, Guthrie JR, Burger HG. Modeling women's health during the menopausal transition: a longitudinal analysis. *Menopause*. 2007;14(1):53-62
10. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(4):375-82.
11. Graziottin A. Serafini A. Depressione e climaterio. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2009; 28 (1): 34-43
12. Callegari C, Buttarelli M, Cromi A, Diurni M, Salvaggio F, Bolis PF. Female psychopathologic profile during menopausal transition: a preliminary study. *Maturitas*. 2007 Apr 20; 56 (4): 447-51.
13. Boulet MJ, Oddens BJ, Lebert P, Vemer HM and Visser A. Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries. *Maturitas*. 1994; 19, 157–176.