

La patologia depressiva nella donna

Ferdinando Pellegrino

Psichiatra
Direttore UO Salute Mentale
ASL SA1/5 Costa d'Amalfi

Riconoscere precocemente le modalità espressive della depressione nelle diverse fasi della vita della donna diventa importante dal punto di vista clinico sia per l'attuazione di idonei trattamenti sia per predisporre programmi di prevenzione specifica della depressione

Nella molteplicità delle sue manifestazioni cliniche, la depressione è un disturbo che determina importanti ripercussioni sulla qualità della vita dei pazienti: sulla base dei dati dell'OMS, nel 2020 la patologia depressiva rappresenterà, dopo le malattie cardiovascolari, la seconda causa di disabilità nei Paesi occidentali. In età adulta, secondo l'American Psychiatric Association, la depressione maggiore ha una prevalenza del 4-9% nelle donne e del 2-3% negli uomini, mentre quella del disturbo distimico è nel complesso del 3%.

Tali dati sono confermati dal consumo degli antidepressivi che in Italia nel periodo 2000-2007 si è triplicato, ciò a conferma della maggiore sensibilità del clinico verso questa patologia, anche se a oggi risulta ancora sottostimata e non sempre trattata in modo appropriato.

Dal punto di vista clinico è esperienza comune quella di considerare la patologia depressiva più tipicamente femminile, a conforto delle statistiche; tuttavia le donne per loro natura tendono a esternare con maggiore facilità le situazioni di disagio e sofferenza interiore, più facilmente ammettono le loro debolezze e la loro inerzia ed è per questo che ricorrono al medico chiedendo aiuto e sostegno.

L'uomo ha difficoltà a riconoscere il proprio nucleo depressivo, più spesso tende a rimuoverlo, a non ammettere il proprio disagio, che viene canalizzato per esempio sul versante comportamentale, con l'assunzione di stili di vita disfunzionali, come il frequente ricorso all'abuso di alcolici o il fumo di sigaretta.

L'uomo non chiede aiuto, pensa di potercela fare da solo, ha difficoltà a

esprimere le proprie emozioni al medico, molto spesso la depressione diventa irritabilità, rabbia, difficoltà a gestire la conflittualità lavorativa, riduzione del "ben-essere" individuale e familiare.

C'è tuttavia da osservare che i cambiamenti culturali cui assistiamo stanno modificando l'esternazione del disagio psichico: mentre prima ricorrevano frequenti le crisi isteriche e l'isteria sembrava femminile, oggi osserviamo con maggiore frequenza episodi di isteria maschile, quasi a conferma di quanto anche il ruolo maschile sia cambiato e di quanta difficoltà abbia l'uomo nel gestire il rapporto con le donne, più disinibite e aggressive anche sul piano sessuale. La donna conserva oggi il suo ruolo di madre e sposa, lo rivendica e lo sostiene anche a costo di grandi sacrifici personali, ma non intende rinunciare a una propria indipendenza professionale ed economica, che anzi persegue con pervicacia.

Ne consegue un aumento dei livelli di stress, di disagio, di *arousal* psico-fisiologico con un inevitabile impatto negativo sulla qualità della vita; l'aumento esponenziale delle abitudini disfunzionali è diventato per le donne un dato reale: consumano più alcolici, fumano di più, abusano con inusuale frequenza di analgesici e altri prodotti di automedicazione.

Ciò nel tentativo di compensare e sostenere l'aumentato livello di stress soggettivo cui sono sottoposte, un tentativo che porta alla maggiore incidenza nelle donne di infarto cardiaco, di neoplasie polmonari e di altre patologie correlate a stili di vita disfunzionali, come la depressione e l'ansia.

Situazioni di disagio alimentano e sostengono lo stress: superlavoro, carenza di soddisfazioni e senso di frustrazione, conflittualità relazionali, pressioni sociali, ritmi di vita frenetici, carenze affettive rendono la donna ancora più vulnerabile, alimentando una sensazione di impotenza rispetto ai problemi della vita, che a sua volta esalta l'intensità dello stimolo psico-sociale.

Una particolare attenzione merita infatti l'emergere delle patologie cardiovascolari nelle donne che, negli ultimi anni, proprio in seguito alle modificazioni del comportamento femminile, ha raggiunto dimensioni allarmanti.

La donna non si ammala infatti solo di tumore al seno, ma anche - e soprattutto - di cardiopatia ischemica; tale dato è ancora sottostimato con il rischio da parte del clinico di non riconoscere l'evento ischemico, sia per l'atipicità con cui può manifestarsi, sia perché i fattori affettivo-emozionali influenzano la percezione della sintomatologia, condizionando la descrizione dei sintomi per la quale si utilizzano termini atipici e poco incisivi. La patologia ischemica non è più una patologia del sesso maschile, perché la donna ha acquisito modalità comportamentali dannose per la salute.

C'è anche da considerare il ruolo dei fattori ormonali, che incidono in modo inequivocabile sull'economia psichica della donna; lo spettro dei disturbi depressivi che si rileva in fase premenstruale, in menopausa, nel post-partum, esprimono molto bene la correlazione tra le variazioni ormonali fisiologiche e una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di quadri depressivi, talvolta di particolare gravità e acuzie.

■ Disturbo disforico premenstruale

Il disturbo disforico premenstruale (DDP) è caratterizzato dalla presenza di rilevanti sintomi, che si accompagnano a intensa sofferenza e compromissione della funzionalità globale. Tra i sintomi presenti vi sono l'umore marcatamente depresso con sentimenti di disperazione e idee di autovalutazione, rabbia, insonnia o ipersonnia, modificazioni dell'appetito, facile affaticamento, ansia, irritabilità, difficoltà a concentrarsi, diminuito interesse per le attività usuali, cefalea, dolori articolari o muscolari, sensazione di "gonfiore", rigonfiamento della mammella.

Per la diagnosi di DDP è necessario che i sintomi si siano manifestati regolarmente durante l'ultima settimana della fase luteinica nella maggior parte dei cicli mestruali dell'anno precedente; l'inizio della mestruazione (fase follicolare) comporta un'attenuazione dei sintomi che sono sempre assenti nella settimana che segue la mestruazione.

È importante sottolineare che la sintomatologia non deve apparire come l'esacerbazione di un disturbo mentale in atto e i sintomi non devono essere confusi con cambiamenti transitori d'umore, che molte donne provano nel periodo mestruale.

■ Sintomatologia nel periodo post-partum

Più definita e talvolta preoccupante è la sintomatologia depressiva che può insorgere nel post-partum; da quadri clinici di relativa gravità, come la *maternity blues* (tristezza del post-partum), a veri quadri di depressione maggiore con sintomatologia psicotica, il post-partum, per la convergenza di molti fattori causali - sia organici sia psichici - rappresenta un periodo di vulnerabilità per la donna e per il clinico di particolare attenzione, in quanto deve essere in grado di cogliere tempestivamente i sintomi del disagio.

In tale fase possono infatti insorgere quadri psichiatrici di estrema gravità con problematiche cliniche a rapida insorgenza e in grado di esporre la paziente a condotte auto ed eterole-

sionistiche; la diagnosi precoce rende più agevole ed efficace il trattamento, con remissione completa del quadro clinico.

Nel post-partum vi è la convergenza di fattori psicologici e organici che rendono la donna più vulnerabile al disagio psichico, ma è anche vero che questo è il periodo della massima espressività della femminilità: l'aumentata sensibilità della donna (plasticità cerebrale materna) può essere letta anche come l'espressione dei cambiamenti necessari per la sintonizzazione biologica e psicologica con il neonato.

Madre e neonato esercitano un'influenza reciproca sul cervello che rende il rapporto unico e in grado di favorire la maturazione cerebrale del neonato. La depressione materna rappresenta una situazione difficile, in quanto tende a coincidere con una minore interazione fisica ed emotiva madre-figlio, con inevitabili conseguenze negative sulla crescita del neonato.

È quindi importante favorire una maggiore sensibilità verso queste problematiche, soprattutto oggi che le donne sono impegnate in molteplici attività e ricoprono spesso anche ruoli dirigenziali; nei primi anni di vita si pongono le basi per la stabilità psicologica del bambino e la presenza e la serenità della madre appare in tal senso come un fattore determinante.

■ Sindrome depressiva menopausale

Un problema clinico controverso riguarda la presenza di una sindrome depressiva menopausale che sembra molto diffusa, ma che risulta difficile da codificare dal punto di vista nosografico; sintomi psicogeni come cefalea, insonnia, labilità del tono dell'umore, irritabilità, depressione, ansia sono molto comuni durante il climaterio, in particolare nel periodo perimenopausale (intervallo di tempo in cui i cicli mestruali delle donne iniziano a diventare irregolari, generalmente tra i 45 e i 49 anni di età).

In tale periodo il rischio di insorgenza della depressione è più elevato rispetto agli anni precedenti, la vulnerabilità a un episodio depressivo maggiore aumenta cioè durante la

transazione menopausale. Tuttavia, si osserva che oltre la metà delle donne con depressione menopausale presenta un'anamnesi di precedente disturbo depressivo e molto spesso la sintomatologia osservata in menopausa è correlata a precedenti depressioni associate al ciclo riproduttivo.

Un fattore favorente l'insorgenza della depressione in tale periodo è la modificazione del ruolo familiare della donna che ha bisogno di ritrovare se stessa e di diversificare gli interessi; in modo particolare il ruolo materno viene a essere sovvertito dal fatto che i figli lasciano il nucleo familiare (sindrome del nido vuoto) per costruirsi una nuova famiglia.

La difficoltà della donna di ricucire i propri interessi e le relazioni in primis con il coniuge comporta un notevole dispendio di energia che non sempre corrisponde a un incremento del livello di soddisfazione personale. Possono così insorgere sensi di colpa per non avere diversificato i propri investimenti nel passato, per avere centrato tutti gli sforzi sulla famiglia e insorgono anche vissuti di inadeguatezza rispetto al futuro. Non ci si sente più in grado di affrontare nuove esperienze e nuove relazioni, e vi è una generale tendenza all'isolamento e alla chiusura in se stessi che può facilitare l'insorgenza di quadri depressivi; possono anche manifestarsi reazioni emotive in cui prevale la rabbia con inevitabile insorgenza di conflittualità familiari.

■ Sterilità come fattore di rischio

Un altro capitolo di estremo interesse è la valutazione degli aspetti psicologici e psichiatrici in coppie sterili; indipendentemente dal fatto che la sterilità sia femminile o maschile, le vicende legate alla valutazione diagnostica e terapeutica della sterilità possono costituire un terreno favorevole per lo sviluppo di disturbi dello spettro ansioso-depressivo.

Nelle coppie sterili la donna tende a sentirsi frustrata, ad avere una minore autostima, a vivere con minore intensità la propria sessualità, a sentirsi più emotivamente coinvolta rispetto al partner nell'affrontare il problema;

Tabella 1

Impatto della sterilità e del suo trattamento sulla donna

- Depressione, ansia, ostilità
- Impatto negativo sulla funzionalità sessuale: impotenza, anorgasmia, diminuzione della libido
- Isolamento sociale
- Difficoltà finanziarie
- Aspettative irrealistiche sulla gravidanza
- Gestazioni multiple

Burt VK, Hendrick VC, 2000

ne conseguono vissuti di rabbia, di ansia, di svuotamento della propria identità, di isolamento, di difficoltà relazionali e coniugali, fattori che favoriscono l'insorgenza di quadri depressivi (tabella 1).

Lo stress correlato al trattamento stesso della sterilità - con la necessità di monitorare continuamente le funzioni corporee legate alla riproduzione - non è facile da sostenere e gestire, anche in considerazione del fatto che molti dei protocolli di trattamento della sterilità agiscono sull'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio con inevitabili effetti collaterali fisici e psichici.

Ne consegue la necessità di rendere l'intervento psicologico indispensabile fin dall'inizio, sia per prevenire l'insorgenza di disturbi psichici, sia per sostenere la coppia anche dopo la nascita del figlio.

Valutazione clinica

Da punto di vista clinico la valutazione del disturbo depressivo si fonda su due elementi caratteristici, la presenza di peculiari sintomi (nucleo depressivo) e il loro impatto sulla persona (significatività clinica).

La depressione è una patologia che presenta diverse modulazioni di gravità, tende a strutturarsi nel tempo e a comportare una progressiva e significativa compromissione del funzionamento globale; anche un solo sintomo (depressione sottosoglia od oligosintomatica), tuttavia può essere espressione di un quadro depressivo importante, se viene a compromettere in modo significativo il benessere della persona e la sua efficacia indivi-

duale, familiare, lavorativa e sociale. È il clinico che si ritrova a valutare l'importanza e la strutturazione dei sintomi, il loro rapporto con la presenza di patologie organiche o psichiche, il loro impatto sull'economia del paziente; ciò avviene con migliore efficacia se la relazione medico-paziente si fonda su un rapporto empatico condiviso, solo così il medico può essere in grado di comprendere la natura e la profondità della sofferenza psichica. Occorre quindi dare molta importanza anche alla diagnosi differenziale, in quanto molte patologie fisiche - come la disfunzione tiroidea o la malattia di Parkinson - possono facilitare l'insorgenza di quadri depressivi o presentarsi con sintomi depressivi. La peculiarità con cui alcuni quadri depressivi si presentano in fasi diverse della vita della donna non deve allora fare pensare a entità nosografiche distinte, quanto a disturbi che acquistano in tali fasi un significato particolare, che va compreso nel momento e nel contesto in cui il disagio o il disturbo si concretizza.

Conclusioni

Per ciò che concerne le caratteristiche individuali e socio-culturali della donna con depressione, non sembra possibile individuare alcuna specifica tipologia. La depressione colpisce la donna nubile, sposata o separata o divorziata, la donna che non ha figli o che ha uno o più figli, la donna che lavora fuori casa o fa la casalinga, che svolge un semplice lavoro d'ufficio o è manager di un'azienda.

I fattori culturali negli ultimi anni sono profondamente cambiati e per la donna vi sono nuovi scenari da gestire, le sue aree di investimento psicologico sono cambiate e l'individuazione dei fattori che maggiormente contribuiscono ad accrescere le situazioni di disagio non è chiara e univoca.

Il maggiore senso di autonomia, la minore dipendenza dalle figure genitoriali e dall'uomo, la migliore capacità di entrare nel mondo del lavoro e di affermarsi con professionalità, ciò senza rinunciare al ruolo materno, hanno contribuito ad accrescere il livello di gratificazione personale. L'al-

tra faccia della medaglia è rappresentata dal tributo che spesso la donna paga in termini di riduzione del benessere e qualità della vita laddove il maggiore impegno richiesto non è supportato dalla gratificazione attesa. La donna sembrerebbe così più fragile e vulnerabile e soggetta ai mutamenti ormonali del proprio corpo, nella realtà le problematiche esposte ripropongono la necessità di fare convergere gli sforzi degli studiosi nella comprensione del rapporto tra corpo e mente, tra fattori organici e disturbi psichici, tra fattori psicologici individuali e relazionali e sociali.

Ciò ripropone altresì la necessità di collaborazione tra diverse aree specialistiche per una presa in carico condivisa del paziente: terapia medica (per esempio terapia ormonale sostitutiva, antidepressivi) e terapia psicologica possono rappresentare in molte situazioni, come nella depressione perimenopausale, una risposta efficace e risolutiva.

Nella sofferenza della depressione la donna sembra tuttavia reagire con più coraggio, ha una migliore aderenza al programma terapeutico, una buona capacità introspettiva e appare più resistente, non rinunciando anche nella difficoltà ad assumersi le responsabilità quotidiane; l'uomo tende invece a essere rinunciatario, a non seguire le terapie, ad attuare strategie psicologiche difensive - come la rimozione e la razionalizzazione - inidonee a fronteggiare l'evento depressivo.

Per il medico è fondamentale il riconoscimento della natura del disagio e delle dinamiche individuali, familiari, relazionali, sociali e lavorative alla base di tale disagio; comprendere le ragioni del disagio e il contesto in cui si concretizza favorisce la realizzazione di un percorso terapeutico appropriato.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM IV-TR. Masson, Milano 2001.
- Burt VK, Hendrick VC. La salute mentale nelle donne. Centro Scientifico Editore, Torino 2000.
- Parry BL. Depressione perimenopausale, *Am J Psychiatry* (ed it) 2008; 1: 2.
- Pellegrino F. Criticità nella gestione di ansia e depressione. *M.D. Medicinae Doctor* 2007; 18: 26-29.
- www.rcpsych.ac.uk