

## **Sindrome post-menopausale: analogie e differenza nello stile di vita nella donna in menopausa fisiologica e chirurgica**

PIERGIORGIO CERUTTI, WILLIAM ZANALETTI

*Summary* – POST-MENSTRUAL SYNDROME: ANALOGIES AND DIFFERENCES IN THE LIFESTYLE OF THE WOMAN IN PHYSIOLOGICAL AND SURGICAL MENOPAUSA. It implies the end of the reproductive function but, at the same time, it offers women the opportunity to look into their own past and future. For 75-80% of women, it follows a post-menopausal syndrome, characterized by different symptoms vasomotor, genitourinary and neuropsychic. An important triggering factor is the psychic one. We have observed 30 physiological menopausal women and 30 surgical menopausal ones.

The interviews and the projective tests have shown:

- in the two groups we have found insecurity and emotional lability involving both free and somatized anxiety and pragmatic and perfectionist behaviour.
- frequent depressive reaction at the beginning of the syndrome. However the two groups have shown a different way to live symptoms, resulting from the unconscious finalisms followed by the different lifestyles.

*Keywords:* *PHYSIOLOGICAL AND SURGICAL MENOPAUSE, POST-MENOPAUSAL SYNDROME, LIFESTYLE*

### *I. Introduzione*

La menopausa rappresenta una delle tappe fondamentali della vita della donna, al pari del menarca e della maternità. Essa non segna solamente il termine di un ciclo ormonale, contraddistinto dalla cessazione delle mestruazioni, ma acquista spesso un significato simbolico più profondo e di più ampia accezione [9, 10].

La menopausa, che segnala la tappa fondamentale del climaterio (l'esaurimento dell'attività ovarica), comporta la perdita della capacità riproduttiva e determina frequentemente l'avvio di un'epoca di primi bilanci che la donna sarà portata a fare sul proprio passato, aprendo inoltre una prospettiva sull'ultimo ciclo vitale rappresentato dalla senescenza [18].

Accade che tradizione, cultura e vissuto personale si intersechino e si fondano determinando reazioni diverse in base al differente stile di vita di ogni donna [16]. È un dato oggettivo che la menopausa insorga prevalentemente tra i 45 e i 55 anni,

epoca in cui la giovinezza lascia il posto alla piena maturità, caratterizzata da una presa di coscienza, almeno parziale, delle inevitabili trasformazioni fisiche, nonché da riflessioni sulla propria vita affettiva, professionale e sociale [9].

Questi tre aspetti vengono valutati positivamente o negativamente, non soltanto in base al verificarsi degli eventi, ma soprattutto in base alla priorità di valori attribuiti a ciascuna di queste sfere d'azione [3].

Solo il 20-25% delle donne, secondo diversi specialisti del settore, supera la fase climaterica in modo pressoché asintomatico [9, 10, 18].

Ciò dimostra che la maggior parte della popolazione femminile sarebbe invece portata a sviluppare, durante il climaterio, un quadro sintomatologico multiforme nell'ambito del quale si possono rilevare disturbi su base:

- 1) vasomotoria: vampate di calore, profuse sudorazioni, tachicardia, cardiopalmo, extrasistolia, ipertensione arteriosa;
- 2) genito-urinaria: secchezza vaginale, dispareunia, frequenti cistiti;
- 3) neuropsichica: riduzione o perdita della libido, cefalea, insonnia, ansia, irrequietezza, nervosismo, irritabilità, instabilità emotiva, alterazioni del tono dell'umore, slatentizzazione di disturbi psichici preesistenti e più facilmente compensati nel passato [9].

Studi, sempre più numerosi negli ultimi decenni, hanno dimostrato la stretta correlazione fra sistema nervoso (neurotrasmettitori e neuromodulatori cerebrali), psiche e sistema endocrino [7, 22].

Tali disturbi, che le pazienti stesse attribuiscono frequentemente alla sola involuzione sul piano biologico, sembrerebbero invece da ricondursi ad un'eziopatogenesi multifattoriale, nell'ambito della quale parrebbe rivestire un ruolo preponderante la componente psicologica [8, 9].

A supporto di quest'ultima ipotesi sta il fatto che anche l'utilizzo, sempre più frequente negli ultimi anni, di terapie ormonali sostitutive ha portato ad un'attenuazione d'intensità solo parziale di alcuni dei sintomi caratterizzanti la sindrome post-menopausale, lasciandone pressoché immutati molti altri [8, 9].

## II. Finalità

Al fine di avvalorare l'ipotesi di una componente psicosomatica nell'eziopatogenesi della sindrome post-menopausale, abbiamo deciso di studiare la personalità di un gruppo di donne in menopausa fisiologica e uno in menopausa chirurgica, con l'intento di evidenziare eventuali analogie e differenze non solo nel tipo di reazione all'evento, ma anche in riferimento ai dinamismi inconsci preesistenti e ai finalismi inconsci futuri, secondo le teorie della psicologia individuale [1, 2, 3, 4, 14, 23].

### III. Soggetti e metodi

Abbiamo osservato 30 donne in menopausa fisiologica e altrettante in menopausa chirurgica, nelle quali uno dei sintomi più disabilitanti era costituito dalla cefalea di tipo emicranico, presente, prima della menopausa, quasi esclusivamente nel periodo perimenzstruale e accentuatasi nettamente come frequenza sino a divenire, in alcuni casi, quotidiana dopo il climaterio [13]. Nessuna di loro assumeva terapia ormonale sostitutiva.

La casistica è stata raccolta prevalentemente durante gli anni di collaborazione, in qualità di consulente, con il “Centro per lo studio delle Cefalee e dei Disturbi Adattativi” annesso alla Clinica Neurologica dell’Università degli Studi di Pavia.

	Menopausa chirurgica	Menopausa fisiologica
Campione (n)	30	30
Range età (anni)	32 - 63	
Età media	44,7 ± 12,7	56,5 ± 11,8
<b>SCOLARITÀ</b>		
Elementare	1	2
Medie inferiori	13	18
Medie superiori	14	10
Universitaria	2	0
<b>STATO CIVILE</b>		
Nubili	3	2
Coniugi	22	25
Vedove	1	2
Separate	4	1
<b>PROFESSIONE</b>		
Casalinghe	2	5
Operaie	5	6
Impiegate	8	7
Lavoratrici autonome	10	7
Insegnanti	4	2
Pensionate	1	3

Tabella 1. Dati epidemiologici relativi alle donne in menopausa fisiologica e chirurgica.

Come è possibile evincere dalla tabella sopra esposta le differenze più significative fra i due gruppi riguardano l'età media, decisamente inferiore nelle donne in menopausa chirurgica e, pur se di entità meno rilevanti, la scolarità e gli impegni professionali (più responsabilizzanti) sempre nelle donne dello stesso gruppo.

Ciascun soggetto è stato sottoposto a uno o più colloqui psicologici e alla successiva somministrazione di test proiettivi di personalità: il reattivo di Rorschach, codificato secondo la metodologia proposta da Francesco Parenti e Pier Luigi Pagani [15, 17, 20] e il Tematic Apperception Test di Murray [6, 11, 12], del quale sono state sempre proposte tutte le tavole.

Dai colloqui psicologici emerge la presenza, nei soggetti di entrambi i gruppi esaminati, di un'elevata quota di ansia (sia libera che somatizzata) nella quasi totalità dei casi frequentemente associata (65% circa) ad un significativo calo del tono dell'umore.

Differenti appaiono però nei due gruppi le caratteristiche della depressione e i fattori scatenanti. Il disturbo timico emerge come più accentuato e più "sofferto" nella donna in menopausa chirurgica, nella quale si presenta quasi sempre come reazione all'intervento subito e/o alla diagnosi della patologia che ha reso necessario l'intervento stesso.

Oltre al disagio per la menomazione che ha privato la paziente della capacità riproduttiva e ha generato una serie di sintomi penalizzanti (quali quelli riportati nella parte introduttiva) si riscontra frequentemente una preoccupazione generatrice anche di spunti fobici, con prevalenza di contenuti patofobici, per l'evoluzione futura della malattia. Ne consegue, in molti casi, una riduzione degli interessi, una compromissione della vita di relazione, con tendenza anche all'autoemarginazione.

Frequente, in loro, è il ricorso all'abuso di analgesici nel tentativo di mantenere un'adeguata efficienza nell'adempimento dei compiti essenziali della quotidianità, relativi sia all'ambito professionale che familiare (rapporti con il coniuge, con i figli e talora con genitori anziani, non sempre totalmente autosufficienti).

La donna in menopausa fisiologica lamenta un calo dell'umore, anch'esso di natura reattiva, che si evidenzia però in modo più "raccontato" che realmente vissuto, come se la depressione venisse più facilmente accettata verosimilmente per una propensione di base più spiccata alla finalizzazione inconscia dei propri malesseri.

Durante i colloqui queste pazienti non lamentano soltanto il disagio derivante dai sintomi che caratterizzano la sindrome post-menopausale, ma manifestano di frequente anche diverse problematiche di altra natura: conflittualità nel rapporto con la famiglia d'origine, esasperate dalla necessità di assistere genitori anziani non totalmente autosufficienti, tensioni nel rapporto con coniugi o compagni poco partecipi in quanto troppo assorbiti dai loro impegni di lavoro o dai loro hobby personali, sentimenti di

inadeguatezza nella gestione di figli divenuti ormai adulti e poco disposti ad accettare il ruolo-guida materno. Non infrequente è nelle stesse il riscontro di difficoltà nel relazionarsi adeguatamente con la realtà ambientale circostante, unitamente ad insoddisfazioni e frustrazioni in ambito professionale.

#### IV. Analisi del reattivo di Rorschach

	Menopausa chirurgica	Menopausa fisiologica
Campione (n)	30	30
G + DG > = INSICUREZZA	19	18
F+ > = PRAGMATISMO	22	26
CHS > = ANSIA	24	28
CF + C > FC = LABILITÀ EMOTIVA	16	26
BAN > = CONFORMISMO	26	22
STEREOT > = PERFEZIONISMO	13	14

Tabella 2. Risultati del reattivo di Rorschach: dati di rilievo in entrambi i gruppi esaminati.

	Menopausa chirurgica	Menopausa fisiologica	Chi-quadro
Campione (n)	30	30	
CF + C > FC = LABILITÀ EMOTIVA	16	26	p = 0.011
C = IPEREMOTIVITÀ, IMPULSIVITÀ, ISTERIA	7	23	p = 0.000
FUOCO + S + E = IPEREMOTIVITÀ, IMPULSIVITÀ, ISTERIA	7	24	p = 0.000
SHOCK AL GRIGIO IV + VI = CONFLITTI FAMILIARI	11	20	p = 0.039
TRI EX = EXTRATENSIONE	12	26	p = 0.000
TRI IN = INTRATENSIONE	18	4	p = 0.000
SHOCK COLORE II + IX = FOBIA	17	6	p = 0.008
H < = INSUFFICIENZA RELAZIONALE	26	14	p = 0.003
ANAT = PATOFOBIA	21	7	p = 0.000

Tabella 3. Risultati del reattivo di Rorschach: differenza significative tra i due gruppi.

Dal Rorschach emerge una presenza significativamente elevata, in entrambi i gruppi esaminati, di risposte percentualmente superiori ai range di normalità relative ai seguenti items:

- 1) globali incomplete più confabulate (G + DG), indicative della presenza di una spiccata insicurezza;
- 2) forma (F), caratterizzanti una tendenza al pragmatismo;
- 3) chiaroscuro (CHS + P + T), significative della presenza di un'elevata componente ansiosa;
- 4) prevalenza di risposte di colore forma più colore puro sulle forma colore nell'ambito del cromatismo (CF + C > FC), patognomoniche della presenza di un'evidente labilità emotiva;
- 5) banali (ban), sottolineanti la presenza di tratti conformistici;
- 6) stereotipate (stereot), segnalanti la propensione al perfezionismo.

Confrontando, col il metodo del chi-quadro, i risultati emersi nei due gruppi emerge una prevalenza significativa, nei soggetti in menopausa chirurgica, di:

- 1) tipo di risonanza intima (T.R.I) intratensivo con prevalenza del colore sulla forma nell'ambito delle risposte cromatiche, indicative di una labilità emotiva prevalentemente censurata;
- 2) risposte umane (H) in numero insufficiente, caratterizzanti una difficoltà nei rapporti interpersonali e la tendenza all'autoemarginazione;
- 3) risposte anatomiche più sessuali (anat + sex), verosimilmente riconducibili alla presenza di una componente patofobica;
- 4) shock al colore (s.c.) alla II e alla IX tavola, indici di iperemotività e della presenza di spunti fobici.

Nelle donne in menopausa fisiologica è riscontrabile, invece, una prevalenza di risposte:

- 1) tipo di risonanza intima (T.R.I) di tipo extratensivo con un'accentuata prevalenza del colore sulla forma nell'ambito delle risposte cromatiche e con un'elevata presenza del colore puro, indice dell'esistenza di una labilità emotiva più accentuata e disinibita, di tratti d'impulsività e di una propensione all'enfatizzazione dei sintomi;
- 2) fuoco, sangue, esplosione (fuoco, sangue, esplos) confermantanti quanto emerso dalla presenza del colore puro;
- 3) shock al grigio (s.gr.) alla tavola IV e VI, rivelatori di conflitti interiori irrisolti nel rapporto con la famiglia d'origine e con la figura maschile.

#### V. *Analisi del TAT di Murray*

Nell'analizzare il TAT di Murray abbiamo indagato soprattutto le psicodinamiche inconscie relative al rapporto con la famiglia d'origine [21], con quella maschile e con il mondo esterno, oltre alla realizzazione personale.

Nelle donne in menopausa chirurgica la madre viene proiettata, perlopiù, come sog-

getto insicuro, iperprotettivo, ansioso e ansiogeno. La figlia parrebbe portata a sviluppare nei suoi confronti un'esigenza di emancipazione, non sempre sostenuta da una sufficiente autostima, ma nel contempo anche il desiderio di proporsi come supporto alla genitrice.

Nelle donne in menopausa fisiologica la figura materna è proiettata prevalentemente come rigida, coercizzante, scarsamente affettiva o, in ambivalenza, insufficiente e generatrice di sensi di colpa. La figlia parrebbe indotta a sviluppare soprattutto un atteggiamento conflittuale, oscillando tra l'esigenza di autonomia o di ribellione e il bisogno di appoggio condizionato dalla facile elaborazione di sentimenti d'inadeguatezza.

La figura paterna nella donna in menopausa chirurgica è proiettata soprattutto come presente, autorevole, concentrata sulla professione, ma, nel contempo, affettiva e aperta al dialogo. La figlia parrebbe aver scelto il genitore come riferimento e potenziale modello da emulare.

Nella donna in menopausa fisiologica il padre viene invece più frequentemente proiettato come soggetto distante, scarsamente affettivo e attento alle esigenze familiari, incentrato soprattutto sui propri interessi. La figlia parrebbe aver sviluppato nei suoi confronti un'ambivalenza fra il desiderio ineso di attenzione e appoggio e il ricorso all'autolesività eteropunitiva.

Nel rapporto con la figura maschile la donna in menopausa chirurgica si proietta, in molti casi, come propensa ad instaurare un rapporto paritetico, pur risultando talora la relazione stessa non sufficientemente appagante.

La donna in menopausa fisiologica avrebbe strutturato, perlopiù, un rapporto conflittuale con l'uomo, oscillando tra il bisogno frustrato di prevaricazione e la ricerca non sempre concretizzata di sostegno con conseguente ricorso all'esibizione della propria sofferenza per ottenere attenzione e appoggio.

Nell'interazione con la realtà extrafamiliare la donna in menopausa chirurgica parrebbe aver orientato il proprio modo di rapportarsi agli altri secondo linee convenzionali contemplanti l'esigenza di offrire un personaggio di superficie ipercontrollato e, di riflesso, selezionando attentamente le persone con cui rapportarsi.

La donna in menopausa fisiologica, invece, è portata a lasciar trasparire con maggior facilità i propri stati d'animo nel rapportarsi agli altri incontrando difficoltà nel mantenere un giusto equilibrio nel modo di comunicare, alternando slanci entusiastici e delusioni profonde.

Per quanto attiene alla realizzazione personale la donna in menopausa chirurgica appare prevalentemente portata a perseguire obiettivi di affermazione, frenati da un'evi-

dente insicurezza generatrice di ansie continue nel perseguimento dei propri obiettivi. Raramente ricorre però alla reazione di fuga di fronte al rischio di devalorizzazione.

La donna in menopausa fisiologica persegue anch'ella obiettivi di affermazione non sostenuti da un'adeguata autostima. Ne consegue più facilmente il ricorso all'astensionismo o alla fuga o, in altri casi, la tendenza a reagire alle costrizioni mediante strategie controcostrittive.

#### VI. *Discussione e conclusioni*

L'analisi dei risultati emersi dalla nostra ricerca conferma l'importanza del tratto di personalità premorbo nel modo di vivere la menopausa e il corredo sintomatologico ad essa correlato. La donna, sia in menopausa fisiologica che chirurgica, sarebbe portata, in larga maggioranza, ad un accumulo importante di ansia sia libera che somatizzata derivante da una spiccata insicurezza e labilità emotiva. Ciò la indurrebbe a ricercare forme compensatorie mediante una stretta aderenza a schemi comportamentali conformistici e attraverso lo sviluppo di una propensione al pragmatismo e al perfezionismo.

Frequentemente si manifesta, in entrambi i gruppi esaminati, una reazione depressiva al climaterio [5]; divergono però nella donna in menopausa fisiologica e in menopausa chirurgica le cause generatrici dell'ansia e della depressione, le modalità espressive delle stesse nonché la finalità inconscia perseguita nello sviluppo di tali sintomi.

La donna in menopausa chirurgica parrebbe aver sviluppato una carenza della propria autostima come conseguenza di un'infanzia iperprotetta da parte dell'ambiente familiare d'origine [21], con conseguente sviluppo di un sentimento inferiorizzante all'impatto con l'ambiente circostante. Ne sarebbe derivato un approccio estremamente cauto, iperdifeso e selettivo nei confronti del mondo esterno con l'esigenza di proporre un personaggio di superficie ipercontrollato, censurando le proprie emozioni e i propri stati d'animo. Da lì un inevitabile e progressivo accumulo d'ansia, sia libera che somatizzata, per continuare a perseguire una valorizzazione costruttiva a livello professionale e nell'ambito ristretto della propria famiglia (marito e figli), rinunciando in gran parte ad interessi di tipo sociale.

Ella sembrerebbe subire il profondo condizionamento di un intervento traumatico acuto quale l'isterectomia, sicuramente vissuto come devalorizzante, talora anche perché si verifica in un periodo ancora pienamente attivo della vita. In esse la destabilizzazione, derivante da una diagnosi non necessariamente infausta e dalla successiva insorgenza di sintomi, può indurre talvolta lo sviluppo di spunti fobici con una prevalenza di contenuti patofobici. Ne consegue una progressiva rinuncia a interessi e relazioni interpersonali, nel tentativo di concentrare i propri sforzi nel mantenimento dei compiti essenziali della vita in ambito professionale e familiare.

Il modesto riscontro, però, nel vissuto personale pregresso di importanti conflittualità irrisolte e il frequente verificarsi dell'evento patogeno in un'età ancora attiva o addirittura in ascesa, permette di ipotizzare la possibilità per tali pazienti di trovare più facilmente compensazioni positive nella professione, nella famiglia e nella stessa vita affettiva, e di superare quindi più agevolmente e in tempi relativamente più brevi i disturbi derivanti dal climaterio.

Questo potrebbe spiegare come, anche nel vivere la sindrome post-menopausale, questo tipo di donna ricorra frequentemente all'abuso di analgesici per mantenere un'efficienza e una valorizzazione in ambito professionale e nell'adempiere ai compiti essenziali relativi al proprio ruolo di moglie e di madre. In lei è riscontrabile comunque una crescita disarmonica delle due istanze fondamentali, avendo privilegiato la volontà di potenza, e circoscrivendo all'ambito familiare senza annullarlo il sentimento sociale.

La finalità inconscia della donna in menopausa chirurgica da noi osservata, potrebbe quindi interpretarsi come un'esigenza di affermazione pseudoeroica attraverso la sofferenza.

Come conseguenza di queste caratteristiche personologiche, unitamente ad un'età media inferiore e a motivazioni e stimoli esterni più significativi, la donna in menopausa chirurgica parrebbe avvantaggiata nel superamento della sindrome post-menopausale rispetto alla donna in menopausa fisiologica. Tale ipotesi è supportata dall'osservazione diretta dei risultati ottenuti dalle pazienti che hanno accettato di affrontare un percorso terapeutico di tipo analitico.

Lo stile di vita della donna in menopausa fisiologica, invece, è contraddistinto dalla presenza di un'emotività più intensa e più difficilmente controllabile. Questa può sfociare in esteriorizzazioni clamorose e teatrali o anche in un ricorso più esibizionistico al linguaggio degli organi per sottolineare il proprio disagio interiore, come frequentemente si riscontra nello stile di vita dell'isterico [1, 2, 3, 4]. Tali soggetti sembrerebbero affrontare questa tappa non avendo ancora superato, come abbiamo visto, conflittualità e ambivalenze inconse, legate alle dinamiche dei rapporti con la famiglia d'origine [21].

La persistenza di tali conflitti sembrerebbe aver inciso, successivamente, sia sulla capacità di raggiungere una realizzazione personale appagante, sia soprattutto sulla capacità di vivere in modo equilibrato la propria vita affettiva, con conseguenze talvolta negative nell'interazione col partner, nel rapporto con i propri figli e, da ultimo, anche nei rapporti d'amicizia o nei rapporti sociali.

A tal proposito lo stesso Adler, nei suoi scritti, sosteneva come il cambiamento fisico legato alla menopausa provocasse nella donna uno stato di agitazione e ansia legato al timore di vedersi tolto in avvenire anche il residuo di un valore, già limitato e con-

quistato con fatica [3, 4].

La menopausa sembrerebbe porre queste donne di fronte alla necessità di prendere atto di un passato insoddisfacente che condiziona le loro prospettive future, proiettate in una vecchiaia inesorabile. La sindrome menopausale verrebbe a porsi come compensazione, seppure fittizia, a tale frustrazione, assumendo di volta in volta finalità inconse diverse:

- la propria sofferenza può assumere il significato di una richiesta di aiuto nei confronti di un ambiente familiare, considerato troppo distante e anaffettivo (come nel caso di un marito troppo incentrato sulla professione e sugli svaghi o di un figlio che ormai ha raggiunto l'età della propria indipendenza);
- di fuga di fronte a responsabilità ritenute troppo gravose (quali la necessità di accudire familiari anziani e/o ammalati) o incarichi più responsabilizzanti in ambito professionale;
- di rifugio di fronte alla prospettiva di confronti troppo temuti in ambito sociale, soprattutto nel doversi rapportare alle donne più giovani;
- di colpevolizzazione, infine, nei confronti di tutti coloro da cui la donna ritiene di aver subito torti, in passato, in funzione del proprio ruolo tradizionale.

D'altro canto, allo sviluppo di tali dinamiche concorrono non solo i tratti di personalità scaturiti dal vissuto personale, ma anche fattori socioculturali [9, 14]. La nostra società, condizionata dall'esigenza della produttività, incline a privilegiare la volontà di potenza a scapito del sentimento sociale, affida incarichi di responsabilità a persone sempre più giovani e relega spesso le persone più anziane a una condizione di progressiva emarginazione, cancellando l'immagine del "vecchio saggio" caratteristica di tutte le culture del passato [14].

Questa realtà, ispirata al binomio giovane-potente, incombe in modo ancor più negativo sulla figura femminile, che tuttora, seppur in una società apparentemente più aperta e progressista, orientata a concedere alla donna la parità dei diritti, deve combattere i pregiudizi che ostacolano la sua piena realizzazione e che rivestono un ruolo preponderante nello sviluppo della sindrome climaterica.

Adler in più circostanze ha tenuto a sottolineare come la vecchiaia non avrebbe mai dovuto costituire un fattore di isolamento e di devalorizzazione dell'essere umano e, in particolare, per la figura femminile il cui ruolo rimane sempre fondamentale a prescindere dall'età [1, 2, 3, 4].

Concludendo, sulla base di quanto emerso dalla nostra ricerca, potremmo affermare come la donna in menopausa fisiologica, a differenza di quella in menopausa chirurgica che, per le proprie caratteristiche personologiche dimostra di avere le risorse per riemergere e riaffermarsi, sia invece indotta a vivere la sindrome post-menopausale quale manifestazione, seppure autolesiva, della propria protesta virile e, come tale, destinata più facilmente a perpetrarsi nel tempo [4, 19, 23].

Sul piano terapeutico le pazienti di questo gruppo, più portate ad affidarsi al potere “miracolistico” dei farmaci (in base al loro stile di vita), hanno manifestato una maggiore resistenza al trattamento psicoterapeutico, nell’ambito del quale si sono orientate più verso il counselling che verso l’approccio analitico [19].

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den Nervösen Charakter*, tr. it. *Il Temperamento Nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1924), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e Teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1926), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La Psicologia Individuale e la Conoscenza dell'Uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della Vita*, De Agostini, Novara 1990.
5. ARIETI, S., BEMPORAD, J. (1978), *La Depressione Grave e Lieve*, Feltrinelli, Milano.
6. BELLAK, L. (1954), *The TAT and CAT in clinical use*, Grune & Stratton, New York.
7. BOTTACCIOLI, F. (2015), *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I Fondamenti Scientifici delle Relazioni mente-corpo. Le Basi Razionali della Medicina Integrata*, Editore RED, Milano.
8. CAGNACCI, A., ARANGINO, S., ZANIN, R., CANNOLETTA, M., BACCHIMODENA, A., PANSINI, F. S., MOLLICA, G., BONACCORSI, G., GIULLINI, N., VOLPE, A. (2009). Menopausa Chirurgica vs. Fisiologica. Sessualità, Qualità di Vita e Patologie, *Rivista Italiana di Ginecologia e Ostetricia*, 22: 37-45.
9. EDMONDS, K. (2012), *Trattato di Ostetricia e Ginecologia*. Editore EMSI (Edizioni Mediche Scientifiche Internazionali), Roma.
10. GRELLA, P. V., MASSOBRIO, M., PECORELLI, S., ZICHELLA, L. (2006). *Compendio di Ginecologia e Ostetricia*, Editore Monduzzi, Bologna.
11. MURRAY, H. A. (1938), *Exploration in personality*, U.O.P., New York.
12. MURRAY, H. A. (1943), *Thematic Apperception Test Manual*, tr. it. O.S., Firenze.
13. NAPPI, G., MANZONI, G. C. (2005), *Manuale delle cefalee*, Masson, Milano.
14. PARENTI, F. (1985), *La psicologia individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
15. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1976), *Il reattivo del Rorschach nell'età evolutiva*, Hoepli, Milano.
16. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo stile di vita*. De Agostini, Novara.
17. PASSI TOGNAZZO, D. (1977), *Il metodo Rorschach*, Giunti Barbera, Firenze.
18. PESCIETTO, G., DE CECCO, L., PECORARI, D., RAGNI, N. (1989), *Manuale di Ginecologia e Ostetricia*. Editore Società Editrice Universo, Roma.
19. RECROSIO, L. (1983), *Counselling e Psicoterapia secondo l'Indirizzo Adleriano*

con Donne in Menopausa, Atti del *XXI Congr. Naz. Soc. Italiana Psicoterapia Medica*, Bari 1983.

20. RORSCHACH, H. (1920), *Psicodiagnostik*, Hans Huber, Bern.

21. ROVERA, G. G., (1992), Individuo, costellazione familiare e cicli della vita, in Atti del *V Congr. Naz. SIPI*, Stresa, 8-9 maggio 1992, "L'individuo e la costellazione familiare".

22. SCAPAGNINI, U., CANONICO, P. L., FERRARA, N. (1985). *Psiconeuroendocrinologia*, Editore Idelson Gnocchi Edizioni Scientifiche, Napoli.

23. VERRI, A. P., CERUTTI, P., D'AVOLA, G., NAPPI, R., SANCES, G. (1990), Soma e Psiche. Profilo psicologico della menopausa. *Atti del Convegno Nazionale "Il Consultorio Familiare: Congresso Nazionale per Rinnovare un Impegno con la Donna degli Anni '90*, a cura di Genazzani A. R. e De Cecco, L., Rimini 27-31 maggio 1990, CIC Edizioni Internazionali, Roma.

Piergiorgio Cerutti  
Via Pirandello, 2  
I - 27042 Bressana Bottarone (PV)  
E-mail: cerutti piergiorgio@libero.it

William Zanaletti  
Viale Indipendenza, 80/b  
I - 27100 Pavia  
E-mail: zana74@libero.it