

La sindrome dell'ovaio policistico: aspetti psicologici ed estetici in uno studio su 82 pazienti

S. IURASSICH, A.M. IANNACCONE, F. CIOCE¹

RIASSUNTO: La sindrome dell'ovaio policistico: aspetti psicologici ed estetici in uno studio su 82 pazienti.

S. IURASSICH, A.M. IANNACCONE, F. CIOCE

Introduzione. La sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) comprende disturbi della riproduzione, sindrome premestruale e danni estetici che possono essere percepiti come diversità e causare disagi psicologici.

Scopo. Abbiamo ricercato il disagio e le tecniche sono state correlate per definire un solo end point diagnostico. La gravità clinica dei danni estetici è stata correlata con l'intensità del disagio.

Materiali e metodi. Sono state studiate 82 pazienti, di 20-31 anni, affette da PCOS. Sono stati valutati i danni cutanei con la macrofotografia millimetrata, l'obesità con l'indice di massa corporea, il disagio con un colloquio ed i test Rorschach, Machover, Zung, Glass e percezione del sintomo.

Risultati. I test hanno evidenziato presenza di ansia nell'84,14-86,58% dei casi e di depressione nell'84,14%-86,58% dei casi con coartazione affettiva, inibizione, introversione, frustrazione, sintomi psicotici. Le correlazioni tra i test hanno evidenziato alta significatività.

Discussione. I test ed il colloquio hanno evidenziato che nelle pazienti i danni possono promuovere idee di persecuzione, tratti paranoidei, sentimenti di devianza e favorire lo sviluppo di fobia sociale. Lo stato di disagio psicologico aumenta con il progredire della gravità clinica dei danni estetici.

Conclusioni. Il test sulla percezione del sintomo può essere un endpoint diagnostico del disagio psicofisico nella PCOS. La regressione clinica della patologia dipende dall'interazione sociale della paziente e dalla sua qualità di vita, mentre potrebbe essere utile l'impiego della psicoterapia cognitiva interpersonale.

SUMMARY: The polycystic ovaries syndrome psychological and aesthetical aspects in a study on 82 patients.

S. IURASSICH, A.M. IANNACCONE, F. CIOCE

Introduction. Polycystic ovaries syndrome (PCOS) includes troubles of reproduction, premenstrual syndrome and aesthetical damages. These ones can be perceived as difference and cause psychological problems.

Aim of the study. Correlate the clinical gravity of the aesthetical damages with the intensity of the psychological discomfort.

Materials and methods. A total of 82 patients, aged 20-31 years, with PCOS have been studied. Cutaneous damage by millimetric macro-photography, obesity by the body mass index, discomfort by interview and the Rorschach, Machover, Zung, Glass and perception of the symptom tests have been evaluated.

Results. The tests showed anxiety in 84,14%-86,58% of cases and depression in 84,14-86,58% of the cases with affective coercion, introversion, frustration, and psychotic symptoms. All tests were statistically significant.

Discussion. The tests and the interview showed that in the patients the damages can promote ideas of persecution, paranoiac aspects, feelings of deviance and/or facilitate the development of social phobia. The state of psychological discomfort increases with the progress of the clinical gravity of the aesthetical damages.

Conclusions. The test on the perception of the symptoms can be a diagnostic end point of the psychophysical discomfort in the PCOS. The clinical regression of the pathology depends on the social interaction of the patient and from his quality of life. The use of the cognitive interpersonal psychotherapy could be useful.

KEY WORDS: Ovaio policistico - Disturbi psicologici - Danni estetici.
Polycystic ovaries - Psychological discomfort - Aesthetical damages.

Introduzione

La sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) (1) ha un'incidenza del 25% nella popolazione femminile e comprende disturbi della funzione riproduttiva (65-80% dei casi), sindrome premestruale (fino al-

Seconda Università degli Studi di Napoli
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile,
Audiofoniatra e Dermatovenereologia
¹ Dipartimento Medico-Chirurgico di Internistica Clinica
e Sperimentale "F. Magrassi" e "A. Lanzara"

l'80% dei casi) e danni estetici (40-70% dei casi) come descritti nella Tabella 1 (2,3). Le ovaie evidenziano ipertrofia e sclerosi, iperplasia della teca e dello stroma, follicoli immaturi sulla superficie esterna e multipli cistoadenomi disposti nella corticale. Questi hanno contenuto sieroso giallo-citrino, diametro variabile da 2mm a 3cm, parete sottile, tesa, trasparente (2,4,5). Le cause comprendono: familiarità (presenza di PCOS,

diabete tipo II, alopecia nei maschi <30 anni) ed eredità multifattoriale, elevato indice di massa corporea (BMI >30) (6-9), di prolattina (DHEAS) (30% dei casi) e/o di deidroepiandro-steronesolfato (10,11), ma soprattutto: a) aumento sierico dell'ormone luteinizzante (LH) rispetto all'ormone follicolo-stimolante (FSH) (la maturazione non completa dei follicoli causa i disturbi della funzione genitale); b) resistenza cel-

TABELLA 1 - SINTOMI E SEGNI DIAGNOSTICI DI PCOS OSSERVATI E PERCEPITI NELLE 82 PAZIENTI IN ESAME.

Sintomi e segni diagnostici	Presenza sintomo		Percezione sintomo			
	Casi	%	MB	B	M	E
<i>Sintomi dei disturbi della funzione riproduttiva</i>						
Dismenorrea	66	80,48	00	11	26	29
Aborto ricorrente	02	02,43	00	00	00	02
Sterilità	11	13,41	00	00	01	10
<i>Sintomi della sindrome premenstruale (sintomi psichici)</i>						
Insicurezza	69	84,14	09	21	21	18
Crisi di pianto immotivate	63	76,82	10	22	17	14
Irritabilità	70	85,36	09	23	20	18
Aggressività	69	84,14	07	24	19	19
Tensione emotiva	70	85,36	09	21	21	19
Cambiamento d'umore	71	86,58	09	25	20	17
Manifestazioni depressive	71	86,58	09	24	20	18
Scarsa concentrazione	69	84,14	11	23	19	16
Stanchezza	68	82,92	09	25	17	17
<i>Sintomi della sindrome premenstruale (sintomi fisici soggettivi)</i>						
Tensione mammaria	66	80,48	08	21	21	16
Algia mammaria	60	73,17	05	20	18	17
Algia pelvica	66	80,48	06	21	19	20
Cefalea	53	64,63	06	19	15	13
Peso addominale	55	67,07	06	20	16	13
<i>Sintomi della sindrome premenstruale (sintomi fisici oggettivi)</i>						
Febbricola	16	19,51	02	05	05	04
Edema ai malleoli	13	15,85	02	04	04	03
Aumento ponderale	65	79,26	03	19	21	22
<i>Sintomi dei danni estetici</i>						
Acne	57	69,51	01	09	22	25
Alopecia	07	08,53	00	00	01	06
Irsutismo	49	59,75	00	03	20	26
Sovrappeso	22	26,82	02	07	08	05
Obesità	16	19,51	00	02	05	09
<i>Segni diagnostici ormonali</i>						
Incremento LH	42	51,21				
LH/FSH superiore a 3	40	48,78				
Iperandrogenismo	37	45,12				
Riduzione di SHBG	32	39,02				
Aumento di insulina	26	31,70				
<i>Segni diagnostici ecografici</i>						
Aumento dimensioni ovaio	82	100				
Ispessimento albuginea	82	100				
Numero cisti tra 7 e 10	82	100				
Una cisti di diametro > 10mm	82	100				

Legenda: Molto basso MB, Basso B, Moderato M, Elevato E.

lulare dall'insulina che produce lipidogenesi (nei soggetti obesi), iperinsulinemia ed iperandrogenismo (produzione ovarica di androstenedione e testosterone nel 60-70% dei casi), che causa alopecia, acne, irsutismo ed ovulazione rara (11-13).

La diagnosi richiede la presenza della sintomatologia descritta nella Tabella 1 ed è confermata: a) dall'indagine ultrasonografica (US), che evidenzia ispessimento dell'albuginea e presenza di cisti dal numero superiore a 10 e dal diametro maggiore di 10mm; b) dai dosaggi ormonali (nel 50% dei casi) che registrano incremento dell'LH con un rapporto LH/FSH superiore a 3 nella prima fase del ciclo, iperandrogenismo (DHEAS e testosterone), riduzione di SHBG, aumento di insulina. L'ovaio multifollicolare presenta invece un numero di cisti inferiore a 5 ed è fisiologico nelle giovani donne (tappa evolutiva verso i normali cicli ovulatori) (14-17).

La presenza della sindrome premestruale, le lesioni dell'acne ed i reperti US sono stati correlati in tre stadi con progressiva gravità clinica (Tab. 2) (18). La

PCOS presenta complicanze quali: patologie cardiovascolari, disturbi del metabolismo glucidico e lipidico, iperprolattinemia, disfunzioni tiroidee ed aumento del rischio oncologico a livello della mammella e dell'endometrio. Possono associarsi diabete ed ipertensione. La diagnosi differenziale è posta con ipotiroidismo, altre iperprolattinemie, ipercorticosurrenalismo o tumori secernenti androgeni (2,4,14,15).

I danni funzionali ed estetici non concordano con quanto proposto come modello dall'immaginario collettivo e/o dal vissuto esperienziale e per questo possono essere percepiti come diversità somatiche da rifiutare e causare disagi psicologici (disturbi della personalità e socio-relazionale). Abbiamo ricercato la presenza del disagio psicologico associato a ciascun sintomo della PCOS. Le tecniche impiegate sono state correlate in modo da definire un solo *end point* diagnostico del disagio nella PCOS. Inoltre, la gravità clinica dei danni cutanei e ponderali è stata correlata con l'intensità del disagio per valutare l'importanza che le pazienti hanno attribuito al danno estetico prodotto dalla patologia.

TABELLA 2 - RISULTATI DEI TEST PSICOLOGICI E DELLE LORO CORRELAZIONI.

Giudizi Kopeikin	Giudizi del test percettivo del sintomo in scala Likert				Casi totali	Percentuale
	MB	B	M	E		
Disturbi funzione riproduttiva (tre sintomi / patologie)						
Numero casi	000	011	027	041	079	
Casi tot / n. sintomi patol	000	03,66	09,00	13,66	26,33	32,1097
Sintomi psichici della sindrome premestruale (nove sintomi / patologie)						
Numero casi	082	208	174	156	620	
Casi tot / n. sintomi patol	09,11	23,11	19,33	17,33	68,88	84,0000
Sintomi fisici soggettivi della sindrome premestruale (cinque sintomi / patologie)						
Numero casi	031	101	089	079	300	
Casi tot / n. sintomi patol	06,20	20,20	17,80	15,80	60,00	73,1707
Sintomi fisici obiettivi della sindrome premestruale (tre sintomi / patologie)						
Numero casi	07	28	30	29	94	
Casi tot / n. sintomi patol	02,33	09,33	10,00	09,66	31,33	38,2073
Danni estetici (cinque sintomi / patologie)						
Numero casi	003	021	056	071	151	
Casi tot / n. sintomi patol	00,60	04,20	11,20	14,20	30,20	36,8292
Correlazione tra i giudizi del percettivo con i test ansia e depressione in scala Likert						
Giudizi correlati	Correlazione tra i giudizi del percettivo con i test ansia e depressione in scala Likert					
	quasi mai	qualche volta	spesso	molto spesso		
Ansia di Zung						
Numero pazienti	7	25	20	18	70	85,3658
Ansia sociale di Glass						
Numero pazienti	8	24	20	17	69	84,1463
Depressione di Zung						
Numero pazienti	7	24	20	18	69	84,1463
Legenda Kopeikin: Molto basso MB, Basso B, Moderato M, Elevato E.						

Materiali e metodi

Sono state studiate, dopo consenso informato, 82 pazienti, senza abitudine al fumo ed al consumo di alcool, di età compresa tra i 20 ed i 31 anni (media aritmetica 26,0243, fattore di correzione 53678,0975, devianza 927,9025, varianza 11,45558, deviazione standard 3,3846), affette da PCOS da almeno 9 mesi. Le pazienti non presentavano disendocrinopatie, patologie sessuali o gonadali.

I danni cutanei sono stati valutati con il *visual score* e la macrofotografia millimetrata. In un campo cutaneo di 3x3cm sono state osservate: nell'acne il tipo delle lesioni presenti (che con progressiva gravità clinica sono i comedoni, le papulo-pustole e le nodulo-cisti, le cicatrici); nell'irsutismo il numero delle unità pilifere; nell'alopecia

il diametro medio delle aree glabre (Tab. 2). La presenza del sovrappeso e dell'obesità è stata valutata con il BMI (indice di massa corporea = peso/altezza²) (Tab. 2).

Il disagio psicologico relazionato con la presenza dei sintomi è stato studiato con un colloquio psicologo-soggetto (della durata di 45 minuti) e con i test psicodiagnostici accreditati sulla personalità di Rorschach (metodo Rizzo) e di Machover, sull'ansia di Zung (SAS) e di Glass (ansia sociale) e sulla depressione di Zung (SDS). Inoltre abbiamo somministrato il nostro test sulla percezione del sintomo. I risultati dei reperti cutanei, del BMI ed i valori interpretativi dei test psicologici (eccetto il Machover) sono stati espressi con una scala Likert (con 4 gradi) e nel punteggio Kopeikin (molto basso, basso, moderato, elevato) (Tabb. 1, 2 e 3) al fine di permettere una agevole correlazione.

TABELLA 3 - CORRELAZIONE TRA GIUDIZI ESPRESSI IN SCALA LIKERT E PUNTEGGIO KOPEIKIN (COME NEI PRECEDENTI TEST) ED I VALORI DEGLI INDICI DIAGNOSTICI OSSERVATI COME PATOLOGICI (ANSIA, DEPRESSIONE, DIVERSI) E CONTENUTI NEL PROTOCOLLO RORSCHACH (METODO RIZZO).

Indici	v.n.	Range degli indici correlabili				
		MB	B	M	E	
Indici della depressione						
Tempi di latenza	20-30sec	30-35	35-40	40-45	>45	
T.V.I.	2-4M / 2-4C	1-2M / 1-2C	1-2M / 1-2C	0-1M / 0-1C	0-1M / 0-1C	
Numero R	20-40	15-20	15-10	10-05	05-00	
F%	70-80	70-75	75-80	80-85	85-90	
Modo di comprensione	G	17-25%	16-17	12-15	10-11	<10
	D	60-70%	59-60	55-58	53-54	<53
	Dd	6-10%	11-14	15-16	17-20	>20
	Dim	3-9%	10-13	14-15	16-19	>19
M	2-3	1-2	1-2	1	0	
A%	30-50	50-55	55-60	50-65	65-70	
V%	20-25	25-27	28-30	31-33	34-36	
Contenuti 1° + 2°	10-15	8-9	6-7	4-5	<4	
FC ¹ n	0	0	0	1	>1	
C ¹ n	0	0	0	1	>1	
Indici dell'ansia						
FClob	0	1	1	2	>2	
F(C)-	0	1	1	2	>2	
C ¹ n	0	0	0	1	>1	
C ¹ nF	0	0	0	1	>1	
Contenuti di simulacro	assenti	assenti	presenti	presenti	presenti	
Contenuti secondari	assenti	assenti	presenti	presenti	presenti	
Attrazione per lo scuro	assente	assente	presente	presente	presente	
Indici diversi (psicosi)						
F-	0	1-2	3-5	6-7	8-10	
F(C)-	0	1-2	3-4	5-6	7-8	
R+% , F+%	70-80	60-55	60-55	55-50	<50	
Contaminazione	0	0	0	1	2	
Colore forzato	0	0-1	0-1	2	3	

Risultati del test di Rorschach

Numero pazienti - 8 MB 25 B 20 M 18 E
per un totale di 71 pazienti e l'86,5853% dei casi

Legenda: Valori normali v.n., Molto basso MB, Basso B, Moderato M, Elevato E.

Risultati

I risultati sulla presenza dei sintomi e sulla loro percezione sono stati descritti nella Tabella 1 e hanno evidenziato frequenza analoga a quella descritta in letteratura (2-4,15,16). Le 82 pazienti hanno presentato 1.243 casi-sintomo (su un totale di 2.050 casi e 25 sintomi). Ciascun sintomo ha una insorgenza media di 49,72 volte, con un *range* compreso tra 2 (aborto) e 71 (cambiamento d'umore e manifestazioni depressive), mentre la comorbilità media dei sintomi è stata di 15,1585, con un *range* compreso tra 12 e 19.

I test psicologici hanno evidenziato che: lo stato di disagio era associato ad ogni sintomo della PCOS (test della percezione del sintomo, Tab. 1); lo stato di ansia era presente dall'84,14% (test di Glass) all'85,36% (test di Zung) e 86,58% (test di Rorschach) dei casi (Tabb. 2 e 3); lo stato di depressione era presente dall'84,14% (test di Zung) all'86,58% (test di Rorschach) dei casi (Tabb. 2 e 3).

Il *test di Rorschach* rileva nelle pazienti un vissuto dominato da sentimenti di inadeguatezza, instabilità interiore, disadattamento relazionale e sociale e incapacità ad elaborare il materiale affettivo. Esse mancano di contatto con se stesse e della possibilità di costruirsi una propria identità autentica ed assumono uno stile di vita caratterizzato da aspetti introversi, artistici e romantici che facilmente si associano ad una chiusura verso l'esterno ed a sentimenti di frustrazione. Nel protocollo (Tabella 3): a) il valore F% compreso tra 70/90 ed il basso numero di M evidenziano un discreto livello evolutivo delle capacità intellettive associato ad inibizione, coartazione affettiva, eccessivo controllo emozionale e della rimozione difensiva, assenza di spontaneità, tendenza all'umore depresso; b) l'elevato numero di F(C)- indica un alto livello di ansia non sufficientemente controllata e un tentativo fallito di dominarla, un Io limitato nelle sue funzioni di egemonia sulle altre istanze psichiche ed anche nelle sue funzioni di adattamento quotidiano, un livello di pretesa che non corrisponde ad autentiche capacità intellettive e di integrazione; c) l'elevato numero di F-, di R+% ed F+%, compreso tra 50 e 60, e la presenza di contaminazione e di colore forzato evidenziano una non corretta interpretazione della realtà, sintomi psicotici e tratti paranoidei.

Il *test di Machover* evidenzia oppositività, insicurezza e passività che determinano insoddisfazione di sé e sentimenti di inferiorità. Sono presenti incapacità ad agire ed a manipolare, ansia, tratti depressivi, sentimenti di non accettazione della propria immagine corporea. Le pazienti presentano inoltre un equilibrio affettivo precario, coartazione ed inibizione, energie non canalizzate e non liberate, tendenza a fantasticare e ad

immaginare, tratti paranoidei e problematiche legate ai contatti sociali ed alle relazioni interpersonali.

La *correlazione di Spearman* ha evidenziato: a) tra gli *item* dei sintomi psichici della sindrome premenstruale contenuti nel test della percezione del sintomo (Tabb. 1 e 2) ed i test (Tab. 2) di Zung (ansia e depressione) e di Glass (ansia sociale) alta significatività ($p < 0,0001$); b) tra i test per la valutazione dell'ansia (Zung e Glass), come tra questi ed il test per la valutazione della depressione (Zung) alta significatività ($p < 0,0001$) (Tab. 2); c) tra gli *item* dei sintomi psichici ed i test di Zung e di Glass da un lato e gli indici Rorschach F%, F(C)- ed M dall'altro, evidenzia alta significatività ($p < 0,0001$) (Tab. 3).

Il giudizio emerso dal protocollo Rorschach, inoltre, è sovrapponibile a quello del Machover. La relazione tra la gravità dei danni estetici e l'intensità di percezione del disagio nei quattro gradi della scala Likert ha evidenziato, rispettivamente: livello molto basso e basso nel 73,17% (danni estetici) e nel 15,85% (disagio) dei casi; livello alto e molto alto nel 26,82% (danni estetici) e nell'84,14% (disagio) dei casi (Tab. 4).

Discussione

I test sulla personalità (Rorschach e Machover) ed il colloquio hanno evidenziato nelle pazienti una intensa percezione dei danni estetici e della funzione riproduttiva e ci hanno suggerito il possibile meccanismo patogenetico del disagio psicologico associato alla PCOS. È nostra opinione che questi danni contrastano fortemente con l'idealizzazione dell'aspetto femminile proposta dall'immaginario collettivo e che per questo promuovono la nascita del disagio. In questa fase l'Io fisico confronta la sua immagine con quella proposta dal sociale, passa dal vedere il suo corpo, che gli è già noto, all'osservare e scoprire quelle differenze, che gli erano ignote, fino al riflettere su ciò che ora la coscienza del Sé considera diversità (*fase della coscienza estetica*). In questo momento insorge un intenso agire finalizzato alla compensazione dei danni, alla ricerca del "rimedio" (come è stato definito nei colloqui). L'iperattività tuttavia non riesce ad appagare la coscienza del nuovo benessere: il rimedio non giunge o la sua attesa appare lunga. Tale mancanza genera ansia, insicurezza, agitazione, aumento dell'emotività e dell'affettività, polarizzazione del pensiero nella ricerca di una soluzione: inizia la nevrosi (*fase dell'ansia*). L'Io, tuttavia, non può accettare le sconfitte senza attuare meccanismi di difesa e questi non possono realizzarsi senza un processo di elaborazione che richiede tempo. Insorge quindi la rabbia come emozione di difesa immediata, semplice ed efficace nel tentativo di protezione. L'agitazione si trasforma in aggressività, non ancora consa-

TABELLA 4 - CORRELAZIONE TRA LA GRAVITÀ CLINICA DEI DANNI ESTETICI E L'INTENSITÀ DI PERCEZIONE DEL DISAGIO PSICOLOGICO.

Lesioni	Tot	Disagio psicologico				Danno estetico			
		MB	B	M	E	MB	B	M	E
Acne	13	00	01	07	05	03	05	04	01
Alopecia	02	00	00	00	02	01	01	00	00
Irsutismo	08	00	00	08	00	04	03	01	00
Sovrappeso	02	01	01	00	00	01	01	00	00
Acne, Irsutismo	19	00	01	05	13	05	07	04	03
Alopecia, Irsutismo	01	00	00	01	00	01	00	00	00
Acne, Sovrappeso	14	01	06	07	00	05	04	03	02
Alopecia, Sovrappeso	01	00	00	00	01	01	00	00	00
Irsutismo, Sovrappeso	10	00	01	03	06	05	03	02	00
Acne, Alopecia, Irsutismo	01	00	00	00	01	00	01	00	00
Acne, Alopecia, Sovrappeso	01	00	00	00	01	00	01	00	00
Acne, Irsutismo, Sovrappeso	09	00	01	03	05	04	03	01	01
Alopecia, Irsutismo, Sovrappeso	01	00	00	00	01	00	01	00	00
Totali pazienti	82	02	11	34	35	30	30	15	07
Variazione valori da MB, B → M, E		13 pazienti (15,85%)		69 pazienti (84,14%)		60 pazienti (73,17%)		22 pazienti (26,82%)	
Totali con lesioni dell'acne	57	1	9	22	25	17	21	12	7
Totali con lesioni dell'alopecia	07	00	00	01	06	03	04	00	00
Totali con lesioni irsutismo	49	00	03	20	26	19	18	08	04
Totali con sovrappeso obesità	38	2	9	13	14	16	13	06	03
Legenda: Molto basso MB, Basso B, Moderato M, Elevato E.									
Metodo di valutazione		MB		B		M		E	
Sovrappeso (indice massa corporea, BMI)		25-29		30-35		36-40		>40	
Lesioni acne (progressiva gravità clinica)		comedoni		papulo-pustole		nodulo-cisti		cicatrici	
Irsutismo (numero lesioni/cm ²)		<5		5 - 10		11 - 15		>15	
Alopecia (diametro lesioni)		<1		1,1 - 2,0		2,1 - 3,0		>3,0	

pevole, verso gli altri che appaiono normalmente diversi. Infatti è più semplice per l'Io adattare il mondo esterno alle sue esigenze e considerarlo colpevole dei suoi limiti che modificare il suo pensare e sentire (*fase della rabbia inconscia*). La mancata elaborazione del lutto causato dai danni fisici e l'impossibilità del mondo esterno a mutare dirigono l'oggettivazione della rabbia dal "normale diverso" (dagli altri) verso se stesso che non riesce a migliorare tale diversità e che diventa progressivamente cosciente di ciò (*fase della rabbia conscia*). I danni estetici promuovono la mancata accettazione o meglio il cosciente rifiuto del proprio corpo, la dismorfofobia, mentre i disturbi riproduttivi rendono fortemente povera l'identità della donna colpita nella sua giusta attesa di normalità ciclica e di madre (*fase del rifiuto morfofunzionale*). Le pazienti vivono tale situazione come una condizione senza speranza e senza via d'uscita. Esse ora dirigono la polarizzazione del pensiero e delle emozioni verso la considera-

zione dello stato della loro diversità (*fase della depressione*). La conseguenza dello stato depressivo e del dismorfismo è l'isolamento ed il chiudersi in se stesse. In questa fase del disagio la valutazione dell'impatto della malattia (*burden of disease*) si è allargata ai domini del benessere psicologico e della qualità della vita: la paziente perde progressivamente gli interessi individuali e relazionali (*fase di alienazione*). La mancata razionalizzazione della rabbia verso gli altri (*fase della rabbia inconscia*) o dei danni fisici (*fase dall'alienazione*) potrebbe in queste tappe evolutive determinare l'evoluzione della nevrosi verso la comparsa di sintomi psicotici (come idee di riferimento e tratti paranoidei), di sentimenti di devianza e/o favorire lo sviluppo di fobia sociale (*fase della psicosi*).

In letteratura le pazienti con PCOS sottoposte al *Brief Problem List*, *Symptom Rating Test* ed al *Social Situations Questionnaire* (SSQ) hanno presentato, rispetto al gruppo di controllo ed in modo concorde

con le nostre osservazioni, notevole ansia, sintomi psicotici come le idee di persecuzione ed i tratti paranoidei, situazioni di stress legate ai contatti sociali e alle relazioni interpersonali (19,20). Le interviste semi-strutturate con *item* mirati all'immagine e alla percezione di sé, in modo analogo al nostro colloquio, hanno dimostrato che le pazienti presentavano livelli di fobia sociale più elevati rispetto alla popolazione generale; nelle pazienti l'acne e l'irsutismo agiscono spesso a livello inconscio promuovendo sentimenti di devianza e/o favorendo lo sviluppo di fobia sociale (19,20).

Lo stato di disagio psicologico è presente in tutte le pazienti portatrici di danni estetici (per un totale di 150 casi) (Tabb. 1, 2 e 4). Esso è prodotto dalla percezione dei danni estetici, aumenta con il progredire della loro gravità clinica fino al 530,85% e presenta intensità decrescente nell'irsutismo, alopecia, acne, obesità e sovrappeso (Tab. 4). Per tale motivo sono stati conteggiati i casi-sintomo e non il numero delle pazienti (portatrici di uno o più danni estetici).

Conclusioni

Le correlazioni tra i test (Zung, Glass e Rorschach), hanno evidenziato che il test sulla percezione del sintomo può essere indicato per la sua semplicità di somministrazione e di interpretazione come *end point* diagnostico qualitativo e quantitativo del disagio psicofisico nella PCOS. I nostri risultati e quelli descritti in letteratura confermano l'importanza della terapia di tipo causale, farmacologica e psicologica, evitando di limitare il trattamento al singolo sintomo e/o disturbo.

Bibliografia

1. Stein IF, Leventhal ML. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *Am J Obstet Gynecol* 1935;29:181-191.
2. Hart R, Hickey M, Franks S. Definitions, prevalence and symptoms of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2004;18:671-683.
3. ACOG Practice Bulletin. Polycystic Ovary Syndrome. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002;100:1389-1402.
4. Ehrmann DA. Polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med* 2005;352:1223-1236.
5. Homburg R. Polycystic ovary syndrome in adolescence. New insights in pathophysiology and treatment. *Endocr Dev* 2005; 8:137-149.
6. Cresswell J. Relationship between polycystic ovaries, body mass index and insulin resistance. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:61-64.
7. Trent M, Austin SB, Rich M et al. Overweight status of adolescent girls with polycystic ovary syndrome: body mass index as mediator of quality of life. *Ambul Pediatr* 2005;107-111.
8. Nelson SM, Fleming RF. The preconception contraception paradigm: obesity and infertility. *Hum Reprod* 2007 Apr;22(4):912-915.
9. Apridonizze T, Essah PA, Iuorno Mj et al. Prevalence and characteristic of the metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:1925-1928.
10. Armanini D, Castello R, Scaroni C, et al. Treatment of polycystic ovary syndrome with spironolactone plus licorice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007 Mar; 131(1):61-67.
11. Armanini D, Mattarello MJ, Fiore C, et al. M.Licorice reduces serum testosterone in healthy women. *Steroids* 2004 Oct-Nov; 69(11-12):763-766.
12. De Leo V, La Marca A, Petraglia F. Insulin-lowering agents in the management of polycystic ovary syndrome. *Endocr Rev* 2003;24:633-67.

13. Genazzani AD, Lanzoni C, Ricchieri F, et al. Myo-inositol administration positively affects hyperinsulinemia and hormonal parameters in overweight patients with polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol* 2008 Mar; 24(3):139-144.
14. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2004;81:19-25.
15. Pedersen SD, Brar S, Faris P, Corenblum B. Polycystic ovary syndrome: validated questionnaire for use in diagnosis. *Canadian family physician Médecin de famille canadien* 2007;53(6):1042-1047.
16. Balen AH, Laven JS, Tan SL, Dewailly D. Ultrasound assessment of the polycystic ovary: international consensus definitions. *Hum Reprod Update* 2003;9:505-514.
17. Sahin I, Serte R, Karakurt F et al. Early endocrine, metabolic and sonographic characteristics of polycystic ovary syndrome: a randomised study. *Gynecol Endocrinol* 2004;19:115-240.
18. Iurassich S, Carlomagno V, Pedana MA, et al. Sindrome dell'ovaio multifollicolare o policistico e acne: stadiazione clinica in uno studio su 90 pazienti *Derm Clin* 2002;22:18-20.
19. Sonino N, Fava GA, Mani E, et al. Quality of life of hirsute women. *Postgrad Med J* 1993 Mar;69(809):186-189.
20. Kitzinger C, Willmott J. The thief of womanhood: women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Soc Sci Med* 2002 Feb;54(3):349-361. Quality of life of hirsute women.
21. Cantelmi T, Toro MB. Psicoterapia cognitivo interpersonale: un modello di intervento integrato. Idee in *Psicoterapia* 2007; 1:1-9.
22. Cantelmi T, Toro MB., Corsini T, et al. Treatment integration: The cognitive interpersonal psychotherapy. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2008;14(2):138.