

*Salute mentale nella donna e differenze di genere:
dalle evidenze clinico-epidemiologiche
alle prospettive di una prevenzione mirata*

*di
Elvira Reale*

1. **INTRODUZIONE**
2. **LE EVIDENZE EPIDEMIOLOGICHE**
3. **L'OSSERVAZIONE CLINICA: LA DIAGNOSTICA ED IL TRATTAMENTO**
4. **LE RICERCHE SUI FATTORI EZIOLOGICI E DI RISCHIO IN UNO STUDIO DELL'OMS**
5. **LE DISPARITÀ DI VALUTAZIONE DELLA SALUTE MENTALE FEMMINILE RISPETTO A QUELLA MASCHILE**
6. **QUALI PROPOSTE FARE: LE PRIORITÀ DA SEGNALARE NELLA PREVENZIONE**

1. INTRODUZIONE

La salute mentale da sempre ha costituito un terreno fertile per sviluppare le differenze pregiudiziali tra uomini e donne.

Parlare quindi di differenze di genere potrebbe significare un approfondimento di un solco già segnato dalla storia della psichiatria a partire dall'800. A quell'epoca gli studi sulla isteria e sulle differenze tra uomini e donne segnalavano una maggiore presenza delle donne nell'area dei disturbi psichici ed una presenza specificamente connotata sul versante della eziologia biologistica. Gli studi di Charcot indicavano infatti che la isteria femminile, presente nell'80% dei casi complessivi di isteria, mostrava una eziologia fondata sugli eventi biologici ed affettivi (gravidanza, parto, menopausa, ecc.) mentre l'isteria maschile presente solo nel 20% dei casi era principalmente connotata da una serie di eventi traumatici collegati alla sfera socio-lavorativa.

Parlare di differenza in questo ambito significava e significa ancora oggi, se guardiamo alle statistiche mondiali ed europee del 1998, parlare di prevalenza delle donne nell'area dei disturbi psichici ed in particolare in quell'area segnalata come la più preoccupante ed estesa per la salute pubblica che è la depressione.

Ma se ci fermassimo solo a parlare di statistiche e di prevalenza delle donne in questo campo, forse non avremmo fatto molti passi avanti rispetto alla proto-psichiatria di Charcot.

La valutazione della differenza di genere non può essere individuata come finora si è fatto in psichiatria nelle variazioni ormonali del corpo femminile considerando la donna come *presenza di variazione* e l'uomo come *assenza di variazione*. Questo è chiaramente un artefatto: in realtà vi sono variazioni ormonali e cicli cronobiologici per uomini e donne. Diciamo che quello delle donne è più studiato solo perché ad esso è collegata la più impegnativa attività riproduttiva.

Il pregiudizio sessista della psichiatria ha sviluppato un costrutto ideologico che è partito dalla variabilità ormonale della donna, è passato attraverso la considerazione della esclusività di questa variabilità, ed è giunto alla determinazione che questa variabilità fisiologica fosse responsabile di stati psichici patologici caratterizzati da oscillazione e variazioni di umore. La psichiatria ha così posto questa variabilità propria della fisiologia e della normalità di funzionamento del corpo femminile come primo fattore di rischio e come primo fattore eziologico nella prevalenza della depressione e di altri disturbi psichici.

Una operazione così ampia e così ben riuscita, non ha trovato corrispondenza nel campo maschile. L'aggressività, la violenza, la condotta antisociale, pure inserite, in omaggio ad una male intesa differenza di genere, nel novero delle sofferenze psichiche e delle patologie, non hanno avuto gli stessi effetti di danno per la salute e per l'immagine sociale com'è successo per il genere femminile, tant'è che più spesso gli uomini "criminali" si sono rivolti alla psichiatria per avere un alleato nella riduzione delle proprie responsabilità e colpe.

Come nella medicina generale si è assistito ad un processo di medicalizzazione impropria delle tappe fisiologiche della vita della donna, così anche la psichiatria dal canto suo ha operato nel senso di una psichiatrizzazione della fisiologia femminile: questa operazione ha trovato nella patologia depressiva la sua massima espressione.

Questa premessa è essenziale per iniziare un discorso non confusivo sulla differenza di genere all'interno della psichiatria. Nostro obiettivo è riequilibrare la presenza delle donne nell'area della patologia psichica, non negando la sofferenza, che non a caso oggi è maggiore e prevalente, ma attribuendola a cause più appropriate su cui sia possibile lavorare senza rivolgersi a eziologie speciali, che altro non sono che discriminatorie e sessiste.

Una metodologia della parità di trattamento coniugata con una seria e concreta analisi della differenza significa che:

uomini e donne vengono esaminati in maniera paritaria nei vari aspetti di cui la loro realtà si compone: dal corpo biologico, al lavoro e all'occupazione: e su ciascuno di questi aspetti l'analisi delle differenze di genere troverà gli opportuni strumenti perché ambedue i sessi, donne ed uomini, siano rappresentati compiutamente senza esclusioni improprie da un campo ed anche senza inclusioni "atipiche", senza sopravvalutazioni o sottovalutazioni aprioristiche.

Una tale azione complessiva è l'unica che può portare a scoprire variazioni ormonali anche nell'uomo, se sono le variazioni ormonali i principali fattori di rischio, oppure a trovare che il lavoro e lo stress, se questi sono analizzati come fattori di rischio principale, siano presenti nella vita della donna come per gli uomini o più degli uomini.

Questa metodologia non pregiudiziale nei confronti delle donne porterà anche vantaggi concreti alla scienza psichiatrica permettendole di liberarsi del tutto da idee confusive che ingombrano il campo clinico ostacolando la ricerca di trattamenti più efficaci ed il discorso della prevenzione nei confronti di reali e plausibili fattori di rischio.

Vorrei ricordare qui che la depressione come patologia nasce solo alla fine dell'800, e che le donne da sempre hanno quel ciclo e quelle variazioni ormonali! Un discorso storico sulla nascita della psichiatria gioverebbe alla comprensione delle ragioni economiche e sociali che hanno fatto da sottofondo, nell'epoca della industrializzazione, all'internamento asilare delle donne, prima negli ospizi, e poi negli ospedali psichiatrici come la Salpêtrière a Parigi¹.

¹ E. Reale (1985), Il posto della donna nella storia della psichiatria, in Devianza ed Emarginazione, anno IV, N. 8, Editiemme, Milano.

2. LE EVIDENZE EPIDEMIOLOGICHE

2.1 Le statistiche internazionali

Le statistiche internazionali mostrano come le patologie psichiche (depressione maggiore, ansia, attacchi di panico, disturbo post-traumatico da stress, disturbi del comportamento alimentare) siano prevalenti tra le donne nella popolazione generale ed in quella dei Servizi Sanitari. La depressione in modo particolare è la principale causa del carico di malattia (*Burden of Disease*) ed essa, nelle donne di età compresa tra i 15 ed i 44 anni, costituisce la prima causa di carico di malattia. (*The World Health Report 1999, Database*).

La ricerca ha mostrato come le madri, con più figli piccoli o minori, e le adolescenti hanno i più alti rischi di depressione. In generale tutti i dati internazionali concordano sul fatto che le donne soffrono di depressione da due a tre volte più degli uomini.

La prevalenza della depressione nelle donne rispetto agli uomini inizia con l'adolescenza e dura in tutto il corso della vita. Le adolescenti sono a maggior rischio di depressione e in alcuni casi, come nei disturbi dell'alimentazione, il rapporto femmine maschi è di 9:1, ovvero il 90% della totalità dei casi.

Le statistiche internazionali (World Health Report Database) mostrano che le patologie psichiche (depressione maggiore, disturbi d'ansia, disturbi alimentari) sono prevalenti ed in crescita tra le donne nel mondo all'interno della popolazione generale.

L'analisi del carico di malattia (Disease Burden) svolta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità insieme alla Banca Mondiale, ci permette di dare un valore preciso allo stato di salute della popolazione in termini di aggravio sociale ed economico. Il carico di malattia misura infatti gli anni vissuti in disabilità unitamente agli anni di vita in meno (calcolati rispetto alle previsioni di aspettativa di vita). La misura del carico di malattia, il "DALY" (Disability Adjustment Life Years)², corrisponde quindi ad "un anno di salute in meno".

Il carico di malattia si riferisce alle tre tipologie di eventi che si suddividono in patologie trasmissibili, condizioni di patologia non trasmissibili ed in "Injuries".

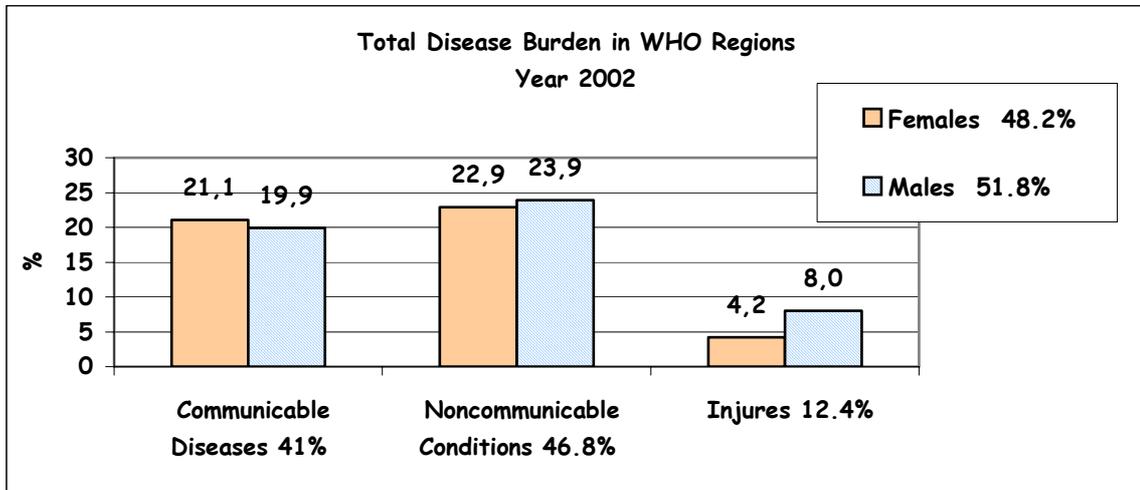
Le patologie non trasmissibili secondo i dati del *The World Health Report* del 2001, che si riferiscono allo stato di salute della popolazione mondiale nel 2000, costituiscono il 46.1% del carico di malattia complessivo, ovvero costituiscono le condizioni più elevate di carico per la popolazione mondiale.³ (Vedi grafico1).

Le malattie non trasmissibili, comprendono le patologie più impegnative per la nostra società occidentale: patologie tumorali, cardiovascolari, respiratorie, e neuropsichiatriche.

² Il DALYs sviluppato dall'OMS e congiuntamente dalla Harvard University e dalla World Bank, misura il carico complessivo di malattia combinato da un lato con gli anni di vita potenzialmente in meno rispetto alla durata della vita statisticamente prevedibile (YLLs: years of life lost); dall'altro lato, con gli anni di vita produttiva in meno rispetto alla disabilità prodotta dalla condizione di patologia (YLDs: Years lived with disability).

³ WHO, The World Health Report 2001, <http://www.who.int/whr/2001/main/en/index.htm>

Grafico 1



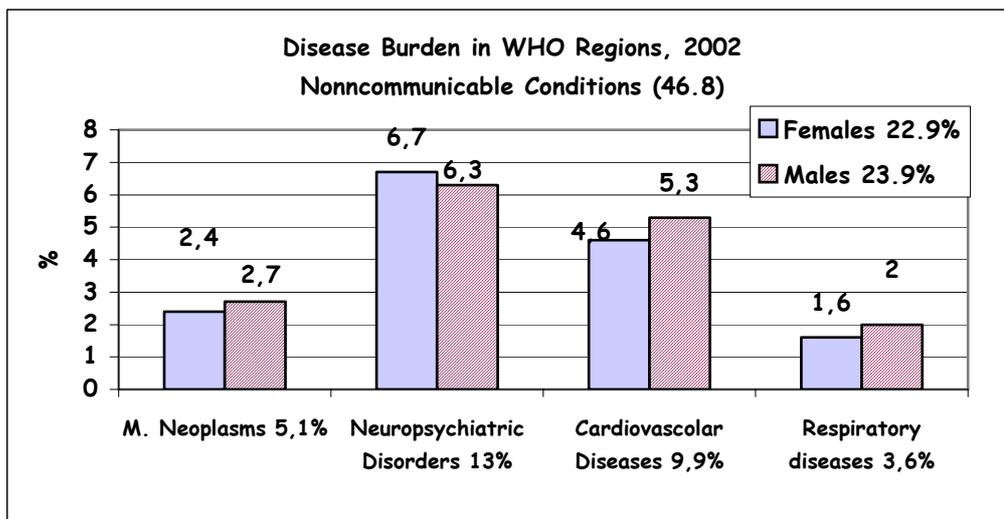
Source: The World Health Report 2004

All'interno delle patologie non trasmissibili, le patologie neuro-psichiatriche costituiscono quelle che producono un maggior carico (Grafico 2).

Grafico 2

Il grafico sottostante mostra come i principali gruppi di patologia con i valori percentuali più elevati di carico di malattia sono in ordine: i disturbi neuro-psichiatrici, i disturbi cardiovascolari, le patologie neoplastiche, le patologie respiratorie.

All'interno dei disturbi neuro-psichiatrici (13%) in particolare sono le donne a sopportare maggiormente tale carico con il 6,7% di carico di malattia rispetto al 6,3% della popolazione maschile.



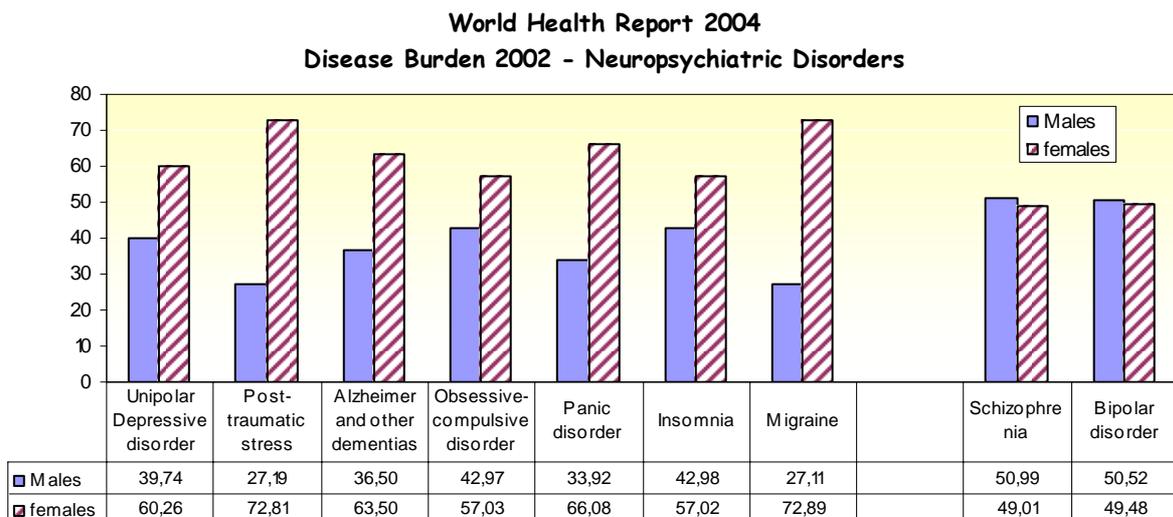
Source: The World Health Report 2004

Si evidenzia poi (grafico 3) come nella distribuzione dei due sessi tra le varie patologie neuro-psichiatriche, le donne abbiano valori superiori ai maschi in 7 su 9 patologie.

Tra le patologie comprese nella categoria dei disturbi neuro-psichiatrici, la depressione unipolare raggiunge la più alta percentuale del carico di malattia. Ed in tale patologia le donne raggiungono un valore maggiormente elevato rispetto a quello degli uomini.

Grafico 3

Nel grafico seguente sono rappresentate le patologie con percentuali più elevate all'interno dei disturbi neuro-psichiatrici.



Altri dati significativi evidenziati dall'OMS all'interno dei rapporti annuali sulla salute della popolazione nel mondo (in particolare, World Health Report 1999) sono i seguenti:

- I disturbi depressivi costituiscono il 41,9% della disabilità da disturbi neuropsichiatrici tra le donne ed il 29,3% tra gli uomini.
- I tassi di prevalenza per depressione nelle donne sono da 2 a 3 volte superiori a quelli negli uomini; per i disturbi di panico le diagnosi che le donne ricevono sono in un rapporto che varia da 3-4:1 rispetto ai maschi
- I tassi di prevalenza per la depressione nelle donne rispetto agli uomini si evidenziano in crescita a partire dalla prima adolescenza: Nell'adolescenza i tassi di disturbi di depressione ed ansia sono maggiori nelle ragazze; le ragazze soffrono inoltre di disturbi alimentari (anoressia e bulimia) al 95% rispetto al 5% dei ragazzi.
- I principali problemi di salute mentale nella vecchiaia sono: la depressione, sindromi organiche e le demenze, in maggioranza questi disturbi colpiscono le donne.

A commento di questi dati riportiamo i fatti e le evidenze sul genere femminile segnalati nel 2002 dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenza da Sostanze dell'Organizzazione Mondiale della Sanità,

- ⇒ "Il genere femminile è un predittore significativo per la prescrizione di farmaci psicotropi".
- ⇒ "La depressione può essere anche più persistente nelle donne, e il genere femminile è un predittore significativo di ricaduta".
- ⇒ "La depressione e l'ansia sono diagnosi comunemente in comorbidità e le donne hanno una prevalenza più alta rispetto agli uomini".
- ⇒ La comorbidità è associata con un aumento della gravità, con più alti livelli di disabilità, e un maggiore uso dei servizi".

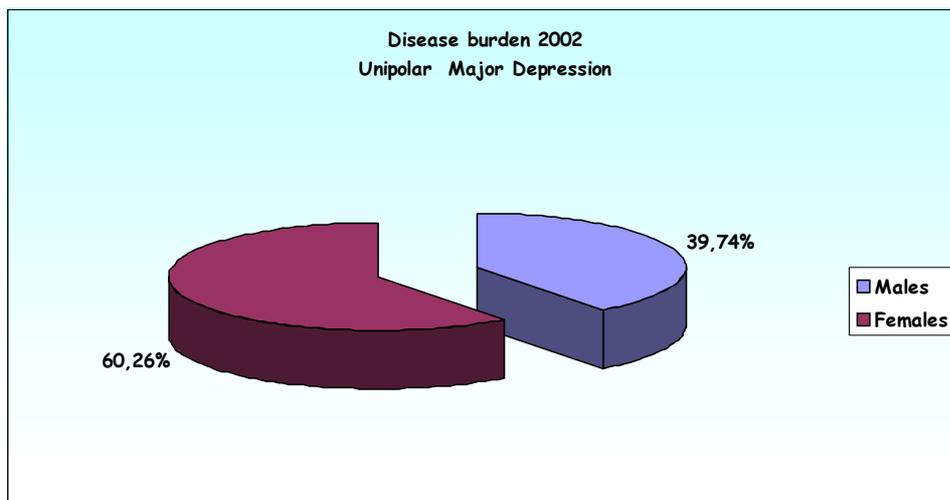
Focalizzando l'attenzione sulla depressione, il grafico seguente (grafico 4) mostra in percentuale il rapporto maschio femmina: la depressione nelle donne è circa un terzo in più degli uomini.

Ma anche per gli altri disturbi vi è una prevalenza delle donne.

Le donne soffrono di più degli uomini in ogni fascia di età, in una proporzione variabile da due a tre volte in più, di disturbi d'ansia, attacchi di panico, disturbi fobico-ossessivi.

Nella fascia di età al di sopra dei 60 anni le donne soffrono più degli uomini del morbo di Alzheimer.

Grafico 4

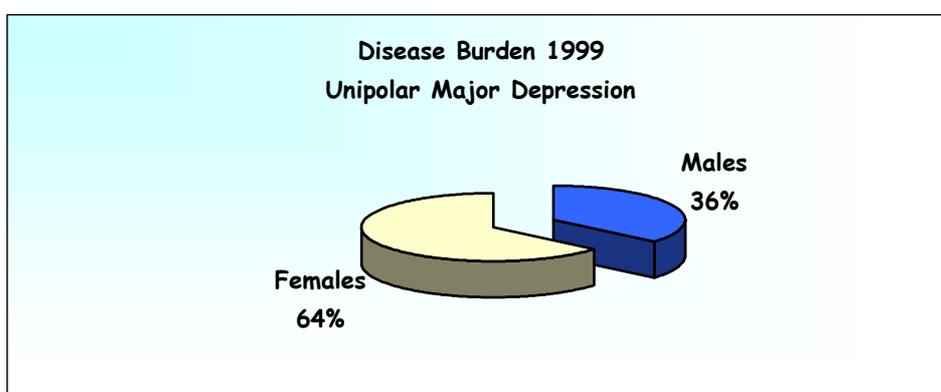


Source: *The World Health Report 2004*

Nel 2004 il rapporto percentuale tra maschi e femmine è del 60,26 % di femmine rispetto ad un 39,74 % di maschi.

Nel 1999 si era rilevata una differenza percentuale ancora maggiore di donne, come si evidenzia dal grafico 5.

Grafico 5



Source: *The World Health Report 2000*

Se i dati sulla depressione tendono a risalire per gli uomini rispetto alle donne, rimane il fatto che complessivamente l'area dei disturbi psichici è maggiormente abitata dalle donne, mentre l'area dei comportamenti etero ed autodistruttivi (più violenza e più suicidi realizzati, ma anche più comportamenti dissociali ed uso di alcool e droghe) è occupata dagli uomini, come possiamo vedere nello schema successivo.

National Comorbidity Survey: Prevalence rates of selected disorders

Mental Disorders	Lifetime Prevalence Female	Lifetime Prevalence Male	12 Month Prevalence Female	12 Month Prevalence Male
Major depressive episode	21.3%	12.7%	12.9%	7.7%
Alcohol dependence	8.2%	20.1%	3.7%	10.7%
Antisocial personal. Disor.	1.2%	5.8%	NA	NA

Source: WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence "Gender Disparities in Mental Health"

La signora Gro Bruntland, direttore generale dell'OMS, ha in questi ultimi anni più volte indicato come, se non si inverte il trend con opportuni interventi, nel 2020 ci si troverà di fronte ad un aumento progressivo di casi di depressione, con un aumento considerevole del carico di malattia complessivo.

Il richiamo ultimo è nel suo messaggio introduttivo al Rapporto 2001 sulla salute nel mondo (*The world Health Report 2001*).

"Major depression is now the leading cause of disability globally and ranks fourth in the ten leading causes of the global burden of disease. If projections are correct, within the next 20 years, depression will have the dubious distinction of becoming the second cause of the global disease burden.

Globally, 70 million people suffer from alcohol dependence. About 50 million have epilepsy; another 24 million have schizophrenia. A million people commit suicide every year. Between ten and 20 million people attempt it. Rare is the family that will be free from an encounter with mental disorders.

One person in every four will be affected by a mental disorder at some stage of life.

The risk of some disorders, including Alzheimer's disease, increases with age.

The conclusions are obvious for the world's ageing population. The social and economic burden of mental illness is enormous."

Se questa è la prospettiva da qui a venti anni per uomini e donne, bisogna dire che oggi, per le donne dei nostri paesi ad alto sviluppo, tale prospettiva è già realizzata:

Rank	Leading Causes of Burden of Disease, High-Income Countries, Males, 1998		Leading Causes of Burden of Disease, High-Income Countries, Females, 1998	
	15-44 years	45-59 years	15-44 years	45-59 years
1	▶▶ Alcohol dependence 3 368 317	Ischaemic heart disease 1 797 168	▶▶ Unipolar major depression 3 404 250	Osteoarthritis 1 019 386
2	Road traffic injuries 2 588 238	Trachea/bronchus/lung cancers 701 102	▶▶ Psychoses 1 061 323	Unipolar major depression 837 947
3	▶▶ Unipolar major depression 1 864 603	Osteoarthritis 691 670	Road traffic injuries 872 470	Breast cancers 689 178

4	♣ Self-inflicted injuries 1 279 658	Cerebrovascular disease 621 737	» Bipolar affective disorder 760 428	Ischaemic heart disease 513 340
5	» Psychoses 1 163 653	Cirrhosis of the liver 571 437	» Obsessive–compulsive dis. 656 493	Diabetes mellitus 489 714
6	» Drug dependence 1 037 882	Alcohol dependence 515 608	» Alcohol dependence 610 877	Cerebrovascular disease 445 959
7	Interpersonal violence 794 963	Diabetes mellitus 502 365	♣ Self-inflicted injuries 387 664	Trachea/bronchus/lung cancers 357 941
8	» Bipolar affective disorder 785 646	Unipolar major depression 459 669	STDs excluding HIV 375 327	Dementias 261 783
9	HIV/AIDS 664 297	Chronic obstructive pulmonary disease 358 920	Osteoarthritis 373 276	Colon/rectum cancers 228 987
10	» Obsessive–compulsive disorders 510 009	♣ Self-inflicted injuries 348 815	» Panic disorder 359 964	Chronic obstructive pulmonary disease 212 710

Source: *The World Health Report 1999, Database*

Infatti già a partire dal 1998 nelle donne di età compresa tra i 15 ed i 44 anni, la depressione era la prima causa di disabilità e carico di malattia, e la seconda causa nelle donne tra i 45 ed i 59 anni. Per gli uomini invece la depressione è solo la terza causa di disabilità nella fascia di età 15-44, e l'ottava causa nella fascia successiva 45-59 anni.

Per quanto riguarda gli psicofarmaci le donne sono più alte consumatrici degli uomini: “*Female gender is a significant predictor of being prescribed psychotropic drugs. It has also been reported that women are 48% more likely than men to use any psychotropic medication after statistically controlling for demographics, health status, economic status and diagnosis*”⁴.

Per quanto riguarda le caratteristiche, la depressione è più persistente nelle donne e con maggiori rischi di ricaduta: “*Depression may also be more persistent in women (Bracke, 2000) and female gender is a significant predictor of relapse (Kuehner, 1999)*”⁵.

La depressione inoltre più facilmente nelle donne si presenta associata con altri disturbi ed in particolare con i disturbi d’ansia (ansia generalizzata, panico, agorafobia); la comorbidità è a sua volta associate con livelli più alti di severità dei sintomi e disabilità: “*Depression and anxiety are common comorbid diagnoses and women have higher prevalence than men of both lifetime and 12 month comorbidity of three or more disorders (Kessler et. al., 1994, WHO & ICPE, 2000).*

Comorbidity is associated with increased severity, higher levels of disability and higher utilization of services.”⁶

⁴ WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, “*Gender Disparities in Mental Health*” 2002. http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf

⁵ Idem

⁶ Idem

In sintesi riportiamo **I FATTI** così come individuati nel 2002 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per mettere al centro dell'osservazione la salute mentale delle donne.

- ❖ I disturbi depressivi costituiscono il 41.9% della disabilità (YLDs) da disturbi neuro-psichiatrici tra le donne ed il 29.3% tra gli uomini.
- ❖ I principali problemi di salute mentale nella vecchiaia sono: la depressione, sindromi organiche e le demenze, in maggioranza questi disturbi colpiscono le donne.
- ❖ Nell'adolescenza i tassi di disturbi di depressione ed ansia sono maggiori nelle ragazze; le ragazze soffrono inoltre al 95% rispetto al 5% di ragazzi di disturbi alimentari (anoressia e bulimia).
- ❖ Una stima dell'80% di 50 milioni di persone affetta da conflitti violenti, guerre civili, disastri e disoccupazione sono donne e bambini.
- ❖ La prevalenza nel corso della vita di violenza contro le donne oscilla tra il 16% ed il 50%
- ❖ In ultimo una donna su 5 subisce uno stupro o un tentativo di stupro nel corso della vita.

Source: *Gender and women's Mental Health, May 2002, WHO*
[\(http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/\)](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/)

2.2 Epidemiologia e statistiche nazionali

Le statistiche nazionali (Ministero della Salute) confermano questo trend.

Le statistiche nazionali confermano i dati della maggiore esposizione delle donne alla depressione ed agli altri disturbi psichici. I dati più recenti sono tratti dallo studio europeo ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), che ha coinvolto anche l'Italia.

Questo lavoro di ricerca, coordinato in Italia dall'Istituto Superiore della Sanità, ha coinvolto 4.565 persone e intendeva indagare la prevalenza dei principali disturbi mentali e le caratteristiche sociodemografiche, cliniche ed assistenziali delle persone affette da disturbi mentali.

Per quanto riguarda specificamente i tassi di prevalenza dei principali disturbi investigati, va detto che quasi il 10% del campione intervistato ha soddisfatto, negli ultimi 12 mesi, i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale o da abuso di sostanze, con una percentuale molto più elevata nel sesso femminile (13,9%) che in quello maschile (4,1%), in conformità con i dati della letteratura internazionale. In particolare nella prevalenza sempre su 12 mesi della depressione maggiore le donne sono rappresentate al 5,2% e gli uomini all'1,1%.

	Maschi (%es)	Femmine (%es)
Disturbi affettivi		
Depressione maggiore	1,1 (0,3)	5,2 (0,9)
Distimia	0,3 (0,1)	1,0 (0,5)
Disturbi d'ansia		
Disturbi d'ansia generalizzata	0,1 (0,0)	1,7 (0,5)

Fobia sociale	0,5 (0,2)	3,9 (1,4)
Fobia semplice	1,6 (0,7)	5,0 (0,9)
Disturbo post-traumatico da stress	0,1 (0,1)	0,4 (0,2)
Agorafobia	0,4 (0,2)	1,7 (0,4)
Agorafobia con disturbo da attacchi di panico	0,4 (0,2)	1,6 (0,4)
Disturbo da attacchi da panico	0,4 (0,2)	0,9 (0,2)

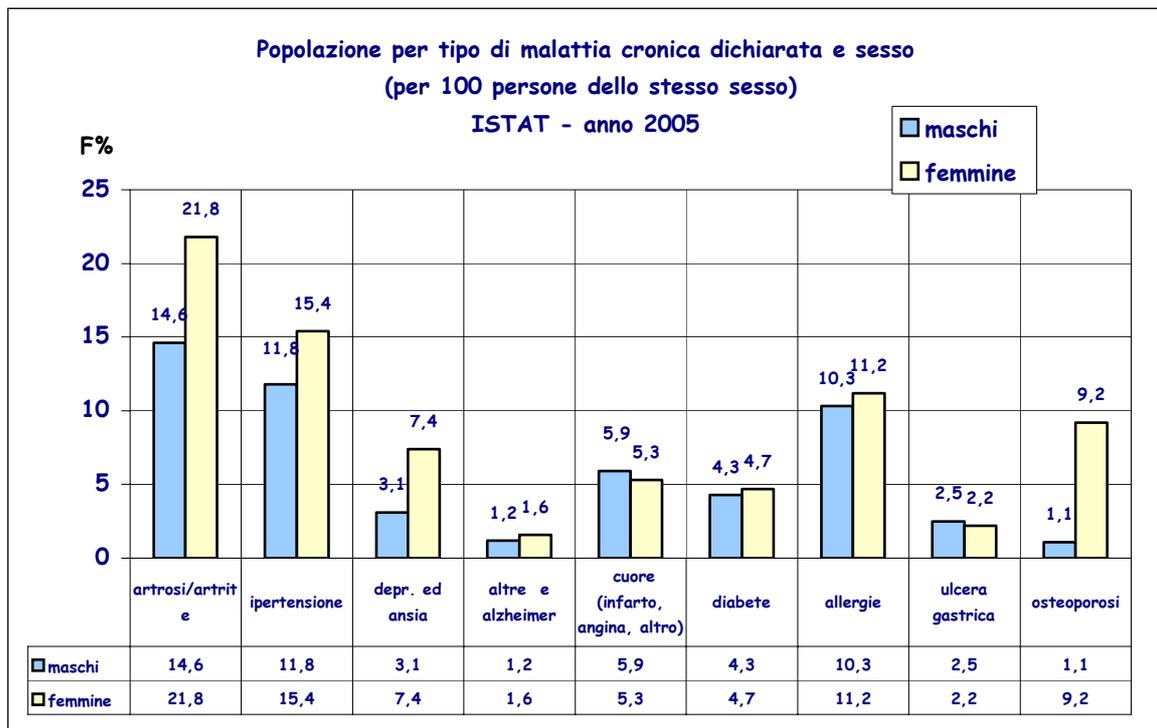
Tassi di prevalenza a 12 mesi dei principali disturbi mentali (val. % ed errore standard) Fonte: Ministero della Salute – D.G. della Programmazione Sanitaria

La differenza maschio-femmina per tutti i disturbi psichici, come si evince dal grafico 6, è molto elevata: si tratta di una ripartizione di 2/3 di femmine rispetto ad un 1/3 di maschi. Per tutte le categorie dei disturbi psichici evidenziati le donne superano i maschi; in particolare le femmine superano i maschi anche nelle psicosi.

Questa stessa differenza la ritroviamo nei dati ISTAT che si riferiscono all'anno 2000.

L'ISTAT raccoglie in una indagine campionaria i dati sulla percezione dello stato di salute della popolazione generale. Da questa indagine si evidenzia la maggiore presenza delle donne rispetto agli uomini in sei su nove patologie.

Grafico 7



Tra queste patologie in cui prevalgono le donne vi sono anche i "disturbi nervosi". I dati dell'Istat confermano così il trend internazionale della maggiore presenza delle donne nell'area dei disturbi psichici.

L'ISTAT inoltre, nell'analisi del consumo di farmaci (1994), individua che vi sono 5,5 milioni di consumatori di psicofarmaci e che di questi 3,7 milioni sono donne e 1,7 milioni sono uomini.

Le donne poi, risultano, nelle ricerche cliniche, soffrire maggiormente di effetti collaterali.

Dal numero di suicidi e tentati suicidi come risulta nel 1998 dai dati ISTAT si evidenzia che i tentativi di suicidi sono più elevati nelle donne, in determinate fasce di età, e costituiscono con ciò un aumento del carico di disabilità, mentre per gli uomini sono più elevati i suicidi e pertanto costituiscono un motivo di aumento dei dati della mortalità negli uomini.

ETA'	SUICIDI			SUICIDI / TENTATIVI		
	M	F	MF	M	F	MF
FINO A 13	5	-	5	7	8	15
14 - 17	23	12	35	17	84	101
18 - 24	184	46	230	203	259	462
25 - 44	758	195	953	861	855	1.716
45 - 64	742	238	980	390	439	829
65 e oltre	894	297	1.191	206	198	404
Non indicata	3	1	4	-	4	4

ISTAT, 1998

Da questi dati mondiali e nazionali vi è evidenza che:

- il carico di malattia e disabilità trova nei disturbi psichici il suo punto di maggiore espressione;
- i disturbi psichici, e tra questi la depressione in particolare, creano il maggiore allarme sociale e sanitario.

Vi è inoltre evidenza statistica che l'allarme, che colpisce le nuove generazioni, vede le giovani ragazze più sofferenti dei coetanei maschi di disturbi dello spettro ansioso-depressivo e portatrici al 90% di disturbi del comportamento alimentare (anoressia-bulimia).

Infine vi è evidenza che le donne sono più colpite da eventi depressivi che riguardano la maternità ed il carico di figli piccoli, fattori che non entrano o entrano molto poco nella eziologia psico-sociale dei disturbi psichici maschili.

In questa condizione di vita, inoltre hanno una particolare evidenza i casi di depressione post-partum che si esprimono generalmente con un senso di impotenza ed

incapacità al ruolo materno, e che in quota limitata di casi possono tradursi in un atto distruttivo mirante alla "liberazione di un peso percepito psicologicamente insopportabile".⁷

In definitiva vi è evidenza nel mondo ed in Italia di una emergenza che riguarda l'esistenza di un maggior carico di patologia psichica, e segnatamente di depressione, per le donne di età compresa tra 15 e 44 anni. La presenza di un picco di casi in questa fascia di età indica il collegamento del disagio psichico con la condizione di vita sia della donna adolescente e post adolescente che della donna adulta con figli minori.

2.3 Le differenze di genere nella depressione e negli altri disturbi

- La **Depressione** è la prima causa del carico di malattia per le donne tra 15 e 44 anni dei paesi sia sviluppati che in via di sviluppo, ed è la terza causa per gli uomini di questa stessa fascia di età.
- Il **Suicidio** è compreso nella classe delle ferite auto-inflitte (*self-inflicted injuries*) costituendone la categoria maggiore e occupando il 17° posto tra le cause di disabilità nel mondo. Nella classe di età 15-44 anni nei paesi in via di sviluppo il suicidio è l'ottava causa di disabilità negli uomini e la quarta causa nelle donne. Il suicidio è tra le 10 principali cause di morte nella maggioranza dei paesi; ed è una delle tre principali cause di morte tra i giovani. I Tentati suicidi sono tra 10 e 20 volte più elevati dei suicidi realizzati. I tentati suicidi sono più diffusi nella popolazione femminile rispetto ai suicidi realizzati a prevalenza maschile.

La prevalenza

Tutti i principali studi e ricerche riferiscono una prevalenza delle donne nei vari tipi di disturbi depressivi (depressione maggiore e distimia); la prevalenza è sfumata nei disturbi bipolari. Il tasso di prevalenza generalmente individuato è da due a tre volte superiore a quello maschile.

⁷ Riportiamo di seguito alcuni dati sulla condizione psichica della maternità, tratti dal "l American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum depression." <http://www.medem.com/> (search on "postpartum depression")

Depression and anxiety disorders disproportionately affect women. According to the 1998 Behavioral Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS), females were more likely than males to report poor mental health status in the month prior to the survey. Twelve percent of females reported having between three and seven poor mental health days as compared to 9 percent of men. Five percent of women reported being in poor mental health for the entire month.

In addition to the depression that women may experience at other times in their lives, partum depression after having a baby. As described by the American College of Obstetricians and Gynecologists, in contrast to more transient "baby blues" experienced by 70- 80 percent of new mothers, women with postpartum depression have more long-lasting and intense feelings of sadness, anxiety, or despair and may have trouble coping with their daily tasks.

L'incidenza

Nonostante il tasso di incidenza vada considerato con prudenza per *l'esiguità di campioni*, si può affermare che le donne hanno una più elevata e significativa incidenza di Depressione maggiore in tutte le fasce di età: l'incidenza annuale maschile è calcolata pari all'1.10%; e quella femminile pari all'1.98%.

L'esordio

Il rapporto tra età ed insorgenza della depressione è significativo per le femmine e non per i maschi. I maschi infatti mostrano una curva di incidenza che decresce in modo costante dall'età giovanile alle età successive; per le donne invece vi è un aumento di incidenza progressivo dalla adolescenza in poi, con un picco all'età media (35-44 anni) seguito poi da un costante decremento.

La prevalenza delle donne non è limitata alla depressione, che costituisce comunque la patologia più grave e maggiormente diffusa tra la popolazione.

L'epidemiologia degli altri disturbi psichici

Le donne soffrono di più degli uomini in una proporzione variabile da due a tre volte di : disturbi d'ansia ed attacchi di panico; disturbi fobico-ossessivi; ed inoltre segnaliamo le demenze (Alzheimer ed altre demenze) tra le patologie a maggiore impatto tra la popolazione femminile.

- **I Disturbi Fobico-ossessivi e gli Attacchi di Panico** sono prevalenti nelle donne in tutte le fasce di età. Tra le principali cause di *Disease Burden* nei paesi ad elevato reddito (*High Income Countries*), troviamo che nella fascia 15-44 anni i disturbi fobico ossessivi sono al 5° posto tra la popolazione femminile rispetto al 10° posto di quella maschile; ed i disturbi di panico sono solo tra le femmine al 10° posto.
- Le **Demenze** sono tra le principali cause di carico di malattia (*Disease Burden*): stimate dal WHO nel 1998 nella fascia di età al di sopra dei 60 anni, sono al 4° posto tra le donne ed all'8° posto tra gli uomini.

Le donne soffrono esclusivamente di alcune sindromi come i disturbi dell'alimentazione con le due specificazioni di anoressia e bulimia.

- L' **Anoressia Nervosa** è una patologia che le statistiche danno al 90% a prevalenza femminile. Questa sindrome fa registrare anche un tasso di mortalità al suo interno pari al 10%. L'età media di insorgenza è quella adolescenziale (17 anni)
- **La Bulimia** è anch'essa diffusa maggiormente tra le donne (90%) ed ha una insorgenza tra adolescenti e giovani adulti.

3. L'OSSERVAZIONE CLINICA:LA DIAGNOSTICA ED IL TRATTAMENTO

L'esperienza clinica ci dice che le donne tendono a manifestare più sintomi depressivi, a sottoporsi maggiormente alle cure del medico di base o degli specialisti (psichiatri, neurologi e psicologi), ad essere più facilmente diagnosticate come depresse,

o ad avere più facilmente una prima diagnosi di disturbo “nervoso” (ansioso o psicosomatico), a ricorrere maggiormente agli psico-farmaci.

La sintomatologia

L’osservazione clinica è orientata intorno alla maggiore presenza delle donne. Le categorie diagnostiche raccolgono maggiormente sintomi espressi dalle donne creando poi un profilo di malattia legato alle caratteristiche della popolazione femminile.

Si sono infatti discussi tra i ricercatori i criteri diagnostici dei vari DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders dell’American Psychiatric Association*) che includevano ben 5 criteri da soddisfare per la diagnosi di depressione, mentre in alcune ricerche sugli effetti della depressione si è visto che a parità di disfunzionalità sociale per gli uomini erano sufficienti un numero inferiore di criteri (3 criteri su 5 indicati).

In questo caso, modelli sperimentali di malattia costruiti prevalentemente su profili femminili rischiano di sottovalutare specifici fattori di rischio per gli uomini.

Solo nella letteratura più recente però, sono presenti riferimenti più specifici alle differenze di genere in particolare a specifici connotati che la depressione assume negli uomini e nelle donne.

La sintomatologia depressiva, nella fase di stato, tende a presentare nelle donne una maggiore gravità soprattutto per quanto riguarda i fenomeni ansiosi e le somatizzazioni.

Le donne manifestano maggiormente, rispetto agli uomini, i loro stati interni e ciò potrebbe portare ad una ipervalutazione della sintomatologia; negli uomini, in rapporto a stili cognitivi diversi, vi è una tendenza a negare alcuni aspetti sintomatologici.

Per indagare sulla realtà o meno di questa prevalenza i ricercatori hanno preso in esame **alcuni principali bias**:

- la definizione delle casistiche con l’inclusione di un numero di sintomi maggiori di quelli necessari per definire una situazione di depressione per gli uomini;
- la durata degli episodi depressivi, che essendo più elevata nelle donne, può interferire nei tassi di prevalenza (ma non in quelli definiti nel corso della vita);
- i tassi di mortalità relativi ai suicidi e connessi con eventi depressivi, maggiori negli uomini che quindi potrebbero trovare in questo un motivo di minore rappresentanza nei campioni di ricerca.

Questi ed altri *bias*, esaminati non hanno portato comunque ad una sconfirma della preponderanza delle donne nell’area della depressione.

I criteri di gravità del funzionamento sociale correlati alle diagnosi psichiche

Ma come ci si sposta dalla espressione soggettiva del malessere, in cui la preponderanza femminile è manifesta, e si guarda agli effetti della patologia per misurarne la gravità, ci troviamo di fronte a scale di misurazione (Asse V, scala di Valutazione Globale del funzionamento di un individuo nel DSM IV) su cui sono rappresentati in maggiore misura, senza comunque una consapevolezza di ciò, comportamenti sociali più facilmente attribuibili all’area delle funzioni maschili e che di

fatto escludono (in quanto non sono presenti in letteratura) parametri di gravità relativi alle condizioni di vita delle donne.

Le ricerche sugli effetti della depressione misurati in danno sociale hanno infatti portato a risultati che tendono a ridurre (ma non ad eliminare) le distanze dei tassi di depressione tra uomini e donne.

Ma è il caso allora di sottolineare per converso il *bias* della ricerca in questo ambito: sul piano sociale la rappresentazione delle donne è marginale e tende ad essere sottovalutata.

Questa marginalità e sottovalutazione del danno sociale nella depressione ed in generale nei disturbi psichici presentati dalle donne, ha comportato e comporta ancora una situazione paradossale: le donne tendono ad ammalarsi di più di depressione ed altro, ma l'organizzazione sanitaria risponde maggiormente ai problemi di salute degli uomini valutati come più "gravi" sul piano sociale.

I problemi psico-sociali ed ambientali, correlati con la diagnosi, che possono influenzare trattamento e prognosi

I problemi psico-sociali sono visti nel DSM IV come fattori scatenanti o esacerbanti una condizione di disturbo psichico, oppure come fattori conseguenti al disturbo che devono essere presi in considerazione nel trattamento.

I problemi non fanno riferimento alle condizioni di vita dei due generi e non li rappresentano in maniera ampia per cui facilmente, soprattutto per aree di interesse e pertinenza pregiudizialmente attribuite agli uomini (il lavoro), si rischia una sovrarappresentazione di alcuni problemi tra gli uomini e viceversa tra le donne.

Ma in definitiva dall'esperienza clinica emerge che tutta la categoria dei problemi sociali e ambientali, da quelli della istruzione alla occupazione, dai gruppi sociali di supporto alla collocazione nell'area della criminalità, ha un maggiore riferimento alle condizioni di vita maschile e più facilmente, in mancanza di apposite indicazioni a riguardo per il genere femminile, viene letta ed interpretata al maschile.

In questo modo è più facile che la diagnostica psichiatrica si avvalga di questo importante supporto per valutare la prognosi ed il trattamento in riferimento alla popolazione maschile e non a quella femminile.

Fattori premorbose associati ai tratti di personalità

La depressione è stata da sempre correlata non solo a variazioni ormonali, ma anche ai tratti di personalità che ricalcano le modalità espressive e gli stili di risposta tipici del ruolo femminile.

- Secondo la definizione di Arieti⁸: "vi è un tipo di personalità associata alla depressione che ha necessità di piacere gli altri e di agire secondo le aspettative altrui, non ascolta i propri desideri, non conosce cosa significhi *essere se stesso*."

⁸ Arieti, S. e Bemporad, J. (1981), *La depressione grave e lieve*, Feltrinelli, Milano.

⁴ Pancheri, Cassano et al. (1993) Trattato italiano di psichiatria, Masson, Milano.

- *Queste caratteristiche non sono altro che la trasposizione dei valori della femminilità socialmente condivisi: “riferimento all'uomo, vita attraverso gli altri e per gli altri, proibizione di esprimere ed affermare se stessa, di essere aggressiva e di cercare posizioni di potere (ambizione)”*

Arieti ha definito così implicitamente una coincidenza tra i fattori di personalità legati ai valori del ruolo femminile ed il rischio di depressione .

Nel Trattato Italiano di Psichiatria (Pancheri, Cassano, 1993) viene indicato esplicitamente che più frequentemente nelle donne la depressione è preceduta da un temperamento depressivo (40.4%) e quest'ultimo è caratterizzato da: sentimenti depressivi, bassa autostima, insicurezza.

Se guardiamo a specifici disturbi di personalità ne troviamo alcuni le cui caratteristiche sono sviluppate nel disturbo depressivo e che sono maggiormente (o esplicitamente) connotate al femminile e quindi più diffuse tra le donne:

- il Disturbo di Personalità Dipendente. Questo disturbo è caratterizzato infatti secondo il DSM IV da: “comportamento sottomesso e dipendente, passività, mancanza di iniziativa, paura della separazione”
- il Disturbo Istrionico, caratterizzato da emotività eccessiva, necessità di ricevere attenzioni e dalla ricerca continua di rassicurazioni.

Decorso ed esito

Non vengono fatte correlazioni tra variabili di esito e sesso. Non si hanno dati significativi sul rapporto tra depressione e tempi e livelli della sua risoluzione tra maschi e femmine.

Per quanto riguarda il decorso, l'età sembra avere un ruolo importante per le donne nell'episodio depressivo: nelle donne con l'avanzare dell'età si assiste ad un allungamento della durata degli episodi con un considerevole incremento delle percentuali di cronicità; negli uomini invece la maggiore età si lega ad un incremento del numero di episodi, ma non necessariamente della durata.

Circa il 15-20% dei pazienti con depressione maggiore, trattati in ambiente psichiatrico presenta una evoluzione verso la cronicità

Rischio genetico

Non vi sono dati che riguardano la correlazione tra rischio genetico e sesso.

In generale le ricerche indicano che:

- la depressione maggiore è 1,5- 3 volte più comune tra i familiari di primo grado di individui con questo tipo di disturbi, che nella popolazione generale. Il disturbo distimico è più comune tra i familiari di 1° grado che nella popolazione generale.

Richiesta di intervento medico

Le donne più facilmente degli uomini si percepiscono depresse e si rivolgono in ordine: al medico curante, ai servizi specialistici psicologici e psichiatrici. Dai dati

italiani in una indagine ISTAT⁹ risulta che le donne ricorrono più frequentemente al medico di base: nel 1996 tali percentuali erano rispettivamente pari all'80,9% e al 76,2% e valori analoghi si sono riscontrati nel 1997.

Il trattamento prevalente

Nei servizi pubblici il trattamento prevalente è quello medico-farmacologico e le donne sono le più alte consumatrici di psicofarmaci¹⁰ con particolare riferimento agli ansiolitici ed agli antidepressivi.

Mancano studi a lungo termine sugli effetti sia biologici che psicologici della prolungata assunzione di psicofarmaci (in particolare degli antidepressivi).

L'osservazione clinica delle pazienti trattate con antidepressivi indica che non è dimostrata la opinione che il trattamento antidepressivo possa avere un effetto di prevenzione su nuovi episodi depressivi; così come invece ha evidenza che il trattamento prolungato tende a creare a lungo termine una inefficacia del farmaco e soprattutto crea una dipendenza psicologica caratterizzata da sentimenti di paura e di insicurezza alla dismissione.

Il trattamento farmacologico come prima scelta terapeutica tende a coprire il sintomo depressivo quando esso potrebbe essere utile per una indagine e un trattamento psico-sociale finalizzato alla modifica di equilibri e stili di vita induttori di patologia.

Il trattamento psicoterapico (generalmente inteso) praticato in come trattamento unico o in associazione all'intervento medico-farmacologico è poco diffuso nei servizi pubblici per vari motivi:

- la difficoltà ad avere disponibili modelli di interventi brevi e applicabili ad ogni tipologia di utenza;
- la mancanza di personale qualificato in questo ambito;
- il rapporto costi/benefici che sembra essere, ad una indagine superficiale, a vantaggio della terapia farmacologica rispetto ad altre terapie.

L'offerta di intervento nei servizi pubblici

Come si è già detto a proposito della valutazione della gravità sociale, i disturbi depressivi ed in generale i disturbi psichici creano sempre minor allarme sociale e con esso minore interesse ed attenzione della comunità sul problema della sofferenza femminile.

La minore attenzione ed il minore interesse sono determinati dal pregiudizio sulla *personalità isterica*, e dalla relazione tra disturbo psichico e variazioni ormonali presenti nella donna che pervade di sé la pratica psichiatrica: i disturbi delle donne sono appoggiati ad una personalità (costituzionalmente intesa) che *naturaliter* è portata a manifestare, ad esprimere, ad esagerare i propri disturbi (ne sono testimonianza tutti i collegamenti tra le sindromi e i tratti di personalità che più frequentemente si rilevano tra le donne), che si lamenta tanto della sua sofferenza, che mette in atto solo tentativi di suicidio a scopo dimostrativo o ricattatorio.

⁹ ISTAT, Annuario Statistico Italiano, 1999.

¹⁰ I dati del 1994 relativi ad un'altra indagine ISTAT (ISTAT, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 1994) ci riferiscono che le donne sono le più alte consumatrici di psicofarmaci: tra i 5,5 milioni di consumatori di psicofarmaci 3,7 milioni sono donne e 1,7 milioni sono maschi.

Questo atteggiamento di sottovalutazione del malessere femminile, in presenza di una prevalenza dei disturbi psichici, è testimoniato proprio dalla mancata organizzazione di servizi i quali generalmente non si fanno carico dei bisogni di salute delle donne, non prendono in seria considerazione la loro morbilità, e non tendono a lavorare sull'ascolto del malessere, sul trattamento come presa in carico della complessiva condizione esistenziale della donna, e sulla prevenzione.

Nei nostri servizi pubblici si assiste molte volte ad una *fuga* o ad una *messa in fuga* delle donne. Essi infatti sono a immagine dell'uomo: gestiti da uomini e proporzionati ai bisogni di salute maschile.

I dati raccolti nei servizi pubblici

Mancano in Italia i dati differenziati per sesso quando essi vengono raccolti nei servizi territoriali di salute mentale (psichiatrici e psicologici).

Gli unici dati esistenti differenziati per sesso sono quelli che riguardano i ricoveri in ambiente ospedaliero; ma nei ricoveri ospedalieri, per motivi noti, risulta una preponderanza di maschi. La raccolta di un dato così parziale rende poco visibile la presenza delle donne nei circuiti psichiatrici.

4. LE RICERCHE SUI FATTORI EZIOLOGICI E DI RISCHIO NELLE DONNE IN UNO STUDIO DELL'OMS

Le ricerche sui fattori eziologici e di rischio per i disturbi psichici, e la depressione in particolare, hanno finora analizzato: fattori genetici, ormonali, eventi di vita, modelli di ruolo sessuale, strutture di personalità.

Una sintesi delle principali ipotesi eziologiche collegate a ricerche sui fattori di rischio e di malattia è fornita da uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che di seguito riportiamo suddiviso in brevi paragrafi per tipologia di fattori analizzati.¹¹

Fattori genetici

Benchè vi sia evidenza per una influenza genetica che opera nella trasmissione dei disordini mentali, si conosce ben poco delle modalità di trasmissione di questi.

Fattori ormonali

A. Pubertà

Le differenze di genere nella personalità e negli stili comportamentali prima della prima adolescenza costituiscono fattori di rischio per le ragazze e interagiscono con l'aumento delle sfide e dei cambiamenti nelle condizioni di vita (trasformazioni per

¹¹ M. Piccinelli and f. Gomez Homen (1997), Gender differences in the Epidemiology of affective Disorders and Schizophrenia, Nation for Mental Health, WHO, Geneva. http://www.who.int/mental_health/media/en/66.pdf

divenire adolescenti prima e poi donne adulte) rendendole più inclini alla depressione rispetto alla loro controparte maschile.

B. Ciclo mestruale

Il meccanismo con cui il cambiamento negli ormoni riproduttivi durante il ciclo mestruale possa influenzare in modo grave i cambiamenti di umore non é dimostrato.

In particolare, sebbene le donne abbiano più probabilità degli uomini di incorrere nell'arco della propria vita in un evento depressivo, tra quelle che hanno sperimentato un episodio di depressione maggiore non compare un maggiore rischio - rispetto all'uomo - di ricadute o ricomparsa dell'evento; e ciò pertanto contraddice una ipotesi di correlazione tra depressione e ciclo ormonale.

C. Post partum

Il contributo di questo periodo all'insorgenza della depressione è limitato: secondo Kaplan e Sadock (1991) il disturbo depressivo compare in 1 o 2 casi per 1000 donne che hanno partorito.

Per questi due autori, sebbene l'improvvisa caduta del livello di estrogeni e progesterone immediatamente dopo il parto possa contribuire all'abbassamento del tono dell'umore, il trattamento con questi ormoni non ha successo.

D. Menopausa

Le differenze di genere tendono a diminuire in età più avanzata: queste evidenze suggeriscono che la menopausa non è associata con un incremento del rischio di depressione.

Modelli sociali

Il ruolo dei fattori sociali nell'insorgenza di episodi depressivi è ben conosciuto.

Un modello esaustivo è rappresentato dai risultati di uno studio su un campione *random* di donne di un sobborgo di Londra (Camberwell) e delle Outer Ebridi, condotto da Brown e Prudo (1981). Il modello proposto individua tre tipi di fattori nell'insorgenza della depressione:

- agenti provocanti costituiti da importanti eventi di vita, responsabili dello sviluppo di più casi di depressione;
- fattori di vulnerabilità costituiti da tipologie ricorrenti di accadimenti della vita quotidiana: mancanza di confidenza con il partner, mancanza di supporto sociale, presenza di due o tre figli con età inferiore a 14 anni, morte della madre prima dei 10 anni;
- fattori che influenzano la formazione dei sintomi e che non aumentano il rischio di depressione ma solo la sua fenomenologia (durata, comorbidità con sintomi ansiosi, fobici, ecc.)

Il ruolo degli eventi di vita è stato studiato da Paykel (1994); gli eventi sono stati raggruppati in un'unica serie di eventi indesiderabili e minacciosi, comprendenti anche gli eventi di perdita considerati più specificamente associati con la depressione. Il risultato di questo studio è che un numero significativamente maggiore di eventi è associato con l'insorgenza della depressione. Inoltre Paykel ha studiato la mancanza di supporto sociale come fattore di rischio per la depressione.

In questi studi vi è evidenza che le donne sperimentano un numero maggiore di eventi indesiderati e minacciosi rispetto agli uomini (Kessler e McLeod, 1984; Bebbington et al., 1988) o danno un maggiore significato distruttivo all'evento dopo averlo sperimentato (Wilhelm e Parker, 1993) e questo in parte può spiegare l'aumento di vulnerabilità alla depressione.

Vi è evidenza che il contesto familiare e culturale, con la specifica struttura dei ruoli sociali e le aspettative correlate, può influenzare il numero di *life events* ed il rischio di depressione associato.

Pochi studi tentano di determinare l'aumento di rischio per lo sviluppo della depressione associato con eventi stressanti. Il rischio nei sei mesi seguenti l'evento è approssimativamente sei volte maggiore e decade rapidamente con il tempo dopo l'evento (Paykel, 1978). Comunque, Cooke (1987) ha valutato la proporzione di disturbi depressivi causati da eventi di vita e fornisce un valore oscillante tra il 29% ed il 69%, con una media intorno al 40%. Queste scoperte suggeriscono che i *life events* giocano un ruolo importante nella insorgenza della depressione insieme con altri fattori.

La violenza sessuale

Sul tema della violenza vi sono evidenze epidemiologiche significative, che non vengono prese in considerazione nella ricerca e nella pratica clinica.

Questa evidenza, illustrata in tutte le indagini su donne che hanno subito violenza, segnala l'alta percentuale di effetti psichici, tra i quali ha un posto principale la depressione. Nonostante ciò la psichiatria nelle sue indagini non prende in considerazione questo fattore e nella prassi medica non viene specificamente considerata una eventuale eziologia da violenza sessuale (o altra tipologia di maltrattamento). Riportiamo a questo riguardo il dato della World Bank che ci sembra più autorevole per rappresentare questa interconnessione tra depressione e violenza sessuale:

Disability-adjusted life years (Daly's lost) to women age 15 to 44 due to conditions attributable to domestic violence and rape.		
Relevant conditions	Total DALYs lost to women age 15 to 44 (millions)	Share attributable to domestic violence and rape
Depression	10.7	50 percent
Alcohol dependence	0.9	10 percent
Drug dependence	1.1	10 percent
Post Traumatic stress disorder	2.1	60 percent
Suicide	5.5	30 percent

Dallo schema si vede in particolare come nel 50% dei casi di depressione vi sia una stima di attribuzione causale alla violenza domestica o allo stupro (*rape*).¹²

La severità e la durata dell'esposizione alla violenza sono predittori della severità dei sintomi psichici. I tassi di depressione negli adulti sono 3 o 4 volte più alti nelle donne esposte ad abusi sessuali nell'infanzia o a maltrattamenti da parte del partner nella vita adulta. Successivamente alla violenza una donna su tre sviluppa una

¹² World Bank Discussion Paper (1994) Violence Against Women: The Hidden Health Burden. The World Bank, Washington, D.C.

sindrome post-traumatica da stress, mentre solo una donna su 20, tra quelle non vittime di violenza, sviluppa una sindrome post traumatica da stress¹³.

Modelli di sviluppo

Secondo la teoria psicoanalitica classica, le donne sono più inclini dei maschi alla depressione perché la struttura di personalità femminile è la risultante di uno sviluppo psico-sessuale più problematico ed incerto di quello maschile¹⁴. Inoltre la struttura di personalità femminile è più incline al masochismo, alla bassa autostima, alla dipendenza ed alla inibizione della ostilità.

Teorie psico-sociali più recenti invece individuano i fattori di personalità come risultanti di agenti culturali ed educazionali.

Ruble ed altri (1993) hanno suggerito che agenti di socializzazione e stereotipi di genere possono influenzare la costruzione dell'identità. In generale i genitori tendono a favorire comportamenti dipendenti e attitudini alla "cura degli altri" nelle ragazze, e indipendenza e comportamenti attivi nei maschi. Questo atteggiamento conforme agli stereotipi culturali enfatizza la competenza e la fiducia nei maschi in opposizione alla passività, bisogno di sostegno e dipendenza nelle femmine.

L'effetto degli agenti di socializzazione e degli stereotipi di genere insieme contribuiscono a che le ragazze mostrino livelli maggiore di preoccupazione nella valutazione di sé. Queste preoccupazioni possono avere la funzione di precursori o fattori di rischio per lo sviluppo futuro di una depressione. Infatti le preoccupazioni di piacere agli altri, le preoccupazioni di soddisfare adeguatamente i bisogni degli altri, secondo quello che indicano i modelli della cura e della maternità, più elevate nelle ragazze in riferimento al loro ruolo sessuale, fanno in modo da rendere più probabili le esperienze di fallimento nel corrispondere agli *standards* di comportamento e producono un più basso senso di padronanza e di controllo su eventi e scelte di vita.

Modelli di ruolo sessuale

L'impatto dei ruoli sociali e delle aspettative può essere responsabile delle differenze di genere nei tassi di depressione. Specifica attenzione è stata data all'effetto del matrimonio sui tassi di depressione. L'essere sposati sembra avere un effetto protettivo per i maschi e un effetto dannoso per le donne, poiché in generale i più alti tassi di depressione delle donne sono spiegabili con i tassi più alti di depressione delle donne sposate (Weissman e Klerman, 1977).

Un ulteriore aspetto è stato preso in considerazione: la cura dei figli. Brown (1975) ha preso in considerazione la relazione tra stress psico-sociale e conseguenti disturbi affettivi e ha trovato che le donne sposate della classe lavoratrice con tre o più figli sotto i 14 anni avevano tassi più elevati di depressione.

Questi studi suggeriscono che la maggiore vulnerabilità delle donne sposate alla depressione possa essere associata al lavoro familiare come fonte di stress. Infatti, le donne sposate che non lavorano fuori casa poggiano solo sull'identità di moglie e madre

¹³ WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence "Gender Disparities in Mental Health"

http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf

¹⁴ S. Freud, (1931). «Sessualità femminile», Boringhieri, Torino, 1970.

per l'autostima, e questo ruolo porta con sé molti elementi frustranti come routine, isolamento, nessun guadagno economico ed inoltre è svalutato nella società moderna.

D'altro lato, donne che entrano nel mercato del lavoro, fronteggiano discriminazioni ed iniquità, con relativi bassi livelli di controllo sul lavoro, bassa complessità, scarsa sicurezza, e basso salario.

Inoltre, poiché le donne sentono come responsabilità primaria la cura dei figli e della casa, le donne lavoratrici sperimentano un sovraccarico di ruolo ed un conflitto di ruolo. Queste differenze di genere nel tipo e nella struttura di occupazioni e ruoli creano aspettative che influenzano lo stato di salute mentale (Gove 1979).

Infatti, Meddin (1986) usando dati da una ricerca nazionale sulla qualità della vita negli Stati Uniti, ha fatto una comparazione tra intervistati maschi e femmine sposati che rispondevano ai criteri della tradizionale divisione del lavoro, in cui il maschio lavora e la donna no; ed intervistati sposati che corrispondevano ai criteri della divisione del lavoro "non tradizionale" nella quale ambedue i coniugi lavorano. Le donne hanno riportato più depressione dei maschi in ambedue le situazioni: di lavoro esterno o di esclusivo lavoro familiare.

Considerazioni complessive

Dal complesso delle ricerche presentate dall'OMS nello studio citato, emerge come siano più deboli o scarsamente suffragate da dati e correlazioni significative le ipotesi genetiche, ormonali e psico-costituzionali (struttura di personalità). Al contrario, maggiori dati significativi emergono dalla ricerca sui fattori di ruolo, sugli eventi di vita, tra cui ruolo importante svolgono la violenza sessuale ed il maltrattamento.

L'OMS segnala i seguenti fattori psico-sociali responsabili dello scarso livello di salute mentale nelle donne: le pressioni create dai loro multipli ruoli, la discriminazione di genere, e fattori associati di povertà, fame, cattiva nutrizione, superlavoro, violenza domestica e violenza sessuale.¹⁵

Inoltre segnala come vi sia una positiva correlazione tra la frequenza e la severità dei fattori sociali e la frequenza e la severità dei problemi mentali nelle donne. Severi eventi di vita, che causano un senso di perdita, inferiorità, umiliazione od oppressione, possono essere fattori predittivi della depressione

In particolare l'OMS suggerisce di focalizzare la ricerca sui fattori psico-sociali, fattori fino a questo momento scarsamente presi in considerazione a vantaggio di quelli connessi con la vita riproduttiva, considerata finora il perno della salute femminile, soprattutto nei paesi in via di sviluppo.¹⁶

¹⁵ Gender and women's Mental Health, May 2202, WHO

¹⁶ The relationship of women's reproductive functioning to their mental health has received protracted and intense scrutiny over many years while other areas of women's health have been neglected. Recent research suggests that the impact of biological and reproductive factors on women's mental health is strongly mediated and, in many cases disappears, when psychosocial factors are taken into account. For example, research on menopause has revealed that emotional well being in middle aged women is positively associated with their current general health status, psychosocial and lifestyle variables, but not with their menopausal status nor their hormone levels. (WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence "*Gender Disparities in Mental Health*")

5. LE DISPARITA' DI VALUTAZIONE DELLA SALUTE MENTALE FEMMINILE RISPETTO A QUELLA MASCHILE

La prevalenza delle donne, statisticamente significativa, non ha avuto effetti sulla valutazione del problema di salute delle donne in vari campi:

- nella attenzione sanitaria al problema, basti pensare che il piano della Agenda 2000 del WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità), che lancia l'allarme "incremento dei tassi di depressione nel 2020", non menziona in alcun modo il livello di implicazione del genere femminile;
- nella prevenzione mirata a questa categoria di popolazione, non esistono infatti piani di prevenzione all'interno della salute mentale su specifici fattori di rischio come ad esempio la violenza sessuale e il carico di lavoro familiare;
- nella organizzazione di servizi, sono pochissimi i servizi di salute mentale con questo tipo di attenzione e focus sulla donna, gli altri ignorano i bisogni di salute delle donne.

Il paradosso estremo della iniquità di trattamento tra uomini e donne è ben visibile in questa area medica.

Le donne sono sottovalutate e con esse sottovalutati anche i loro disturbi, anche quando questi si presentano come prevalenti nella popolazione generale. Succede così che pur essendo le maggiori portatrici di patologia depressiva, per consenso di tutti i ricercatori e clinici, ma non solo: avendo anche più sintomi, più complicanze, più ricadute, più rischio di cronicità, la loro condizione non sia sufficientemente rappresentata e presa in considerazione in piani di intervento mirati

Così vediamo che l'attenzione al genere segue due direttrici.

Il momento diagnostico di inquadramento dei sintomi che sembra ipervalutare il disturbo femminile: infatti la definizione dei criteri diagnostici depressivi sembra incrociare perfettamente le modalità espressive della donna e ciò farebbe pensare di essere in presenza di un'attenzione sul genere; tant'è che in nome della "differenza di genere" si esplora il territorio maschile, rimasto in ombra, alla ricerca di criteri diagnostici equitativi che diano eventualmente il giusto risalto anche alla depressione maschile.

Dall'altro lato sul piano della eziopatogenesi la clinica mantiene un atteggiamento dispari tra uomini e donne, orientando la diagnosi e l'interpretazione dei processi patogenetici sottostanti in due canali diversi e tradizionalmente attribuiti ai ruoli maschili e femminili: le motivazioni della depressione maschile sono ancorate maggiormente a fatti ed eventi esterni e alla loro oggettiva gravità (gravità osservabile e condivisibile); le motivazioni attribuite alle donne sono più ancorate alla variabilità soggettiva "umorale", alla maggiore emotività, e come tali sono connotate da minore gravità. Il comportamento suicidario avalla la differenza compresa nella maggiore gravità sociale della depressione maschile rispetto a quella femminile.

E così la prevalenza delle donne in questa area non crea emergenza sanitaria. Emergente diventa il problema della depressione maschile perché in essa si individua una maggiore gravità dovuta sia al fatto che i sintomi appaiono più lontani dalla

costituzione di personalità e dagli stili di risposta maschili, sia al fatto che la malattia maschile ha effetti che si considerano (a torto) più rilevanti. Diciamo a torto perché basterebbe utilizzare anche altri parametri di misura della gravità sociale della sintomatologia psichica per vedere la rilevanza che la depressione femminile assume ad esempio nel rapporto della donna-madre con i figli.

E così il trattamento (compreso quello farmacologico la cui sperimentazione è condotta prevalentemente sugli uomini), la prevenzione, ed i servizi si configurano a misura di uomo anche quando sono le donne ad utilizzarli maggiormente.

Quanto detto è ben rappresentato dalle seguenti evidenze e fatti :

- 1) **il fatto che le donne siano poco rappresentate nei trials clinici o farmacologici** impedisce di mettere in evidenza le differenze nella risposta al trattamento.
- 2) **Il fatto che non si tenga conto della diversa risposta ai farmaci**, si accompagna al rischio che dosi inappropriate favoriscano gravi sintomi collaterali quali le disregolazioni endocrine e le discinesie tardive.
- 3) **Il fatto della minor offerta di trattamenti mirati alla osservazione e considerazione della vita quotidiana (in *primis* il lavoro) e degli stili comportamentali** implica una minore capacità di incidere sui fattori eziologici e di rischio a carattere psico-sociale.
- 4) **Il fatto che siano le donne di età compresa tra i 15 ed i 44 anni ad avere un più alto fattore di rischio per la depressione e per gli altri disturbi psichici** non sembra rappresentare uno specifico indicatore di vulnerabilità per gli operatori sanitari. Questi infatti raramente predispongono programmi mirati a gruppi specifici di donne: le adolescenti e le post-adolescenti (fascia di età 15-24); le giovani madri e le donne con doppio carico di lavoro (35-44).
- 5) **Il fatto che i servizi non producano casistiche differenziate per sesso**, nonostante vi sia evidenza di una "epidemia sociale" della depressione femminile.

Il gap esistente tra la ricerca e la clinica: i mancati riflessi dei risultati della ricerca sull'intervento clinico

Tutte le evidenze statistiche, epidemiologiche, cliniche finora segnalate non hanno avuto effetti sulla valutazione della salute mentale della donna come problema specifico e prioritario.

Si nota così la mancanza di attenzione alla salute mentale della donna e l'assenza dell'integrazione del punto di vista di genere:

1. nelle scelte di politica sanitaria,
2. nei piani di ricerca finalizzata, nella ricerca epidemiologica e statistica, nella ricerca sui fattori eziologici, nella ricerca sull'efficacia dei farmaci;
3. nella pratica clinica, nella diagnosi e nel trattamento;
4. nella prevenzione;
5. nella formazione.

5.1 La politica sanitaria

In Europa ed in Italia, nonostante negli ultimi due anni, vi sia un'attenzione dell'OMS sul problema della salute mentale della donna, non sono state espresse priorità sulla questione della maggiore incidenza di patologie psichiche tra la popolazione femminile e della necessità di approntare programmi mirati di ricerca e servizi.

5.2 La ricerca

Nella maggioranza degli stati europei non esistono programmi di ricerca governativi finalizzati alla salute mentale delle donne.

2.1 La ricerca sui fattori eziologici e di rischio

Sono sempre le ricerche sui fattori biologici e genetici ad essere svolte con ampi mezzi finanziari ed anche con il sostegno delle industrie farmaceutiche, che da esse traggono i maggiori profitti.

Le ricerche sui fattori psico-sociali, che hanno contribuito ad ampliare le conoscenze sulla differenza di genere nella malattia mentale non hanno adeguati finanziamenti.

Queste ricerche inoltre sono ancora carenti nella loro impostazione perchè non si sono ancora indirizzate allo studio della interconnessione dei vari fattori singolarmente risultati significativi per le donne, come lo stato matrimoniale con la presenza di figli piccoli, la mancanza di confidenza con il partner, la mancanza di supporti sociali, i modelli di ruolo ed educazionali con l'orientamento psicologico alla scarsa impositività, dipendenza e scarsa valorizzazione di sè (bassa autostima), la violenza ed i maltrattamenti, la svalutazione sociale.

2.2 La ricerca farmacologica

Pur essendo le donne le maggiori consumatrici di psicofarmaci, non vi sono studi sulle diverse risposte al trattamento farmacologico di donne ed uomini.

La sperimentazione sulla efficacia dei farmaci è svolta su campioni a prevalenza maschili ed i risultati non sono differenziati per sesso. Così le donne consumano più psico-farmaci ma godono di minori condizioni di efficacia e sicurezza rispetto agli uomini; questi ultimi al contrario sono adeguatamente rappresentati nei trials clinici e farmacologici¹⁷.

2.3 La ricerca sui criteri diagnostici e sul trattamento psichiatrico

a. la diagnostica

La diagnostica psichiatrica, si attua prevalentemente considerando la fenomenologia dei sintomi. Mancano analisi eziopatogenetiche più approfondite sulla derivazione del sintomo dalle specifiche condizioni di vita. La mancanza di questo criterio diagnostico (la rilevazione della eziopatogenesi) è di notevole danno

¹⁷ Cfr.: Adriana Ceci e Giovanni Muscettola in " Una salute e misura di Donna", Dipartimento Pari Opportunità, Roma 2001.

perchè non impone ai ricercatori ed operatori sanitari una riflessione sulle cause psico-sociali e ambientali, utili ad effettuare quella prevenzione secondaria che nelle donne, più soggette a cronicizzazione e ricadute degli episodi patologici (in particolare la depressione), è particolarmente carente.

Pur essendo le donne a ricevere con più frequenza una diagnosi di depressione, i manuali diagnostici più usati (DSM I V, ICD 10) non tengono conto dei livelli di gravità della sintomatologia dal punto di vista della donna; la gravità dei sintomi e la loro rilevanza sociale è misurata sulle condizioni di vita maschili.

Così succede che tipici vissuti depressivi delle donne caratterizzati da "senso inutilità, senso di incapacità, mancanza di desiderio in tutti i campi, blocco delle attività, desiderio di morire, non riconoscimento di sè e non accettazione di sè nella condizione depressiva " non costituiscono sufficienti indici di gravità perché non risultano associati con comportamenti di allarme sociale.

Unico criterio di gravità è associato con il post-partum, nei casi (una minoranza) in cui il disagio della madre si traduca in un *acting-out* auto ed etero distruttivo (suicidio/omicidio).

La depressione femminile, in tutti gli altri casi non "fa rumore" e passa inosservata; ad essa non sono riconosciuti gli effetti a largo raggio sulla vita sociale e familiare. Eppure recenti ricerche hanno evidenziato come tra gli eventi associati al rischio depressivo negli adolescenti vi sia proprio il supporto svolto ad una madre depressa o stressata.

b. il trattamento

Sul piano dei trattamenti non vi sono ricerche su nuove metodologie di intervento mirate a:

- l'osservazione della vita quotidiana (in *primis* il doppio e triplo lavoro (lavoro in casa, di cura e per il mercato) e degli stili comportamentali;
- il cambiamento dell'organizzazione quotidiana e degli stili di risposta implicati nella percezione del malessere.

Inoltre gli interventi risentano dell'atteggiamento degli operatori sanitari che mostrano di non avere alte aspettative nei confronti delle donne. Il reinserimento nei ruoli di moglie, madre e casalinga sembra costituire ai loro occhi un sufficiente traguardo per le donne ammalate.

Così anche i programmi di riabilitazione per le donne sono molto carenti e non prevedono il miglioramento di competenze sociali, l'arricchimento di risorse personali ai fini di un aumento dell'autostima (fattore psico-sociale di grande peso nella genesi della depressione).

5.3. La pratica clinica

Nella pratica clinica si riscontra la maggiore presenza di pregiudizi sessuali: la maggiore diffusione delle patologie mentali ed in particolare della depressione tra le donne viene considerata, dalla maggioranza degli psichiatri, un normale effetto della loro natura sia biologica (il ciclo biologico-ormonale con le sue fluttuazioni) che

psicologica (la struttura di personalità tipicamente femminile caratterizzata da: dipendenza, passività e scarsa stima di sé).

I trattamenti per le donne sono i più tradizionali; l'intervento prevalente è quello farmacologico da solo o associato a trattamento psicologico

Le donne beneficiano meno dei trattamenti innovativi di tipo psico- riabilitativo che sono al contrario centrati sulle specifiche esigenze degli uomini e sul recupero delle competenze sociali al lavoro produttivo.

I ricoveri (anche quando sono richiesti e promossi dalle donne stesse) in ambiente ospedaliero non rispondono ai loro bisogni di avere un adeguato alleggerimento della pressione del lavoro familiare, senza dover sopportare lo stigma associato ai ricoveri psichiatrici che etichettano una persona come "incapace a sostenere il suo ruolo sociale e/o familiare"

Le donne rispetto agli uomini sono assistite per più tempo dai servizi, subiscono trattamenti farmacologici più a lungo e con maggiori effetti di cronicizzazione e dipendenza psicologica.

Questi dati sulla maggiore durata delle terapie nelle donne deve far pensare a trattamenti più improduttivi, rispetto agli uomini; a trattamenti cioè che più difficilmente raggiungono l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di salute nelle donne.

5.4. La prevenzione

Gli studi pur esistenti non hanno sviluppato indicazioni per il riconoscimento di fattori di rischio e dei fattori di protezione nella vita quotidiana da utilizzare in campagne di prevenzione mirata.

La prevenzione dovrebbe essere la priorità in assoluto per qualsiasi sistema sanitario in qualsiasi patologia: invece nell'ambito delle patologie mentali non emerge un interesse specifico a sviluppare studi ed indicazioni per una prevenzione primaria. Ciò danneggia soprattutto le donne che sono la popolazione più colpita e che hanno proprio nell'ambiente di vita i fattori di rischio più elevati.

Una prevenzione impropria (in quanto coincidente con il trattamento) è costituita dalla indicazione di: iniziare l'assunzione di farmaci il più precocemente possibile, cioè al primo sintomo, a partire anche dall'adolescenza e per tempi anche molto lunghi.

Questa indicazione interagisce negativamente con il dato che le donne subiscono più effetti collaterali e indesiderati dall'uso di psico-farmaci.

5.5 La formazione

Anche i programmi di formazione sono insoddisfacenti ed inadeguati rispetto ai problemi di salute della donna. Questi programmi non tengono conto della differenza di genere nella diffusione dei disturbi mentali ovvero della maggiore morbilità delle donne, né della necessità di formare la classe medica al riconoscimento dei fattori di rischio psico-sociali presenti nella vita quotidiana femminile.

La formazione dei sanitari, medici di base e psichiatri, è sostenuta soprattutto, con specifico riferimento alla situazione italiana, dalle industrie farmaceutiche, e come

tale tende a sviluppare un maggiore interesse verso la cura ed il trattamento farmacologico piuttosto che verso la prevenzione.

5.6 L'organizzazione di servizi

I servizi con un focus sulla donna e sulla differenza di genere (gender-sensitive) sono pochissimi, la stragrande maggioranza ignora i bisogni di salute delle donne in questo campo, nè si interroga su di essi.

Nella programmazione sanitaria manca qualsiasi orientamento in tal senso; non vengono date indicazioni per combattere meglio i tassi di morbilità tra le donne, non vengono proposti servizi o attività cliniche gender-oriented; nè vengono organizzate specifiche attività per gruppi a rischio come le adolescenti, oppure le donne con doppio-triplo carico di lavoro, e/o le donne casalinghe con figli piccoli, oppure le donne in gravidanza.

I trattamenti sia di ricovero che ambulatoriali, che oggi avvengono in ambiente misto, in nome di una male intesa parità uomo-donna, non rispondono alle loro esigenze. Le donne hanno sempre più spesso, come confermano le statistiche internazionali e nazionali, problemi legati al rapporto con un partner violento; rapporti dai quali esitano quasi sempre traumi e danni psichici, associati spesso ad un rifiuto della figura maschile, per i quali si richiedono spazi e tempi specifici di intervento (non condivisi "obbligatoriamente" con i maschi).

In sintesi i servizi di salute mentale sembrano corrispondere meglio alle esigenze maschili; sono infatti orientati sulla efficienza prestazionale: "restituire in breve tempo la persona al suo contesto di vita per riprendere le attività interrotte" senza curarsi di osservare prima se le attività, che la malattia ha interrotto, non siano proprio quelle a causare il malessere e la patologia.

6. QUALI PROPOSTE FARE: LE PRIORITÀ DA SEGNALARE NELLA PREVENZIONE

Riteniamo che il campo di studio e ricerca, nonché il campo clinico, siano attraversati da evidenze che non hanno finora portato a consequenziali atti e misure di modifica per rendere appropriati i trattamenti clinici e la prevenzione.

Le misure da proporre possono consistere, in questa fase, nella elaborazione di Indicazioni, Raccomandazioni e Linee guida utili al riconoscimento, alla selezione e all'adozione di comportamenti appropriati sia sul piano della clinica che della ricerca. Tali comportamenti costituiscono la base per accedere ad una corretta prospettiva di prevenzione nel campo della salute mentale: se infatti sono sottovalutati o non sono adeguatamente indagati i fattori di rischio psico-sociali ed ambientali non sarà in alcun modo possibile definire quelle misure adatte a proteggere la salute delle donne all'interno della loro vita quotidiana.

D'altra parte i fattori di rischio e di protezione possono essere indagati solo se si precisa, dal punto di vista di genere, quali siano le condizioni concrete, sociali, ambientali e relazionali all'interno delle quali si produce un maggior disagio; ovvero

quelle condizioni all'interno delle quali si verifica che più donne ammalano, e più donne di quale età, di quale appartenenza sociale, con quali specifiche situazioni di vita.

Se la prevenzione primaria riguarda le donne non ancora ammalate, e punta a individuare precocemente le condizioni di rischio ed a trasformarle prima che divengano occasioni concrete di produzione di disagio; la prevenzione secondaria non è una sfida meno importante per il miglioramento della salute e della qualità di vita delle donne. Essa infatti riguarda le tante donne già ammalate che incorrono più degli uomini nel rischio di ricadute e cronicizzazione del loro disagio, a causa di trattamenti che non sono a loro misura, o che non colgono in maniera soddisfacente le condizioni di partenza del loro disagio.

6.1 L'importanza di una raccolta dati disaggregata per sesso

Senza dati differenziati per sesso, non si possono costruire mappe di rischio e profili psico-sociali per fondare indicazioni attendibili per la prevenzione.

Si rendono così urgenti e necessarie Raccomandazioni a tutti i Servizi, periferici (Regioni) e Centrali (Ministeri) perché adottino le seguenti misure:

- individuazione e standardizzazione di procedure per la raccolta dati, concernenti le tipologie sociali e personali delle donne che si rivolgono ai servizi;
- educazione alla raccolta dati disaggregata per sesso ed età in ogni sua definizione, e indicazione alla presentazione di *survey* in accordo con tale distinzione.

6.2 Non vi è prevenzione senza la ricerca orientata a cogliere le differenze di genere

2.1 La ricerca sui fattori eziologici e di rischio:

si ritiene necessario formulare Raccomandazioni per integrare il punto di vista di genere nei criteri di valutazione delle ricerche.

Sono da considerare altamente significative le ricerche che:

- utilizzano campioni caso-controllo;
- reclutano pazienti dei due sessi;
- correlano le diverse variabili al campione diviso per sesso.

Questi criteri dovrebbero poter entrare negli *standards* da soddisfare per la presentazione di progetti di ricerca da sottoporre al finanziamento pubblico.

E' opportuno adottare misure per l'implementazione delle ricerche che possono offrire maggiori risultati per la prospettiva della prevenzione primaria.

In particolare occorre implementare:

- ricerche sulla popolazione generale, sulla popolazione dei servizi, ricerche cliniche su gruppi specifici di pazienti (ad esempio le adolescenti con disturbi dell'alimentazione o le donne con depressione post-partum, ecc.)

rivolte all'analisi e standardizzazione dei fattori di rischio nella vita quotidiana e nell'ambiente, con un occhio particolare al lavoro di cura, allo stress, alla violenza in ogni tappa di vita (dalla pre-adolescenza alla età anziana);

- programmi di ricerca multicentrici sulla individuazione di una eziologia complessa, derivata dalla interconnessione di quei fattori psico-sociali che hanno già ottenuto singolarmente un riconoscimento dalla comunità scientifica.

2.2 La ricerca in campo farmacologico

In questo campo, con un orientamento comune anche ad altri settori della medicina, è necessario riconoscere l'evidenza della differenza tra donne ed uomini nella farmacodinamica e nella farmacocinetica. La ricerca farmacologica deve porsi gli obiettivi di migliorare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci nelle donne attraverso:

- a. la rimozione degli ostacoli all'inclusione delle donne nei *trials* clinici e farmacologici ;
- b. la rilevazione dei dati su campione misti maschili e femminili;
- c. l'esame dei dati scorporati per sesso.

2.3 La ricerca su nuovi criteri diagnostici e nuovi strumenti di intervento

È necessario apportare modifiche ai criteri diagnostici relativi alla misurazione della gravità sociale dei malesseri inserendovi il punto di vista di genere. In particolare la valutazione della gravità di un disturbo può essere effettuata in base alla percezione di menomazione e non solo a quanto valutato oggettivamente in termini di disfunzione sociale.

L'integrazione del punto di vista di genere deve attraversare anche la ricerca di nuove metodologie e nuovi strumenti terapeutici.

Per le donne sono necessari nuovi e specifici strumenti terapeutici che pongano attenzione al collegamento tra malattia e vita quotidiana ed in particolare alle seguenti condizioni: lavoro familiare ed esterno (doppio lavoro) e lavoro di cura dispensato sia all'interno della famiglia che all'esterno; maltrattamenti e violenze, svalorizzazione psicologica, orientamenti educativi alla "*confidence in other*" (opposta alla *self-confidence*) e alla dipendenza dagli altri.

6.3 La prevenzione secondaria: diagnosi e trattamento devono evitare i rischi della cronicizzazione e delle ricadute

La prevenzione secondaria passa attraverso la modifica e l'integrazione degli interventi sanitari abituali. Gli interventi vanno arricchiti con la conoscenza della storia degli eventi che una donna subisce nel corso della vita, in accordo con quanto detto dalla letteratura internazionale sul tema, e con la definizione delle condizioni di carico e di stress attinente alla realtà della maternità e del lavoro di cura.

Gli interventi di qualsiasi tipo devono tenere conto di due elementi principali:

- che molte donne soffrono nella vita quotidiana di: isolamento, separazioni, vedovanza, mancanza di impiego, mancanza di supporti materiali ed emotivo-affettivi; carico di figli, violenza, stress, ecc.
- e che molte donne che soffrono di ansia e depressione non parlano delle difficoltà della vita quotidiana e non riconoscono queste come cause del loro malessere.

Vanno quindi predisposte specifiche Raccomandazioni che orientino gli operatori sanitari a:

- chiedere alla donna e raccogliere notizie sulla sua condizione di vita antecedente all'insorgenza della patologia, in accordo con i dati più frequenti sui fattori di rischio psico-sociale, presenti nella letteratura;
- valutare le strategie più efficaci di alleggerimento dei carichi di lavoro e responsabilità connessi con il ruolo materno e le attività di cura, e proporre alla donna stili di vita maggiormente centrati sul benessere personale.

Vanno inoltre indicati agli operatori sanitari alcuni strumenti validi per un trattamento che si ponga anche la finalità della prevenzione secondaria.

Tra questi strumenti operativi si segnalano in letteratura, come particolarmente efficaci:

- i gruppi di discussione e supporto tecnico con donne che presentano, pur nelle diverse sintomatologie, problemi di vita comuni come: adolescenti e post-adolescenti, donne sposate con figli piccoli, donne con vicende di violenza e maltrattamento, ecc.;

- i gruppi di auto-aiuto tra donne, che possono rispondere al bisogno di costruire una rete sociale di supporto in un contesto di parità e reciprocità, nel quale sia possibile riconoscere un comune valore nell'appartenenza al genere femminile, ed accrescere il senso di sé e la "*self-confidence*".

6.4 La prevenzione primaria

Una buona prevenzione è quella che riconosce i fattori di rischio, li traduce nei corrispondenti fattori di protezione e li trasferisce in adeguate informazioni. I fattori che entrano nella prevenzione primaria sono quelli che finora la ricerca ha riconosciuto come significativamente correlati con le condizioni di patologia e quelli che successivamente individuerà, a partire da metodologie sempre più orientate a cogliere le differenze di genere.

La prevenzione primaria non può che rivolgersi al riconoscimento di fattori sociali, educazionali, relazionali, ambientali: sono queste le condizioni esterne che possono creare nella singola persona difficoltà emozionali e disturbi del funzionamento psichico. Fattori su cui è possibile agire prima che essi, a determinate condizioni di sovraccarico, di tensioni relazionali, di pressioni, ecc., diano l'avvio ad un percorso di formazione della patologia psichica.

Sulla base dei dati finora riconosciuti e validati dalla Organizzazione Sanitaria Mondiale possiamo individuare due categorie di soggetti con maggiore vulnerabilità:

- le ragazze adolescenti e post-adolescenti;
- le donne nel pieno delle responsabilità familiari e di cura.

A queste due categorie vanno indirizzati programmi di prevenzione mirata.

La prevenzione mirata significa preparare campagne di informazione dirette ad intercettare l'attenzione di questi due gruppi sui dati che riguardano gli specifici fattori di rischio convalidati dalla comunità scientifica.

- ❖ La prevenzione rivolta alle donne, può beneficiare di progetti di una informazione sui rischi relativi a:
 - *la totale dedizione al lavoro di cura, da solo o associato al lavoro familiare ed a quello per il mercato;*
 - *il maltrattamento psicologico e/o fisico continuato e tollerato;*
 - *l'isolamento e la mancanza di una rete relazionale;*
 - *la mancanza di self-confidence di contro ad una pratica di affidamento ad altri;*
 - *la privazione di potere economico e decisionale sulla propria vita.*
- ❖ La prevenzione rivolta alle adolescenti necessita di mediatori sociali come la famiglia/i genitori e la scuola/gli insegnanti cui vanno rivolte precise informazioni.
 - I genitori devono conoscere i rischi che maggiormente creano le condizioni di disagio nell'ambito della famiglia .

Fattori di rischio per la patologia psichica negli adolescenti sono:

- *la tendenza ad alleanze con un figlio contro l'altro genitore; la tendenza a svaloriare agli occhi di un figlio un genitore, in particolare la madre agli occhi delle ragazze;*
- *la violenza indiretta di un padre su una madre è fattore di rischio per i figli in genere ed in particolare per la figlia femmina, sul cui sviluppo psicosessuale si proietta l'immagine femminile vittimizzata e svaloriata;*
- *la violenza e l'abuso sessuale in famiglia, e la mancanza di tutela;*

- *lo sfruttamento delle risorse dell'adolescente femmina per il supporto al lavoro familiare (materiale o di cura);*
 - *la disparità di atteggiamenti educativi maschio-femmina con le maggiori limitazioni di movimento per le femmine;*
 - *l'orientamento ad affidarsi al giudizio degli altri e la tendenza a ridurre nelle femmine le esperienze di "self-confidence".*
- Gli insegnanti devono essere informati che i rischi di patologia psichica, collegati alla scuola, si riferiscono al mancato esercizio di un ruolo di protezione da parte della scuola stessa. Tale ruolo è infatti presente nelle finalità "naturali" della scuola che sono quelle di promuovere e sviluppare le capacità e le risorse dell'adolescente.

Ciò cui la scuola deve mirare, per costituirsi come polo formativo di benessere, è una organizzazione adatta a creare socializzazione ed interscambi, promuovere l'iniziativa e le autonomie personali, sostenere nelle attività la valorizzazione di sé insieme a quella degli altri; sviluppare la solidarietà e la capacità di studiare e stare insieme in gruppo.

Ma la scuola deve aver cura anche di promuovere giuste relazioni tra i sessi e di formare una cultura della parità tra le nuove generazioni. In questo senso la scuola può:

- *combattere i pregiudizi sessuali, valorizzando la parità dei sessi e le differenze tra persone;*
- *sviluppare parimenti in maschi e femmine il lavoro intellettuale e quello di cura rivolto alle relazioni e all'ambiente;*
- *vigilare e sviluppare una comunicazione sulle modalità di rapporto tra i due sessi per prevenire e contrastare orientamenti alla violenza.*

- ❖ La cultura della prevenzione con un orientamento al genere va soprattutto rivolta agli operatori sanitari della medicina generale, che costituiscono il primo livello di contatto con la donna che manifesta un malessere o un sintomo psichico.

Per la prevenzione primaria, occorre che gli operatori della medicina generale abbiano accesso ad adeguate informazioni sui fattori principali di rischio che agiscono nelle donne, acquisiscano competenza in modo da evitare che il loro intervento vada involontariamente nella direzione opposta a quella della prevenzione e si definisca oggettivamente come fattore di cronicizzazione.

Per gli operatori sanitari si deve prevedere e stimolare la partecipazione a corsi di formazione orientati a sviluppare la competenza nel:

- *riconoscimento dei fattori di rischio psico-sociali collegati a specifiche tappe di vita (come l'adolescenza, e la maternità);*
- *counselling alla donna nella fase tipica della insorgenza di un disagio che si caratterizza come confusione (non saper cosa è giusto o meno), indecisione (non saper più fare ed agire in autonomia), presenza di più sintomi dello spettro ansioso-depressivo, disorientamento su "cosa si è diventati e su cosa fare" .*

6.5 I servizi

E' necessario che i servizi per la salute mentale siano rivolti ad organizzare attività di prevenzione, cura e riabilitazione intorno ai bisogni specifici delle donne.

Si possono indicare tre tipi di servizi in questa area.

1. Il primo tipo è rivolto a prevenire specifiche situazioni di stress.

L'obiettivo principale è fornire informazioni sul collegamento tra vita quotidiana e disagio psichico trasferendo alle donne competenze circa la capacità di:

- individuare precocemente stress, fatica e stanchezza prima che esse divengano patologie;
- superare la tendenza, trasmessa dai modelli educativi, alla subordinazione ed alla dipendenza;
- reagire alla violenza in famiglia e al maltrattamento psicologico.

In questi servizi potrebbero essere organizzati:

a. centri-ascolto; corsi di formazione; gruppi di supporto sociale e psicologico, rivolti a donne con specifici problemi:

- donne con difficoltà nel post-partum;
 - donne con difficoltà nella organizzazione del lavoro familiare ed extrafamiliare (difficoltà nella conciliazione del doppio carico di lavoro);
 - donne maltrattate, con abuso di alcool, ecc. etc.;
- b. programmi di educazione alla salute con l'obiettivo di sviluppare e/o accrescere :
- l'abilità delle donne a comunicare ed esprimere le emozioni negative;
 - la capacità a prendersi "cura di sé";
 - l'abilità ad analizzare il proprio stile di vita in rapporto alle condizioni di salute;
 - la stima di sé.

2. Il secondo tipo di servizi è indirizzato a donne che hanno già sviluppato una patologia psichica o manifestato sintomi psichici, e che hanno già avuto un trattamento psichiatrico.

Queste donne potrebbero essere incoraggiate a comprendere il modo in cui la loro vita quotidiana le ha condotte verso la patologia.

I servizi specialistici di salute mentale dovrebbero al loro interno differenziare le attività di accoglienza ed intervento per le donne, in modo da cogliere meglio i loro bisogni di supporto e le loro tematiche collegate alla formazione del disagio psichico.

Questi servizi specifici rivolti alle donne dovrebbero prospettarsi i seguenti obiettivi:

- ridurre l'uso di terapie farmacologiche, considerando che le donne sono le più alte consumatrici di psicofarmaci e che ciò non fa bene alla loro salute;
- privilegiare un approccio globale mirato alla comprensione delle cause che hanno portato la donna alla patologia;
- fornire supporto alle donne con carichi di lavoro familiare ed extra-familiare stressanti;
- individuare e sviluppare la rete di supporti familiari ed extra-familiari;
- sviluppare interventi terapeutici individuali e di gruppo per modificare stili di vita onerosi per le donne;

- sviluppare specifiche attività di riabilitazione in cui le donne possano concretamente apprendere e mettere in pratica modelli di comportamento sociali che rinforzino le capacità di autonomia e di stima di sé.

3. Il terzo tipo di servizio si propone di andare incontro alle esigenze delle donne che chiedono un periodo di distacco dall'ambiente familiare, in concomitanza con una serie di eventi stressanti tipici della vita di una donna. L'ambiente ospedaliero non è indicato a queste esigenze delle donne, che hanno soprattutto il bisogno di recuperare energie e rivedere stili di vita e di comportamento. Per questo tipo di esigenze sono più adatte le case di accoglienza, così come organizzate in altri paesi europei.

Le case di accoglienza potrebbero allora essere rivolte a:

- donne adulte in difficoltà nella relazione con i partner (maltrattate, in via di separazione, ecc) o in difficoltà rispetto alla gestione del carico familiare (in condizione di stress) ecc; in ogni altra difficoltà con effetti di tipo psichico; ecc.
- giovani donne, anche adolescenti, in difficoltà nella relazione con i genitori, o con problemi di dipendenza.

Nelle case di accoglienza potrebbero essere svolti programmi psico-sociali specifici di prevenzione e riabilitazione a secondo delle esigenze delle donne ospitate.