

LE MALATTIE DELLE DONNE
TRA VECCHI PREGIUDIZI E NUOVE EVIDENZE

61

IL CORPO PSICHICO

**1. LA DEPRESSIONE: UNA CONDIZIONE EMERGENTE
CHE INTERESSA TUTTE LE DONNE**

La depressione è una malattia?

Vi è un tipo specifico di donna a rischio di depressione?

Qual è lo stile di comportamento che favorisce la depressione?

Quali sono i vissuti della donna nella depressione *post-partum*?

La maternità è da considerarsi un potente fattore di *stress* per la donna?

Le donne raccontano la loro esperienza...

2. IL MALESSERE DELLE RAGAZZE: ANORESSIA, BULIMIA E ALTRO

Quali tipi di disturbi alimentari vi sono?

Perché colpiscono di più il sesso femminile?

Vi sono fattori specifici di rischio per questi disturbi?

Che cosa fare se si sospetta un disturbo del comportamento alimentare?

3. PSICOFARMACI: È SEMPRE NECESSARIO PRENDERLI?

Che cosa sono e come funzionano?

Sono le donne a chiedere più psicofarmaci degli uomini?

Perché i medici tendono a dare più psicofarmaci alle donne?

Va posta speciale attenzione ad alcuni effetti indesiderati?

LA DEPRESSIONE: UNA CONDIZIONE EMERGENTE CHE INTERESSA TUTTE LE DONNE

Quali i dati nazionali e internazionali sul fenomeno?

Le statistiche internazionali (*World Health Report 2000-01 Database*) mostrano che le patologie psichiche (depressione maggiore, disturbi d'ansia, disturbi alimentari) sono prevalenti e in crescita tra le donne all'interno della popolazione generale. Le statistiche nazionali (*Istituto superiore della sanità*) confermano questa tendenza.

La depressione in particolare costituisce la principale causa di disabilità tra le donne di età compresa tra i 15 ed i 44 anni. I disturbi depressivi costituiscono il 41,9% della disabilità da disturbi neuropsichiatrici tra le donne e il 29,3% tra gli uomini. I disturbi depressivi sono due volte più frequenti tra le donne. Le diagnosi di disturbo di panico che le donne ricevono sono tre o quattro volte superiori a quelle ricevute dai maschi.

La depressione nelle donne è in crescita a partire dalla prima adolescenza. Nell'adolescenza i disturbi di depressione ed ansia sono maggiori nelle ragazze rispetto ai ragazzi; le ragazze soffrono inoltre al 95% rispetto al 5% di ragazzi di disturbi alimentari (anoressia e bulimia).

I principali problemi di salute mentale nella vecchiaia sono: la depressione, le sindromi organiche e le demenze; in maggioranza questi disturbi colpiscono le donne.

La depressione è una malattia?

Con il termine malattia intendiamo principalmente il fatto che, in un dato momento del corso della vita, si verifica uno squilibrio nel funzionamento del corpo o della mente. Poichè corpo e mente (il cervello con le sue funzioni) costituiscono una unità, lo squilibrio dell'uno si riflette sull'altra e viceversa. Le malattie allora segnalano, con i loro sintomi, che il corpo e la mente non funzionano più come prima.

Sotto questo aspetto anche la depressione segnala una modifica del funzionamento biologico, psicologico e sociale dell'individuo e i sintomi di questa disfunzionalità sono molteplici:

biologici, da una modifica dei ritmi biologici, come quello del ciclo sonno-veglia, a una caduta di stimoli come la fame e il desiderio sessuale;

psicologici, da una modifica dell'umore, come la prevalente tristezza, alla mancanza di sentimenti positivi verso se stessi e gli altri; da una modifica dei vissuti di capacità e sicurezza personale, alla mancanza di interesse e motivazione verso le cose esterne;

sociali, dalla modifica dei ritmi della vita quotidiana, come il rallentamento generale delle proprie attività, all'interruzione di relazioni esterne a qualsiasi titolo coltivate.

Una volta individuata in una persona la presenza di questi segnali di depressione, si individuano le cause e, a seconda di esse, si cercano i rimedi specifici per combatterle.

Quali sono allora le cause della depressione e della maggiore morbilità tra le donne?

Dal complesso delle ricerche su eziologia e fattori di rischio emergono come più deboli, o scarsamente suffragate da dati significativi, le ipotesi genetiche, ormonali e psicocostituzionali (struttura di personalità); proprio quelle ipotesi che nel mondo medico sembrano trovare più credito.

Al contrario, maggiori dati significativi emergono dalla ricerca sui fattori di ruolo sociale, sui fattori psicosociali ed attitudinali-educazionali.

☛ Il punto di vista dell'Organizzazione mondiale della sanità

◆ Depressione, ansia, sintomi psicosomatici sono correlate in modo significativo alla interconnessione di fattori di rischio quali: i ruoli sessuali con le differenze di genere, gli eventi stressanti, le negative esperienze di vita.

◆ Gli specifici fattori di rischio per le comuni patologie psichiche che affliggono in misura maggiore le donne includono: la violenza sessuale, lo svantaggio socioeconomico, il basso sviluppo e lo sviluppo inuguale, il basso livello socioeconomico e l'incessante lavoro di cura per gli altri.

◆ Le pressioni create dai multipli ruoli che gravano sulle donne, la discriminazione di genere, i fattori associati di: sovraccarico, povertà, disoccupazione, violenza domestica e violenza sessuale, sono responsabili dello scarso livello di salute mentale nelle donne.

◆ Vi è una positiva correlazione tra frequenza e severità dei fattori sociali e la frequenza e la severità di problemi mentali nelle donne. Severi eventi di vita che causano un senso di perdita, inferiorità, umiliazione o oppressione possono essere fattori predittivi della depressione.

OMS/WHO http://www5.who.int/mental_health/main.cfm?p=0000000022

Quindi dobbiamo pensare che la depressione, più che una malattia come si intende comunemente, sia la risultante di pressioni sociali ed eventi di vita?

Ogni malattia è la risultante della interazione tra fattori individuali biopsichici, e sociali. Ma poi bisogna capire ogni volta quali siano gli elementi principali di questa interazione e intervenire su di essi sia al livello di cura che di prevenzione. È quindi importante capire sia l'entità della pressione sociale, sia l'impatto che tale pressione ha sulle donne, in modo da riuscire a capire come mai sia così comune e così frequente nelle donne la risposta depressiva agli eventi.

Vi è un tipo specifico di donna a rischio di depressione?

Ogni donna è a rischio di depressione. Non vi sono tipologie di donne più a rischio, se per tipologie intendiamo caratteri di personalità, o ci riferiamo a tipologie sociali ed economiche specifiche.

In ogni tipo di ricerca su popolazione risulta che la depressione femminile è trasversale ai vari gruppi sociali con diversi livelli economici e culturali. Si ammala cioè la donna sia casalinga sia quella non casalinga, la donna istruita e quella meno istruita, la donna di razza bianca quanto quella di razza nera, la donna della città come quella che vive in piccoli centri.

Ciò significa che io mi posso ammalare più facilmente solo perchè appartengo al sesso femminile?

No, se penso di ammalarmi perchè l'appartenenza al sesso femminile significa l'appartenenza al sesso più debole e perciò stesso più vulnerabile alla depressione.

Sì, se penso che sia sul piano storico sia su quello attuale la donna, in concomitanza con le tappe del suo ciclo biologico, e cioè dall'adolescenza alla maternità e oltre, è fatta oggetto di specifiche richieste e pressioni da parte della società, individuabili da un lato in: maggiore lavoro e maggiori responsabilità degli uomini; dall'altro, in: minori risorse economiche, minore libertà di autodeterminazione, minori riconoscimenti e stima sociale.

Allora alla base del disagio femminile e della depressione vi è il suo ruolo, il sovraccarico che la donna sopporta oggi più di ieri?

Diremmo proprio di sì, se guardiamo e interpretiamo bene anche quello che ci dicono le ricerche sul campo. Queste mostrano come la

depressione colpisce tutte le donne senza fare differenze economiche, sociali e di razza; mostrano anche che le donne **coniugate**, di tutti i contesti sociali, hanno più problemi di salute; diversamente da quanto succede per gli uomini, che corrono più rischi se, al contrario delle donne, **non sono in coppia**.

Le donne giovani e adulte soffrono quindi maggiormente di depressione e in modo più costante e persistente degli uomini, in un arco di vita compreso tra i 15 e i 44 anni; gli uomini invece soffrono di depressione in modo più episodico e riferito essenzialmente a due singole tappe di vita, che rappresentano l'entrata e l'uscita dal mondo del lavoro (adolescenza ed avvio al pensionamento).

Per le donne in definitiva la depressione e i disturbi di tipo ansioso si associano in maniera prevalente a tutta l'età fertile, ovvero all'età in cui si assiste all'incremento dei compiti di ruolo sia familiari sia sociali.

Possiamo meglio specificare quali siano i fattori di rischio per la depressione che accomunano le donne?

I fattori di rischio sono più di uno, anche se si riferiscono ad una condizione di vita che è comune a tutte le donne; dalla loro combinazione e interazione dipende poi: *il se, il come, ed il quando* la depressione si presenti nella vita della singola donna.

- ◆ Lo *stress* e il sovraccarico, che le ricerche sulla depressione generalmente hanno individuato nella condizione di donna coniugata con figli piccoli, al di sotto dei 14 anni.

- ◆ L'isolamento sociale, che le ricerche hanno generalmente individuato nella mancanza di relazioni di confidenza e di supporto, e in particolare per le donne sposate, nella mancanza di relazione di confidenza con il *partner*.

- ◆ La mancanza di relazioni e supporti sociali.

- ◆ E ancora la bassa autostima derivata dalla scarsità di riconoscimenti che le donne patiscono sia nel sociale sia nella famiglia.

- ◆ La tendenza alla dipendenza e alla passività, quale risultante dello stile comportamentale del “farsi carico” dei bisogni dell’altro nella relazione di cura, ascoltando e silenziando i propri bisogni.
- ◆ Gli eventi di vita stressanti, che in misura maggiore colpiscono le donne e che fanno riferimento soprattutto alla relazione con l’uomo e all’esercizio del potere maschile (discriminazioni sul lavoro, violenza sessuale, maltrattamento familiare, ecc.).
- ◆ Gli eventi cosiddetti di perdita affettiva (lutti, separazioni, abbandoni, ecc.) che riguardano figure significative della vita relazionale di una donna (un *partner*, un genitore). Tali eventi, al primo posto nella lista degli eventi stressanti che generano depressioni anche gravi, a ben guardare non hanno solo o principalmente il carattere affettivo, ma implicano il più delle volte anche la perdita di supporti materiali, sociali, economici, spesso essenziali alla sopravvivenza di una donna e dei suoi figli.

Ma la psichiatria non ha sempre parlato di alcuni fattori di personalità che favorirebbero la depressione nella donna?

È vero, ma ciò è uno dei pregiudizi più radicati che riguardano le donne.

Nel trattato “*La depressione grave e lieve*”, di Arieti e Bemporad, si mette in risalto il legame tra un tipo di personalità e la depressione: “Vi è un tipo di personalità associata alla depressione, si dice, che ha necessità di piacere agli altri e di agire secondo le aspettative altrui, non ascolta i propri desideri, non conosce che cosa significhi *essere se stesso*”. In tale tipo di personalità sono riconoscibili tutti i tratti distintivi tipicamente attribuiti al genere femminile e alla sua “normale” identità psico-sociale.

Ma tali tratti pregiudizialmente attribuiti alla donna come “*sua natura*”, non sono assolutamente *naturali*. La donna è infatti indirizzata ad assumere tali atteggiamenti di passività e “di ascolto” degli altri, attraverso un insieme complesso di stimoli educativi e di adde-

stramento anche precoce (infanzia/adolescenza) alla cura degli altri, con la finalità di raggiungere, nel modo più efficace, l'adattamento al ruolo materno.

In che modo la passività è collegata alla depressione?

La depressione prima di essere considerata una malattia, ovvero una condizione di inabilità dell'individuo che "smette di funzionare", è anche vista come uno stile di comportamento: passivo, ovvero poco reattivo agli eventi, attendista, orientato prima a vedere le reazioni degli altri, i loro comportamenti e dopo a rispondere, modulando le risposte sulle esigenze e le aspettative degli altri.

Questo stile di comportamento quando diviene depressione?

Solo se, e ciò succede frequentemente nelle donne di tutte le condizioni sociali, casalinghe o meno, il mettere al primo posto gli altri con le loro esigenze, si trasforma in una perdita del rapporto di certezza e sicurezza con se stesse e con i propri progetti di realizzazione.

UN RISCHIO PER LA SALUTE DELLA DONNA È: LA RINUNCIA ALLA CURA DI SÉ

- ◆ Fare per altri come fare per sé: sovrapporre e fondere gli interessi degli altri con i propri.
- ◆ Attendere il giudizio degli altri per valutare il proprio operato: solo gli altri sono giudici del mio comportamento, che deve essere principalmente rivolto alla soddisfazione dei loro bisogni.
- ◆ Non riconoscere stanchezza e noia, essere sempre pronta a farsi carico di tutto.
- ◆ Restringere i propri spazi, silenziare i propri bisogni, per non essere intralciata nell'ascolto e nell'attenzione ai bisogni altrui.
- ◆ Sviluppare atteggiamenti e comportamenti confacenti alla cura degli altri

ma negativi per la cura della propria salute, ovvero:

accogliere, attendere, tollerare, essere passiva, controllare le reazioni aggressive, comprimere gli atteggiamenti di rabbia e di diniego, rimuovere e negare i sentimenti ostili e i desideri di fuga, rimuovere l'interesse e il piacere personale.

La depressione nella donna attraverso i suoi vissuti

- ◆ Per prima cosa la donna segnala la stanchezza: “non ce la faccio più a fare le cose che facevo prima” tutto mi stanca e mi dà peso.
- ◆ Poi segnala un cambiamento di prospettiva: non vivo le cose più come prima, non provo più gioia nel fare le cose, niente mi interessa più.
- ◆ Poi segnala la paura del cambiamento: non mi riconosco più, non so chi sono, non so che cosa mi sta succedendo.
- ◆ Poi demarca la differenza tra un sé precedente capace ed un sé attuale incapace.
- ◆ Poi spiega il cambiamento pensando ad una malattia.

Come affrontare correttamente con la donna questi vissuti?

- ◆ Prima di tutto rassicurando la donna sul significato complessivo di quella che è definita “depressione”. La depressione non deve fare paura; essa può essere un campanello di allarme che va colto nel suo giusto significato. Si tratta allora di una messa a riposo dell'organismo, che va rispettata, un rifiuto ad andare avanti per una strada evidentemente troppo onerosa. Una sorta di autodifesa inconsapevole. La frase più frequente che la donna pronuncia sull'inizio della sua depressione è: “allora non ce l'ho fatta più, allora mi sono messa a letto”.
- ◆ Poi dando una valutazione corretta della stanchezza del “non farcela più” ed analizzando i pesi e i carichi che la donna ha sopportato fino a quel momento.

◆ Anche non provare più gioia non è “pericoloso”: i sentimenti positivi non si provano più perché le cose sono diventate troppo pesanti, costano molto sacrificio e non danno riconoscimenti e gratificazioni.

◆ L’unica risposta allo STOP che la depressione dà alla nostra vita è il riflettere sul cambiamento, individuando questa volta sì, anche con l’aiuto di un tecnico, le cose da cambiare o da eliminare nella propria vita per sentirsi a proprio agio.

◆ La depressione infatti, come ogni altra patologia (pensiamo alla patologia cardiovascolare ad esempio), ci indica che il tipo di vita che stiamo conducendo non è più salutare e che è necessario cambiare, individuando stili di comportamento che non mettono a rischio la nostra salute.

Cambiare lo stile di vita: la prima regola della prevenzione

NEL RAPPORTO CON IL PARTNER

Le ricerche individuano nella popolazione femminile una elevata correlazione tra *gli eventi* di perdita affettiva e l’insorgenza di depressione.

La depressione in questo caso si può riferire sia alla perdita, intesa come lutto o abbandono del *partner*, o di altra figura significativa (un genitore ad esempio); sia alla perdita simbolica del *partner* buono, che nel corso della relazione diviene maltrattante o incurante.



LA DEPRESSIONE CORRELATA ALLA RELAZIONE CON IL PARTNER

Le perdite affettive, che sfociano nella depressione, hanno alla loro base le relazioni di dipendenza “infelice” che presentano le seguenti caratteristiche:

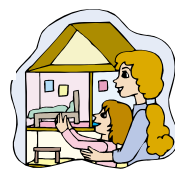
- isolamento nella coppia;
- mancanza di supporti amicali esterni;
- discredito e ipercriticismo del *partner*;
- accantonamento/rinuncia a progetti e spazi personali;
- sopravvalutazione del *partner* cui si attribuisce la capacità di soddisfare e gratificare la maggior parte dei bisogni affettivi personali.

Alcuni consigli per la prevenzione della depressione nella “relazione di coppia”

- Non sovraccaricarsi dei problemi dell'altro, non farli diventare i propri.
- Mantenere una giusta differenziazione tra le proprie aree di interesse e quelle dell'altro.
- Conservare la propria area sociale ed amicale.
- Mantenere il proprio progetto di vita centrato sulla realizzazione personale oltre che su quella di coppia.
- Mantenere le proprie idee su di sé: ovvero non cercare di aderire alle aspettative dell'altro, perché queste possono farci uscire dai “nostri giusti panni e modi di essere”.
- In particolare nel caso di atteggiamenti di svalutazione del *partner*, valutare che tali comportamenti di svalutazione possono nascondere obiettivi di possesso: essi vanno quindi contrastati, confrontandoli con atteggiamenti e giudizi diversi, e soprattutto positivi, di altre persone esterne alla relazione di coppia.
- Non considerarsi capaci di tutto, non tollerare tutto; per converso praticare la debolezza come strumento per mettere dei limiti alla pratica “onnipotente” di prendersi sempre cura degli altri, tralasciando la tutela dei propri bisogni ed interessi. Dirsi e dire agli altri: “ non posso e non voglio fare...”.

NELLA MATERNITÀ

La maternità costituisce il campo di applicazione più esteso del lavoro di cura, come tale esso diviene anche il luogo di maggiore vulnerabilità alla depressione. La depressione costituirebbe in questo caso la risposta patologica ad un evento di cambiamento, la maternità appunto, in assenza di adeguati strumenti di conoscenza e di prevenzione dello *stress* psicosociale che tale evento di per sé comporta.



Le ricerche dicono che incorrono in maggiori rischi di depressione le donne con figli piccoli (più figli minori di 14 anni,) senza un rapporto di confidenza con il *partner* e con scarsi supporti sociali. Dicono anche che le donne adulte in generale sono più esposte degli uomini agli eventi stressanti che patiscono maggiormente, sia in termini di numero che di gravità (ovvero di maggiori effetti subiti).

LA DIAGNOSTICA RELATIVA ALLA MATERNITÀ

È importante differenziare dalla depressione quella che è una normale variazione del tono dell'umore, questa si correlata in modo appropriato alle vicende ormonali, che va sotto il nome di *"baby blues"*, e che ha una durata limitata di pochi giorni.

Baby blues: stato di irritabilità, tendenza al pianto, ansia, instabilità dell'umore, che si presenta nei primi giorni dopo il parto, e che colpisce l'80% delle madri, dura qualche giorno e poi naturalmente passa.

Depressione post-partum: può essere qualsiasi tipo di disturbo depressivo che però colloca a quattro settimane dal parto. Per quanto riguarda poi la sintomatologia, lo stato dell'umore, il senso di non farcela, l'inappetenza, è simile alle altre sindromi e non differisce da quella degli episodi di alterazione dell'umore *"non post-partum"*.

Il disturbo depressivo dopo il parto colpisce il 13% delle neomamme e la durata è variabile.

Quali sono i vissuti delle donne nella depressione post-partum?

- Vissuti di insicurezza e paura che hanno per oggetto la fragilità del bimbo: non essere in grado di far fronte a tutte le necessità del piccolo, paura di far male al bambino per la propria inaccuratezza ed incapacità.
- Perdita del sentimento positivo: non sentire l'amore, non sentire la gioia relativamente all'evento nascita.
- Distacco fisico dal bambino: non volerlo toccare ed abbracciare.
- Infine la paura di non essere una madre normale.

Tali vissuti però possono riscontrarsi anche in periodi lontani dal *post-partum*, e riguardare anche il tempo dell'ingresso del bambino in asilo, ma anche periodi successivi.

Sono quindi relativi alla tappa della maternità con figli piccoli, che si contraddistingue per la massima concentrazione di responsabilità materne.

Questi vissuti, se sono bene inquadrati, indicano la presenza di un sovraccarico, di una solitudine di fronte alle responsabilità complesse, di un investimento eccessivo nella relazione con il figlio, in assenza di altre relazioni gratificanti.

La maternità è da considerarsi un potente fattore di stress?

Sì, la maternità è da considerarsi un fattore di *stress* nella vita della donna, e anche un fattore di rischio per la sua salute, se tale rischio non è accuratamente preso in considerazione e contrastato da adeguate pratiche di prevenzione.

Di conseguenza ogni valutazione che si fa dello stato di salute di una donna nella maternità deve considerare sempre con attenzione le condizioni di *stress* attuale, che in generale possono riferirsi: al sovraccarico materiale ed emozionale, all'isolamento della madre nel lavoro di cura, alla modifica dei modi abituali di vita.

Con la nascita di un figlio il lavoro della donna aumenta in termini quantitativi, ma non solo. Il lavoro di cura degli altri, di cui quello verso un figlio è il prototipo, è un lavoro le cui caratteristiche non sono rintracciabili in nessun altro tipo di lavoro. È un lavoro che potrebbe essere definito "impossibile" perchè non è limitato nel tempo, non ha pause, nè interruzioni, è incessante, pone problemi di responsabilità illimitata, ed in qualsiasi momento e per un qualsiasi motivo, la donna potrà essere chiamata a rispondere degli accadimenti che implicano la salute ed i comportamenti del figlio.

Guardiamo ad esempio ai tanti trattati di psicologia che vedono nel rapporto madre-figlio la base di ogni problema attuale e futuro del bambino. Tutto ciò si riverbera sulla singola madre nel suo rapporto con il figlio caricandola impropriamente di responsabilità e sensi di colpa.

Quali sono le principali condizioni di stress nella maternità?

Il lavoro di cura stravolge i ritmi di vita della donna, soprattutto nella prima fase della nascita del piccolo; può avere così un fortissimo impatto sul suo equilibrio psicofisico, se essa non è correttamente preparata, se non è supportata adeguatamente.

L'evento-nascita infatti irrompe nella vita della donna con due tipi di cambiamento:

a. un cambiamento oggettivo della vita quotidiana caratterizzato da un aumento improvviso ed elevato di compiti e di responsabilità, non confrontabili con esperienze precedenti; una condizione che tipicamente si configura come sovraccaricante e quindi stressante;

b. una modifica soggettiva dei processi cognitivi ed emozionali che riguardano la percezione del sé (tutto ciò che riguarda me stessa delimitato rispetto a ciò che è esterno ed altro da me). Il riferimento valutativo del sé subisce un "ampliamento" incorporando anche la valutazione dell'altro come parte del sé. Da ora in poi la relazione con il proprio sé nella donna sarà mediata fortemente e prepotentemente dalla relazione con l'altro, ovvero dai bisogni dell'altro, che saranno tendenzialmente messi al primo posto o vissuti come quelli da "mettere al primo posto". In crisi sarà il rapporto con il proprio sistema di bisogni, e le proprie sicurezze potranno essere intaccate.

Ambedue questi effetti, che costituiscono cambiamenti altamente stressanti, nella vita delle donne, sono implicati nel rischio di depressione e vanno quindi posti sotto controllo con pratiche adeguate di prevenzione.



LA PREVENZIONE NELLA MATERNITÀ:
IL CHE FARE DELLE DONNE
MA ANCHE IL CHE FARE DEI MEDICI



La prima regola: informare la donna dei rischi del sovraccarico

Le donne devono essere più consapevoli, nella fase di preparazione al parto, di quali siano le aspettative irrealistiche sulla maternità, di come non sia assolutamente consigliabile, anche se si sentono forti e capaci, affrontare da sole un così grosso carico di lavoro e responsabilità.

La seconda regola: garantire alla donna i supporti

Per quanto riguarda l'aspetto del carico di compiti e responsabilità, la donna deve necessariamente essere coadiuvata. Il primo supporto che dovrebbe esserle fornito è quello del *partner*: è necessario che il *partner* condivida le responsabilità della cura, in modo che la donna non si senta l'unica responsabile o colpevole, nel caso che qualcosa non vada per il verso giusto.

Se il *partner* non è supportivo, se non condivide in alcun modo le responsabilità della cura, oppure se oltre a considerarsi "senza responsabilità alcuna", oltre a lasciare la donna da sola, la giudica inadeguata alle nuove responsabilità e la critica, indurrà inevitabilmente nella donna insicurezza, disistima personale e sensi di colpa.

Oltre il *partner*, soprattutto se questi non è disponibile o è assente, garantiamo alla donna il supporto di altre figure familiari o di altre figure esterne alla famiglia.

La terza regola: aiutiamo la donna a ridurre le sue aspettative

La donna deve poter essere indirizzata a mantenere la centralità sul proprio sé, visualizzando i suoi bisogni e le sue necessità di donna, al

di là dell'essere madre, riconfermando una scelta di vita precedente, soprattutto se da lei considerata soddisfacente (il lavoro esterno ad esempio), e ridimensionando le sue aspettative su come deve essere una “madre perfetta”.

PER I MEDICI: ALCUNI ORIENTAMENTI

La relazione madre -figlio, così come posta acriticamente, può contenere rischi per la salute della madre e quindi di conseguenza anche per la salute del figlio.

Ricordiamoci in generale, e indichiamolo alle nostre utenti, che la cura “totale” è limitata nel tempo, e deve essere limitata proprio per garantire lo sviluppo armonico del bambino.

Poniamo attenzione, inversamente a quanto si fa oggi, ai rischi contenuti sull'eccesso di cure materne più che sulla loro mancanza.

Poniamo attenzione ai vissuti di stanchezza, demotivazione, di incapacità espressi dalla donna: “non mi sento di, non sono più capace, ecc.”; per poi esplorare la sua vita quotidiana ed i carichi nascosti.

INDICAZIONI PER UN INTERVENTO DI VALUTAZIONE E MODIFICA DEL CARICO DI LAVORO

◆ Valutare il sovraccarico: se tutto è sulle spalle della donna, non consentendole spazi esterni per coltivare rapporti amicali, interessi. Il lavoro materno deve avere dei limiti precisi di tempo e di spazio; ed in particolare non deve modificare radicalmente stili di vita precedenti. Se vi è un lavoro esterno, la donna deve avere indicazioni sul perché e sul come ridurre il carico familiare.

◆ Riconoscere il collegamento del malessere con la organizzazione della vita quotidiana: in particolare è opportuno che la donna riconosca il carattere patogeno dell'isolamento, sia nel lavoro esterno che in casa, e che non sia lasciata sola con tutte le responsabilità.

◆ Ridefinire il rapporto di cura madre-bambino alla luce delle esigenze di sviluppo dell'autonomia del bambino, e delle esigenze della madre di non sovraccaricarsi.

◆ Informare la donna della necessità di munirsi di supporti: la maternità non deve essere assunta dalla donna come esclusivo onere personale.

◆ Informare la donna dell'importanza del mantenimento della cura di sé, ben oltre l'estetica, riferita alla cura delle proprie risorse e capacità personali.

◆ Individuare con la donna strategie di alleggerimento del carico di lavoro e della pressione dei compiti di ruolo. Sugeriamole che il rapporto con i figli e gli altri componenti della famiglia può essere improntato all'assunzione della cura di sé da parte di ciascun membro. Valutiamo insieme alla neomamma tutte le possibilità di interventi altrui nella gestione/accudimento del bambino.

◆ Valutare con la donna il peso ed il segno della presenza e dell'intervento del *partner* nella relazione di coppia ed in quella di cura.

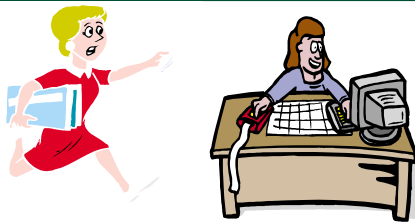
◆ Sugerire di coinvolgere il *partner* nella condivisione dei carichi e nel supporto alla madre.

◆ Sostenere la donna nel modificare le sue aspettative se eccessive, mostrandole l'impossibilità e la nocività della realizzazione di un progetto di "cure materne" perfette, totalizzanti, ecc.

Non dimentichiamo, se abbiamo anche un lavoro retribuito, che

👉 NEL LAVORO PROFESSIONALE

Il lavoro professionale può essere sia un fattore di protezione dallo *stress* familiare che un fattore di rischio aggiuntivo (aumento dello *stress*)



comunque non siamo esenti dai pesi e dai carichi del lavoro familiare. Il lavoro familiare è infatti il principale fattore di stress sia per le donne casalinghe sia per le altre donne.

- Sotto il primo aspetto (protettivo), esso può avere un ruolo di compensazione dello *stress* familiare offrendo alla donna alcune condizioni di vita che mettono al riparo dalla depressione o da eventi che favoriscono la depressione, quali: l'autonomia economica, e l'autonomia dal *partner*; il mantenimento della stima di sé attraverso riconoscimenti e gratificazioni professionali, lo stimolo a mantenere la cura di sé, la spinta ad accrescere le proprie risorse e competenze, la socializzazione, ecc.

- Sotto il secondo aspetto (di rischio), il lavoro esterno può essere esso stesso un elemento di potenziamento dello *stress* se ripete, accrescendole, le condizioni di *stress* familiare. E ciò può succedere anche frequentemente per una serie di ragioni. Nel lavoro professionale, il maggior potere decisionale è concentrato nelle mani

degli uomini che dettano le regole per l'accesso al lavoro e per la carriera. In esso quindi possiamo individuare specifici agenti stressanti (*stressor*) legati alla differenza di genere e cioè: discriminazioni e minori riconoscimenti economici e di carriera dati alle donne a parità di qualità ed impegno con i maschi; *mobbing* e molestie sessuali.

Per le donne: indicazioni e orientamento alla prevenzione

Se hai un lavoro esterno, impara a riconoscere e valutare questo lavoro come lavoro doppio perché si somma a quello familiare. In questa prospettiva impara a valutare sempre il tuo carico di lavoro come lavoro complessivo (familiare ed extrafamiliare).

Impariamo a fronteggiare la nostra abitudine a sovrapporre le mansioni esterne a quelle familiari: ricordiamoci che questa modalità “flessibile” crea particolari livelli di *stress* e di fatica mentale.

Se ci sentiamo stanche e non ce la facciamo più ad andare avanti, ragioniamo da sole o con gli altri (anche con i tecnici, se necessario) dello *stress* di ambedue le attività messe insieme e dell'impatto specifico di ciascun carico di lavoro (familiare o extrafamiliare) sulla nostra salute.

Prima di ogni decisione, e soprattutto prima della decisione di eliminare uno dei due carichi, in genere il lavoro professionale, fermiamoci, prendiamoci una pausa, e valutiamo bene la nostra condizione di vita, i nostri progetti, ed il futuro rispetto a noi stesse ed alla crescita dei nostri figli.

LE DONNE RACCONTANO LA LORO ESPERIENZA DI DEPRESSIONE

*Anna**Luisa**Giovanna**Anna*

“Ho cominciato a stare male da quando mi sono sposata. Mi sono sposata che aspettavo il bambino.

Mi sono sposata dopo aver scoperto la gravidanza. Cioè ho scoperto di aspettare Giulio e non ero contenta; non avrei mai abortito ma non ero contenta. Poi quando è nato il bambino ho cominciato a piangere e piangevo sempre, tutti i giorni.

Ero triste, ero spaventata perché non avevo casa, perché mi sentivo incapace di essere moglie e di essere madre. Avevo questi forti timori, allora anche le piccolezze mi spaventavano. Pensavo a quello che dovevo fare, a quello che gli dovevo mettere addosso, al latte e via dicendo; pensavo sempre alle stesse cose e sono stata malissimo. Mi sono messa a letto e non ho fatto più niente perché ero stanca.

Sono depressa da quando l’ho conosciuto. La caduta psicologica è stata il matrimonio, ma io mi trascinavo pure dietro questo fidanzato che mi diceva “non si fa questo, non si fa quello”. Se lo chiamavo “stronzo” lui mi diceva “puttana”.

Però quand’ero fidanzata sono riuscita ad impormi, ad esempio per indossare la minigonna o una maglietta scollata. Se mi diceva di non indossarla io dicevo “vabbè esco da sola!”

Io ero così, io sono così. Oggi non riesco più ad essere così tosta...

Io non amo fare la casalinga, sicuramente sono più gratificata nel lavoro, quindi lo faccio di più (la casalinga) e meglio perché so che mi devo impegnare di più però lo faccio con sforzo.

Poi ci ho riflettuto, in me c'è sempre dovere, dovere, dovere e sfortunatamente non dovere fare così e così, ma dovere fare bene”.

Luisa

“Non potevo frequentare nessuno. Facevo casa - scuola e scuola - casa. Il pomeriggio non potevo muovermi, neanche per la spesa perché non avevo nessuno cui lasciare i bambini, e quindi anche se mi sarebbe piaciuto uscire non potevo e mio marito faceva lui la spesa prima di rientrare a casa. Poi la sera preparavo la cena e via a dormire. Però anche qui c'erano dei doveri ed io in quel periodo mio marito non lo sopportavo proprio! Però stavo zitta e passiva. Mi ritenevo responsabile solo per il fatto che non riuscivo a reagire. Io sapevo di poter cambiare la mia vita però avrei dovuto fare qualcosa di grosso: ecco lasciare mio marito e andarmene! Un colpo di testa. Ma mi sarei sentita in colpa verso i miei figli.

No, io non mi sono mai sentita una persona malata. Perché dentro di me sapevo che lo *stress* cui mi sottoponevo era enorme. E poi per sottrarmi a quella situazione mi tuffavo nel lavoro e questo mi stancava ancora di più.

Non c'era più speranza per me. Per cui dovevo tacere se mia suocera gridava, se mia cognata mi martirizzava. Dicevano per esempio che io ero uno “zero”, che come insegnante non valevo niente. Tutta la famiglia di mio marito non mi valorizzava: io per loro non valevo niente”.

Giovanna

“Prima il rapporto sessuale era una cosa gioiosa, invece era diventato l'ultimo servizio della giornata. Facevamo vite diverse io mi

alzavo presto al mattino, cucinavo portavo i figli a scuola, e poi quando ho cominciato a lavorare andavo al lavoro; lui si alzava tardi ed usciva per lavoro il pomeriggio per rientrare tardi la sera; io dopo aver fatto mangiare i figli, aspettavo anche alle 23 per cenare con lui e nel frattempo lavavo i panni o stiravo o facevo altri servizi per la casa. Dopo cena lui guardava la televisione come se stesse solo ed io facevo la cucina; poi andavamo a letto e l'ultimo servizio della giornata era quello.

Sono sempre stata una persona molto attiva, anche all'epoca ero così: mi alzavo presto al mattino, cucinavo poi andavo al lavoro, ero sempre disponibile con i figli, per cui c'erano sempre amici in casa, alla mia casa ho sempre badato io, non ho mai avuto aiuti, perchè non me lo potevo permettere, e poi perchè mi piaceva.

Non ho mai avuto problemi del tipo paura di stare sola, fobie o attacchi di panico, è che ad un certo punto mi sono stancata. Io incitavo sempre mio marito, cercavo di incoraggiarlo, è come se non ce la facessi più a fare questo. Io le cose le affronto, non mi tiro mai indietro, e quindi mi sembrava sempre di combattere con mio marito, con i genitori di mio marito, perchè ci considerassero una famiglia, perchè facessero i nonni e non i genitori dei nostri figli.

Mi sono resa conto che era inutile combattere, quindi ho deposto le armi, non ne volevo sapere più niente: pensavo lasciatemi stare. Stavo sul divano, e quando mio marito se ne accorse chiamò mia sorella, non sapevano che fare e mi portarono in ospedale”.