



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

FLORE

Repository istituzionale dell'Università degli Studi di Firenze

Il peso della depressione

Questa è la Versione finale referata (Post print/Accepted manuscript) della seguente pubblicazione:

Original Citation:

Il peso della depressione / C.Macchi; D.Bacci. - STAMPA. - (2011), pp. 37-50.

Availability:

This version is available at: 2158/774075 since:

Publisher:

PENSA

Terms of use:

Open Access

La pubblicazione è resa disponibile sotto le norme e i termini della licenza di deposito, secondo quanto stabilito dalla Policy per l'accesso aperto dell'Università degli Studi di Firenze (<https://www.sba.unifi.it/upload/policy-oa-2016-1.pdf>)

Publisher copyright claim:

(Article begins on next page)

CAPITOLO II

Il Peso della Depressione

Claudio Macchi, Duccio Bacci

II.1. Generalità

Nel soggetto depresso la realtà circostante si è trasformata e tutto diviene spiacevole e doloroso; la sua esistenza si svuota di significato e di interesse, è vissuta nella solitudine, e nei casi più gravi solo la morte è vista come liberatrice e rappresenta l'unica soluzione. Il modo di essere e di rapportarsi con il mondo è cambiato, soprattutto nei confronti di tempo e spazio, mentre scompaiono progettualità e peso del passato, dilatatosi, privato anche delle esperienze piacevoli; pochi atti e attimi del passato connotano tutta la storia personale, ora assolutamente negativa, in cui prevale una nostalgia dolorosa; il futuro diviene inaccessibile, il presente si contrae e diventa imm modificabile.

La depressione può essere una reazione normale oppure uno stato patologico. La differenza tra *“il sentirsi depressi”* e la malattia chiamata depressione sta nel fatto che gli individui non riescono a sottrarsi da soli dallo stato in cui si trovano e la loro depressione tende ad aggravarsi impedendo loro di condurre una vita normale.

Circa il 20% della popolazione italiana soffre di disturbi depressivi, con elevati costi sanitari e sociali.

Il medico, difficilmente riesce a soffrire con il paziente, a condividere quel senso di vuoto e quella paralizzante aggressività che in maniera diversa sono sempre presenti. Suo è però il compito di informare o meglio convincere i familiari che il loro parente non ha un deficit di volontà, non soffre perché vuole soffrire, non lavora perché non vuole lavorare, ma perché non riesce. È fuori luogo la pacca sulla spalla di amici e parenti ed il richiamo a reagire ed a confrontarsi con le proprie

responsabilità: questo atteggiamento, serve solo a colpevolizzarlo e ad aumentare il disagio insito nelle manifestazioni della patologia.

Il soggetto depresso è degno di rispetto, tanto quanto profonda è la sua sofferenza, anche se può essere ripreso con fermezza e richiamato alla realtà delle cose, ma sempre con l'intenzione di aiutarlo a curarsi, anche con l'aiuto di farmaci e di consolidati approcci psicoterapici, per guarire, migliorare o recuperare una migliore qualità di vita.

Come per lo stress, la depressione è entrata a far parte dei luoghi comuni: il termine ha così assunto il significato di un malessere generale, quando invece indica una vera e propria patologia collocata al quarto posto tra i maggiori problemi sanitari, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Negli Stati Uniti e in Europa se la prima causa di invalidità sono le malattie cardiovascolari, subito dopo arriva la depressione.

Sappiamo come alcune condizioni siano capaci di scatenare depressione con una certa frequenza: il climaterio, l'età avanzata (almeno in parte per effetto dell'isolamento e della perdita di una finalità esistenziale identificata in un ruolo), la gravidanza e il periodo del puerperio e dell'allattamento (per una duplice componente biologica e psicologica).

In tutte le forme gli analisti riconoscono un ruolo determinante alla "perdita", riferita a un vasto numero di oggetti di origine affettiva; la perdita può dunque essere una separazione, una rottura di legami, una proibizione.

La psicanalisi sottolinea l'importanza di lutti inconsci infantili o precoci, la cui mancata elaborazione può costituire la premessa della depressione adulta clinicamente manifesta.

Comunemente si considera lo stato depressivo come una reazione preoccupante: per certi versi tutto ciò è frutto della società contemporanea, la quale esige l'efficienza costante del corpo e della mente; le persone sono spinte, dai condizionamenti di una società costruita sulla macchina, a non avere mai cedimenti e ad aderire ad apparente buon umore.

Se questa è la società della depressione, perché le statistiche lo confermano, è anche vero che è una società che non attribuisce valore positivo ai momenti di crisi e di sconforto. Viene dimenticato troppo facilmente che un momento di sconforto può essere l'occasione per pensare alla propria vita in modo critico.

Numerosi studi e ricerche hanno evidenziato che per una persona può essere altrettanto grave trascurare una depressione quanto cercare

di essere sempre in uno stile di vita in cui prevale l'apparire sempre di buon umore.

Cancellare il dolore con rimedi artificiali, negarne la realtà con la volontà, nascondere la presenza sforzandosi di apparire efficienti, è un metodo capace solo di impedirne il superamento.

Molte forme depressive si manifestano in seguito ad eventi ben definiti della vita, presentandosi come reazione ad una sofferenza prodotta da una perdita, da una difficoltà o da un fallimento. Si tratta quindi della reazione di fronte a qualcosa di importante, che è cambiato. La persona soffre perché ciò che è ritenuto importante, anche se non lo è oggettivamente, è andato perduto; ad esempio, anche quando si torna da un viaggio particolarmente gradito, si possono avere depressioni transitorie. In questo come in molti casi della vita quotidiana, non si tratta di malattia, ma di una reazione di fronte ad una perdita.

Questo tipo di reazione ha una funzione fondamentale: rappresenta l'avvio del processo di separazione, un meccanismo necessario al benessere mentale della persona. Sotto questa luce la depressione è assolutamente necessaria per superare il momento di crisi: è l'effetto del riconoscere che ciò che si è perso aveva, contemporaneamente, caratteristiche buone e caratteristiche negative.

Il soggetto lamenta una tristezza profonda, che si propaga su tutte le cose e su tutte le attività del suo "io". Ricorda perfettamente l'episodio da cui è nato tale sentimento; ha perfettamente chiaro che, ad un certo punto, si è aperta una parentesi nella sua vita, tuttavia non sa indicare il perché.

Ma non sempre la tristezza equivale alla depressione, sebbene nella depressione vi sia sempre tristezza. Per esempio la perdita di una persona cara, del lavoro o un evento che induce un senso di fallimento possono produrre uno stato di tristezza prolungata. Questa condizione non è tuttavia patologica, perché agli occhi della persona la tristezza ha una ragione che è senza dubbio completa. In questi casi, c'è tristezza ma non depressione.

La depressione può essere una parentesi "vuota" nella coscienza e nella storia del soggetto. Ad esempio: una giovane donna ha lasciato un uomo che ha amato; quando, dopo un anno, lo incontra casualmente con un'altra donna emerge un sentimento di abbattimento e di tristezza; a questo segue una fase in cui la vita inizia a perdere di senso e la depressione prende il sopravvento. In questo caso la depressione è legata ad una contraddizione che la giovane donna avverte dentro di sé.

Tra le ragioni che l'hanno spinta alla separazione e la sofferenza prodotta dal rivederlo con un'altra persona c'è qualcosa di nascosto che va indagato.

Nella depressione il sentimento di autosvalutazione raggiunge l'apice quando la persona arriva a sentirsi l'essere più abietto della terra o il peggior criminale; anche il sentimento di tristezza acquisisce una sorta di strana autonomia: diviene perdita del sentimento della vita, in cui il soggetto si sente sempre più distaccato dal corpo e dalle sue azioni. e, in alcuni casi, alla fase depressiva, si alterna quella maniacale.

Il soggetto riconosce l'esagerazione, l'eccesso e alla fine anche la costrizione dell'euforia e i sintomi raggiungono una intensità massima; l'insonnia si trasforma in irrequietezza disperata, la rottura della capacità decisionale può portare la persona ad uno stato di assoluta estraneità rispetto a tutto quanto la circonda, l'irritabilità diventa rabbia, mentre si fa strada il pensiero del suicidio. In altri casi lo stato d'animo può essere così depresso da immedesimarsi in uno stato di morte. Le attività che risultano in genere fonte di soddisfacimento o di gioia risultano difficili, i pensieri bizzarri si intensificano; in questi casi è necessario, senza dubbio, l'aiuto terapeutico. Il soggetto ha bisogno, da un lato, di qualcosa che metta un freno all'oppressione interna, dall'altro di ottenere un po' di pace e di riposo, attraverso la sospensione degli obblighi sociali, di lavoro o familiari.

Il ricorso ai farmaci, in questi casi, deve essere sempre considerato come uno strumento utile se non indispensabile; a ciò potrà essere associata quando possibile la terapia con attività ludico-motorie.

Un elemento fondamentale della depressione è la diminuzione del sentimento del proprio valore, fino a diventare, nella depressione melanconica, vera e propria autosvalutazione. Nella forma più grave la persona può anche arrivare alla convinzione di una fine e di una punizione imminente.

L'intensità di questo sentimento è uno dei parametri principali per stimare la gravità della depressione. Più l'autosvalutazione aumenta, più la persona si ritiene colpevole di quanto gli sta succedendo e pensa di non essere in grado di uscirne.

Molto spesso la persona può invertire questa situazione utilizzando le proprie risorse e la capacità di riconoscere la sopravvalutazione degli aspetti negativi, mentre in altri casi è necessario un aiuto psicoterapeutico e farmacologico.

II.2. *Epidemiologia*

Poiché la diagnosi presenta comunque delle difficoltà, soprattutto quando avviene fuori da un contesto specialistico, è difficile dare stime precise: tra i dati meno opinabili, nella popolazione generale il rischio di andare incontro a un episodio depressivo grave è del 17%, e il 50-70% di chi ha questo primo “attacco” è destinato a sperimentarne altri. Il dato diviene preoccupante se si considera che l'età media alla quale si presenta il primo episodio si sta abbassando³.

Ovviamente il numero di persone colpite varia se si esaminano gruppi specifici di popolazione. Per esempio indagini statunitensi ritengono che il 15% degli anziani presenti sintomi depressivi, ma la percentuale sale al 25% tra gli anziani ricoverati negli ospizi¹⁰. Anche i portatori di malattie croniche sono spesso soggetti a questo disturbo, come i diabetici, specie se già accusano una retinopatia e, quindi, una diminuzione della vista.

Se consideriamo i bambini e gli adolescenti le stime fanno pensare a un problema emergente: dal 2 al 5% sperimenta la malattia e la quota sale tra i cosiddetti bambini difficili già in carico allo psicologo. Quadro ancora peggiore tra gli adolescenti tra i quali il 20% sperimenta almeno un episodio entro i 18 anni, mentre addirittura il 65% presenta sintomi simili o assimilabili alla depressione, sia pure di entità non grave¹⁰. Dati questi da considerare con cautela, per la consueta vocazione statunitense a medicalizzare tutti i fatti della vita. Uno degli studi più recenti pubblicati sulla situazione italiana, condotto su un campione statisticamente rappresentativo di oltre 3.500 persone, ha stimato una prevalenza (numero di persone colpite negli ultimi sei mesi precedenti l'indagine) pari all'8% per la depressione maggiore e al 2,9% per la depressione minore. Per quanto riguarda la depressione maggiore la fascia d'età più colpita è quella compresa tra i 30 e i 49 anni, e la meno colpita quella degli ultrasessantenni (4,1%), dati peraltro in linea con la tendenza europea¹¹.

Un dato incontestabile è rappresentato dal fatto che la depressione colpisce più frequentemente le donne. Nella popolazione femminile il disturbo è da 1,5 a 3 volte più frequente (la depressione minore è 1,6 volte più frequente nelle italiane che negli italiani, quella maggiore 1,3 volte). Alcuni grandi studi epidemiologici statunitensi riportano una frequenza media del 20% tra le donne e del 10% tra gli uomini¹².

La spiegazione del fenomeno, può essere cercata nelle seguenti tre ipotesi:

a) ipotesi dell'artefatto. Le donne non sarebbero più esposte o colpite degli uomini, ma soltanto più inclini a parlare dei propri disturbi e a farsi curare. Si tratterebbe dunque di un "artefatto diagnostico", cioè legato alle modalità con cui si procede nella diagnosi.

b) ipotesi genetica. Benché vi sia una forzata evidenza per una influenza genetica che opera nella trasmissione dei disordini mentali, si conosce ben poco sulle modalità di trasmissione di questi.

c) ipotesi biologica. Le donne sarebbero maggiormente vulnerabili in funzione delle variazioni ormonali legate al ciclo riproduttivo: menarca, gravidanza, menopausa, sono tutte situazioni che comportano sensibili cambiamenti nella fisiologia femminile.

Le differenze correlate al genere compaiono intorno ai 12-14 anni quando il rischio per le ragazze aumenta in modo più evidente rispetto ai maschi. Poiché il cambiamento nel rischio di depressione avviene in coincidenza con la pubertà si è accertato che i cambiamenti fisiologici di questo periodo, abbiano una vera influenza sulla patologia depressiva.

Un modello interpretativo proposto è che l'aumento di vulnerabilità alla depressione nelle ragazze dipenda da un complesso interrelato di fattori biologici e di ruolo sociale. Uno studio di Nolen-Hoeksema e Girgus¹³ include nei fattori di rischio per le ragazze le caratteristiche di personalità (dipendenza dagli altri per: la stima di sé, la capacità di affermazione personale, la fiducia in sé stesse), le sfide biologiche (alterazioni ormonali, insoddisfazione corporea e interazioni con gli eventi di vita negativi), e le sfide sociali della prima adolescenza (abusi sessuali, aspettative familiari e del gruppo dei pari, attitudini). Le differenze di genere nella personalità e negli stili comportamentali, prima dell'adolescenza, costituiscono fattori di rischio per le ragazze e interagiscono con l'aumento delle sfide e dei cambiamenti nelle condizioni di vita (trasformazioni per divenire adolescenti prima e poi donne adulte), rendendole più inclini alla depressione rispetto alla loro controparte maschile.

Il contributo del post-partum nell'insorgenza della depressione è limitato: il disturbo depressivo compare in 1 o 2 casi per 1000. Sebbene l'improvvisa caduta del livello di estrogeni e progesterone immediatamente dopo il parto possa contribuire all'abbassamento del tono dell'umore, non vi sono evidenze che il trattamento ormonale abbia successo.

Infine le differenze di genere tendono a diminuire in età più avanzata: queste evidenze suggerirebbero che la menopausa non sia associata in modo significativo con un incremento del rischio di depressione.

Il contesto sociale in cui è inserita la donna sarebbe responsabile della maggiore frequenza con cui si manifesta la depressione. Infatti, malgrado gli innegabili cambiamenti avvenuti negli ultimi 30 anni, è evidente che la donna risente ancora di una condizione socioeconomica sfavorevole e che più spesso, specie in alcuni strati sociali, sia la parte debole anche nelle relazioni familiari.¹⁴ Questa ipotesi rende conto di alcuni dati epidemiologici altrimenti difficilmente spiegabili, per esempio il fatto che tra gli studenti universitari dei campus la depressione colpisca i due sessi nella stessa misura. Anche gli eventi sociali possono contribuire a rafforzare le cause biologiche ed è dimostrato che stress ripetuti agiscono alterando l'equilibrio ormonale.

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 Prudo¹⁵.

Il modello proposto individua tre tipi di fattori nell'insorgenza della depressione:

- a) fattori scatenanti costituiti da importanti eventi di vita responsabili dello sviluppo di più eventi depressivi;
- b) 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;
- c) fattori che influenzano la formazione dei sintomi e che non aumentano il rischio di depressione ma solo la sua fenomenologia (durata, comorbilità con sintomi ansiosi e/o fobici).

Il ruolo degli eventi di vita è stato studiato da Paykel¹⁶ che ha raggruppatto un'unica serie di eventi indesiderabili e minacciosi, comprendenti anche i casi 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.

In questi studi vi è evidenza che le donne sperimentano un numero maggiore di eventi indesiderati e minacciosi rispetto agli uomini o ai quali danno un maggiore significato distruttivo

Wilhelm e Parker¹⁷, hanno esaminato i possibili fattori di rischio per la depressione nei due sessi e i comportamenti associati alla ricerca di aiuto oltre agli stili di coping in una coorte socialmente omogenea, senza osservare alcuna differenza tra i sessi nei tassi di depressione. I sessi non differiscono né sulle misure della depressione, né su atteggiamenti

menti disfunzionali, percezione di rapporti interpersonali, esperienza o percezione dell'impatto di eventi di vita. Le donne hanno mostrato maggiore incidenza di stati nevrotici, maggiore indipendenza e maggiore probabilità di impegnarsi in comportamenti auto-consolatori e stili di coping. La maggior temerarietà come stile di coping è stata l'unica significativa differenza con maggior frequenza negli uomini. Questi risultati suggeriscono che molti fattori di rischio nelle donne non sono, di per sé, sufficienti a creare la depressione, ma richiedono un fattore scatenante o determinate condizioni sociali per la loro espressione. 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. Analisi di confronto tra campioni di donne a Londra e nelle Ebridi hanno mostrato che i life events avvenivano molto meno frequentemente nei contesti rurali: a Londra le donne della working-class sviluppavano più facilmente depressione paragonate alle donne della middle-class perché sperimentavano maggiormente fattori provocanti e di vulnerabilità.

Presso la popolazione Ebrida, le donne meno connesse a ruoli tradizionali erano più a rischio di depressione forse per i sentimenti di minor autostima, legati a comportamenti meno convalidati dalla comunità.

Pochi sono stati gli studi che hanno tentato di determinare l'aumento di rischio per lo sviluppo della depressione associato ad eventi stressanti. Il rischio nei sei mesi seguenti l'evento è approssimativamente sei volte maggiore e decade rapidamente con il tempo. Comunque negli anni è stata valutata la proporzione di disturbi depressivi causati da eventi di vita: tale valore oscilla 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 ad altri fattori¹⁵.

In accordo con la teoria psicoanalitica classica, le donne sono più inclini alla depressione dei maschi perché la struttura di personalità risulta dallo sviluppo psico-sessuale femminile e dalle principali relazioni d'amore narcisistiche, dal masochismo, dalla bassa autostima, dalla dipendenza e dalla inibizione della ostilità. 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 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, al bisogno di sostegno e alla dipendenza nelle femmine.

L'effetto degli agenti di socializzazione e degli stereotipi di genere contribuisce a far sì che le ragazze mostrino livelli maggiori di preoccupazione nella valutazione di sé. Queste preoccupazioni possono avere le funzioni di precursori o fattori di rischio per lo sviluppo futuro di una depressione. Infatti le preoccupazioni più elevate nelle ragazze, relative al piacere agli altri, fanno in modo di rendere più probabili le esperienze di fallimento nel corrispondere agli standard di comportamento, e producono un più basso senso di padronanza e di controllo.

Indagando sui tratti di personalità di soggetti ricoverati in ospedale con una scala di misurazione della "dipendenza interpersonale" e della "incapacità appresa", non compaiono differenze di personalità tra maschi e femmine nell'età adulta; i valori più alti nella dipendenza si sono mostrati nel gruppo dei pazienti rispetto al gruppo di controllo. Nella incapacità appresa i valori più alti sono nel gruppo delle pazienti rispetto al gruppo di controllo, mentre non vi erano valori significativi nei maschi. Le differenze tra gruppo di pazienti e gruppo di controllo erano simili per maschi e femmine, in contrasto con l'ipotesi che gli attributi della personalità femminile si accordino maggiormente con una immagine di depressione.

Gli uomini tendono a reagire all'abbassamento del tono dell'umore in modo attivo e distraendosi dai motivi di depressione; le donne sono meno attive e hanno un atteggiamento di "ruminazione" circa le cause e gli effetti della loro depressione. Ciò può anche amplificare e far durare più a lungo la loro depressione.

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 esito protettivo per i maschi e dannoso per le donne, poiché, in generale, i più alti tassi di depressione fanno riferimento alle donne sposate¹⁸.

Una evidenza indiretta¹⁹ è stata anche fornita dall'effetto dell'interruzione del matrimonio sulla depressione in maschi e femmine. Dai dati longitudinali raccolti dal bacino di osservazione epidemiologica di New Haven (Epidemiologic Catchment Area Study), è scaturito che l'interruzione del matrimonio è associata con una più alta prevalenza di tassi di depressione, sia nei maschi che nelle femmine; per i maschi il rischio più elevato riguarda l'insorgenza per la prima volta di un disturbo depressivo.

Ricerche sulla analogia coniugale nella insorgenza di disturbi psichi-

ci hanno messo in rilievo che le donne hanno un maggior rischio degli uomini ad incorrere in un disturbo depressivo quando sono sposate con un partner malato. Un ulteriore aspetto è stato preso in considerazione: la cura dei figli; le donne sposate e con una occupazione, con tre o più figli sotto i 14 anni, hanno tassi più elevati di depressione¹⁹.

È stata anche esaminata l'incidenza delle psicosi affettive ed è stato trovato che le donne sposate, con figli, sono più a rischio degli uomini sposati, mentre quelle senza figli hanno un rischio più basso.

Questi studi suggeriscono che la maggiore vulnerabilità delle donne sposate alla depressione può essere associata al lavoro familiare come fonte di stress. Infatti, le donne sposate che non lavorano, riguardo l'autostima, poggiano unicamente sull'identità di moglie e madre; questo ruolo, peraltro svalutato dalla società moderna, porta con sé molti elementi frustranti come routine, isolamento, nessun vantaggio economico. Viceversa, le donne che entrano nel mercato del lavoro, fronteggiano discriminazioni ed iniquità, con relativi bassi livelli di controllo, 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 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 mentale¹⁹.

Meddin,²⁰ usando dati da una ricerca nazionale sulla qualità della vita negli Stati Uniti, ha prodotto 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, e tra intervistati sposati che corrispondevano ai criteri della divisione del lavoro non tradizionale, nel quale ambedue i coniugi lavorano.

In entrambi i casi le donne hanno riportato una maggior incidenza di depressione rispetto agli uomini, soprattutto per la situazione non tradizionale rispetto a quella tradizionale.

Le donne in definitiva vanno maggiormente incontro a depressione dei maschi sia che lavorino sia che non lavorino.

Le principali differenze di genere nei disordini affettivi possono essere riassunte come segue:

1. Nonostante i tassi di prevalenza per la depressione maggiore e la distimia varino a seconda dei paesi, i tassi sono più alti nelle donne che negli uomini di circa due volte. Gli stessi risultati vengono riportati per quanto riguarda la depressione intermittente e quella

breve ricorrente, benché questi disordini siano stati studiati in campioni della popolazione generale in misura minore.

2. Le differenze di genere nei tassi di prevalenza per il disordine bipolare variano tra i diversi studi fatti e non sono riportabili ad alcun modello;
3. Non sono riportate rilevanti differenze di genere per i tassi sul disturbo bipolare.

Nel World Health Report²¹ del 1999 la depressione maggiore, nelle nazioni ad alto reddito è inserita tra le principali cause di carico di malattia (Disease Burden) dell'anno 1998.

La depressione unipolare occupa per gli uomini l'ottavo posto tra tutte le principali cause di carico di malattia mentre per le donne il terzo posto. Il cosiddetto Disability Adjusted Life Years (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 residui rispetto alla durata della vita statisticamente prevedibile (YLLs: Years of Life Lost), dall'altro con gli anni di vita produttiva in meno rispetto alla disabilità prodotta dalla condizione di patologia (YLDs: Years Lived with Disability). La depressione è la principale causa di disabilità, misurata dal YLDs e il quarto contributore che conduce al carico globale di malattia (DALYs) per l'anno 2000. Entro il 2020, la depressione dovrebbe raggiungere il 2° posto nella classifica dei DALYs calcolata per tutte le età, per entrambi i sessi. Se restringiamo il campo di osservazione e valutiamo la presenza dei disturbi psichici nei paesi ad alto reddito, e nella fascia di età compresa tra i 15 ed i 44 anni, la depressione maggiore è al primo posto per le donne e al terzo posto per gli uomini (tab.I.I.).

	Principali Cause Carico di Malattia, Maschi		Principali Cause Carico di Malattia, Femmine	
	15-44 anni	45-59 Anni	15-44 anni	45-59 anni
1	Alcolismo 3 368 317	Malattie Ischemiche 1 797 168	<u>Depressione Maggiore Unipolare</u> 3 404 250	Osteoartriti 1 019 386
2	Incidenti Stradali 2 588 238	Tumore App. Respiratorio 701 102	Psicosi 1 061 323	<u>Depressione Maggiore Unipolare</u> 837 947
3	<u>Depressione Maggiore Unipolare</u> 1 864 603	Osteoartriti 691 670	Incidenti Stradali 872 470	Tumore mammario 689 178
4	Ferite Autoinflitte 1 279 658	Malattie vascolari cerebrali 621 737	Disturbi Affettivi Bipolari 760 428	Malattie Ischemiche 513 340
5	Psicosi 1 163 653	Cirrosi epatica 571 437	Disordini Ossessivo Compulsivi 656 493	Diabete mellito 489 714
6	Tossico dipendenza 1 037 882	Alcolismo 515 608	Alcolismo 610 877	Malattie vascolari cerebrali 445 959
7	Violenza Interpersonale 794 963	Diabete mellito 502 365	Ferite autoinflitte 387 664	Tumore App. Respiratorio 357 941
8	Disordini Affettivi Bipolari 785 646	<u>Depressione Maggiore Unipolare</u> 459 669	Malattie trasmesse sessualmente escluso HIV 375 327	Demenza 261 783
9	HIV/AIDS 664 297	BPCO 358 920	Osteoartriti 373 276	Cancro colon/retto 228 987
10	Disordini Ossessivo Compulsivi 510 009	Ferite autoinflitte 348 815	Disturbi da panico 359 964	BPCO 212 710

Tab.I.I.

Dallo schema presentato possiamo concludere che nella fascia 15-44 anni le donne hanno il carico più elevato per la depressione.

Sempre in questa fascia di età, in entrambi i sessi vi sono 6 cause di malattie gravi di tipo psichico situate nei primi dieci posti, a cui possiamo aggiungere la quota di suicidi compresa nelle “ferite autoinflitte” della categoria infortuni.

La prevalenza delle cause psichiche nelle donne nel confronto con i maschi si realizza nel modo seguente: la depressione è sempre al primo posto mentre per gli uomini si situa al terzo posto; la psicosi si situa al secondo posto per le femmine e per gli uomini al quinto posto; i disturbi bipolari si situano al quarto posto per le femmine e per gli uomini all’ottavo; i disturbi ossessivi al quinto per le femmine ed al decimo per gli uomini; i disturbi da panico al decimo posto per le femmine e sono oltre il decimo tra gli uomini.

Alcune cause relative alla categoria degli infortuni, come la violenza interpersonale, sono presenti solo tra gli uomini.

Se consideriamo poi, sempre nei paesi ad alto reddito, maschi e femmine non suddivisi per fasce di età, la differenza tra uomini e donne aumenta: per le donne la depressione occupa sempre il primo posto mentre per gli uomini occupa il quinto posto.

Per quanto riguarda il suicidio, tra le donne si registra un maggior numero di tentativi e tra gli uomini un maggior numero di suicidi realizzati. Questo incide da un lato per gli uomini su un aumento dei tassi di mortalità mentre per le donne si converte in un aumento del carico di malattia. Infatti il suicidio è la quarta causa di disabilità per le donne e solo l’ottava per gli uomini.

La depressione è la prima causa del carico di malattia per le donne tra i 15 e i 44 anni sia nei paesi 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 autoinflitte costituendone la categoria maggiore e occupando il diciassettesimo 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 dieci 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.

II.3. *La realtà italiana*²²

La depressione colpisce l'11% degli italiani contro il 14% del resto d'Europa (dati sicuramente sottostimati visto che nel 50% dei casi non è diagnosticata). I costi socio-economici sono calcolati intorno ai 5 miliardi di euro l'anno considerata anche l'astensione dalle occupazioni lavorative.

Si calcola infatti che il 17% delle giornate lavorative perse abbia nella depressione la sua causa primaria. La disoccupazione è uno degli elementi importanti nel determinare e mantenere la depressione nelle persone. Da qualche anno, il 6 Ottobre si celebra l'European depression day (Edd) e anche l'Italia aderisce all'iniziativa. Ogni anno si verificano 250 nuovi casi ogni 10000 abitanti; fra questi aumenta sempre più la prevalenza delle donne e dell'età giovanile. La fascia di età più colpita è quella tra i 45 e i 64 anni, con il 7% degli adolescenti e il 2% circa dei bambini.

La categoria di persone più colpite è quella delle casalinghe, che costituiscono il 40% dei pazienti, seguite dai pensionati (14,5%); in coda gli agricoltori (3,4%). Che la depressione colpisca soprattutto le donne, lo si capisce dai dati rilevati in Marche, Umbria e Calabria dove su 10 casi, 9 riguardano le donne.

Gli antidepressivi sono, insieme agli ansiolitici, ai primi posti nella classifica dei farmaci più venduti: 27 milioni le confezioni di antidepressivi vendute nel 2002 (dati Eurispes; Federfarma, 2004). Secondo l'Osservatorio permanente sulla condizione giovanile della Regione Lazio, su 800.125 giovani (di cui 394.125 sono donne), con un'età che oscilla tra i 25 e i 34 anni, la quantità di persone affette da disturbi depressivi è il 17%.

In Italia una persona su tre va incontro alla depressione almeno una volta nella vita. purtroppo, in un paese come il nostro, si fa fatica ad ammettere che si tratti di un problema di salute, soprattutto se la persona è giovane, anche a causa di un nostro particolare retaggio culturale”.