



## Salute mentale delle donne: una causa silenziosa di mortalità e morbosità

D.E. STEWART, I.J. ASHRAF, S.E. MUNCE

### WOMEN'S MENTAL HEALTH: A SILENT CAUSE OF MORTALITY AND MORBIDITY

*D.E. Stewart, I.J. Ashraf, S.E. Muncie*

*University Health Network Women's Health Program,  
University of Toronto, Toronto, Canada*

*Int. J. of Gynecol. and Obstet. 94: 343-349, 2006  
0020-7292/\$ - see front matter*

© 2006 International Federation of Gynecology and Obstetrics

Disturbi mentali, quali depressione, dipendenza da alcool e schizofrenia, sono gravemente sottostimati negli approcci epidemiologici tradizionali, focalizzati soprattutto sulla mortalità (1). Sebbene siano responsabili di poco più dell'1% dei decessi in tutto il mondo, le condizioni psichiatriche spiegano quasi l'11% di tutte le malattie, e si calcola che nel 2020 tale percentuale salirà al 15% del carico totale di morbosità (1).

### Il grande quadro

Come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO) afferma in *The Bare Facts*, 450 milioni di individui in tutto il mondo sono affetti, in ogni momento, da problemi mentali, neurologici o comportamentali, e circa 673.000 muoiono ogni anno per suicidio (2). Le malattie mentali, frequenti in tutti i Paesi, sono causa di importante disabilità. I pazienti affetti soffrono spesso di isolamento sociale, hanno una cattiva qualità di vita, e sono a più alto rischio di morte. I costi economici e sociali delle malattie mentali sono enormi. Sebbene 1 soggetto su 4 di quelli che usu-

fruiscono di un servizio sanitario abbiano almeno un disturbo mentale, neurologico o comportamentale, la maggior parte di questi disturbi non vengono né diagnosticati né trattati. Inoltre, le malattie mentali influenzano, essendone a loro volta influenzate, condizioni croniche quali neoplasie, malattie cardiache e cerebrovascolari, diabete mellito e HIV/AIDS. Se non trattate, le malattie mentali sono causa di comportamenti dannosi per la salute, non aderenza ai regimi medici prescritti e perturbazioni biologiche, e la loro prognosi è quindi negativa (2).

Oggi, per la maggior parte dei disturbi mentali, esistono trattamenti costo-efficaci; se correttamente applicati, essi potrebbero permettere a molti individui affetti di diventare membri funzionanti della società (2). Le due maggiori barriere a un efficace trattamento sono il mancato riconoscimento della gravità della malattia mentale e la non comprensione dei vantaggi dei servizi di salute mentale. Purtroppo, coloro che stabiliscono le strategie, le compagnie di assicurazioni, le politiche della salute e del lavoro, e il pubblico in generale, tutti vedono i problemi della salute fisica e mentale come entità distinte. Con la maggior parte delle nazioni a medio e basso reddito che destinano alla salute mentale meno dell'1% della loro spesa sanitaria, alla cura delle persone con disturbi mentali non viene data la priorità che invece merita (2).

## Malattie mentali

### *Depressione*

Secondo la Banca Mondiale, in termini di anni di vita pesati per la disabilità (DALY, *Disability-Adjusted Life Years*), la depressione spiega il 25,6% dell'intero carico delle malattie mentali ed è attualmente la quarta principale causa di morte prematura (3). Inoltre, poiché si associa a lesioni autoprovocate nel 13,9% dei casi, la depressione è un problema dominante di salute mentale nelle donne di tutto il mondo. Sebbene anche altre condizioni quali psicosi (7,2%), disturbo post-traumatico da stress (6,6%), epilessia (8,7%) e dipendenza da alcool e da droghe (6,1%) siano diffuse, esse impallidiscono, rispetto alla depressione. Si prevede che nel 2020 la depressione sarà seconda, quale causa di disabilità a lungo termine, soltanto alla cardiopatia ischemica (3).

La frequenza della depressione è la stessa per ragazzi e ragazze fino alla pubertà. Questo fenomeno è stato attribuito a differenze psicosociali e culturali, nonché agli ormoni responsabili dello sviluppo sessuale nelle ragazze. Recenti evidenze hanno dimostrato che nelle donne vittime di abusi quando erano ragazze, il rischio di depressione è grandemente aumentato, soprattutto se sono geneticamente predisposte al disturbo (4). La salute mentale delle donne può essere quindi pienamente compresa solo se viene considerata nel contesto delle loro vite. Sarebbe insufficiente restare unicamente sui fattori di rischio biologici di depressione, poiché violenza, abuso sessuale, povertà e discriminazione svolgono spesso ruoli importanti. Inoltre, molte ragazze sono allenare e allevate ad essere dipendenti, al punto di trascurare le proprie necessità. Alcune ragazze sviluppano uno stile cognitivo ruminativo e una bassa autostima, e più tardi nel corso della vita tendono a diventare depresse. Dal punto di vista biologico, la secrezione di ormoni femminili ha un importante ruolo nella salute mentale, ma non possono essere ignorati i fattori sociali come la mancanza di potere nelle loro relazioni personali, economiche, sociali, professionali e politiche (5).

Nelle donne, durante tutti gli anni della loro vita fertile, la frequenza della depressione è doppia che negli uomini, dopo di che diminuisce lentamente. È stato stimato che tra il 10 e il 15% delle donne abbiano depressione in gravidanza e nel periodo del postpartum, percentuali che sono simili a quelle delle non-gestanti della stessa età. La depressione in gravidanza non solo può essere pericolosa per le donne, in quanto hanno scarsa cura di sé, mangiano e dormono poco e possono consumare alcool e droghe, ma può anche ridurre la loro motivazione a cercare le cure prenatali o ad aderirvi. La gravidanza può anche turbare il loro asse

ipotalamico-ipofisario, con conseguenti livelli di cortisolo elevati, di  $\beta$ -endorfine alterati. I figli di madri depresse hanno una maggiore probabilità di nascere prematuri e di avere un basso peso alla nascita (7). La *British Confidential Enquiry into Maternal Deaths* del 2001 ha descritto il suicidio quale principale causa di morte materna nell'anno successivo al parto (8). Questo risultato è stato ottenuto solo sulla base di dati di linkage e dell'esame delle cause indirette di morte materna, che illustrano la natura silenziosa delle malattie mentali quale causa di mortalità e di morbosità. Per migliorare l'incidenza delle morti materne nei Paesi sviluppati, a quelli ostetrici usuali vanno aggiunti altri indicatori, e il periodo di monitoraggio va protratto al di là degli attuali 42 giorni. L'incidenza dei suicidi è largamente sottostimata, poiché molti di essi sono registrati come morti accidentali. Anche le lesioni autoinflitte possono essere nascoste o non giungere all'attenzione medica. Così, la depressione è una "causa silenziosa di morbosità e di mortalità". Questo difetto di diagnosi quale causa di morbosità e di mortalità è particolarmente deplorabile, in quando la depressione può essere trattata con la psicoterapia e i farmaci antidepressivi (7).

Sebbene nel periodo perimenopausale la maggior parte delle donne non abbiano nuovi episodi depressivi (9), quelle che manifestano sintomi fisici severi dovuti alla menopausa spesso sembrano avere una maggiore propensione alla depressione, specialmente se hanno sofferto in precedenza di depressione associata a contraccettivi orali, cicli mestruali, gravidanza e postpartum (10).

### *Ansia*

Comune nelle donne, l'ansia può esprimersi come ansia generale, fobia o panico, o verificarsi insieme alla depressione. L'ansia sociale e molteplici fobie possono causare grave disabilità sociale e impedire una occupazione remunerativa. Anche questo disturbo è trattabile con la terapia comportamentale e i farmaci antidepressivi (11).

### *Disturbo ossessivo/compulsivo*

Anch'esso più frequente nelle donne che negli uomini, può presentarsi al ginecologo come paura ripetitiva di gravidanza e di malattie trasmesse sessualmente, e/o come infezioni vaginali secondarie a irrigazioni compulsive. Questi sintomi sono spesso dissimulati perché mettono in imbarazzo le donne che li hanno, e sono rivelati solo attraverso questionari dettagliati. Anche il disturbo ossessivo/compulsivo è trattabile con la terapia cognitiva comportamentale e con i farmaci antidepressivi.

### *Disturbo post-traumatico da stress*

Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD, *Post-*

*Traumatic Stress Disorder*) spesso segue a traumi fisici o psicologici quali lo stupro, disastri naturali come tsunami, terremoti e uragani, e prodotti dall'uomo come le guerre. I ginecologi che vedono donne e ragazze dopo che sono state vittime di aggressione sessuale o di altro tipo, devono sapere che potrebbero sviluppare un PTSD, e devono seguirle o indirizzarle verso un supporto psicologico.

#### *Disturbi del comportamento alimentare*

Questi disturbi, i cui due estremi sono noti come anoressia nervosa e bulimia, sono 9 volte più frequenti nelle giovani donne che nei giovani uomini. Le ragazze o le donne con anoressia nervosa si rifiutano di mangiare una sufficiente quantità di cibo, e quelle bulimiche mangiano e poi eliminano ciò che hanno ingerito provocandosi il vomito o prendendo lassativi.

Nei Paesi occidentali, il processo di socializzazione incoraggia le ragazze a pesare meno di quello che è un peso sano. I disturbi del comportamento alimentare possono indurre morbosità mediche e psicologiche, tra cui deficit nutrizionali, depressione grave e livelli di potassio pericolosamente bassi che possono essere causa di aritmie cardiache fatali (12). Le donne anoressiche possono presentare anomalie mestruali, infertilità e incapacità di raggiungere in gravidanza un peso adeguato (12). All'altro estremo, l'obesità può essere il risultato di una bassa autostima e di una depressione cronica. Tra gli effetti a lungo termine del sovrappeso o dell'obesità sulla salute vi sono diabete mellito, complicanze della gravidanza, malattie cardiovascolari, disturbi muscoloscheletrici e morte prematura (13).

#### *Dipendenza da, e abuso di, alcool e droghe*

Sono ampiamente sottodiagnosticati nelle donne, sebbene le frequenze complessive siano più elevate tra gli uomini. Le donne che non lavorano fuori casa possono essere particolarmente abili da sfuggire alla identificazione della loro dipendenza, che può essere rivelata solo dai suoi effetti fisici. La dipendenza può anche venire alla luce durante il ricovero in ospedale, quando l'approvvigionamento di sostanze non è più facilmente disponibile. L'abuso di alcool e di droghe è particolarmente pericoloso in gravidanza, poiché il feto può risultrne danneggiato. Tale abuso non solo può provocare malattie epatiche e cardiovascolari, ma può anche portare a morte prematuramente.

#### *Schizofrenia e psicosi*

La prevalenza di queste condizioni è la stessa in entrambi i sessi, ma il quadro delle malattie varia. Rispetto agli uomini, nelle donne la comparsa della psicosi si verifica circa 6 anni più tardi, spesso nella mezza età. Oltre ai deliri e alle allucinazioni, nelle donne i sintomi spesso includono apatia, deficit di cura del-

la persona, e isolamento. Le schizofreniche gravide vanno seguite con cura, e il loro comportamento con i figli va monitorato da operatori professionali. Prima della menopausa, gli episodi psicotici tendono a essere più brevi e richiedono dosi più basse di tranquillanti. D'altro canto, dopo la menopausa i sintomi schizofrenici possono aggravarsi, e per ottenere la remissione sono necessarie dosi maggiori di farmaci psicotropi. Morbosità e mortalità sono più elevate nelle donne schizofreniche, nelle quali anche le frequenze di fumo, obesità, effetti avversi di farmaci psicotropi e suicidio sono più alte che nella popolazione generale femminile (14).

### **Risposte organizzative**

Programmi per promuovere la salute mentale delle donne in tutto il mondo sono stati sostenuti da numerose organizzazioni. Un dogma di base della Piattaforma di Azione di Pechino delle Nazioni Unite del 1995 è che le donne hanno il diritto di ottenere il più alto standard possibile di salute fisica e mentale, e che il godimento di questo diritto è essenziale per le loro vite e il loro benessere (15). Il diritto delle donne di ottenere lo standard più elevato possibile di salute fisica e mentale è stato riaffermato nella dichiarazione del Millennio *Goals and Targets*, approvata dalle Agenzie delle Nazioni Unite, da enti multilaterali e bilaterali, e da 189 Paesi membri delle Nazioni Unite (16). Il benessere mentale delle donne è quindi considerato parte integrante dei loro diritti umani. Inoltre, il benessere materno è essenziale per la salute, la nutrizione e l'educazione dei figli (5). Ancora, la violenza contro le donne rende impossibile l'egualianza tra sessi e l'*empowerment* delle donne, le espone a un più alto rischio di infezione da HIV, e le rende suscettibili di andare incontro a disturbi mentali. Chiaramente, la salute mentale delle donne deve essere vista come una priorità, se si vogliono raggiungere gli obiettivi di sviluppo del Millennio.

Nel 1996, la *World Federation of Mental Health* ha dichiarato che la salute mentale delle donne poteva essere compresa solo considerando i contesti biologico, sociale, culturale, economico e personale delle loro vite. Nelle donne, il distress psicologico spesso ha origini sociali, e la discriminazione nei confronti delle donne per quanto riguarda occupazione, istruzione, nutrizione, cura della salute e risorse per lo sviluppo economico, le rende vulnerabili alla violenza fisica e sessuale, ai disturbi psichiatrici e, appunto, al distress psicologico (17). Questa dichiarazione è stata seguita nel 2000 da quella delle Nazioni Unite, che ha affermato che una buona salute mentale è inestricabilmente legata alla giustizia sociale e a una buona salute fisica (18).

## **I problemi di base**

Molti dei problemi che danneggiano la salute fisica delle donne, quali povertà, nutrizione insufficiente e non-disponibilità di acqua sicura, contribuiscono anche alla cattiva salute mentale (5). La parte sproporzionata della povertà del mondo che le donne devono sopportare ne indebolisce la salute. Circa il 70% degli 1,2 miliardi di persone che vivono in povertà sono donne che vivono con figli a carico o sole. In molti Paesi, le donne sono pagate il 30 o il 50% meno degli uomini che svolgono lo stesso lavoro. È anche probabile che, ancor più che gli uomini, siano le donne a compiere lavori informali, di bassa condizione e a volte pericolosi, spesso senza nemmeno una paga minima, negli affari di famiglia o nelle attività agricole – pur avendo tutte le loro responsabilità a casa. Spesso, quindi, le donne hanno un carico di lavoro doppio o triplo. Povertà cronica, discriminazione sessuale, mancato accesso all'assistenza sanitaria o all'istruzione per sé e per i figli, esclusione dalla partecipazione alla comunità, pratiche lavorative ingiuste e iperlavoro sono tutti fattori che possono contribuire a una cattiva salute mentale.

L'insufficiente nutrizione spesso va a braccetto con la povertà. La mancanza di un'alimentazione adeguata espone le ragazze e le donne a un maggior rischio di malattie fisiche e mentali, sia a breve termine che nel resto delle loro vite. Una buona notizia è che in ogni parte del mondo la fertilità sta declinando, una cattiva è che nei Paesi in via di sviluppo la mortalità materna è ancora al primo posto nella classifica delle cause di morte delle donne in età riproduttiva. Inoltre, la mortalità infantile è massima nelle aree con alta fertilità e rimane una fonte di grande stress psicologico per le donne che possono vedere ripetutamente i loro figli ammalarsi e morire. È molto difficile per le ragazze e le donne sviluppare un'autostima e una buona salute mentale quando le loro vite sono considerate di minor valore di quelle dei maschi.

## **Violenza**

La violenza contro le donne, un abuso contro i diritti umani e una violazione della sicurezza, della dignità e delle libertà fondamentali, compromette in tutto il mondo la salute fisica e mentale delle donne. Le Nazioni Unite non solo proscrivono qualsiasi atto di violenza che possa provocare alle donne sofferenze fisiche, sessuali o mentali (incluse tra queste violenze sono la coercizione o la privazione arbitraria della libertà), ma proscrivono anche le minacce di tali atti, sia in pubblico che in privato. Rispetto al resto della

popolazione, le persone disabili, i giovani, gli anziani, i rifugiati, i lavoratori emigranti, i degenti in ospedale e gli appartenenti a minoranze etniche sono più vulnerabili alla violenza, specialmente se si tratta di donne (5).

Violenza può verificarsi durante atti di guerra o disordini civili, quando aggressioni e stupri sono dolorosamente comuni. In tempo di pace, il maggior rischio di violenza alle donne proviene dai loro partner maschili. La violenza domestica è sperimentata dal 10 al 50% delle donne in tutto il mondo, ma è spesso riferita per difetto per salvare la reputazione della famiglia, oppure è non considerata o perfino condonata dallo Stato, dalle autorità religiose e dai funzionari che dovrebbero applicare la legge (5). La violenza ha molte forme, e può colpire le donne durante la loro intera vita. Spesso malnutrite, le donne possono essere costrette ad abortire feti di sesso femminile o vedere le proprie figlie uccise. Da ragazze, molte sono sottoposte con la forza a mutilazioni genitali, e in numero ancora maggiore costrette a matrimoni, incesti, prostituzione e pornografia. Quando sono giovani donne, possono cadere vittime di violenze dopo appuntamenti e corteggiamenti, atti sessuali imposti con ricatti economici, abusi sessuali sul posto di lavoro, stupri, molestie sessuali, prostituzione, appropriazione della dote, assassinio. Da anziane, possono essere oggetto di abuso fisico e psicologico; possono essere anche private delle loro risorse economiche, a volte con la morte – omicidio (5) o suicidio forzato. Le mutilazioni genitali femminili, comuni in Africa, Asia e Medio Oriente, causano danni fisici irreversibili e spesso anche permanenti e irreversibili danni psicologici.

Con la globalizzazione della domanda e delle risorse, il traffico di donne che sono state avviate con la forza alla prostituzione si è esteso in tutti i Paesi sviluppati (19). Le vittime sono di solito giovani donne di famiglie povere di Paesi poveri, cui vengono promessi lavori come cameriere, ballerine, bambinaie o lavoratrici domestiche in Paesi più ricchi. Una volta raggiunta la loro destinazione, spesso vengono loro confiscati i passaporti e sono obbligate a lavorare come prostitute per ripagare l'enorme "debito di viaggio" e per rientrare in possesso, forse, dei loro documenti. Oltre agli altri problemi, la prostituzione espone le donne a un alto rischio di HIV/AIDS e di altre malattie a trasmissione sessuale, disturbi ginecologici, cefalee, lesioni traumatiche e dolore cronico.

Le conseguenze sulla salute mentale di tutti i tipi di violenza contro le donne sono enormi, e possono esitare in disturbo post-traumatico da stress, depressione, ansia, bassa autostima, disfunzioni sessuali, autolesionismo e suicidio.

## Istruzione

L'istruzione delle donne è un diritto fondamentale, quale proclamato dalla Piattaforma di Azione di Pechino (20). È la chiave del potere, della salute fisica e mentale, di una adeguata nutrizione, del benessere economico, dell'istruzione dell'intera famiglia, del controllo della fertilità, dello stato sociale, e della partecipazione allo sviluppo della società. Il risultato primario dell'istruzione è l'acquisizione delle conoscenze, ma l'istruzione delle donne porta anche alla autoaffermazione, all'*empowerment*, e a una migliore salute mentale. L'educazione scolastica delle ragazze porta a un aumento della sopravvivenza dei figli, a una riduzione della fertilità, e a influenze positive sulla produzione agricola e sulla crescita economica (5). Essa favorisce anche l'individualismo, che si traduce nel desiderio di una vita migliore per sé e per i propri figli. I fattori di rischio sociali di depressione, come la violenza domestica, possono essere ridotti anche attraverso l'istruzione delle ragazze (5). Tra i 900 milioni di analfabeti del mondo, le donne sono il doppio degli uomini. L'appello dell'UNICEF (*United Nation Children's Fund*) per colmare il gap tra sessi nell'istruzione primaria e secondaria entro il 2005 è fallito. Notevoli problemi continuano a esistere in molti Paesi africani e asiatici, dove la proporzione di ragazzi che frequentano le scuole è di molto superiore a quella delle ragazze.

## Riflessioni conclusive

In tutto il mondo, le donne sono oggetto di discriminazione sessuale, e quindi di ingiustizia sociale. La discriminazione può sbarrare loro l'accesso a una alimentazione sufficiente, all'istruzione, alla occupazione, a un salario, alla sicurezza e all'assistenza sanitarie, rendendole più vulnerabili alla violenza fisica e sessuale, al distress psicologico e ai disturbi psichiatrici (5). La discriminazione nei confronti delle donne genera disuguaglianze culturali e la sottorappresentanza delle donne a tutti i livelli del potere, sia negli affari, nella professione o nel governo. Le molestie sessuali sul posto di lavoro rimangono un problema, come un problema rimane la diffusa discriminazione per quanto riguarda l'occupazione e la retribuzione, tutti fattori che possono predisporre alla depressione e all'ansia.

La salute mentale delle donne va considerata nel contesto delle loro vite, e non può essere ottenuta senza che le donne abbiano gli stessi diritti umani degli uomini. Nel settembre 2005, la *World Psychiatric Association* e le sue 142 associazioni psichiatriche nazionali hanno entusiasticamente approvato l'*International Consensus Statement on Women's Mental Health*, svilup-

pato dalla *International Association of Women's Mental Health* (21). Il prossimo passo richiederà l'attuazione di queste raccomandazioni nelle politiche e nei curricula sanitari, e nella pratica clinica. È sperabile che altre organizzazioni internazionali interessate alla salute delle donne si uniscano a questo sforzo per migliorare in tutto il mondo la salute mentale delle donne.

## Dichiarazione Internazionale di Consenso sulla Salute Mentale delle Donne

### Preambolo

La Piattaforma per l'Azione di Pechino delle Nazioni Unite del 1995 stabilisce che: "Le donne hanno diritto al più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale. Il godimento di questo diritto è di importanza vitale per la loro vita e il loro benessere...". Nel settembre 2000, le Agenzie delle Nazioni Unite, i 189 Paesi membri delle Nazioni Unite, come pure enti multilaterali e bilaterali, hanno approvato all'unanimità la Dichiarazione del Millennio. I *Millennium Development Goals*, costituiti da 8 obiettivi e 48 bersagli, sono riconosciuti come *road map* per implementare la Dichiarazione del Millennio. Gli obiettivi includono, tra gli altri, l'istruzione primaria per tutti, la promozione della uguaglianza tra i sessi, la riduzione della mortalità infantile, il miglioramento della salute materna, e la lotta all'HIV/AIDS. Il benessere mentale della madre è parte integrante della salute, della nutrizione e dell'istruzione dei suoi figli, e la violenza contro le donne mina l'uguaglianza tra i sessi e l'*empowerment* femminile, esponendole a un aumentato rischio di infezione da HIV. È quindi imperativo, se si devono raggiungere gli obiettivi di sviluppo del Millennio, che alla salute mentale delle donne sia data la priorità.

La salute mentale delle donne deve essere considerata nel contesto della vita delle donne, e non può essere raggiunta senza un uguale accesso ai fondamentali diritti umani: autonomia della persona, diritti di proprietà e legali, occupazione, salute fisica, inclusi i diritti sessuali e riproduttivi, l'accesso all'assistenza sanitaria e a una sufficiente alimentazione, all'acqua, e a un riparo. La salute mentale delle donne richiede l'eliminazione della violenza e della discriminazione basata su sesso, età, reddito, razza, background etnico, orientamento sessuale o credenze religiose. Pur traendo entrambi i sessi vantaggio da tutti questi fattori, ed essendo le incidenze delle malattie mentali simili negli uomini e nelle donne, i ruoli unici svolti dalle donne nella riproduzione, nella famiglia e nella società e la spesso più bassa condizione socio-economica che esse hanno, richiedono speciale considerazione per quanto attiene alla salute mentale.

Anche in circostanze ottimali, alcune donne presenteranno problemi di salute mentale e malattie mentali, per i quali sono essenziali una diagnosi e un trattamento adeguati. L'identificazione dei problemi di salute mentale delle donne dovrebbe idealmente cominciare dalle donne stesse, cui dovrebbero essere fornite adeguate e comprensibili informazioni su salute mentale, distress psicologico, malattie, servizi e trattamenti disponibili. La valutazione dei problemi di salute mentale nelle donne deve tener conto dell'intero contesto delle loro vite, poiché nelle donne il distress ha spesso origini sociali, e le diagnosi non devono portare a stigmatizzazioni. Il ruolo della violenza e della discriminazione nella genesi dei problemi di salute mentale nelle donne richiede particolare considerazione. I servizi sociali e psicologici e i medici di base devono essere in grado di eseguire valutazioni, diagnosi e trattamenti o di provvedere all'invio ad appropriati servizi specialistici. Le donne devono potere accedere tempestivamente a servizi di salute mentale rispettosi e bene informati, in uno scenario non-stigmatizzante, e che possano disporre di trattamenti adeguati.

Gli scenari del trattamento devono essere sicuri, e non devono esserci violazioni del rapporto fiduciario da parte degli operatori e del personale sanitario. Le preferenze delle donne per le decisioni mediche informate vanno rispettate ogniqualvolta ciò sia possibile, e la qualità delle cure va valutata per mezzo di indicatori che siano in linea con le migliori conoscenze del momento e si ispirino a ricerche che tengono conto del sesso. Le donne che sono rimaste vittime di abusi e che mostrano forti preferenze per operatori sanitari di sesso femminile devono essere per quanto possibile accontentate. È essenziale che vi siano adeguati servizi per adolescenti, donne in peripartum, soggetti di età media, anziane, immigrate, rifugiate, disabili e carcerate. Servizi di salute mentale per l'assistenza acuta e continua, e che agiscano quale supporto e per la riabilitazione nel corso di tutta la vita, sono fondamentali per permettere alle donne con malattie mentali di ottenere un livello ottimale di funzionamento e di benessere. Una salute mentale positiva delle donne avvantaggia le donne stesse, ma anche le loro famiglie e la popolazione generale, e ne favorisce la partecipazione nelle professioni e nella leadership.

#### *Raccomandazioni*

Di conseguenza, raccomandiamo che le organizzazioni professionali e i provider che operano nel campo della salute mentale e della salute in generale, i governi, il sistema delle Nazioni Unite, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, altre organizzazioni internazionali sanitarie e sociali, e appropriate organizzazioni non-governative integrino la salute mentale delle ra-

gazze e delle donne quale priorità nello sviluppo delle politiche e dei programmi e:

1. Supportino quei programmi di promozione della salute psicologica che contengono il contesto vitale delle ragazze e delle donne e contemplano per esse un uguale accesso ai fondamentali diritti umani, all'istruzione e all'impiego, l'eliminazione della violenza e della discriminazione, e la riduzione della povertà.
2. Supportino le scelte coniugali, sessuali e riproduttive e assicurino l'accesso a una maternità sicura.
3. Supportino campagne di istruzione pubblica e di consapevolezza che incrementino il riconoscimento delle malattie mentali nelle ragazze e nelle donne e ne riducano lo stigma.
4. Supportino servizi di salute mentale e sanitari in genere che siano sicuri, rispettosi, adeguati, completi e tengano conto del sesso, e che assistano le ragazze e le donne nel corso della loro intera vita, indipendentemente dal loro stato economico e sociale, dalla razza, dalla nazionalità o dal loro background etnoculturale.
5. Supportino il tempestivo accesso a professionisti adeguatamente qualificati nel campo della salute mentale, in grado di fornire un'assistenza di qualità, in linea con le migliori conoscenze del momento e con la disponibilità di opportune terapie, tecnologie o farmaci, e che tengano conto delle particolari esigenze delle donne.
6. Supportino lo sviluppo e l'uso di sistemi diagnostici culturalmente adeguati che tengano conto del contesto socioculturale delle vite delle donne, e delle differenze biologiche, quando queste sono notevoli.
7. Supportino l'erogazione di informazioni precise e rispettino ogniqualvolta sia possibile, nelle decisioni riguardo al trattamento, le scelte delle ragazze e delle donne.
8. Supportino l'erogazione, alle ragazze e alle donne, di una assistenza, in fatto di salute mentale, in cui non venga meno il rapporto di fiducia.
9. Supportino una maggiore attenzione per la ricerca sulla salute mentale delle ragazze e delle donne, inclusi quei fattori che accentuano o inibiscono lo sviluppo di resilienza.
10. Supportino l'addestramento e l'istruzione di base, riguardo ai problemi del sesso, dei professionisti che operano nel campo della salute e della salute mentale.
11. Supportino l'eguaglianza tra i sessi sia nella pratica che promovendola nell'ambito dei servizi e delle organizzazioni di salute mentale, e con essa le pari opportunità di carriera e l'eradicazio-

ne di molestie, intimidazioni e ingiustificate discriminazioni basate sul sesso.

Preambolo e raccomandazioni sono stati redatti da un comitato interdisciplinare internazionale di esperti in materia di salute delle donne, costituito da: Florence Baingana, Banca Mondiale; Elena Berger, Federazione Mondiale per la Salute Mentale; Jose Bortolote, OMS; Uriel Halbreich, *International Association of Women's Mental Health*; Diane Halpern,

*American Psychological Association*; Helen Herrman, *World Psychiatric Association*; Gwen Keita, *American Psychological Association*; Susan Kornstein, *International Association of Women's Mental Health*; Juan Mezich, *World Psychiatric Association*; Micelle Riba, *American Psychiatric Association*; Marta Rondon, *International Association of Women's Mental Health*; *World Psychiatric Association*; e presieduto da Donna E. Stewart, *International Association of Women's Mental Health*.

## Bibliografia

1. MURRAY C.J., LOPEZ A.D.: *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1996;3-67.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: the bare facts. Geneva, Switzerland: WHO; 2005 Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/). Accessed March 16, 2005.
3. DESJARLAIS R., EISENBERG L., GOOD B., KLEINMAN A.: *Women*. In: Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. editors. *World mental health: problems and priorities in lowincome countries*. New York, NY: Oxford University Press; 1995;179-206.
4. KENDLER K.S., KUHN J.W., VITTUM J., PRESCOTT C.A., RILEY B.: The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:529-35.
5. STEWART D.E., RONDON M., DAMIANI G., HONIKMAN J.: *International psychosocial and systemic issues in women's mental health*. *Arch Women Mental Health* 2001;4:13-7.
6. KESSLER R.S., MCGONAGLE K.A., SWARTZ M., BLAZER D.G., NELSON C.B.: *Sex and depression in the national comorbidity study*. *J Affect Disord* 1993;29:85-96.
7. STEWART D.E.: *Depression during pregnancy*. *Can Fam Physician* 2005;51:1061-3.
8. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. *Why mothers die 1997-1999: the fifth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*. London, England: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press; 2001.
9. STEWART D.E.: *Menopause: a mental health practitioners guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc; 2005.
10. STEWART D.E., BOYDELL K.M.: *Psychologic distress during menopause: associations across the reproductive life cycle*. *Int J PsychiatryMed* 1993;23:157-62.
11. BRAWMAN-MINTZER O., YONKERS K.A.: *New trends in the treatment of anxiety disorders*. *CNS Spectr* 2004;9:9-27.
12. STEWART D.E., ROBINSON G.E., GOLDBLOOM D.: *Infertility and eating disorders*. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1196-9.
13. GUCCIARDI E., CELASUN N., AHMAD F., STEWART D.E.: *Eating disorders*. *BMC Womens Health* 2004;4:S21 suppl.
14. SEEMAN M.V.: *Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs*. *Am J Psychiatry* 2004;161:1324-33.
15. UNITED NATIONS: *The Beijing platform for action: report of the fourth world conference on women*. New York, NY: United Nations; 1995.
16. UNITED NATIONS: *The millennium declaration*. New York, NY: United Nations; 2000.
17. WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH: *World mental health day planning kit*. Alexandria, Va: World Federation for Mental Health; 1996.
18. UNITED NATIONS: *The world's women 2000: trends and statistics*. New York, NY: United Nations; 2000.
19. STEWART D.E., GAJIC-VELJANOSKI O.: *Trafficking in women: the Canadian perspective*. *CMAJ* 2005;173:25-6.
20. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND: *The state of the world's children 2004: girls, education and development*. UNICEF; 2004.
21. STEWART D.E.: *The International Consensus Statement on Women's Mental Health and the WPA Consensus Statement on Interpersonal Violence against Women*. *World Psychiatry* 2006;5:61-4.

L. Benassi, A. Graziottin (eds.)

# VULVODINIA E VESTIBOLITE VULVARE

Volume brossurato  
di 84 pagine  
f.to cm 17x24  
€ 15,00

per acquisti online  
[www.gruppocic.com](http://www.gruppocic.com)



**CIC** Edizioni Internazionali