



ARTICOLO TRADOTTO DAL WCPRR

LA DEPRESSIONE TRA LE MINORANZE ETNICHE

Questioni diagnostiche

Kamran Ahmed¹, Dinesh Bhugra²

ISSN: 2283-8961

Abstract

La depressione è poco diagnosticata dall'assistenza medica primaria in tutto il mondo, soprattutto per quello che riguarda le minoranze etniche. Sul perché questo accada sono state fornite diverse spiegazioni, tra cui: le definizioni "occidentali" insoddisfacenti della depressione, i differenti modelli esplicativi tra paziente e dottore, le barriere linguistiche e i differenti modi in cui si presenta la malattia. Questo tipo di problemi si può presentare anche nei servizi dedicati specificamente alla salute mentale. Il problema centrale nella gestione della depressione nei gruppi di minoranza etnica rimane la richiesta d'aiuto da parte del paziente, in parte a causa dello stigma associato alla salute mentale (anche se questo sembra subire un cambiamento grazie all'acculturazione) e da credenze differenti sulla malattia. La depressione può presentarsi in ogni cultura con sintomi somatici e attraverso specifici idiomi culturali di espressione del malessere, in particolare nei gruppi di minoranza etnica. Il fatto che in certe culture si presentino frequentemente sintomi somatici potrebbe essere legato alle credenze tradizionali sulla malattia in quelle culture. L'utilizzo di interpreti aumenta la consapevolezza sulla depressione e la sensibilità ad un approccio clinico, che tra le altre strategie può aiutarci a diagnosticare la depressione ed incoraggiare la richiesta di cura.

¹ BSc, MBBS. Institute of Psychiatry, King's College London

² MA, MSc, MPhil, MBBS, PhD, FRCPsych. Institute of Psychiatry, King's College London De Crespigny Park, London, SE5 8AF

Depression is under-diagnosed in primary care all over the world, particularly in ethnic minority populations. Various explanations have been offered for this including the unsatisfactory 'Western' definitions of depression, different explanatory models between patient and doctor, linguistic barriers and variations in presentation. Such problems may also exist in secondary mental health care services. Help-seeking behaviour remains a problem in the management of depression in ethnic minority populations, partly due to stigma associated with mental illness (although this may be changing due to acculturation), and differing illness beliefs. Depression may present with somatic symptoms and cultural idioms of distress in any culture, particularly ethnic minority groups. The common presentation of depression as somatic symptoms in patients from certain cultures may be explained by the traditional illness beliefs within those cultures. The use of trained interpreters, raising awareness of depression and a culturally sensitive approach to clinical practice amongst other strategies may help us diagnose depression and improve help seeking-behaviour.

WCPRR Apr/Jul 2007: 47-56. © 2007 WACP

Key words: depressione, richiesta di cura, minoranze etniche, sintomi somatici, idiomi del malessere

Introduzione

La cultura si riflette nella conoscenza acquisita, nelle credenze collettive, nei valori, nelle attitudini e nei comportamenti che caratterizzano una società o una popolazione (Bhugra & Mastrogianni, 2004). Dalla prospettiva della psichiatria culturale, la cultura influenza le fonti, i sintomi e gli idiomi del malessere; i modelli esplicativi degli individui, i loro meccanismi di coping e la loro capacità di chiedere aiuto; oltre a influenzare anche la risposta sociale al malessere e alla disabilità (Kirmayer, 2001). In questo articolo, faremo una review della letteratura sulla depressione nei gruppi appartenenti ad una minoranza etnica ed esamineremo le difficoltà dei medici nel diagnosticare la malattia. Questo argomento è di grande interesse per i clinici date le previsioni della World Health Organization per l'anno 2020, in cui la depressione viene descritta come la seconda causa di disabilità nel mondo, dopo le malattie cardiovascolari (WHO, 2002). Il problema della depressione travalica i confini culturali, internazionali e socioeconomici, ed è una delle grandi sfide di oggi delle istituzioni che si occupano di salute mentale.

Incidenza

Alcuni studi condotti negli Stati Uniti, mostrano simili tassi di incidenza tra gli afro-americani e i bianchi americani sottoposti ad un controllo dei fattori: demografico, socioculturale e socio-economico (Roberts et al., 1981; Somervell et al., 1989; Diala et al., 2001). Gli asioamericani hanno un minor tasso di incidenza della depressione (Jackson-Triche et al., 2000) rispetto alla maggioranza della popolazione. Alcuni studi sostengono che gli ispanici abbiano invece un tasso di incidenza della depressione maggiore rispetto al resto della popolazione (Roberts, 1981), in particolare i portoricani (Oquendo et al., 2001).

Nel Regno Unito, gli studi di Shaw et al. (1999) attraverso la comparazione tra gruppi di afro-caraibici e bianchi europei a Manchester, hanno dimostrato che l'incidenza della depressione era più alta nel primo gruppo, soprattutto nelle donne. Questa differenza può essere dovuta a fattori di vulnerabilità genetica o ad un'esposizione ad esperienze sociali o ambientali differenti (Kendler et al., 1992; Finlay-Jones & Brown, 1981). Bhui et al. (2001), in un sondaggio tra i tirocinanti di medicina generale a Londra, non ha riscontrato un tasso di depressione più alto tra i punjabi rispetto agli inglesi, anche se i primi mostravano una percentuale maggiore di idee depressive. Stansfeld et al. (2004) ritiene che le ragazze non-inglesi (soprattutto irlandesi, greche o tunisine) mostrino un rischio di sintomi depressivi più alto rispetto a quelle inglesi. Questo rischio maggiore ha iniziato a decrescere in seguito al recente assestamento dell'immigrazione, suggerendo in questo modo una relazione con i fattori di stress associati all'evento migratorio. I ragazzi del Bangladesh, invece, avevano un rischio di malessere psicologico minore rispetto ai ragazzi bianchi, possibilmente dovuto a fattori protettivi relativi all'etnia (Costello et al., 1997), come la solidità del supporto familiare, il credo religioso, una forte identità e coesione culturale.

Le cause della variabilità

Sono state addotte varie motivazioni alla variabilità nei tassi di incidenza della depressione. Un recente percorso di immigrazione può causare un malessere psicologico derivante da esperienze antecedenti il viaggio, la separazione dalla famiglia e gli amici, e la difficoltà ad abituarsi ad un nuovo ambiente estraneo (Bhugra, 2001). D'altra parte, certe culture presentano forti valori familiari, che possono essere pato-protettivi. Per esempio, i problemi socio-economici,

interpersonali e familiari, rappresentano un rischio altissimo per i disturbi depressivi in Pakistan, dove però il supporto delle famiglie e degli amici si dimostra un fattore protettivo per questi disturbi (Mirza & Jenkins, 2004). Trend simili si ritrovano in Inghilterra nelle comunità dell'Asia meridionale (Bhugra et al., 1999).

Gli effetti dell'acculturazione aggiungono un altro aspetto fondamentale oltre a quello dell'influenza dei fattori culturali sullo sviluppo della malattia mentale, inclusa la depressione. Gli studi hanno dimostrato che il rischio per la depressione maggiore è più alto tra i messicani americani nati negli Stati Uniti, rispetto ai messicani immigrati (Burnam et al., 1987) e la prevalenza della malattia nel corso della vita negli americano-cubani nati negli Stati Uniti è molto più alta degli americano-cubani nati a Cuba (Narrow et al., 1990). Una possibile spiegazione è che gli immigrati vivono meno il senso di deprivazione, rimangono più orientati verso la famiglia o altri valori culturali protettivi o che l'immigrazione tende a favorire gli individui sani dal punto di vista della salute mentale (Lewis-Fernandez et al., 2005a). Questi dati potrebbero anche suggerire che un alto tasso di acculturazione predisponga alla depressione, ma l'alto tasso di sintomi depressivi tra i portoricani che vivono a Puerto Rico (29.1%) e New York City (28.6%) fanno diffidare dalle eccessive generalizzazioni (Vera et al., 1991).

Ballenger et al. (2001) suggerisce che la variabilità nei tassi di incidenza tra i diversi gruppi etnici possa essere la conseguenza di errori metodologici e la carenza di strumenti culturali appropriati. Questo dibattito propone una riflessione sull'uso dei concetti etici o emici per la diagnosi e la valutazione dei disturbi mentali (Kleinman, 1988; Thakker & Ward, 1998). Da qui il tentativo dei ricercatori di provare a combinare la ricerca quantitativa con un approccio più flessibile (Weiss et al., 1992; Lloyd et al., 1996). Bhui suggerisce agli epidemiologi di imparare di più sull'analisi qualitativa dei dati, l'utilizzo che se ne può fare con i dati quantitativi e i limiti di entrambi gli approcci (Bhui, 2001; Bhui & Bhugra, 2001). Inoltre, raccogliere dati sull'incidenza della depressione nelle minoranze etniche si è rivelato difficile. Ci sono varie ragioni per negare i problemi di salute mentale, ad es. i gruppi di immigrati canadesi lo fanno per aumentare le loro possibilità di trovare lavoro (Sartorius & Schulze, 2005).

Sfide diagnostiche

Rilevazione insufficiente

La depressione è poco diagnosticata e poco seguita in medicina generale (Ballenger et al., 2001; Lecrubier, 2001). Nello studio dell'WHO (Sartorius et al., 1996) che ha esaminato l'incidenza della depressione in medicina generale in 14 paesi, i clinici hanno diagnosticato solo la metà dei casi di depressione, con grandi differenze tra i diversi centri. La ricerca in medicina generale ha mostrato come nel Regno Unito, le persone originarie del sud dell'Asia hanno meno probabilità di ricevere una diagnosi delle loro difficoltà psicologiche, specialmente la depressione (Gillam et al., 1980; Bhui et al., 2001). Gli studi negli Stati Uniti hanno mostrato anche come i clinici di medicina generale siano meno in grado di rilevare la depressione tra i pazienti afro-americani e ispanici rispetto ai bianchi, specialmente se il dottore e il paziente appartengono ad etnie diverse (Leo et al., 1998; Borowsky et al., 2000). Anche in Australia si presenta una sostanziale differenza in medicina generale nell'osservazione dei sintomi depressivi in pazienti di etnia diversa, con un netto svantaggio per gli asiatici (Comino et al., 2001).

Modelli esplicativi

Le spiegazioni per questa incapacità generale di rilevare la depressione nell'ambito della medicina generale sono elencate nella **Tabella 1**. Inoltre, molti autori concordano sul fatto che le "classificazioni" occidentali della depressione non sono esaustive per le culture non occidentali (Manson, 1995; Bhugra, 1996). Il termine stesso "depressione" manca in molte lingue di differenti culture (Manson, 1995); in alcune viene raramente usato (Hamdi et al., 1997), o viene interpretato in maniera differente (Abusah, 1993; Lee, 1998). Sebbene il DSM-IV suggerisca una Cultural Formulation come ampliamento della valutazione multiassiale (American Psychiatric Association, 1994), si dibatte sul fatto che continui a rappresentare un concetto di malattia occidentale non applicabile ad altre culture (Ballenger et al., 2001; Kirmayer, 2001). Problemi simili nascono nei servizi specialistici che si occupano della malattia mentale. Nel Regno Unito, uno studio mostra come la conoscenza dello staff che si occupa della salute mentale sia costruito su stereotipi delle culture orientali come

repressive, patriarcali e inferiori rispetto ad un ideale occidentale. Queste attitudini etnocentriche hanno il potenziale di ostacolare la diagnosi e di conseguenza anche il trattamento (Burr, 2002).

Spiegazione	Studio
Differenti modelli esplicativi tra medico e paziente	Jacob et al (1998) Ballenger et al (2001) Bhugra (2001) Bhui et al (2001)
Negazione dei sintomi da parte del paziente; presentazione somatica dei sintomi	Weiss et al (1995) Jacob et al (1998) Bhui et al (2001) Lecrubier (2001)
Variazione delle caratteristiche cliniche tra diverse culture; utilizzo di metafore somatiche	Bebbington (1993) Manson (1995) Bhugra et al (1997a) Patel (2000)
Barriere linguistiche, culturali ed etniche tra paziente e dottore	Brewin (1980) Leo et al (1998)
Analisi insufficiente da parte del medico	Weiss et al (1995) Ballenger et al (2001) Comino et al (2001)
La familiarità e l'attitudine del medico nei confronti della depressione	Leo et al (1998) Borowsky et al (2000)
L'età del paziente e la compresenza di sintomi somatici	Lecrubier (1998)

Soluzioni

Per aumentare la capacità di rilevare la depressione e la capacità da parte dei pazienti di chiedere aiuto nei gruppi di minoranza etnica, i professionisti della salute possono adottare diverse misure. L'utilizzo di interpreti specializzati in ambito medico può migliorare l'interazione medico-paziente. Bisognerebbe invece evitare di coinvolgere la famiglia, gli amici, i bambini, interpreti non specializzati, staff non medico, e persone dalla sala d'attesa (Lewis-Fernandez et al., 2005a).

Aumentare la competenza culturale dei medici e delle altre figure sanitarie può ridurre alcune mancanze, migliorando la qualità della cura tra i differenti gruppi etnici (Brach & Fraser, 2000; Betancourt, 2003). Nelle scuole di medicina è sempre più comune che vi sia un corso di formazione culturale (Dolhoun et al., 2003) come parte della formazione medica post-laurea (Culhane-Pera et al., 1997), ma è necessario sviluppare meglio questo aspetto. Per fare diagnosi accurate attraverso le barriere culturali e formulare dei programmi di trattamento accettabili dal paziente, il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) propone l'utilizzo della Cultural Formulation come un modello sistematico per la valutazione culturale. La Cultural Formulation è studiata per fornire un'integrazione alla valutazione clinica, individuando gli effetti della cultura sull'identità del paziente, lo sviluppo della personalità, i sintomi, i modelli esplicativi di malattia, le preferenze per quanto riguarda la richiesta di aiuto, fattori di stress e di supporto, le relazioni terapeutiche, e le aspettative di guarigione.

Richiesta d'aiuto

L'incapacità di individuare la depressione in medicina generale è aggravata dalle modalità di richiesta d'aiuto dei membri dei gruppi di minoranza etnica (Karasz, 2005). Le persone del sud dell'Asia nel Regno Unito utilizzano poco il servizio sanitario rispetto ai bianchi (Hussain & Cochrane, 2004). Shaw et al. (1999) nota che gli afro-caraibici nel Regno Unito pensano cose del tipo: "il dottore non ti può aiutare con questo tipo di problema"; "non è una malattia"; "posso curarmi da solo"; "i dottori sono qui per darti le pasticche, e non voglio prendere le pasticche".

In uno studio condotto a New York, gli americani di origine europea forniscono spiegazioni biologiche per la depressione come ad esempio "squilibrio ormonale" o

“problema neurologico”, mentre le persone originarie del sud dell’Asia riferivano spiegazioni del tipo “stress ambientale” o “problemi di vita quotidiana” (Karasz, 2005). In Inghilterra la tolleranza nei confronti della depressione, in termini di volontà ad ammettere la condizione e a richiedere aiuto, è maggiore tra gli ebrei rispetto ai protestanti, il che suggerisce la presenza di un minor pregiudizio nei confronti della malattia mentale (Loewenthal et al., 2002).

Modelli esplicativi

In alcune culture lo stigma sociale associato con la malattia mentale può avere un ruolo importante, sebbene lo stigma verso la depressione stia gradualmente cambiando in alcuni gruppi etnici grazie all’acculturazione (Fogel & Ford, 2005). Inoltre il conflitto generazionale tra i migranti e i loro figli nati in occidente, riduce il supporto della famiglia e può diventare uno stimolo a cercare aiuto al di fuori, nell’ambito della psichiatria. La riluttanza culturale ad accettare i sintomi psichici (Weissman et al., 1996) e le credenze negative sulla malattia (Schraufnagel et al., 2006) possono essere fattori di fondamentale importanza. Quando si presenta il sintomo vengono chiamati i membri della famiglia, altri contatti personali o i guaritori tradizionali; questi ultimi vengono chiamati al posto di figure professionali (Bhugra & Mastrogianni, 2004).

Soluzioni

Gli approcci educativi multi-fattoriali per l’utenza, come anche per i medici, per esempio la campagna Defeat Depression (combattiamo la depressione) nel Regno Unito, e i programmi per la diagnosi e la gestione della depressione a livello locale e nazionale, sono alcune delle misure che si possono prendere, aumentando la consapevolezza e cambiando le credenze che stanno alla base della malattia (Bhugra, 1996; Rait et al., 1999). Ha avuto successo anche la distribuzione di volantini sulla depressione tra alcune comunità specifiche (Bhugra & Hicks, 2004).

Variabilità della presentazione clinica

Un aspetto importante della depressione nei gruppi di minoranza etnica è la presentazione di sintomi somatici. Alcuni studi di vecchia data suggeriscono che la somatizzazione di sintomi depressivi si noti maggiormente in culture non occidentali. Ma da allora molti studi hanno dimostrato che la presentazione somatica di sintomi depressivi è frequente tra gruppi culturali ed etnici differenti (Kleinman, 1995; Kirkmayer & Young, 1998). I pazienti Punjabi per esempio, riferivano spesso al loro medico idee depressive, ma non presentavano sintomi somatici più di quanto non facessero i pazienti inglesi (Bhui, 2001). Negli USA invece, la presentazione somatica è particolarmente comune tra i gruppi ispanici, che mostrano effettivamente una presentazione del malessere psicologico sotto forma somatica (Mezzich & Raab, 1980; Canino et al., 1987; Canino et al., 1992). In uno studio, le donne americo-messicane mostravano più sintomi somatici della depressione rispetto alle donne bianche (Escobar et al., 1987).

I modelli idiomatici del malessere (Guarnaccia, 2003; Lewis-Fernandez et al., 2005b) sono modi linguistici e corporei di esprimere e fare esperienza (Nichter, 1981), ovvero modi culturalmente definiti di parlare del malessere. Per quanto riguarda la depressione, spesso questi idiomi prendono la forma di metafore somatiche (vedi **Tabella 2**). La conoscenza di questi idiomi culturali facilita la diagnosi di depressione, crea il rapporto, e minimizza il rischio di errore diagnostico. Ad esempio sapere che alcuni latinoamericani depressi soffrono di acute fitte emozionali, note come *ataques de nervios* (attacchi di nervi), in risposta a fattori di stress interpersonali, può prevenire errori diagnostici quali: episodi sincopali, ictali o attacchi di panico (Lewis-Fernandez et al., 2005b).

Tabella 2: Idiomi somatici del malessere (Bhugra & Mastrogianni, 2004)

Paese/Cultura	Studio	Idioma somatico
India	Bhugra et al (1997a, b)	‘Cuore che affonda’ ‘Sensazione di calore’ ‘Gas’
Nigeria	Ebigbo (1982)	‘Calore nella testa’ ‘Sensazione di morsi su tutto il corpo’ ‘Sensazione di pesantezza nella testa’
Messicani-americani	Jenkins (1988)	‘ <i>Nervios</i> ’ ‘Male al cervello’ ‘Cervello che esplode’ ‘Sensazione di incontrollabilità’
Cina	Parker et al (2001)	‘ <i>Shenjing shuairuo</i> ’ ‘Neurastenia’
Dubai	Sulaiman et al (2001)	‘ <i>Sadri dayeq alayya</i> ’ ‘Sento il petto stretto’ ‘ <i>Tabana</i> ’ ‘Sono stanco, affaticato’ ‘ <i>Jesmi metkasser</i> ’ ‘Corpo rotto’
Emirati Arabi	Hamdi et al (1997)	‘Il cuore mi sta avvelenando’ ‘Come se ci fosse dell’acqua calda sulla mia schiena’ ‘Qualcosa mi sta bloccando la gola’

Modelli esplicativi

È stato suggerito che la somatizzazione sia in realtà un concetto che riflette il dualismo inerente alla pratica biomedica occidentale, laddove invece nella maggior parte dei sistemi medici tradizionali non vi è una netta distinzione tra il “mentale” e il “fisico” (Kirmayer & Young, 1998). Per esempio, i cinesi hanno un’incidenza minore della depressione e tendono a negarla o ad esprimerla con sintomi somatici (Sartorius et al., 1996; Zhang et al., 1998). Questo è coerente con l’epidemiologia tradizionale delle cause di malattia sulla base della disarmonia degli organi vitali e dello squilibrio del *qi* (Bhugra & Mastrogianni, 2004).

Pang (1998), esplorando il modo in cui i primi immigrati coreani negli Stati Uniti esprimono la depressione, giunge alla conclusione che esprimano le emozioni anche a

livello simbolico o fisico. Questo è coerente con la medicina tradizionale coreana, che assegna una funzione ad ogni organo del corpo: i polmoni sono legati alla preoccupazione, alla tristezza e all'umore deflesso; il fegato alla rabbia e i reni alla paura (Bhugra & Mastrogianni, 2004). Nella cultura araba, come in quella occidentale, solitamente si associa la depressione a fastidi, dolori e debolezza, e si utilizzano una serie di metafore somatiche per descrivere la depressione (Hamdi et al., 1997; Sulaiman et al., 2001). Questo perchè la medicina tradizionale islamica, ha incorporato delle idee che erano della società ellenistica (Arafa, 2000). L'antico sistema indiano Ayurvedico combina invece l'approccio mentale e fisico. Sintomi come il "gas" e le "sensazioni di calore" vengono utilizzate molto dalle donne punjabi a Londra, coerentemente con la credenza nei modelli ayurvedici del caldo e del freddo (Bhugra et al., 1997a).

Una teoria alternativa è che alcuni pazienti possano enfatizzare sintomi somatici per aprire una negoziazione, così da provare a "parlare la lingua" del medico (Lewis-Fernandez, 2005b). Si è visto come il processo di acculturazione stia portando gli immigrati asiatici a mostrare più sintomi affettivi e meno somatici della depressione; possibilmente ciò è dovuto alla modifica dell'attenzione verso sé stessi (da somatico ad affettivo), con il progredire dell'acculturazione (Chen et al., 2003).

Soluzioni

Si possono intraprendere una serie di azioni per cogliere la presentazione somatica della depressione, e per formulare un programma di gestione accettabile sia per il paziente che per il medico (**Tabella 3**). In generale valutare i sintomi somatici con un approccio che consideri fattori biologici, psicologici, e sociali può aiutare i medici di medicina generale a inquadrare i casi di depressione che hanno una presentazione prevalentemente somatica (Rosen et al., 1982).

Tabella 3: Gestire i sintomi somatici della depressione (modificato da Lewis-Fernandez et al., 2005a)

<p>- Essere a conoscenza della possibilità che i sintomi si presentino in una forma somatica, e informarsi su cosa pensi il paziente dei sintomi somatici.</p>
<p>- Indagare l'utilizzo degli idiomi culturali del malessere per descrivere il processo di somatizzazione e conoscere le metafore "somatiche".</p>
<p>- Comprendere che i sintomi somatici sono reali e non immaginari.</p>
<p>- Esplorare i sintomi fisici nel contesto delle fonti di stress con domande aperte come: "Quali sono i problemi che stai affrontando in questo momento e che ti creano difficoltà o malessere?"</p>
<p>- Le domande mediche specifiche sullo status del paziente vanno fatte, senza però eccedere. Non proporre test potrebbe essere segno di negligenza o disinteresse. Discutere dei test di laboratorio o di imaging negativi con il paziente in genere si rivela utile.</p>
<p>- Sarebbe utile discutere il malessere del paziente in relazione alla condizione di vita e ai fattori di stress. Molti pazienti troveranno utile anche un'interpretazione biopsicosociale.</p>
<p>- Si possono considerare in casi rari anche possibilità quali es. amplificazione somatosensoriale; i pazienti sono iperreattivi al minimo stimolo fisico e dichiarano di essere consapevoli che le sensazioni corporee sono legate al malessere fisico e presentano Alessitimia (una grave incapacità ad esprimere i sentimenti o stati emozionali a parole), questi pazienti è probabile esprimano le emozioni solo o prevalentemente con sintomi fisici.</p>

Conclusioni

Sono state descritte le differenze culturali nella diagnosi della depressione in gruppi appartenenti ad una minoranza etnica, inclusi i modelli esplicativi di malattia e alcune pratiche e abilità che gli psichiatri e i medici generici possono sviluppare per superare questi problemi. La globalizzazione e i processi migratori in atto presuppongono un cambiamento della modalità di negoziazione delle barriere culturali che incontriamo nella cura delle malattie come la depressione. Gli psichiatri dovranno diventare più sensibili a molteplici appartenenze, comunità multi-etniche, reti sociali frammentate e identità flessibili (Bibeau, 1997). La chiave per un trattamento efficace della depressione in un setting multiculturale è promuovere la ricerca dei vissuti legati alla depressione in diverse culture, aumentando la consapevolezza delle differenze culturali tra i clinici, e promuovendo la sensibilizzazione per gli aspetti culturali e la creazione di nuove strategie che possono aiutare a superare le barriere culturali.

BIBLIOGRAFIA

Abusah P. Multi-cultural influences in case management: transcultural psychiatry. *Mental Health in Australia*, 5: 67-75, 1993

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed) (DSM-IV). Washington DC, APA, 1994

Arafa H. www.islamonline.net, 2000

Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Kirmayer LJ, Lepine JP, Lin KM, Tajima O, Ono Y. Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (S13): 47-55, 2001

Bebbington P. Transcultural aspects of affective disorders. *International Review of Psychiatry*, 5: 145-156, 1993

Betancourt JR. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Academic Medicine*, 78: 560-569, 2003

Bhugra D. Depression across cultures. *Primary Care Psychiatry*, 2: 155-165, 1996

Bhugra D. Services for ethnic minorities: conceptual issues. In: Bhugra D & Cochrane R (Eds). *Psychiatry in Multicultural Britain*, London, Gaskell, 2001, pp 330-349

Bhugra D, Hicks MH. Effect of an educational pamphlet on help-seeking attitudes for depression among British South Asian women. *Psychiatric Services*, 55: 827-9, 2004

Bhugra D, Mastrogiani A. Globalisation and mental disorders: Overview with relation to depression. *British Journal of Psychiatry*, 184: 10-20, 2004

Bhugra D, Baldwin D, Desai M. Focus groups: implications for primary and cross-cultural psychiatry. *Primary Care Psychiatry*, 3: 45-50, 1997a

Bhugra D, Gupta KR, Wright B. Depression in north India – a comparison of symptoms and life events with other patient groups. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1: 83-87, 1997b

Bhugra D, Baldwin D, Desai M, Jakob KS. Attempted suicide in west London, II. Inter-group comparisons. *Psychological Medicine*, 29: 1131-1139, 1999

Bhui K. Epidemiology and social issues. In: Bhugra D & Cochrane R (Eds). *Psychiatry in Multicultural Britain*. London, Gaskell, 2001, pp 49-74

- Bhui K, Bhugra D. Transcultural psychiatry: some social and epidemiological research issues. *International Journal of Social Psychiatry*, 47: 1-9, 2001
- Bhui K, Bhugra D, Goldberg D, Dunn G, Desai M. Cultural influences on the prevalence of common mental disorder, general practitioners' assessments and help-seeking among Punjabi and English people visiting their general practitioner. *Psychological Medicine*, 31: 815-825, 2001
- Bibeau G. Cultural psychiatry in a creolizing world: questions for a new research agenda. *Transcultural Psychiatry*, 34: 9-41, 1997
- Borowsky SJ, Rubenstein LV, Meredith LS, Camp P, Jackson-Triche M, Wells KB. Who is at risk of non-detection of mental health problems in primary care? *Journal of General Internal Medicine*, 15: 381-388, 2000 AHMED, K. BHUGRA, D. <http://www.wcpr.org> 54
- Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research Review*, 57: 181-217, 2000
- Brewin C. Explaining the lower rate of psychiatric treatment among Asian immigrants to the United Kingdom: a preliminary study. *Social Psychiatry*, 15: 17-19, 1980
- Burnam M, Hough R, Escobar J, Karno M, Timbers DM, Telles CA, Locke BZ. Six-month prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 44: 687-94, 1987
- Burr J. Cultural stereotypes of women from South Asian communities: mental health care professionals' explanations for patterns of suicide and depression. *Social Science & Medicine*, 55: 835-45, 2002
- Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44: 727-735, 1987
- Canino I A, Rubio-Stipec M, Canino G, et al. Functional somatic symptoms: a cross-ethnic comparison. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62: 605-612, 1992
- Chen H, Guarnaccia P J, Chung H. Self-attention as a mediator of cultural influences on depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 49: 192-203, 2003

Comino EJ, Silove D, Manicavasagar V, Harris E, Harris MF. Agreement in symptoms of anxiety and depression between patients and GPs: the influence of ethnicity. *Family Practice*, 18: 71-77, 2001

Costello EJ, Farmer EM, Angold A, Burns BJ, Erkanli A. Psychiatric disorders among American Indian and White Youth in Appalachia: The Great Smoky Mountains Study. *American Journal of Public Health*, 87: 827-832, 1997

Culhane-Pera KA, Reif C, Egli E, Baker NJ, Kassekert R. A curriculum for multicultural education in family medicine. *Family Medicine*, 29: 719-23, 1997

Diala CC, Muntaner C, Walrath C, Nickerson K, LaVeist T, Leaf P. Racial/ethnic differences in attitudes toward seeking professional mental health services. *American Journal of Public Health*, 91: 805-807, 2001

Dolhoun EP, Munoz C, Gumbach K. Cross-cultural education in U.S. medical schools: Development of an assessment tool. *Academic Medicine*, 78: 615-622, 2003

Ebigbo P. Development of a culture specific (Nigerian) screening scale of somatic complaints. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6: 29-44, 1982

Escobar J, Burnham M, Karno M, et al. Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry*, 44: 713-718, 1987

Finlay-Jones R, Brown GW. Types of stressful life events and the onset of anxiety and depressive disorder. *Psychological Medicine*, 11: 803-815, 1981

Fogel J, Ford DE. Stigma beliefs of Asian Americans with depression in an internet sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50: 470-478, 2005

Gillam S, Jarman B, White P, Law R. Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *British Medical Journal*, 289: 953-957, 1980

Guarnaccia P, Lewis-Fernández R, Rivera Marano M. Toward a Puerto Rican popular nosology: Nervios and ataques de nervios. *Culture Medicine & Psychiatry*, 27: 339-66, 2003

Hamdi E, Yousreya A, Abou-Saleh MT. Problems in validating endogenous depression in the Arab culture by contemporary diagnostic criteria. *Journal of Affective Disorders*, 44: 131-143, 1997

Hussain F, Cochrane R. Depression in South Asian women living in the UK: a review of the literature with implications for service provision. *Transcultural Psychiatry*, 41: 253-70, 2004

Jackson-Triche ME, Sullivan GJ, Wells KB, Rogers W, Camp P, Mazel R. Depression and health-related quality in ethnic minorities seeking care in general medical settings. *Journal of Affective Disorders*, 58: 89-97, 2000

Jacob KS, Bhugra D, Lloyd KR, Mann AH. Common mental disorders, explanatory models and consultation behaviour among Indian women living in the UK. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91: 66-71, 1998

Jenkins JH. Ethnopsychiatric interpretations of schizophrenic illness: the problem of nervios within Mexican-descent families. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12: 303-331, 1988

Karasz A. Cultural differences in conceptual models of depression. *Social Science & Medicine*, 60: 1625-35, 2005 DEPRESSION ACROSS CULTURES WCPRR April/July 2007, 2(2/3): 47-56 55

Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? *Archives of General Psychiatry*, 49: 716-722, 1992

Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62: 22-28, 2001

Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60: 420-30, 1998

Kleinman A. *Rethinking Psychiatry*. New York, Free Press, 1988

Kleinman AM, Good BJ. *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley, University of California Press, 1995

Lecrubier Y. Is depression under-recognised and under-treated? *International Clinical Psychopharmacology*, 13: 3-6, 1998

Lecrubier Y. Prescribing patterns for depression and anxiety worldwide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62: 31-36, 2001

- Lee S. Estranged bodies, simulated harmony and misplaced cultures: neurasthenia in contemporary Chinese society. *Psychosomatic Medicine*, 60: 448-457, 1998
- Leo R J, Sherry C, Jones A W. Referral patterns and recognition of depression among African–American and Caucasian patients. *General Hospital Psychiatry*, 20: 175-182, 1998
- Lewis-Fernández R, Das A K, Alfonso C, Weissman MM, Olfson M. Depression in US Hispanics: diagnostic and management considerations in family practice. *Journal of the American Board of Family Practice*, 18: 282-296, 2005a
- Lewis-Fernández R, Guarnaccia PJ, Patel S, et al. Ataque de nervios: anthropological, epidemiological, and clinical dimensions of a cultural syndrome. In: Georgiopoulos AM, Rosenbaum JF (Eds). *Perspectives in cross-cultural psychiatry*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005b, pp. 63–85
- Lloyd K, Jacob K, Patel V. *The development of the Short Explanatory Model Interview and its use among primary care attenders*. London, Institute of Psychiatry, 1996
- Loewenthal K M, Macleod A K, Lee M, Cook S, Goldblatt V. Tolerance for depression: are there cultural and gender differences? *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 9: 681-8, 2002
- Manson SM. Culture and major depression; Current challenges in the diagnosis of mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 18: 487-501, 1995
- Mezzich J, Raab E. Depressive symptomatology across the Americas. *Archives of General Psychiatry*, 37: 818-823, 1980
- Mirza I, Jenkins R. Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review. *British Medical Journal*, 328: 794, 2004
- Narrow W, Rae D, Moscicki E, Locke BZ, Regier DA. Depression among Cuban Americans: the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25: 260-268, 1990
- Nichter M. Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress. A case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5: 379-408, 1981
- Oquendo MA, Ellis SP, Greenwald S, Malone KM, Weissman MM, Mann JJ. Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1652-1658, 2001

- Pang KYC. Symptoms of depression in elderly Korean immigrants: narration and the healing process. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22: 93-122, 1998
- Parker G, Gladstone GL, Chee KT. Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. *American Journal of Psychiatry*, 158: 857-864, 2001
- Patel V. The need for treatment evidence for common mental disorders in developing countries. *Psychological Medicine*, 30: 743-746, 2000
- Rait G, Burns A, Baldwin R, Morley M, Chew-Graham C, St Leger AS, Abas M. Screening for depression in African-Caribbean elders. *Family Practice*, 16: 591-595, 1999
- Roberts RE. Prevalence of depressive symptoms among Mexican Americans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169: 213-219, 1981
- Roberts RE, Stevenson JM, Breslow L. Symptoms of depression among Blacks and Whites in an urban community. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169: 774-779, 1981 AHMED, K. BHUGRA, D. <http://www.wcpr.org> 56
- Rosen G, Kleinman A, Katon W. Somatization in family practice: a biopsychosocial approach. *Journal of Family Practice*, 14: 493-502, 1982
- Sartorius N, Schulze H. *Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005
- Sartorius N, Üstün T, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *British Journal of Psychiatry*, 168 (S30): 38-43, 1996
- Schraufnagel T J, Wagner A W, Miranda J, Roy-Byrne PP. Treating minority patients with depression and anxiety: what does the evidence tell us? *General Hospital Psychiatry*, 28: 27-36, 2006
- Shaw CM, Creed F, Tomenson B, Riste L, Cruickshank JK. Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in African Caribbeans and White Europeans: two phase general population survey. *British Medical Journal*, 318: 302-306, 1999

- Somervell PD, Leaf PJ, Weissman MM, et al. The prevalence of major depression in black and white adults in five United States communities. *American Journal of Epidemiology*, 130: 725-735, 1989
- Stansfeld SA, Haines MA, Head JA, Bhui K, Viner R, Taylor SJ, Hillier S, Klineberg E, Booy R. Ethnicity, social deprivation and psychological distress in adolescents: School-based epidemiological study in east London. *British Journal of Psychiatry*, 185: 233-238, 2004
- Sulaiman S, Bhugra D, de Silva P. Perception of depression in a community sample in Dubai. *Transcultural Psychiatry*, 38: 201-218, 2001
- Thakker J, Ward T. Culture and classification; The cross-cultural application of the DSM-IV. *Clinical Psychology Review*, 18: 501-529, 1998
- Vera M, Alegria M, Freeman D. Depressive symptoms among Puerto Ricans: island poor compared with residents of the New York City area. *American Journal of Epidemiology*, 134: 502-10, 1991
- Weiss MG, Doonagaji DR, Siddhartha S, Wypij D, Pathare S, Bhatawdekar M, Bhave A, Sheth A, Fernandes R. The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). Contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 160: 819-830, 1992
- Weiss MG, Raguram R, Channabasavanna, SM. Cultural dimensions of psychiatric diagnosis. A comparison of DSM III-R and illness explanatory models in south India. *British Journal of Psychiatry*, 166: 353-359, 1995
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276: 293-299, 1996
- WHO; Lopez A D, Mathers C D, Ezzati M (Eds.). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Geneva, World Health Organisation, 2002
- Zhang WX, Shen YC, Li SR. Epidemiological investigation on mental disorders in 7 areas of China. *Clinical Journal of Psychiatry*, 31: 69-71, 1998