

Stereotipi sessuali nella diagnosi psichiatrica

Bianca Iaccarino, Roma

(1) Alfonso Gaglio e Enzo Sarli, « Bisogni e pratica psichiatrica », *Aut Aut*, n. 162, novembre-dicembre 1977, Firenze, La Nuova Italia Editrice.

(2) Franca Basaglia Ongaro, Introduzione a *Le donne e la pazzia* di Phyllis Chesler, Torino, Einaudi Nuovo Politecnico, 1977, p. XXV.

Il primo stimolo all'indagine e all'approfondimento del tema di questo articolo mi si presentò alla lettura di una relazione di Alfonso Gaglio e Enzo Sarli, operatori all'Ospedale Psichiatrico di Trieste, nella quale (1) veniva analizzata in modo critico la cartella clinica di una paziente pluricoverata, nel tentativo di delineare la contraddizione specifica tra il disagio psichico femminile da una parte e la logica dei funzionari dell'istituzione manicomiale intricata con le richieste di « normalità » del marito della paziente, dall'altra. Anita K. è una donna proletaria qualunque con un'infanzia e una socializzazione tipiche, senza particolari profili patogenici. Sposatasi per riparare ad un'imminente maternità, Anita prova tutte le frustrazioni tipiche di un rapporto di coppia nel quale il suo essere donna coincide con il suo dover essere « corpo per altri e madre senza madre » (2); Anita comincia a stare male, cioè a prendere coscienza dei propri bisogni di essere umano e di donna scontrandosi però in modo per lei non dialettizzabile con l'ideologia del suo ruolo sessuale interiorizzato e con il marito che ne rappresenta il tutore sul piano della norma sociale.

Lo scontro non mediabile si risolve in una separazione della coppia (richiesta da Anita) e in un tentativo di suicidio di quest'ultima che comporta immediatamente un ricovero psichiatrico destinato a ripetersi per diversi anni.

L'analisi della cartella clinica mette in luce l'ideologia sessuale sottostante alla diagnosi psichiatrica che ben presto si fa strada: schizofrenia. « Anita non è credibile »; « il marito sembra un giovane a modo e sincero ». Uno dei parametri più convincenti per essere considerata in via di guarigione e quando « chiede la sospensione del procedimento di separazione dal marito ».

D'altra parte quando non è ricoverata è « normale »: lavora, tiene in ordine la casa, accudisce i figli, fa usare il proprio corpo al marito (« all'inizio provavo piacere, poi a poco a poco non ho più sentito nulla »), soprattutto è mite, remissiva; come afferma con enfasi il marito « una vera donna » (3). Ogni volta che Anita comincia ad arricchirsi di bisogni, la sua ribellione si consuma nella sconfitta di un gesto che assume la connotazione di un sintomo psichiatrico e si sbreccia ripetitivamente contro il sistema organizzato dei pregiudizi sessuali della diagnosi psichiatrica che si alleano con le richieste di « normalità » del marito: di fronte a questa alleanza Anita si rassegna alla sconfitta e all'autodistruzione. Dalla sofferenza passa alla malattia. Il momento di un possibile riscatto arriva, per questa paziente ormai cronica, con i nuovi operatori psichiatrici i quali si pongono, o tentano di porsi, in un atteggiamento di verso nei suoi confronti, affermando e promuovendo i suoi bisogni di donna al di là delle richieste fatte al suo ruolo, e cercando di mettere in discussione il ruolo del marito.

« Eppure, nonostante il nostro sforzo, spesso ci è sorto il dubbio che i limiti, diciamo strutturali, che ci vengono dal nostro essere prima maschi e poi psichiatri, ci abbiano impedito di cogliere tutta la 'corposità' di Anita e dei suoi bisogni...

Anita vive in un appartamento con il figlio maggiore; ha trovato lavoro. E' diventata più bella, va dal par-

(3) Alfonso Gaglio e Enzo Sarli, *Op. cit.*, pp. 69-70.

rucchiere ogni settimana, si trucca, mette vestiti che le stanno bene, ha fatto alcune amicizie. Forse avra ancora delle crisi; quello che è probabile, almeno crediamo, è che lei non permetterà più ad alcuno, familiare o psichiatra, di offrirle o imporle le risposte conosciute in questi anni » (4),

(4) *Ibidem*, p. 74.

Questi due ultimi paragrafi, a mio avviso, testimoniano in maniera evidente la contraddizione non risolta nella quale si muovono i due autori. Mentre da una parte teorizzano la difficoltà a capire i bisogni di Anita, intrinseca al loro essere maschi prima che psichiatri, e affermano la necessità di una reciproca soggettivazione di utente e operatore, dall'altra, nel secondo paragrafo, non sfuggono allo stereotipo sessuale maschile che pur tentano di problematizzare: sostituiscono allo stereotipo tradizionale di normalità femminile (remissività e soggezione al marito e alla famiglia) un altro stereotipo altrettanto tradizionale (che vuole la donna bella, attraente e ben curata) e lo adoperano come indice di salute mentale, ne fanno un giudizio clinico.

Questa contraddizione così paese in due operatori pur notevolmente impegnati sia sul piano antiistituzionale che nella messa in discussione della logica del proprio ruolo, appare significativa e spinge ad ulteriori considerazioni.

È un fatto ormai acquisito che, comunque si definisca la malattia mentale e adottando anche differenti parametri di valutazione in differenti gruppi etnici e sociali, le statistiche riguardanti l'incidenza delle malattie mentali nell'uomo e nella donna danno sempre risultati concordanti su valori più alti per ciò che concerne la psicopatologia femminile. Gove e Tudor (5), analizzando il ruolo sessuale adulto della donna nelle moderne società industriali, hanno messo in luce una serie di caratteristiche che favoriscono, nella donna, il disagio psicologico e la possibilità di malattie mentali. Il loro studio si basa sull'utilizzazione di categorie definitorie di malattia mentale sufficientemente ristrette per ridurre al minimo le notevoli ambiguità insite in ogni diagnosi: sono state volutamente escluse

(5) Walter Gove e Jeanette F. Tudor. « Adult sex roles and Mental Illness », in *Changing Women in a Changing Society*, edited by Joan Huber, Chicago and London, University of Chicago Press, 1973.

quelle categorie di malattia mentale per le quali è ancora aperto il dibattito sulla loro possibile etiologia organica, o meno. I risultati emergenti dall'analisi di dati rilevati a partire da servizi pubblici (manicomiali e territoriali) e dalla pratica professionale privata, concordano nell'esprimere una netta prevalenza numerica per ciò che concerne la psicopatologia nelle donne.

Cio che è più importante, tale risultato non varia a seconda delle fonti istituzionali presso le quali sono stati rilevati i dati: è chiaro per esempio come la funzione istituzionale del manicomio sia completamente differente da quella di un centro di prevenzione territoriale, così come è chiaramente diversa l'utenza di un professionista in pratica privata: la maggiore incidenza delle malattie mentali nelle donne rimane significativamente immutata in tutte queste situazioni. Varia solo rispetto ad un parametro abbastanza significativo: il matrimonio.

Gli uomini sposati sembrano meno esposti alle malattie rispetto alle donne sposate che invece costituiscono la gran parte del serbatoio che alimenta le istituzioni della malattia mentale: al contrario uomini non sposati sembrano più esposti alle malattie mentali rispetto alle donne non sposate (qui, forse, è bene tener conto dell'area culturale nordamericana nella quale sono state condotte le ricerche).

Le possibili ipotesi speculative che sono state avanzate per analizzare il significato di questi dati non risultano esaurienti né completamente convincenti. L'ipotesi di Thomas Scheff (6), per esempio, consistente nell'affermare che una persona assume lo status di malato mentale in quanto la società, attraverso le sue agenzie di controllo sociale, ha il potere e l'esigenza di percepire e definire un individuo o una categoria di individui come malati mentali, non spiega il maggior numero di donne malate mentali in quanto altri dati di altre ricerche dimostrano che un gruppo è più pronto e più interessato a definire psichiatricamente e ad interessare un maschio adulto piuttosto che una donna. Una possibile spiegazione, su un piano pure speculativo della maggiore incidenza delle ma-

te) Thomas Scheff, *Being mentally ill: a sociological theory*, Aldine, Chicago 1966; trad. it. Feltrinelli 1974.

(7) D. Phillips e B. Segal, « Sexual status and Psychiatric Symptoms », *American Sociological Review*, Vol. 34, 1969, pp. 58-72.

(8) M. Rutter, « Sex differences in children responses to family stress », in *The child in his family* (a cura di E. J. Anthony e C. Koupernik), New York, Wiley, 1970.

(9) S.L. Bern, « The measurement of psychological androgyny », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 42, 1974, pp. 155-162.

(10) Ricerche a cura di Arie [1970] e Rosenbaum (1967) riportate da Peter Mayo, « Sex differences

lattie mentali nelle donne e stata avanzata da Phillips e Segal (7) e consiste nella teoria che questa maggiore incidenza non è dovuta ad una reale differenza di ordine sessuale rispetto ai disturbi psichiatrici, ma è riportabile alle caratteristiche dei ruoli sessuali adulti maschile e femminile. In breve, secondo gli autori è generalmente accettato sul piano del ruolo sessuale che una donna manifesti difficoltà di ordine esistenziale e psicologico, molto di meno per ciò che riguarda l'uomo, pena l'invalidità e la scarsa credibilità. Si tratta di una spiegazione che entra però in contraddizione con i dati citati prima riguardo al fatto che gli uomini non sposati (8) presentano uguale se non maggiore incidenza di malattie mentali delle donne non sposate: questa spiegazione, se ci può servire a mettere in luce un aspetto esplicativo del fenomeno che stiamo considerando, non ne può però rappresentare una teoria generalizzabile. Una ricerca di S. Bern, però, ci deve far meditare sulla grande importanza, anche se non esaustiva, di questa spiegazione riferita alle aspettative concernenti il ruolo sessuale (9): la ricerca e del '74 ed è stata condotta negli Stati Uniti. E' emerso in modo estremamente chiaro e senza possibili ambiguità che, per l'americano medio, avere caratteristiche maschili significa essere « un leader che afferma se stesso, è pieno di forza, indipendente, fa affidamento solo su se stesso ed ha una forte personalità », mentre avere caratteristiche femminili significa essere « affettuosa, dolce, riservata, comprensiva e sottomessa ».

Per ciò che riguarda la categoria dei disturbi psicosomatici, invece, sembra (e diciamo sembra in quanto i criteri e le categorie nosografiche in questo ambito sono quanto mai soggettivi e relativi al modello di teoria psicopatologica usato) che, pur registrando una prevalenza di disturbi nelle donne, questa non sia così alta come per altre forme di disagio psichico. Una eccezione molto interessante (per altro tutta da studiare e da capire) pare essere costituita dall'ulcera peptica (10) che, sicuramente fino alla fine del secolo scorso era molto più frequente nella donna, mentre dopo la 1ª guerra mondiale è diventata improvvisa-

mente appannaggio quasi esclusivo degli uomini. Le spiegazioni di questo fenomeno sono state molteplici e le speculazioni teoriche hanno preso in considerazione soprattutto fattori di ordine psicosociale. Quello che più importa a noi rilevare è la relatività storica di questo fenomeno psicopatologico e registrare la sua variabilità a conferma delle varie e sempre più numerose congetture che si stanno facendo nel campo dell'interpretazione dei dati dell'andamento epidemiologico delle malattie mentali. Una ulteriore specificità riguarda il modo in cui uomini e donne reagiscono ai cambiamenti che accadono nelle loro vite. Le donne sembrano molto più sensibili a subire uno stress di alta entità e quindi a produrre sintomi psichiatrici in conseguenza di cambiamenti non controllabili e dominabili con la propria volontà (morte, malattie, trasferimento di lavoro, ecc), mentre gli uomini sembrano reagire in maniera più generica senza distinzione ad eventi controllabili e non controllabili (11).

Questo fatto, insieme ad altri indizi desumibili da altri tipi di ricerche, sembra suggerire che le donne soffrano più di tutto ciò che rimanda loro un'immagine di mancanza di potere e di controllo sulla propria vita, concordante d'altra parte con tutta una serie di riscontri sul piano sociologico messi in moto e verificati dal movimento femminista.

Ma il fattore di gran lunga più importante e significativo quale *fattore-rischio* per la salute mentale della donna è // *matrimonio*.

A parte il classico studio di Rutter (12) che dimostra come gli uomini sposati, rispetto alle donne sposate, godano una migliore salute sia fisica che mentale, altre ricerche hanno messo in evidenza come le donne più sane, tra un vasto gruppo scelto come campione, sia fisicamente che mentalmente erano quelle che avevano raggiunto la mezza età avendo fatto la scelta di non sposarsi e di realizzarsi in un differente stile di vita (13).

Ed in tema di età di mezzo è fatale, nell'ambito di un discorso sulla psicopatologia femminile, accennare a

and Psychopathology », in *Exploring sex differences*, volume collettivo a cura di Barbara Lloyd e John Archer, London, Academic Press, 1976.

(11) B.S. Dohrenwend, *Social Status and stressful life events*, riportato da Peter Mayo, *Op. cit.*

(12) M. Rutter, *Op. cit.*

(13) L.E. Hinkle jr., H.G. Wolff, *„Health and the social environment“*, riportato da Peter Mayo, *Op. cit.*

quello che sembra essere il periodo più critico per la vita della donna e più soggetto a false interpretazioni: la menopausa. Nello studio delle componenti psicofisiologiche che determinano la sofferenza tipica di questa fase della vita della donna, gli stereotipi e i pregiudizi sessisti dei ricercatori probabilmente hanno avuto un largo peso. Almeno questo e quanto si può dedurre da una recente ricerca condotta su un vasto campione in aree culturali differenti e adottando metodi incrociati consistenti nell'analisi di cartelle cliniche, nella somministrazione di test proiettivi e interviste e nella verifica di criteri diagnostici del personale psichiatrico: ad un campione di psichiatri tenuti all'oscuro degli scopi della ricerca veniva richiesta una diagnosi in base alla descrizione di un quadro sintomatico contenente caratteristiche di ordine sia paranoide che depressivo (14).

I risultati della ricerca disconfermano l'idea tradizionale consistente nel considerare la depressione della donna di mezza età quale effetto dell'imponente mutamento endocrino che si verifica in corrispondenza della menopausa (15).

Al contrario vi è una chiara dimostrazione che la depressione di questo periodo è da mettere in relazione al venir meno del ruolo « naturale » della donna, al timore della perdita della attrattiva sessuale da parte degli uomini e al conseguente abbassamento della propria autostima unito all'incapacità di progettare la propria esistenza al di là del proprio ruolo « naturale » di madre e nutrice. Ciò spiega perché nel campione esaminato, le casalinghe presentavano un tasso di incidenza di depressione molto più alto delle donne che si erano realizzate in un lavoro. Spiega anche l'aggressività inconscia implicita nel comportamento della donna depressa: è come se pensasse: « mi sono sacrificata per tanti anni antepo-
nendo alla mia realizzazione e alla ricerca di mie gratificazioni, l'abnegazione per il marito e i figli. Adesso che tutto è giocato, non ho ricompense, né gratitudine ma solitudine e vecchiaia ». In molte storie cliniche, infatti, è presente l'idea di essere stata sfruttata e frodata. Ed è interessante constatare come la psichiatria ufficiale si sia

(14) Pauline B. Bart, « Depression in middle-aged women », in *Woman in sexist society* edited by Vivian Gornick and Barbara K. Moran, Basic Books, New York 1971.

(15) Si vedano anche, a questo proposito, i lavori di A. Lo Cascio e altri: « Il pensionamento femminile come *Erlebnis* sociale », *Rivista di Psichiatria*, Vol. XII, N. 6, nov.-dic. 1977; e « Mito e psicopatologia della condizione femminile », *Lavoro Neuropsichiatrico*, Roma, luglio-dic. 1977.

accanita a non ricercare un significato psicologico nella sindrome depressiva della menopausa quasi a voler negare l'emergenza di un legittimo dubbio: se esiste uno sfruttamento chi è lo sfruttatore? « Non c'è mai per la donna una madre verso cui tornare, come bisogno di regressione e nutrimento... » (16). Fin qui abbiamo seguito le argomentazioni desumibili da ricerche a carattere epidemiologico che ci potessero consentire una visione panoramica e orizzontale del problema. Eravamo partiti dal chiederci quanto e soprattutto come il sesso dello psichiatra possa condizionare la diagnosi di salute e/o malattia mentale nei confronti della donna. Tutte le ricerche epidemiologiche che abbiamo passato (velocemente) (17) in rassegna focalizzano la loro attenzione e ricercano delle ipotesi esplicative del fenomeno della più alta incidenza di malattie mentali nelle donne, in queste ultime e nelle difficoltà insite nel loro ruolo sessuale, nelle condizioni della loro vita ecc. Un'altra possibile spiegazione (e con questo non è che si pretende di esaurire la complessità di un fenomeno che presenta una molteplicità di sfaccettature) si può ricercare, appunto, a partire non dalla collocazione delle donne ma da quella degli psichiatri. Infatti è un dato di normale osservazione ed esperienza che ad una maggioranza di donne con difficoltà psicologiche corrisponde una maggioranza numerica di psichiatri maschi (18).

Diventa allora inevitabile porsi il problema della natura e delle caratteristiche del rapporto uomo/donna in una situazione particolare come è quella che stiamo descrivendo, complessa anche perché mediata dalle richieste e dalle costrizioni imposte dai ruoli reciproci che utente e psichiatra rivestono all'interno di un rapporto che non è un rapporto privato. A questo punto il tema dello stereotipo diventa importante e ci può aiutare a capire le difficoltà e la contraddizione che avevamo notato nella relazione di Gaglio e Sarli. A questo proposito è utile far riferimento ad una ricerca americana ormai classica che ha orientato, successivamente, tutto un filone di studi

(16) Franca Basaglia Ongaro, *Op. cit.*, p. XXIV.

(17) Si veda anche, su questo argomento, A. Lo Cascio e altri, « Influenze sociofamiliari sull'ospedalizzazione psichiatrica della donna » // *Lavoro Neuropsichiatrico*, Roma, maggio-giugno 1977.

(18) Si consulti a questo proposito tutta la documentazione annessa al volume di Phyllis Chesler già citato.

(19) Inge K. Broverman, Donald M. Broverman, Frank E. Clarkson, Paul S. Rosenkrantz, Susan Vogel, « Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health », *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol. 34, n. 1, 1970, pp. 1-7.

ed interessi. La ricerca (19) si proponeva, attraverso la somministrazione ad un campione di psichiatri di un questionario composto di 122 items bipolari, di verificare l'ipotesi che 1) la diagnosi psichiatrica di salute o malattia mentale variava in funzione del sesso della persona esaminata e 2) che il giudizio clinico di un ideale comportamento adulto sano (non specificato in base al sesso) fosse molto simile a quello standard richiesto ad un adulto « normale » maschio, ma molto differente dallo standard di prestazione e di comportamento richiesto ad una donna. Entrambe le ipotesi sono state verificate, ma ciò che è più significativo, secondo gli autori, (rispetto ad un risultato che poteva considerarsi scontato in quanto sarebbe stato molto difficile per gli psichiatri del campione non riflettere, nella loro specificità tecnica, l'interiorizzazione delle norme e aspettative legate al ruolo sessuale) è il fatto che nelle risposte al questionario è risultata implicita una valutazione negativa della femminilità, in questi termini: le donne sane differirebbero dagli uomini sani per il fatto di essere meno indipendenti, audaci, aggressive, competitive, oggettive e al contrario per essere più sottomesse, più facilmente influenzabili, più eccitabili da conflitti di piccola entità, più suscettibili, più emotive, senza interesse per la conoscenza e la scienza.

Gli autori mettono quindi in guardia gli operatori psichiatrici rispetto al pericolo di rafforzare, anche se involontariamente, attraverso l'influenza dei propri stereotipi legati al ruolo sessuale, i conflitti intrapsichici e sociali degli utenti non solo attraverso il rapporto quotidiano che intrattengono con singoli individui sofferenti, ma soprattutto attraverso il loro ruolo di esperti che da loro un potere sia nei confronti dell'opinione pubblica che della politica di intervento e di prevenzione del disagio psichico da parte dei servizi territoriali.

A noi sembra, in realtà, che il diverso atteggiamento degli psichiatri (e da notare che il campione comprendeva sia uomini che donne) verso la salute mentale di un soggetto maschio o femmina derivi anche, in larga misura, da una implicita concezione di salute

mentale commisurata al grado di adattamento all'ambiente; nel senso che le risposte al questionario tendevano a descrivere esattamente il ruolo e la funzione che la « coscienza collettiva » (20) assegna all'uno e all'altro sesso.

« Così, per una donna essere sana, dal punto di vista dell'adattamento all'ambiente, significa accettare le norme di comportamento del suo sesso, anche se tali norme, in senso generale, sono socialmente meno desiderabili e considerate meno sane rispetto all'uomo adulto, maturo e ben adattato [*competent*] » (21). Gli autori provocatoriamente continuano, per via di analogia, chiedendosi quale tipo di diagnosi di salute mentale avrebbe prodotto uno psichiatra « conformista » nei confronti di un Nero in un periodo storico precedente alla conquista dei diritti civili da parte di questa minoranza: e ne concludono che probabilmente sarebbe stata una diagnosi tendente a descrivere un ideale zio Tom docile, non ambizioso, fidato, infantile ecc.

Al di fuori della provocazione, crediamo si possa dire che questa ricerca individua e mette allo scoperto uno dei nodi centrali della formazione e della prassi degli operatori nel settore psichiatrico e psicologico, costituito dalla contraddizione tra un sapere che viene appreso tramite i testi è un'esperienza che rimane esterna al processo di formazione e di « accumulazione » di questo sapere.

E' da questa contraddizione che nasce la contraddizione specifica dell'operatore psichiatrico nei confronti del disagio femminile, una difficoltà di conoscenza dei veri termini dell'origine e della storia di questo disagio che è una difficoltà a riconoscerli per la carenza di una esperienza reale e non mediata attraverso i testi e i manuali da una parte, e gli stereotipi che veicolano una « coscienza collettiva » dall'altra.

Se l'intervento tecnico nel momento della diagnosi psichiatrica deve servire a riconoscere i bisogni e ad arricchirli invece che a sanzionare una presunta inadeguatezza, allora ci sembra più che mai necessaria una esperienza individuale di analisi del proprio atteggiamento.

(20) Il concetto junghiano di « coscienza collettiva » ci sembra particolarmente appropriato a rendere lo spessore soggettivo e intrapsichico della definizione sociologica di stereotipo.

(21) Inge K. Broverman e altri, *Op. cit.*

giamento soggettivo inconscio che includa non solo l'esperienza dei propri affetti più profondi ma anche il riconoscimento e il distanziamento critico di quegli atteggiamenti « collettivi » e stereotipici che condizionano il rapporto reciproco maschile/femminile.