

LET ME SEE YOUR BEAUTY BRING YOU IN

TEMA / LE DIVERSITÀ

frontare in anticipo, per tempo e in profondità le questioni che toccano la vita, la morte, la speranza, il futuro. Non si trattava solo di una scarsa obiettività scientifica ma, secondo me, di troppo tempo spesso non nell'interesse del cittadino e con costi per lo Stato (i rimborsi dei viaggi a Roma). Magari ora le cose nel Comitato sono cambiate. Me lo auguro.

**Lei è una donna, una scienziata, che dirige un laboratorio di ricerca. È stato duro?**

«È difficile per tutti. Come molti altri lavori anche la ricerca non ha regole né orari se non quelle del laboratorio che diventa la casa e parte della famiglia. Occorre certamente un coniuge complice e una famiglia disposta a sacrificare abitudini e "tranquillità" per favorire quelle del laboratorio. L'inizio della carriera professionale spesso coincide anche con l'inizio di una vita familiare autonoma e questo è il momento critico, forse ancora di più per una donna. Poi nelle fasi successive paragonerei l'ambiente di lavoro non tanto al classico tetto di cristallo da sfondare per arrivare alla meta finale – una metafora, secondo me, spesso ingannevole che non rende giustizia alle continue sfide – ma a un labirinto, un luogo aperto, dove gli impedimenti ci sono da subito, sono tanti, piccoli e continui, ma il labirinto è aperto e permette di trovare la strada. È alla capacità di districarsi in un continuo labirinto che la donna deve mirare e se ha la fortuna di avere intorno un ambiente familiare e lavorativo favorevole, sono convinta possa fare emergere tutte le sue qualità produttive.

**Quali sono le emozioni maggiori del suo lavoro?**

«Il lavoro in laboratorio è composto di attività intellettuali e pratiche dinamiche, sottoposte cioè a un processo di miglioramento continuo. Giorno dopo giorno ci sono le emozioni dei pezzi di storia che si costruiscono, dei muri che si abbattono, delle sofferenze per un esperimento andato male, dei pensieri nuovi che nessun altro prima aveva sviluppato, dei collegamenti stesi tra ipotesi e risultati. Ci sono anche le emozioni negative, quando vedi la strada sconfitta, la tua idea fallita. E allora si lavora per cercare di ridurre questi rischi, che significa aprire più strade e più esperimenti.

Le emozioni positive sono poi quelle di quando finiti la via e capisci – dal risultato di un'auto-radiografia o da come si comportano alcune cellule in un piattino da laboratorio – che è quella buona. La verifichi mille volte, aggiungi altre strategie sperimentali, cerchi il confronto dei colleghi e se tutto regge diventi il primo al mondo a vedere quel risultato, a ragionarci sopra, a studiare come proseguire, perché quel risultato non solo conferma l'ipotesi su cui si sta lavorando ma è soprattutto un passo utile per capire e per contribuire alla speranza. È tutto qui. Un piccolo spot nero su una lastra o una manciata di cellule migliori e il cuore batte come un tamburo e il muro dell'ignoto si sposta un po' più in là. E si vola. ■

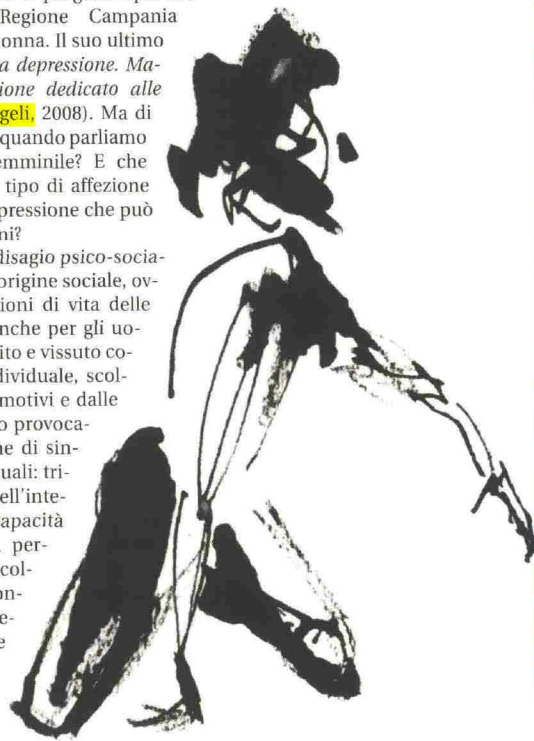
# Fare i conti con i pregiudizi

*Perché la depressione colpisce tanto di più le donne?*

COLLOQUIO CON ELMIRA REALE  
A CURA DI ANNA MARIA CRISPINO

**E**lvira Reale, psicologa, lavora da circa trent'anni nei servizi di salute mentale con un'ottica di genere ed attualmente coordina il progetto speciale della Regione Campania sulla salute della donna. Il suo ultimo libro è *Prima della depressione. Manuale di prevenzione dedicato alle donne* (Franco Angeli, 2008). Ma di che cosa parliamo quando parliamo di depressione femminile? E che "diversità" questo tipo di affezione ha rispetto alla depressione che può affliggere gli uomini?

«Parliamo di un disagio psico-sociale, che ha cioè un'origine sociale, ovvero nella condizioni di vita delle donne (ma vale anche per gli uomini), ed è percepito e vissuto come sofferenza individuale, scollegata spesso dai motivi e dalle cause che l'hanno provocata, con produzione di sintomi psico-fisici quali: tristezza, perdita dell'interesse, senso di incapacità ed inadeguatezza personale, senso di colpa, difficoltà di concentrazione e memoria, alterazione del ciclo vitale: sonno, fame, sessualità. Nel-





WHERE ARE YOU, GOLDEN MIND?

TEMA / LE DIVERSITÀ

le donne più che negli uomini queste manifestazioni sono più spesso accompagnati da sintomi d'ansia, attacchi di panico, e un corteo di manifestazioni psicosomatiche. Le differenze incominciano dalla quantità di depressione femminile nel mondo. Per tutti valgono le statistiche dell'Oms che ci dicono che a partire dal 1998 nelle donne di età compresa tra i 15 ed i 44 anni, la depressione è la prima causa di disabilità e carico di malattia, e la seconda nelle donne tra i 45 ed i 59 anni. Per gli uomini invece la depressione è solo la terza causa di disabilità nella fascia di età 15-44, e l'ottava causa nella fascia successiva 45-59 anni. I disturbi depressivi costituiscono il 41,9 per cento della disabilità da disturbi neuropsichiatrici tra le donne ed il 29,3 tra gli uomini. I tassi di prevalenza per depressione nelle donne sono da 2 a 3 volte superiori

a quelli negli uomini; per i disturbi di panico le diagnosi che le donne ricevono sono in un rapporto che varia da 3-4:1 rispetto ai maschi. I tassi di prevalenza per la depressione nelle donne rispetto agli uomini si evidenziano in crescita a partire dalla prima adolescenza: Nell'adolescenza i tassi di disturbi di depressione ed ansia sono maggiori nelle ragazze; le ragazze soffrono inoltre di disturbi alimentari (anoressia e bulimia) al 95 per cento rispetto al 5 dei ragazzi. E ancora sempre l'Oms ci dice che: «Il genere femminile è un predittore significativo per la prescrizione di farmaci psicotropi»; «La depressione può essere anche più persistente nelle donne, e il genere femminile è un predittore significativo di ricaduta»; «La depressione e l'ansia sono diagnosi comunemente in comorbilità e le donne hanno una prevalenza più alta rispet-

## Stesso organo, risposte diverse

**A**nnarosa Floreani, Professore Associato di Gastroenterologia all'Università di Padova, si occupa soprattutto di malattie del fegato. Autrice di un gran numero di articoli e ricerche pubblicati in Italia e in ambito internazionale, ha partecipato alla stesura della Guida alla salute delle donne, promossa dalla Commissione nazionale Pari Opportunità e curata da Elvira Reale (Roma, 2004 - [www.salutementaledonna.it](http://www.salutementaledonna.it)). La sua esperienza in campo clinico le fa affermare che «Tra i due sessi non vi sono differenze morfologiche del fegato, ma il danno epatico può avere conseguenze molto diverse nel maschio e nella femmina sia in corso di malattie primitive che in corso di condizioni acquisite».

**Per noi "profani", però, l'approccio con la ricerca e i protocolli medico-specialistici sembrano in genere affidarsi alla neutralità: il paziente-tipo, il protocollo standard, le cure più aggiornate o quelle sperimentali. Quanto conta nel suo lavoro la diversità, di sesso, età, appartenenza sociale o etnica? E nella relazione con il/la paziente?**

«Nelle malattie del fegato (ma in genere questo vale per tutte le malattie) ci sono delle terapie standardizzate e dei protocolli clinici sperimentali. Questi ultimi vengono condotti secondo regole cliniche molto rigorose che prevedono l'autorizzazione dei comitati etici e il controllo anche dello sperimentatore. Prevedono inoltre dei criteri di selezione rigidi e il consenso informato. Succede in genere che la valutazione dei risultati venga fatta globalmente senza tener conto del sesso; invece ci può essere una diversità di risposta in relazione alla diversità sesso (legata a diverso metabolismo dei farmaci, struttura corporea, ormoni). Per quanto riguarda le terapie standard (già collaudate ed uscite dalla fase di sperimentazione) ci possono essere delle diversità di risposta sempre legate ai fattori precedenti, per esempio oggi si sa che le donne in età fertile rispondono meglio di quelle in menopausa alla terapia antivirale per l'epatite C e quelle che

sono già in menopausa e prendono terapia sostitutiva ormonale rispondono meglio di quelle che non la prendono. L'appartenenza sociale ed etnica possono essere importanti ma per fortuna in una piccola percentuale di casi. Le persone immigrate possono avere malattie croniche di fegato da cause infettive, ma se non sono iscritte al nostro sistema sanitario non possono ricevere le cure specifiche. Qualche volta hanno invece una scarsa aderenza alla terapia, cioè non trovano in se stesse abbastanza motivazioni per seguire esami e visite periodiche. Per quanto riguarda l'etnia trovo a volte difficoltà con signore provenienti dal mondo islamico, le quali sono totalmente dipendenti dal marito e accettano di essere curate solo se il marito dà per loro il consenso. Molto recentemente ho fatto una consulenza per una signora cinese con una malattia di fegato grave e che non ha accettato di essere curata da me perché voleva le terapie a base di erbe cinesi. L'età del paziente (maschio o femmina) raramente è un problema. Quasi sempre le differenze di genere in età avanzata tendono ad annullarsi, in genere però i problemi sono rappresentati dalla sovrapposizione di altre malattie (comorbilità) o dal disagio sociale.

**Ha potuto constatare dei progressi negli anni recenti in tema di incidenza delle ricerche sulla malattia e la profilassi per quanto concerne la differenza di genere?**

«C'è negli ultimi anni un interesse a considerare la diversità di genere in medicina. Nel 2006 si è tenuto a Berlino il primo Congresso mondiale sulla diversità di genere e nel 2007 si è tenuto il secondo congresso a Roma. Tutti i rami della medicina sono interessati in maniera trasversale, compresa la geriatria e la gerontologia. È molto interessante la ricerca della maggiore longevità della donna rispetto all'uomo. Adesso c'è anche maggiore sensibilizzazione su questo tema nell'ambito delle Società Scientifiche nazionali ed internazionali. Infine anche la medicina preventiva è coinvolta (vaccinazioni, screening per i tumori ecc.).  
A.M.C.



LET ME SEE YOUR BEAUTY BROKEN DOWN

TEMA / LE DIVERSITÀ

to agli uomini»; «La comorbidità è associata con un aumento della gravità, con più alti livelli di disabilità, e un maggiore uso dei servizi e maggior ricorso al trattamento psico-farmacologico».

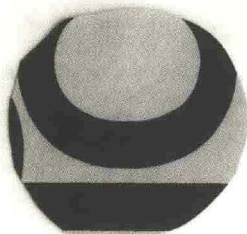
Anche le nostre statistiche confermano questi trend: i dati più recenti sono tratti dallo studio europeo ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), che ha coinvolto anche l'Italia. Questo lavoro di ricerca, coordinato in Italia dall'Istituto Superiore della Sanità, ha coinvolto 4.565 persone e intendeva indagare la prevalenza dei principali disturbi mentali e le caratteristiche sociodemografiche, cliniche ed assistenziali delle persone affette da disturbi mentali.

Le differenze poi proseguono nell'approccio che la scienza medica e gli operatori sanitari hanno nel rapporto con la depressione femminile:

possiamo parlare in questo caso di disparità di trattamento uomo/donna ovviamente a danno delle popolazione femminile. La disparità è al livello diagnostico, eziologico, eterapeutico e preventivo: a livello diagnostico vi è in genere una tendenza a sopravvalutare la patologia depressiva a scapito di altre patologie psico-fisiche, come quelle cardiovascolari o quelle da stress; a livello dell'interpretazione eziopatogenetica (sulle cause) la depressione femminile è associata più facilmente a eventi del ciclo riproduttivo come il menarca, il puerperio, il post-partum, la menopausa; o a tratti di personalità quali la dipendenza, la passività, la fragilità; a livello del trattamento, la scelta ricade principalmente su quello farmacologico. Il trattamento farmacologico si adatta meglio ad una visione del disturbo femminile di tipo biologi-



YOU THINK: BEAUTY  
BUT I'LL NOT THE HUNCH BACK  
THAT YOU SEE





WHERE ARE YOU, GOLDEN MIND?

TEMA / LE DIVERSITÀ

co-ormonale e costituzionale. Questa visione non crea un rapporto positivo tra disturbo psichico femminile ed interventi di modifica comportamentale, ed ha come conseguenza uno scarso ricorso a trattamenti attivi fondati sulla modifica di atteggiamenti e sul miglioramento di competenze psico-sociali.

Infine, a livello di prevenzione (quella che si attua nella vita quotidiana prima che si manifesti la patologia), le donne sono più svantaggiate dei maschi. Nei maschi infatti lo studio dell'eziologia delle patologie psichiche, e depressive in particolare, sono *ab origine* collegate con la sfera sociale e con l'ambiente di vita; nelle donne invece esse sono associate maggiormente a fattori di personalità e fattori biologici che non hanno un diretto rapporto con gli eventi ed i cambiamenti della vita quotidiana.

**Quanto conta l'essere donne - e madri? - in questo specifico tipo di disagio? E quanto pesano le condizioni del contesto?**

«La maternità (non quella biologica ma come situazione psico-sociale) è il fulcro per comprendere lo svantaggio delle donne in termini di salute mentale. Le loro condizioni di vita sono peggiori degli uomini proprio per quanto concerne la gestione sociale e culturale della maternità. La maternità è il primo fattore di rischio per la salute della donna nelle società sia sviluppate che in via di sviluppo. Costituisce quella condizione di vita in cui si intrecciano e si concentrano i tre fattori di rischio principali nella vita delle persone e delle donne specificamente: lo stress del lavoro (unico o doppio, che colpisce più donne che uomini, così come testimoniato da tutte le Agenzie del lavoro internazionali ed europee), il *burn-out* (sindrome da contatto eccessivo tra curante e curato) delle professioni di cura (la maternità è la professione di cura per eccellenza!); la violenza ed il maltrattamento familiare che al livello internazionale colpisce al 95 per cento il genere femminile contro il 5 per cento del genere maschile.

Ambedue questi ingredienti fondamentali per la ricetta depressiva allignano e proliferano anche grazie ad un concetto di maternità ampiamente diffuso ed ampiamente diseducativo e in-salutare: la maternità dell' "io mi sacrifico per gli altri", che non mette limiti e paletti alle esigenze degli altri e che non riconosce i desideri e le esigenze del sé.

**Lei ha fondato e dirige da circa 30 anni il Centro Prevenzione Salute Mentale Donna (unità operativa di psicologia clinica delle ASI Napoli-1). Può illustrarci le ragioni della sua scelta e le modalità di funzionamento del Centro?**

«All'epoca le ragioni furono in parte ideologiche ed in parte fondate sull'osservazione empirica della diversità di trattamento delle donne in ospedale psichiatrico, o le diversità uomo/donna nei motivi di ingresso in manicomio. Queste ragioni si sono rafforzate sulla base di osservazioni sistematiche e

scientifiche che mi hanno portato a riflettere sulla psichiatria e sulla medicina in generale e giungere così ad un giudizio di "deficit di scientificità" presente in tutti quei settori che non fanno i conti con i pregiudizi di genere che agiscono ancora oggi indisturbati sotto le teorie scientifiche, sotto i piani di ricerca e di finanziamento, sotto le pratiche operative sanitarie.

Oggi il nostro Centro lavora sempre con le donne che manifestano un disagio psichico, prevalentemente depressione, ma ha organizzato al suo interno settori diversificati per colpire meglio le cause di ingresso nella patologia e demistificare i pregiudizi della medicina: dal centro clinico per il maltrattamento in famiglia, alle attività per le giovani ragazze alle prese con i problemi di autonomia, alle madri con figli piccoli, alle prese con la maternità del sacrificio, alle donne in menopausa alle prese con i problemi di una fasulla imminente vecchiaia!

**Che valore ha il fatto che si tratti di un Centro inserito nel sistema sanitario pubblico?**

«Ha più capacità di impatto tra le donne, arriva a donne che non possono pagarsi un intervento che non sia solo farmacologico, dovrebbe avere più consenso. Ma il fatto che si tratta di iniziative di donne e rivolto a donne lo condanna al silenzio. Le iniziative che riguardano le donne fatte da donne sono sottoposte sempre a logiche di svalorizzazione, negazione, dissociazione, emarginazione, ecc. ecc. Questo è il motivo per cui le cose che abbiamo fatte sono moltissime e di qualità, se solo un uomo avesse fatto le stesse cose, ne avrebbe tratto onori e certo un maggior consenso sociale!

**Come è cambiata, se è cambiata, l'utenza?**

«È solo aumentata e poi dal 1996 abbiamo privilegiato come Unità Operativa di Psicologia Clinica autonoma (non più all'interno del Dipartimento di salute mentale) i temi della prevenzione.

**Direbbe che la riflessione e la ricerca delle donne negli ultimi decenni - nelle discipline psicologiche e psichiatriche, ma non solo - ha influito sull'approccio generale alla diagnosi e alla cura del disagio psichico e della malattia mentale?**

«Purtroppo poco. Nonostante in Italia sia rifluita la tematica dell' approccio di genere anche nella medicina - cui ho anch'io dato un contributo al livello nazionale (*Una salute a misura di donna; Guida alla salute delle donne*) coordinando un gruppo interdisciplinare sui pregiudizi della medicina - poco ne hanno beneficiato la psichiatria e le scienze psicologiche molto legate alla tradizione e poco "vulnerabili" alle trasformazioni critiche e alle innovazioni scientifiche.

Se si parla di approccio di genere in psichiatria ancora si ripescano i temi triti e ritriti della differenza biologica e cioè si ripete come in passato, ammantandolo di novità, che le donne ammalano di più per ormoni e similari! ■