

Il dolore delle donne

Elizabeth Barnes, Aeon, Australia

Foto di Wayne Miller

La medicina occidentale tratta in modo diverso il dolore degli uomini e quello delle donne, considerate irrazionali e quindi meno credibili. Un pericoloso pregiudizio difficile da sradicare

Il dolore è il sistema d'allarme del nostro corpo. È una sensazione che serve a farci capire che qualcosa non va. Ma provare dolore, dice il filosofo dell'Australian national university Colin Klein, è un po' come avere un terrier iperattivo a guardia della casa. A volte abbaia a chi cerca di entrare di nascosto, ma altre volte se la prende con il postino. Ogni tanto dà in escandescenze senza motivo, ma lascerebbe entrare i ladri se gli dessero qualcosa da mangiare. Il dolore è collegato a un danno ai tessuti (quello da cui dobbiamo difenderci), eppure le due cose non vanno necessariamente insieme. Se vi è capitato di tagliarvi senza fare una piega prima di vedere il sangue, avete subito un danno ai tessuti senza dolore. Se avete avuto una fitta in attesa di un'iniezione o del trapano del dentista, avete provato dolore senza danno ai tessuti.

Ciò che rende il dolore una forma di difesa efficace è in parte anche quello che lo rende intrinsecamente soggettivo. L'Associazione internazionale per lo studio del dolore, con sede a Washington, lo descrive come "un'esperienza sensoriale ed emotiva sgradevole". Non allontaneremmo la mano in gran fretta da un fornello bollente se il dolore fosse solo un formicolio irritante. Il dolore ci protegge perché di solito non ci piace e lo troviamo emotivamente stressante.

Questa dimensione affettiva del dolo-

re - che potremmo anche chiamare il suo aspetto "interpretativo" o "psicologico" - diventa particolarmente complessa quando si intreccia con il genere di una persona. È dimostrato che la medicina occidentale moderna tratta il dolore degli uomini e quello delle donne in modo molto diverso. È più probabile che la sofferenza di una donna sia minimizzata e non curata in modo adeguato. Soprattutto quando si tratta di donne non bianche, il cui dolore viene curato meno di quello delle bianche. I medici approfondiscono meno il dolore al petto di una donna rispetto a quello di un uomo, anche quando si tratta dei classici sintomi di un infarto e perfino se le malattie cardiache sono una delle cause principali di morte per le donne. Inoltre è molto più probabile che i disturbi fisici delle donne siano considerati di natura psichiatrica, spesso ricondotti alla depressione.

Uno dei motivi è che, quando le donne parlano della loro vita e delle loro esperienze, non sono ascoltate con attenzione. Sono spesso vittime di quello che la filosofa Miranda Fricker della City university di New York ha definito "deficit di credibilità": sono considerate fonti d'informazione meno affidabili, proprio perché certi stereotipi le dipingono come irrazionali. Di conseguenza, il modo in cui la società considera fenomeni come le molestie sul lavoro, la violenza sessuale e quella di un partner è profondamente



MAGNUM/CONTRASTO

distorto, perché è meno probabile che si creda ai racconti delle persone che ne sono più spesso vittime.

A causa di questo deficit di credibilità, il racconto della propria vita fatto dalle donne è una questione femminista. Le femministe sono più che giustificate se su Twitter scrivono #BelieveWomen per invitare a credere alle donne. Ma il caso del dolore è particolarmente interessante, perché rivela i limiti di quest'invito. È giusto e necessario chiedere che il dolore delle donne sia riconosciuto. Tuttavia la richiesta rischia involontariamente di rafforzare un pregiudizio sociale profondamente radicato sul rapporto gerarchico tra dolore fisico e psicologico, e lo fa in un modo che danneggia ancora una volta le donne.

Reazione isterica

Nel 1949 il *Journal of Clinical Investigation* pubblicò uno studio fondamentale sul dolore del parto. La domanda a cui cercava di rispondere era semplice: davvero le donne provano dolore durante il parto o è solo una reazione isterica a una situazione stressante? Gli autori dello studio, gli ostetrici James Hardy e Carl Javert della Cornell university di New York, scrivevano: "È stato spesso osservato che le donne reagiscono in modi molto diversi al parto, alcune mostrano una grande sofferenza, mentre altre mantengono un altissimo livello di serenità durante tutto il travaglio. Questa osservazione ha portato gli ostetrici a mettere in discussione la reale presenza del dolore in alcune pazienti". Poi, in tono rassicurante e usando parametri del dolore calibrati sugli uomini, gli autori dell'articolo concludevano che effettivamente il parto è doloroso.

Negli anni settanta, all'apice del movimento a favore del parto naturale, gli scienziati concordavano nel dire che effettivamente le donne provano dolore durante il travaglio. Ma il motivo di questa sofferenza era oggetto di dibattito. Secondo alcuni ricercatori l'intensità del dolore dipendeva soprattutto da fattori come il rapporto della donna con il marito, la sua partecipazione al parto e la stabilità emotiva della donna durante la gravidanza. Assicuravano alle donne che, se fossero rimaste calme, non ci sarebbe stata quasi nessuna sofferenza, anzi il parto sarebbe stato un'esperienza piacevole.

Anche se sono trascorsi decenni, la tendenza ad attribuire alle emozioni la causa del dolore è ancora diffusa. Molte ricerche scientifiche recenti si chiedono

se le emozioni siano la causa principale della buona o cattiva riuscita delle terapie per il cancro al seno, comprese quelle successive all'intervento. Non c'è nulla di particolarmente sbagliato nel chiedersi come influiscono i fattori psicologici sui risultati delle cure. Il problema non è l'interesse per la dimensione psicologica del dolore legato al cancro al seno, ma il fatto che c'è più interesse per la psicologia del cancro al seno che per quella del cancro ai testicoli o al fegato, come negli anni settanta ci si interessava al parto naturale ma

La domanda era semplice: davvero le donne provano dolore durante il parto?

non all'espulsione naturale dei calcoli renali, o si cercava di capire fino a che punto la stabilità emotiva degli uomini o il rapporto con le loro mogli influiva sul dolore causato dalle coliche renali. La società sembra preoccuparsi molto di più del ruolo delle emozioni quando si tratta della salute, e del dolore, delle donne.

Prendiamo un altro esempio: se una donna prova dolore durante i rapporti sessuali senza una patologia fisica che lo giustifichi, e ne è angosciata, in genere le viene diagnosticato un disturbo mentale. La diagnosi tiene conto solo del dolore e dell'angoscia che le provoca, anche se la donna fa sesso in un mondo che dà più importanza al piacere maschile che al disagio femminile, o con un partner che lo pratica in modo rozzo e aggressivo. Se le fa male e questo la angoscia, tecnicamente la sua sofferenza soddisfa i criteri della malattia mentale. A quanto pare, fino a prova contraria, il dolore delle donne è di tipo isterico.

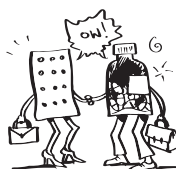
In questo contesto si stanno moltiplicando gli inviti a credere alle donne che lamentano un dolore, a credere che il loro dolore è reale. Ovviamente lo è. Ma è qui che avviene la distorsione: difendere il dolore delle donne spesso significa affermare che non ha origini psicologiche. Perché sia reale, e legittimo, il dolore deve avere una causa organica. E a questo punto le cose si complicano.

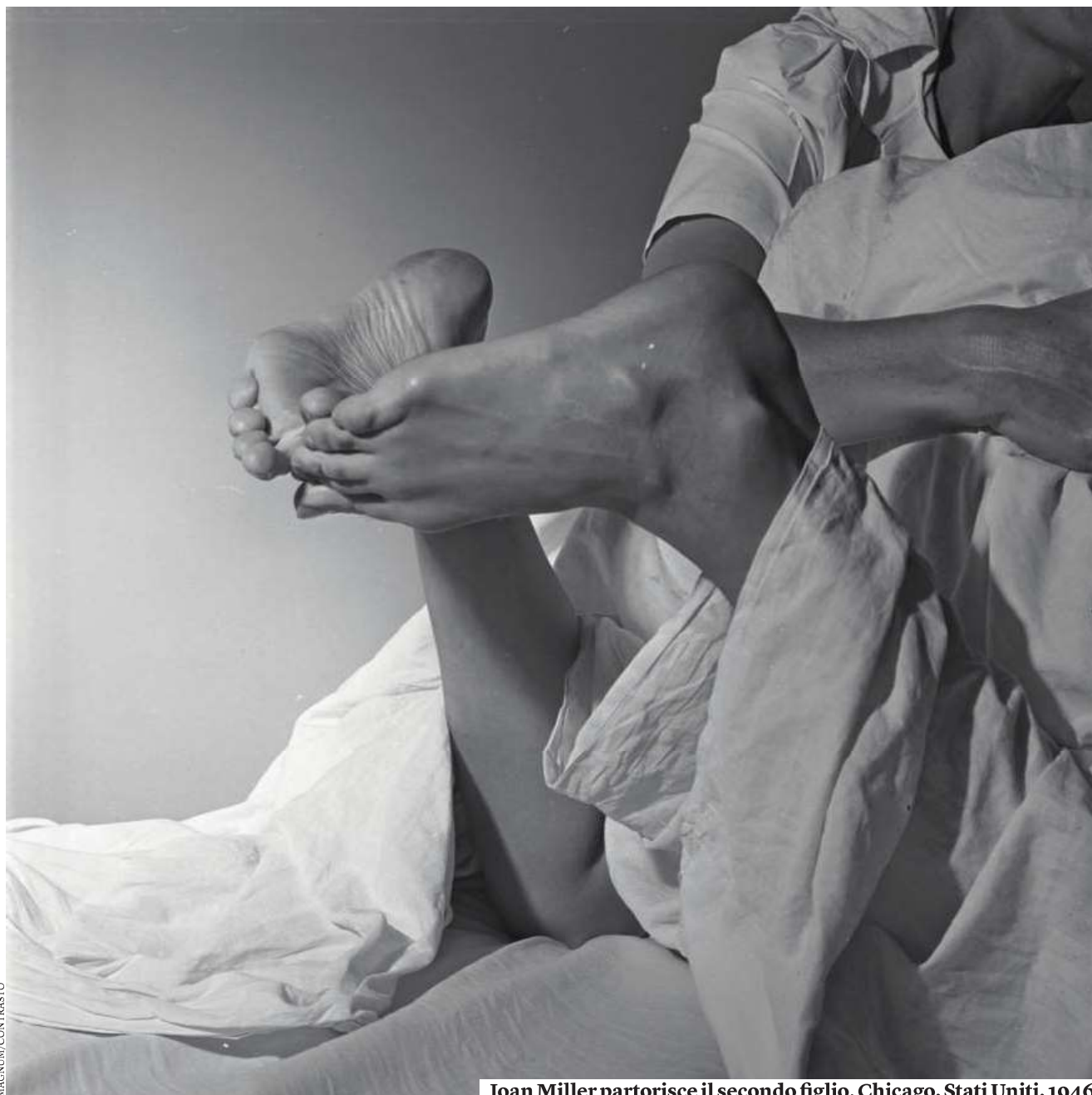
Quando le donne hanno una malattia fisica, è più probabile che si dia un peso eccessivo all'aspetto psicologico. A rendere il quadro più complesso, c'è il fatto che i risultati di alcuni studi scientifici fanno

pensare che le donne soffrano più degli uomini a causa di problemi psicologici. Per esempio, sembrano soffrire di depressione e di ansia più degli uomini. Ma i risultati di queste ricerche vanno letti con occhio critico perché non si capisce fino a che punto questa differenza sia dovuta ai pregiudizi diagnostici, cioè agli strumenti usati per misurare la depressione e l'ansia e ai pregiudizi dei professionisti della salute mentale, che potrebbero aver distorto i risultati attribuendo al fattore psicologico più importanza nelle donne che negli uomini. Ma considerato tutto quello che sappiamo sulla vita delle donne – gli abusi, le violenze, le barriere, il peso del lavoro di cura e accudimento – è plausibile che soffrano maggiormente di depressione e di ansia. Possiamo credere che la sofferenza della donna sia più spesso mentale senza necessariamente credere che siano emotivamente fragili per natura.

È stato anche dimostrato che le donne e gli uomini vivono le malattie psichiche in modo diverso. Quando sono depressi, è molto più probabile che gli uomini soffrano di anedonia, cioè non riescano a provare piacere, e facciano abuso di sostanze, mentre le donne tendono a lamentare sintomi fisici come affaticamento e dolore. Inoltre, la maggior parte dei disturbi psichiatrici che si manifestano attraverso il corpo – l'anoressia, la bulimia, l'autoleisionismo, la somatizzazione, il disturbo fittizio – sono molto più comuni nelle donne che negli uomini. Anche in questo caso, la disparità potrebbe essere dovuta a un pregiudizio culturale.

Se a praticare il "digiuno intermittente estremo" è una ragazza di 16 anni che vuole essere magra invece di un uomo di 35 che vuole sperimentare il *biohacking*, le probabilità che sia diagnosticato un disturbo alimentare aumentano. E la disparità di genere in diagnosi come quella della somatizzazione forse si applica anche alle donne a cui viene affibbiata un'etichetta di malattie psichiatriche per una malattia fisica. Ci sono dei precedenti. La sclerosi multipla colpisce in modo sproporzionato le donne, ma in origine era considerata una malattia essenzialmente maschile, anche perché alle donne era diagnosticata come isteria. A parte queste considerazioni, abbiamo prove concrete del fatto che la malattia psichiatrica può influire molto sul corpo, ma il modo in cui influisce è diverso negli uomini e nelle donne. Genere, malattia psichiatrica e corpo sono





MAGNUM/CONTRASTO

Joan Miller partorisce il secondo figlio. Chicago, Stati Uniti, 1946

chiaramente collegati tra loro. E più ne sappiamo del dolore, più ci rendiamo conto che è un complesso fenomeno biopsicosociale. Non è una semplice reazione. In molti casi di dolore cronico, per esempio, la risposta iniziale è provocata da un danno, ma il dolore persiste a lungo anche dopo che il tessuto danneggiato è guarito perché il corpo si sente ancora vulnerabile. Il dolore ci protegge, ma è più facile comprenderlo se lo si considera un segno che il nostro corpo pensa di essere in pericolo, piuttosto che la percezione di un danno fisiologico. Nel dolore c'è sempre una componente psicologica e

una fisiologica. Se ci tagliamo un dito, il dolore che proviamo ha una causa fisica, ma lo percepiamo anche come qualcosa di spiacevole. Se abbiamo mal di testa perché siamo stressati, probabilmente abbiamo anche i muscoli tesi, il battito cardiaco accelerato e la pressione del sangue più alta del solito. Nessuno soffre mai solo "nella sua testa" e nessun dolore è mai puramente fisico, anche se siamo organismi fisici e tutto quello che ci succede, fisico o mentale, è percepito dal nostro corpo. Per quanto ne sappiamo oggi, forse non c'è una vera differenza tra dolore "psicogeno" e dolore "fisico". Ma que-

sto non significa che è inutile distinguere se la causa primaria è una patologia fisica o una sofferenza psicologica. Forse ciò che provoca il dolore non influisce su quello che proviamo, ma influisce su come lo curiamo. Se ci fa male il petto a causa di una malattia cardiaca, i medici devono curare il nostro cuore. Se abbiamo male al petto a causa dello stress, i medici devono curare la nostra ansia. In molti casi, però, le cause primarie potrebbero essere sia fisiche sia psicologiche: può farci male la schiena sia perché siamo stressati sia perché, a causa di un dolore durato molto a lungo, facciamo movi-

menti sbagliati o abbiamo i muscoli tesi. Quindi per eliminare il dolore, dobbiamo curare entrambe le cose.

Naturalmente, aver capito che un mal di testa dipende essenzialmente dallo stress non rende il dolore meno reale o intenso. Il dolore è dolore, sia che abbia una causa principalmente fisica (una ferita, un problema di nervi) sia che ne abbia una principalmente psicologica (stress, depressione). Per lo stesso motivo, che sia causata da complessi fattori socioeconomici o da un problema di tiroide, la depressione rimane depressione. La sua causa non ne determina l'intensità, anche se è importante capire cosa la provoca per poterla curare.

Questo non significa che il contesto non conti, anzi. Nell'ultimo anno della sua vita, Willow, la mia amata collie, aveva una brutta artrite alle anche. Era chiaro che per buona parte del tempo soffriva. Era rigida nei movimenti, si accucciava con cautela e faceva fatica a salire e scendere le scale. Ma quando era fuori con il suo frisbee si trasformava. Correva, abbaia, inseguiva il frisbee con gioia. Ricominciava a zoppicare solo quando il frisbee spariva. Stava fingendo? Il dolore era tutto nella sua testa e non era provocato dall'artrite? Dovevamo mandarla da uno psichiatra per cani? Certo che no. Evidentemente, il dolore e la reazione di Willow non dipendevano solo dallo stato delle sue anche. Quand'era felice e distratta sembrava che le facessero meno male, o almeno che il dolore le desse meno fastidio.

Doppio vincolo

Ipotizziamo che oggi molti di noi vogliano sinceramente credere alle donne quando dicono che stanno male. Ma non è chiaro cosa significhi esattamente. Forse che dovremmo semplicemente credere alle donne quando dicono che stanno soffrendo. Naturalmente le donne possono mentire e distorcere la realtà. Credere a quello che dicono significa che non dovremmo mettere in discussione la loro credibilità solo perché sono donne. E spesso troviamo le donne meno credibili, esagerate o melodrammatiche quando ci parlano del loro dolore. Ma l'invito a credere alle donne spesso diventa qualcosa di più: un appello a credere che il loro dolore è provocato da cause fisiche, almeno fino a quando non si riesce a dimostrare il contrario. In questo modo, però, perfino le femministe possono cadere nella trappola di dire che un dolore "vero" non può

avere cause psicologiche. Spesso minimizziamo quello che le donne dicono sulla loro vita proprio perché le consideriamo inaffidabili e capricciose. Perciò ci capita spesso di pensare che certi dolori sono "nella loro testa". Ma questo non è l'unico pregiudizio. Consideriamo anche tutto quello che è psicologico meno grave, meno reale o meno degno di attenzione, soprattutto nel caso delle donne. Questo dà origine a ciò che io chiamo un doppio vincolo, prodotto da due diversi pregiudizi: "le donne sono isteriche" e "le malattie psichiche non sono reali". È quasi impossibile combattere uno dei

Ci capita spesso di pensare che certi dolori sono "nella loro testa"

due pregiudizi senza involontariamente rafforzare l'altro. Le donne che hanno sofferto inutilmente a causa di una diagnosi psichiatrica sbagliata sono giustamente contrarie a un'eccessiva psicologizzazione della loro sofferenza. Ma più concentriamo l'attenzione sul fattore fisico, meno teniamo conto del fatto che depressione, stress e traumi possono provocare dolore o influenzarlo. E questo è assurdo. Il dolore è la risposta a una minaccia, e il cervello usa quasi lo stesso meccanismo, che la persona sia ferita socialmente o fisicamente.

È a questo punto che il doppio vincolo diventa particolarmente insidioso. Per riconoscere gli aspetti psicologici del dolore, dobbiamo attribuire importanza allo stress e alle emozioni. Ma appena si parla di stress e di emozioni il modo in cui viene percepito il dolore delle donne cambia completamente. Nel corso di un affascinante studio, a un gruppo di medici è stata data la cartella clinica di due ipotetici pazienti – un uomo di 48 anni e una donna di 58 – con gli stessi sintomi di un attacco cardiaco. Nel primo caso gli è stato detto che i pazienti presentavano dolore al petto, affanno e battito cardiaco irregolare, e i medici avevano diagnosticato un infarto. Nel secondo caso, le informazioni sulla paziente erano le stesse, ma con l'aggiunta dello stress. Lo stress fa aumentare la probabilità di infarto, indipendentemente dal sesso della persona. Ma mentre la maggior parte dei medici riteneva che

per l'uomo si trattasse di un attacco cardiaco, solo il 17 per cento lo diagnosticava anche per la donna (e solo il 30 per cento consigliava l'intervento di un cardiologo, rispetto all'81 che lo riteneva opportuno per l'uomo). Quando si tratta di una donna, accennare ai fattori psicologici sembra provocare un cambiamento di percezione. Quando si comincia a parlare di emozioni, è difficile non evocare lo spettro dell'isteria.

Uno dei problemi è che si passa troppo facilmente da ciò che è effettivamente vero sulle donne a quello che in qualche modo è nella loro natura. Quando diciamo che le donne soffrono più degli uomini di ansia e depressione, facciamo una generalizzazione corretta che potrebbe essere spiegata da fattori socioeconomici contingenti. È una generalizzazione corretta che però non ci dice nulla sulla donna che abbiamo davanti. Ma si tende troppo facilmente a dedurre che le donne, in quanto tali, sono inclini all'ansia e alla depressione. E quindi, com'è intuibile, quando sottolineiamo i fattori psicologici che influiscono sul dolore – quello di tutti, perché così funziona il dolore – tendiamo in modo sproporzionato a riferirci alle donne.

I pregiudizi a doppio vincolo sono difficili da aggirare. È importante non ignorare che lo stress, la depressione e i traumi influiscono sul dolore delle donne. Ma è altrettanto importante non rafforzare il pregiudizio che i problemi delle donne dipendono dalle loro emozioni. È molto difficile fare entrambe le cose insieme e si possono provocare danni eccedendo in una direzione o nell'altra. Trattare le malattie fisiche delle donne come disturbi psicologici può mettere in pericolo la loro salute e la loro vita così come non tener conto della loro salute mentale può provocare danni.

Temo che non esista un modo facile per uscire da questa rete di pregiudizi. Ma se ammettere di avere un problema fa parte della soluzione, forse quello che serve è semplicemente riconoscere l'esistenza del doppio vincolo dei pregiudizi. Sarebbe bello se facessimo anche solo questo. Twitter ci chiede di aderire a #BelieveWomen e possiamo farlo, ma il lavoro epistémico, che non si lascia ridurre a un hashtag è molto più difficile. ♦ bt

L'AUTRICE

Elizabeth Barnes insegna filosofia all'università della Virginia a Charlottesville.

