

06.06.2007

Etica al femminile

dott. Maria Teresa Montevecchi

Essere un buon medico vuole dire avere qualcosa in più delle conoscenze e abilità professionali. Deve essere bonus, sanandi peritus.

Fin dall'antichità il problema era sentito. Questa "bonitas", quel di più che fa del medico un buon medico è fin dall'antichità considerata una disposizione dello spirito e del cuore, che va oltre le capacità cliniche. Le autorità religiose, i medici stessi proponevano giuramenti e preghiere, istruzioni morali per trasmettere norme e direttive al fine del maggior bene del paziente, e la cura pareva una collaborazione all'opera divina della guarigione. L'ethos professionale, ossia quei comportamenti distinti che caratterizzano coloro che esercitano la stessa professione, in quanto promuovono e si riferiscono a certi valori, costituisce una seconda forma di normatività, basata sull'atteggiamento comunque benefico e umanitario. Documenti storici, in parte ancora attuali, ci danno testimonianza di queste istanze: il giuramento d'Ippocrate per i Greci; quello di Asaph, antichissimo testo medico ebraico, che si pronunciava all'atto della "investitura"; raccomandazioni contenute in codici islamici, databili al 1700. E' l'etica ippocratica quella che in Occidente ancora domina, coniugata via via con i diritti umani, il superamento di ogni paternalismo e le formulazioni di Organismi Internazionali, come l'Onu, l'Associazione medica Mondiale dei diritti/doveri del malato. Cfr. Spinanti S. Documenti di deontologia medica, edizioni Paoline, 1985. Tutto inizia dalla dichiarazione di Ginevra dell'Associazione medica mondiale (1948), perfezionata nella 22° Assemblea della stessa a Sydney nel 1968, che è uno dei primi atti di etica medica dopo la seconda guerra mondiale, (e i suoi orrori) e tratta sostanzialmente della devozione della medicina a soli fini umanitari, con implicito riferimento ai crimini contro l'umanità perseguiti a fini di "ricerca" medica in ambito nazista. Essa esprime fra l'altro questo concetto, del tutto attuale: "non permetterò che considerazioni d'ordine religioso, nazionale, razziale, politico o di rango sociale s'inseriscano fra il mio dovere e i miei pazienti; io manterrò il massimo rispetto per la vita umana dal momento del concepimento; nemmeno sotto costrizione farò delle mie conoscenze mediche un uso contrario alle leggi di umanità".

Si potrebbe continuare a lungo nella citazione di documenti che dichiarano i doveri del medico, alcuni comprendenti anche un giuramento, come il Codice internazionale di etica medica, pubblicato a Londra nel 1949, o il Giuramento del medico sovietico del 1971, o il Codice di Norimberga, emanato subito dopo la guerra mondiale (sentenza del Tribunale militare di Norimberga, recepito dalla Dichiarazione sulle ricerche biomediche, la cui ultima revisione è quella di Tokio del 1975).

In tempi recenti rappresenta una significativa evoluzione il documento redatto a Oslo nel 1970 con cui l'Assemblea Medica Mondiale fissa i criteri, abbastanza restrittivi, per il solo aborto terapeutico. Qui, dopo una lunga premessa che ribadisce l'osservanza delle leggi del paese e le linee guida dell'Associazione medica internazionale, si stabilisce che l'aborto terapeutico si attua solo per indicazione medica, e se prescritto da almeno due medici; è effettuato dal medico in cliniche riconosciute adatte; un medico in forza di sue convinzioni può non praticarlo, affidando però la paziente a un collega qualificato per la prosecuzione della cura.

In seguito l'Assemblea medica mondiale, per l'affiorare continuo di problemi che chiamano in causa la competenza medica, emette una Dichiarazione sulla tortura, e altri atteggiamenti avvilenti verso le persone durante le carcerazioni, invitando i medici a mantenere l'atteggiamento deontologico di alleviare le sofferenze ed essere comunque benefico, a costo di rappresaglie: il

medico neppure deve accettare di presenziare quando il detenuto è sottoposto a tortura e pratiche indegne, per propria dignità professionale.

Ancora esistono documenti sull'uso di sostanze psicotrope (Tokio 1975), sulla determinazione del momento della morte (Sydney 1968), sulla fase finale della malattia (Venezia 1983, Assemblea medica mondiale), e infine sull'eutanasia, nel 1980, da parte della Congregazione per la dottrina della fede, a cui sappiamo seguono altre che tendono a permetterla come avviene in Olanda. Anche nel nostro paese il dibattito sulle dichiarazioni anticipate o testamento biologico sono un problema su cui prima o poi sarà emanata una normativa. IL dibattito etico è sommamente attuale.

Esistono già documenti della Chiesa, recepiti dalla Rivista italiana di Medicina legale del 1982, sulle questioni poste dai malati gravi e morenti, e vasto materiale sulla inseminazione e fecondazione artificiale, in Europa, e di recente in Italia.

Esistono nuove espressioni dei diritti del paziente. La sua prima stesura è del 1973, da parte dell'assemblea dell'American Hospital Association. La Carta dei diritti del paziente ha esercitato grande influsso nella elaborazione di altri documenti simili in ogni parte del mondo. Per esempio vi si basa la Carta del malato in Ospedale della Comunità Europea, Lussemburgo, 1979.

Un documento intitolato "Carta dei diritti del cittadino", emanato dalla prima sessione pubblica del Tribunale del malato, Roma 12 giugno 1980, seppure in tono che ora pare molto "sindacalizzato", fa per la prima volta, in un documento ufficiale, esplicito riferimento a diritti specifici della donna. Vi si afferma che la donna ha diritto a vedere riconosciuta la propria soggettività culturale e fisica, essa esercita liberamente scelte di valori e comportamenti, nell'ambito delle leggi vigenti, senza subire intimidazioni o discriminazioni. La donna ha diritto altresì a tutelare la propria dignità sociale mediante forme di controllo popolare legate alle strutture delle unità sanitarie locali e rivolgendosi alle strutture stesse; soprattutto si deve andare a una nuova concezione della gravidanza e del parto, da non considerarsi fatti patologici, ma fisiologici, e ad un diverso trattamento dell'evento, basato sul rispetto della persona, e della sua sensibilità, lontani da ogni omologazione, si insiste sul rapporto paritario fra donna e operatori sanitari, sul concetto dei diritti, e non dei favori, sul rispetto del pudore, su una concezione della struttura ospedaliera come ospitante e non punitiva e contenitiva, sul diritto di avere continui rapporti coi famigliari, di tenere nella propria stanza il neonato, ecc. Il documento chiama in causa le organizzazioni politiche, le rappresentanti delle associazioni delle donne, i membri della stessa Usl. Ora, dopo quasi 20 anni, il gergo appare un po' obsoleto, e le organizzazioni delle donne non sono più così aggressive nel rivendicare diritti, senza che però si possa assicurare che l'assistenza sia migliorata. La stessa dichiarazione sancisce che i bambini possano essere assistiti dai parenti senza limiti di tempo. Molti altri diritti, dai primari di pulizia, igiene, cure, comfort, sono richiesti, e la piena agibilità delle organizzazioni di volontariato all'interno dei reparti. Anche la legge 194, che vuole proteggere la maternità, sancisce, a modo suo, la scelta della donna se e come essere madre. Vista da alcuni come un'importante conquista, da altri come un'ambigua autorizzazione all'aborto indiscriminato, è una legge fatta solo per le donne, ed i problemi etici che implica non possono essere trattati in questa sede. Serve solo menzionarla come una legge per eccellenza al femminile, frutto anche delle battaglie del tempo per una donna "liberata". E' ritornata d'attualità per la legge sulla fecondazione assistita (aborti selettivi) e per la proposta sperimentale d'aborto chimico, di fatto, a domicilio, o in day hospital. Ci si chiede, dai bioeticisti, oltre ai rischi medici se essa non banalizzi troppo l'aborto, anche contro lo spirito della 194 che invita, pur con ambiguità, la donna a riflettere, ed a praticare in ogni caso l'aborto in strutture pubbliche. Sono due esempi di come si incorre immediatamente in problemi etici, in altre parole di coscienza, educativi e politici, quando si trattano gli argomenti del nascere, e quindi del corpo della donna, meno della mente. Ecco scontrarsi due moralità diverse: quella laica che non ammette si conflittualizzi la donna che ha già deciso di abortire, e quella dei CAV e istituzioni simili che si adopera anche in concreto per condurre la donna a decisioni diverse. E ancora, due visioni psicologiche si scontrano, quella che ammette che l'aborto è un trauma insanabile, col rischio di colpevolizzare la donna, e quella che invece pensa ci si debba adoperare

perché la donna lo consideri sì un evento spiacevole, ma da rimuovere. Il medico sceglierà sempre la soluzione più utile, adatta, praticabile, per quella donna, non è suo il compito del moralista. Egli può però rifiutarsi di praticare l'aborto e rilasciare le certificazioni relative. E' etico che il medico parli sempre con la donna, le chieda sempre i motivi della sua decisione, non in modo inquisitorio e l'aiuti a scegliere, in quanta più libertà possibile, senza "prestarle" i suoi valori.

Questi sono solo alcuni esempi, ma molti altri ce ne sarebbero

Esiste poi in Italia, come altrove, un codice deontologico che fissa minuziosamente i principi, le regole, le consuetudini che ogni medico deve osservare nell'esercizio della professione, e l'inadempienza è punita con sanzioni disciplinari.

L'etica però è qualcosa di più: tiene il massimo conto della deontologia, ma non si limita a questa, affronta problemi di tipo morale, culturale, che interessano tutta la popolazione, che hanno riflessi anche sulla economia e la politica e sono ispirati da principi religiosi, o laici, morali, spirituali il più possibile condivisi. L'etica si salda quindi alla socialità ed alle sue evoluzioni, e quale ruolo, più di quello della donna ha subito, dalla fine dell'800 ad oggi, più radicali trasformazioni?

Solo nel 1991 si segnala un'opera pregevole, in due volumi, intitolata *Psychiatric Ethics*, di Bloch e Chodoff Oxford Univer, press, England, tradotto in italiano e edito dalla NIS, Roma, 1995, col titolo d'Etica in Psichiatria. Esso affronta i problemi del buon operare psichiatrico; l'onda dell'antipsichiatria degli anni 60 e70, ha indotto gli psichiatri a rivedere molte posizioni riguardo a cure e interventi ora non più accettati, soprattutto lo psichiatra si è posto in un atteggiamento marcatamente critico verso il suo stesso operare. Ne faccio menzione perché l'esercizio ed anche i presupposti teorici della psichiatria affrontano quotidianamente le differenze di genere, e il buon psichiatra deve avvicinarsi all'uomo e alla donna, al ragazzo e alla ragazza, in modi diversi, alieno da ogni paternalismo, ma molto sensibile alle differenze di genere, biologiche, psichiche, affettive; esistono problematiche psicofisiche anche molto diverse soprattutto in adolescenza, e sarebbe un errore ignorarle.

L'etica è legata dunque alla evoluzione scientifica, del costume e dei valori, della sociologia e della politica.

Senza voler essere per forza femministi non si può omettere che nella corsa verso il futuro, la donna è stata a periodi abbandonata ai margini della strada, o perché non aveva voce e cultura sufficiente, o perché le sue problematiche mediche, o le sue malattie, erano considerate sovrapponibili a quelle del maschio, e certo per le malattie intese in senso clinico tradizionale è così. La donna riceveva un interesse specifico solo al momento in cui diventava tale, ed in particolare quando diventava madre. Allora lei e il bambino erano considerati insieme, e tracce della medicina femminile unita a quella del bambino sono tuttora presenti nei servizi materno- infantili. Il bambino però era il paziente principale del ginecologo, più che la donna. Lo scopo era di farlo nascere, la donna il suo corpo, mente, ansie, vissuti, potevano essere ignorati o anche stigmatizzati. Questo stigma si aggira ancora nei reparti ostetrici, non importa se pubblici o privati. Tutte le donne dovrebbero comportarsi in un certo modo, accettare le sofferenze (perché così pochi sono i presidi dove si pratica anestesia epidurale durante il parto? È etico il dolore del parto? Sembra che una legge, sacrosanta, sarà varata in materia, e nel pubblico, e ogni donna – e uomo- dovrebbe salutarla come un importantissimo segno di civiltà) In ogni caso la donna non dovrebbe creare problemi oltre l'espulsione di un feto, "vivo e vitale", possibilmente. Il bisogno di distanziare la donna nei momenti della visita ginecologica, della gravidanza e dei parti, per non sentirsi coinvolti o accusati di un promiscuo interesse umano, (peggio sessuale) portava anche gli operatori sanitari, uomini in particolare ad apparire particolarmente freddi e sbrigativi verso la donna, come loro unico compito fosse la nascita. Ora l'umanizzazione della medicina ospedaliera e le nuove leve di medici e ostetriche ben preparati dovrebbero evitare tale pericolo. Non bisogna tuttavia coltivare eccessivi ottimismo: le strutture di preparazione al parto e al ruolo di madre sono ancora carenti, e non accessibili a tutti.

Non possiamo noi occidentali, privilegiati, pensare che se un problema è in via di soluzione da noi, lo sia nel resto del mondo. Non possiamo disinteressarci di quello che succede in Africa, in Estremo

Oriente, perché fra poco, con le migrazioni dei popoli, interesserà anche noi. Problemi come la preparazione al parto, le mutilazioni sessuali delle bambine, ed altro, sono sempre più evidenti, e nessun appello a culture (contrarie al benessere ed al rispetto del corpo della donna) può essere invocato. Potranno sorgere conflitti fra culture locali e la nostra etica e cultura, ma se non siamo disposti a difendere l'etica che riteniamo giusta (cioè i nostri meditati valori) non siamo medici buoni. La medicina specifica della donna è esistita a lungo legata alla maternità Vero nel periodo puerperale, non fino ai 16 o 18 anni come è stato fino a poco tempo fa, almeno in termini istituzionali.

Questo ha un suo rovescio interessante: non vi sono dubbi che la donna nei secoli scorsi ha sempre praticato una medicina parallela, quella domestica, nascosta nella famiglia, lei conoscitrice dei malanni che seguiva in prima persona, confidente, consolatrice, (era lei ad assistere notte e giorno i malati di casa e, se ne aveva talento, a fabbricare rimedi vegetali, in parte intrisi di pregiudizi o convinzioni religiosi). Ma la medicina scientifica, moderna, che aborrisce questo mondo nascosto e inquietante, positivista e illuminata, la escludeva dalla propria cultura, non dalle proprie cure, che le erano praticate come fosse un uomo. Unica donna di cui si riconoscesse il valore di esperta era l'ostetrica, personaggio facente però sempre parte del registro domestico, che si preparava sì negli ospedali, ma poi era più prossima, col suo sapere femminile, al mondo nascosto delle cure domestiche e con tanta nascosta beneficenza per madri e figli. Anche partendo da queste considerazioni molte polemiche vi furono nella seconda metà del Novecento contro la medicina ufficiale e soprattutto su quell'insieme di credenze pseudoscientifiche consolidate negli anni 20 e 30 del secolo, cui sbagliando la medicina forniva avallo, come la nocività della sessualità infeconda, ottenuta con la contraccezione, o più semplicemente della masturbazione. Viene da affermare che sono molto più pericolose le gravidanze che la contraccezione e la masturbazione, ma l'ideologia si ammantava di scientificità presunta, lo scopo era politico, fra l'altro incrementare la razza italiana, e tenere la donna sotto controllo. La donna ne usciva passiva in tutto quanto concerne la sessualità, relegata all'interno della famiglia in un ruolo subalterno, spaziato da gravidanze e parti frequenti che finivano per sfiancarla. E' il periodo in psichiatria, fra '8 e '900, dell'isteria, del corpo che si ribella, che non si muove e non sente, della coscienza che si offusca, che inventa e fantastica solo così una sua libertà, (la malattia è l'unica possibilità di libertà) con le grandi scene isteriche, ora scomparse nella nostra cultura. Il controllo esercitato con il matrimonio e la proibizione della contraccezione può apparire un tentativo maschilista di assicurarsi prole legittima, fedeltà della donna, controllo di una sua sessualità più libera (la donna è sempre recettiva sessualmente e potenzialmente feconda). Il matrimonio sembrò la sede privilegiata di questo addomesticamento della donna, che era spogliata della capacità di scegliere la maternità e di scindere la sessualità dalla generatività, come del resto all'uomo era già consentito da secoli (si pensi al ricorso alle cortigiane per il piacere, alle mogli per la prole legittima e la cura della casa, negli antichi greci). Il miglioramento generale della società, il lavoro della donna in Occidente, anche necessario in tempo di guerra. L'avvento della contraccezione orale, soprattutto, negli anni 60, i movimenti di liberazione della donna, l'hanno liberata dal legame fra la sessualità, anche coniugale, ed i concepimenti a ripetizione, ridandole la facoltà di essere madre oppure No. E' una stagione di benessere sessuale per la donna, che però si trova a gestire la sua sessualità, a elaborare talora sensi di colpa e disturbi psicosomatici legati alla sessualità più libera e infeconda. In effetti, anche appellandosi alla natura non è sostenibile che la sessualità debba sempre essere feconda, se si pensa che molte volte non lo è, esistono cicli anovulatori, deve per forza aversi la fecondazione nello stretto spazio dell'unica ovulazione mensile della donna. Da quando la donna, a differenza degli altri mammiferi, ha perso la fase estrale, è recettiva al maschio, ma non sempre fertile. Il costringerla a continue gravidanze implicava un esercizio continuo della sessualità che poteva esserle sgradito. Ecco un'etica al femminile a rivendicare una possibilità della donna, e del suo uomo, di scelta, senza che la società (nessun tipo di società) possa in alcun modo imporre un modello o ruolo femminile. Né di madre di famiglia numerosa, né di madre di un unico figlio, possibilmente maschio, pena sanzioni, aborti o peggio, né di donna per forza in carriera, magari

senza figli, né di vergine o altro. Questo non è veramente etico, eppure non se ne parla abbastanza, devianti da considerazioni troppo spesso ideologiche. Alla donna, come a nessun cittadino libero, fatta salva l'osservanza della legge si "deve" dire cosa deve fare, né in positivo, né in negativo. La donna ed il suo uomo sceglieranno insieme. Questo richiede l'istituto del matrimonio, anche religioso, che sancisce la parità fra i due coniugi.

L'educazione sessuale, un tempo aborrita, è invece perfettamente etica, fin dall'infanzia, ed assieme all'informazione prudente dei genitori ed altre agenzie educative è etico che la madre faccia capire alla figlia che anche lei, figlia, sarà degna di essere madre, e non solo a lei madre è riservato questo ruolo, che può apparire onnipotente, inarrivabile. Ora, che è di scelta, la maternità è diventata da un lato più felice, dall'altro più inquietante. In effetti, essa richiede preparazione remota, psicologica, e non bastano i nove mesi fisiologici. Molti disturbi della gravidanza o resistenze ad essa derivano da un rapporto distorto con la madre (mai si potrà essere perfette come lei, degne come lei). Purtroppo si arriva al paradosso della infelicità dopo il parto ed alla depressione, perché la giovane madre non si sente all'altezza, non tollera la presenza del figlio, troppo estraneo, troppo impreparata lei a questa dualità. Il figlio è ben accetto finché è in utero, parte di lei, non quando è nato: diviene uno sconosciuto, non è più quel fantasma piacevole e rassicurante che magari ha sognato fin da bambina. (Il cosiddetto bambino della notte, come dice Silvia Vegetti Finzi, Psicologa, nel testo omonimo, sottotitolato -divenire donna, divenire madre-, Mondadori Milano 1990.) sognato e desiderato, del tutto diverso dal neonato urlante e incomprensibile che si ritrova accanto. Spesso, purtroppo, a colmare questo iato non c'è nessuno. Bisognerebbe nei reparti ostetrici abituare la donna al proprio bambino, ma manca il tempo e le dimissioni di giovani madri esauste con bimbi piccolissimi nel marsupio sono sempre più precoci. La donna è una femmina di mammifero incompetente, non sorretta, specie al primo figlio, da istinti scomparsi nella notte dei tempi; non sa come tenere, allattare il figlio, non ne tollera il pianto. Mi sono sempre chiesta se sia etico per esempio che si dimetta, senza che esista un'assistenza domiciliare ad hoc, una giovane puerpera, primipara, in terza giornata, con un neonato assolutamente dipendente dalle sue scarsissime forze fisiche e psichiche. L'aiuto di una rete familiare, del compagno, di un'ostetrica esperta, una assistenza domiciliare post partum pubblica, spesso latitanti, potrebbero minimizzare quelle dolorosissime evenienze di depressione post partum, inavvertite spesso anche dal compagno (la donna si sa mascherare, si vergogna della propria depressione, la vede come un'indegna mancanza di amore per il bambino). Molto si fa per la cura a domicilio di altro tipo di malati, altrettanto si potrebbe fare per l'assistenza post partum alle donne, specie alle giovani, primipare, e senza supporti famigliari adeguati, non malate, ma a rischio di diventarlo. Si legge nelle riviste psichiatriche di screening pre- parto per discriminare le donne a rischio di depressione, ma sono attività ancora sperimentali. Anche l'insistenza degli ultimi anni sul trionfalismo della nascita, data per scontato come scelta e voluta (sappiamo invece quante ambivalenze, per non dire episodi psichiatrici vi si celino, a volte costrizione) e sull'allattamento al seno (seppure utilissimo), potrebbe nella donna stressata, che perciò stesso ha poco latte, essere un motivo di vergogna e supposta inefficienza. Meglio dunque che la donna si regoli come crede, fornendo il latte che ha, e integrando tranquillamente con quello artificiale. Questa è solo una modesta casistica, ma tutto il ruolo di madre di un bambino, almeno fino alla pubertà chiama in causa l'etica. Ed è etico che la madre, come dice Winnicott, che non a caso è uno psicanalista ex pediatra, sia "sufficientemente buona", sufficientemente felice di avere un figlio, normale, vero, suo e non da esibire, non un "modello" La donna è spesso l'unica interlocutrice del pediatra, si rassegna a questo ruolo o lo pretende, quando sarebbe più equilibrato un interesse di entrambi. Essa se nevrotica però può usare il bambino, accampando sue malattie, per comunicare un disagio emozionale ed una insoddisfazione coniugale. Il medico di base ed il pediatra sono in grado certo di decifrare queste patologie e inviarle se del caso allo specialista. Ma sono capaci anche di trattarle personalmente, con brevi rassicurazioni, presenza, sentirsi presi sul serio, che è quanto la donna sofferente più ricerca. Non dimentichiamo che per decine di anni ogni malanno della donna, che non fosse immediatamente riscontrato anatomicamente (e magari per errore), era considerato isterico,

esibizionistico, legato ad una sessualità insoddisfatta e a tutte le fantasie e i pregiudizi sulla donna, appena accennasse ad uscire dal suo ruolo (passivo e onnipotente insieme), di madre.

Molto merito, e lo dico immodestamente, non per me, ma per la mia categoria, va dato alla psichiatria ed alla psicanalisi nel prendere sul serio i disturbi della donna, dando loro la stessa dignità dei maschili, studiando quelli sessuali come disagi veri e non come mancanze a doveri o manipolazioni del coniuge, facendo della nevrosi e dei disturbi d'ansia, anche al femminile, quel campo vasto e in gran parte ignoto –Freud stesso lo ammetteva riguardo alla sessualità della donna–, dove anche lei, attraverso vari tipi di psicoterapia, potesse esprimersi, lontana da ogni stigmatizzazione, per raggiungere con la guarigione una più felice identità personale. Un “mea culpa” si impone per noi psichiatri che per anni, sotto l'onda della psicanalisi e dei suoi presupposti teorici, validissimi in sé, li abbiamo troppo rigidamente applicati alle nostre pazienti donne e sono: ogni malanno ha una remota origine in insoddisfazione sessuale inconfessabile, ogni donna per esser matura deve godere di orgasmi, vaginali, perché meglio si apparentano col ruolo generativo, mentre la gioscosità sessuale, senza orgasmo vaginale è ritenuta segno di immaturità. La donna ne veniva “colpevolizzata”. Come una immatura cronica. Poi le psicanaliste donne hanno rivendicato una sessualità libera e di scelta per la donna, ammettendo tranquillamente che qualsiasi donna può avere l'orgasmo che crede, o anche nessuno, senza sentirsi menomata o immatura. Si vide che donne del tutto regredite, come le psicotiche, avevano orgasmi vaginali senza problemi, non certo perché sane di mente. L'ideologia, in questo caso scientifica, si ammantava di valore assoluto, causando altre sofferenze alla donna. Semmai sarà lei col suo compagno a decidere se sottoporsi a terapia sessuologia, ma la sua supposta frigidità è un disturbo che la defrauda, non una colpa o un segno di immaturità; molte donne e qui presento ricorso alla mia casistica, visitate dal ginecologo ogni anno per controllo, non gli hanno mai confidato la propria frigidità, per vergogna. Il piacere sessuale se c'è o se non c'è deve essere nascosto. Altro “mea culpa” è la convinzione, che però oscilla nei decenni, che esistano o meno gli abusi pedofili, qui si parla di quelli sulle bambine, nell'ambito domestico. Poiché la pedofilia domestica era aborrita e mai ammessa sempre fra 8 e 900, Freud, sentendosi spesso raccontare di donne che avevano subito abusi da bambine, in famiglia, si convinse che si trattava di fantasie di desiderio e non di fatti reali. E' probabile invece che le donne almeno in alcuni casi confidassero il vero, ed ora sappiamo quanti disturbi nella giovinezza, nevrosi, turbe personologiche, disturbi alimentari, derivino dalla vergogna e dalla colpa di avere subito abusi inconfessabili. Occasione perduta per la psichiatria di quei tempi, Esse in pratica non venivano credute, e considerate isteriche, pregne di desideri proibiti, mentre il problema era far elaborare il senso di colpa e di imbarazzo. Ora si insiste sul versante opposto, e ogni presunto abuso è visto come verità sacrosanta. Questo può creare l'isteria e la psicosi collettiva dell'abuso, che ci investe ogni giorno sgradevolmente e con orrore dalle cronache.

Anche la donna che subisce stupro per strada, fino a poco tempo fa era accusata di essersi esibita, di avere quasi cercato l'evento, e bastava il fatto che non fosse vergine per banalizzare l'evento. Le cronache, anche recenti, riportano fatti inquietanti. Il medico cosa sta a fare vicino ad un donna stuprata, se non per aiutarla. Non è suo compito una indagine di polizia o della sua vita sessuale. Cosa fa il medico di fronte alla moglie dell'etilista, che sopporta violenze incredibili, e difficilmente rifiuta il marito? Poche uomini invece tengono presso di sé la donna etilista. Qui occorre un aiuto vero, spiegando alla donna i suoi diritti, agendo sul territorio, allertando gruppi di autoaiuto. In altre parole la donna a rischio, anche fisico, non deve esser lasciata sola dal medico, uomo o donna che sia.

Un accenno alla educazione sessuale della ragazza ed alla sua educazione in generale, a quel cammino, sempre più accelerato che la porta ad essere donna. Non vi è nulla nella vita della donna che non sia conflittuale, che non metta in contrasto soma e psiche, natura e cultura. Lontani dalla crudeli semplificazioni di un tempo, chiuse fra le mura domestiche, ora la donna, libera di sé deve costruirsi nella complicazione della vita attuale, una sua identità, sessuale, umana, sociale, ma nulle le viene più regalato e dato per scontato. Dovrà lottare per guadagnarsi tutto. Non dovrà lottare contro l'uomo, ma semmai al suo fianco, contro l'inerzia della società che non si adegua se non con

latenza a ruoli nuovi, a bisogni nuovi. Questo perché la donna, poiché portatrice di vita, e del ricambio generazionale ha un valore aggiunto nel proprio corpo, e sarebbe ingeneroso farne una diminuzione, come può accadere negli ambienti di lavoro. Ma poiché nulla è facile e scontato sta alla donna mostrare nei provvedimenti a suo favore come madre la massima serietà e correttezza, rifuggendo da ogni abuso. E' sbagliato allevare una ragazza come fosse solo destinata ad un ruolo sessuale e materno, o allevarla senza tenerne conto, quasi fosse un maschio. Questo anche nel caso la donna accenni a volersi dedicare ad una professione tipicamente e tradizionalmente maschile, come ormai le pari opportunità giustamente consentono. La eccessiva precocità come donna ha due aspetti: la sessualità incosciente e precoce, e sull'altro versante le eccessive responsabilità adulte date alla sorella maggiore, mai al fratello, come vicemadre, nelle famiglie numerose, o se la madre sia latitante. La si defrauderà di qualcosa di essenziale, che la farà rimanere immatura e bambina.

Non è etico che la società promuova una sessualità precoce e ludica. Ce lo impedisce la diffusione allarmante dell'Aids anche in Italia, (le campagne sul save sex cadono spesso nel vuoto, per il senso della sfida giovanile, la fretta, l'incoscienza). Tralasciando anche le possibili infezioni preme qui sottolineare che un gravidanza precoce in un' adolescente, soprattutto nubile, è un grosso fattore di regressione e di successiva incapacità ad assumere un ruolo sessuale adulto a suo tempo, e neppure l'aborto può essere una soluzione, aggiungerebbe fragilità a fragilità. Spesso la ragazza può addirittura rimuovere la sua gravidanza, che va prima di tutto accettata nella mente (sostituire il bambino della notte, con uno vero) e partorire in segreto, con possibili infanticidi e pervicace rimozione dell'evento. Nulla di più conflittuale di quello che appare più naturale, cioè il ruolo materno. In questi casi possono solo funzionare fattori di protezione come la famiglia, i servizi pubblici, qualcosa che medi fra la solitudine della ragazza e la realtà.

La pratica psichiatrica, data la natura della materia, basata sul colloquio e racconto delle pazienti porrà in luce sofferenze e dilemmi. Quello che per noi è ormai assodato, i nostri valori famigliari e sociali, la parità dei coniugi nel matrimonio, l'appartenenza dei figli a entrambi i genitori, la monogamia, sono irrinunciabili, ma non possiamo pretendere che una fresca immigrata li faccia suoi, non possiamo imporglieli, al massimo possiamo tentare di capire, insegnarle ad esser più consapevole di sé e più sicura nei suoi ruoli, ma il problema è da vedere "in progress", non risolvibile da subito. "Prestandole" la nostra mentalità e coscienza le faremmo del male, non del bene. E' probabile che negli anni futuri assisteremo a molti disadattamenti di immigrate che percepiscono la differenza fra il modo di vivere all'occidentale e il loro, con imposizioni famigliari per noi inconcepibili, da almeno un secolo.

Mi accorgo che la psichiatria interetnica e l'etica della donna in generale sta ponendo una serie di problemi con cui dovremo forse aspramente confrontarci negli anni a venire. Di fronte ai quali i nostri bisogni e desideri, sempre più raffinati, (tipo un diffuso narcisismo, l'esigenza della bellezza fisica a tutti i costi, o del figlio perfetto e su commissione) potranno via via sbiadire.