

SESSISMO OMOFOBIA E RAZZISMO IN PSICHIATRIA

Tradotto dal libro Sexy But Psycho: capitolo II

Dr. Jessica Taylor

"Cara Jess, spero che non ti dispiaccia se te lo chiedo, ma l'altro giorno ho letto il tuo blog e mi ha portata a riflettere sulla mia diagnosi. Mentre facevo tutte quelle valutazioni e parlavo con il medico, continuavano a pormi domande sulla mia sessualità. Ho detto loro che non avevo le idee molto chiare a riguardo. Ho pensato che forse potessi essere bisessuale. Avevo avuto alcune relazioni con uomini e altre con donne. Pensavo di essere bisessuale, ma poi ho anche pensato di essere lesbica, visto che non credo di essere attratta dagli uomini. Ho scoperto molto più tardi che avevano usato queste conversazioni come prova di un disturbo borderline di personalità e "problemi di identità". Mi sono sentita tradita perché pensavo che fossero conversazioni riservate. Mi chiedevo se avesse mai sentito parlare di questo. Non è omofobia?"

Per comprendere appieno le critiche mosse dai movimenti moderni per la salute mentale e la psichiatria, dobbiamo tornare indietro di centinaia di anni ed esplorare il modo in cui la "malattia mentale" è sempre stata usata per marginalizzare, opprimere, danneggiare, controllare e uccidere gruppi di persone da parte di chi detiene l'autorità. Ciò potrebbe sorprendere i lettori che non conoscono la storia delle malattie e dei disturbi mentali, ma come dimostrerò in questo capitolo, la nostra comprensione e applicazione della psichiatria è stata problematica fin da quando abbiamo iniziato a cercare di spiegare le differenze esistenti nel modo di pensare, sentire e comportarsi. Guardare indietro è spesso utile per capire come siamo giunti al punto in cui siamo ora. Questo a livello politico, sociale o scientifico. Le credenze e la comprensione dei fenomeni mutano costantemente, ma spesso si basano su conoscenze o pratiche che li hanno preceduti. La psichiatria possiede un retaggio di convinzioni e trattamenti dannosi, oppressivi e letali che ancora oggi influenzano in modo significativo il pensiero moderno sulla salute mentale.

Trattamenti e credenze

- Trapanazione - si trattava di una forma di neurochirurgia che prevedeva la perforazione delle ossa craniche per creare un foro che permettesse al diavolo di uscire.
- Terapia dell'isteria - una serie di "trattamenti" specifici per le donne che includevano il matrimonio, la tortura, l'esposizione a cattivi odori, la gravidanza forzata e l'estrazione dell'utero.
- Frenologia - la teoria settecentesca secondo cui aree separate del cervello controllavano funzioni o pensieri specifici, come la "distruttività" e la "gradevolezza".
- Mesmerismo - la teoria e la pratica settecentesca secondo cui la follia poteva essere curata ingerendo grandi quantità di ferro e muovendolo poi attraverso il corpo con dei magneti.
- Terapia rotazionale - la teoria e la pratica ottocentesca di far ruotare i pazienti a una velocità tale da far loro sperimentare la forza g (anche se non lo sapevano

ancora) e farli diventare soggiogati e "calmi". I medici sostenevano che questo curava la follia.

- Estrazioni di organi e denti - la teoria e la pratica del XX secolo secondo la quale i problemi di salute mentale erano causati da tossine o infezioni presenti nel corpo che avevano raggiunto il cervello causando pazzia e insanità. Ciò ha portato i medici a estrarre denti, tonsille, milze e, naturalmente, gli uteri delle donne. I medici sostenevano che questo metodo curava la follia nell'80% dei casi, ma in realtà uccideva almeno il 45% dei pazienti (Stetka & Watson, 2016).
- Idroterapia - la pratica del XX secolo di costringere i pazienti dei manicomi degli Stati Uniti a fare bagni o docce estremamente caldi o estremamente freddi per giorni e giorni, che si sosteneva potessero curare l'insonnia, l'ideazione suicidaria, la depressione e l'aggressività.
- Terapia della malaria - la pratica del XX secolo di iniettare deliberatamente la malaria ai pazienti dei manicomi per indurre febbre e convulsioni che si riteneva potessero curare la follia del paziente. Questa terapia valse al dottor Julius Wagner-Juaregg un premio Nobel e tale pratica continuò fino agli anni '30 (Stetka & Watson, 2016).
- Lo shock insulinico - la pratica del XX secolo di iniettare deliberatamente insulina ai pazienti "schizofrenici" per farli cadere in coma e renderli più calmi e collaborativi (incoscienti). Questa pratica è continuata fino agli anni '50, nonostante il tasso di mortalità fosse di circa il 10% (Stetka & Watson, 2016).
- Crisi convulsiva indotta chimicamente - la pratica del XX secolo di iniettare sostanze chimiche e sangue di pazienti epilettici in pazienti con "schizofrenia" per indurre le crisi. Si pensava che le crisi curassero la schizofrenia. Questa pratica ha persistito fino agli anni '50 ed è accreditata come l'inizio della tradizione della terapia elettroconvulsiva, che provoca le convulsioni usando l'elettricità invece del sangue o delle sostanze chimiche.
- Lobotomie frontali - la famigerata pratica psichirurgica del XIX e XX secolo volta a recidere le connessioni della corteccia prefrontale del cervello per curare psicosi come deliri, comportamenti ossessivi e allucinazioni. Tra il 60 e il 70% di tutte le lobotomie frontali sono state eseguite su donne (Jenell Johnson, 2014).
- Terapia elettroconvulsiva (TEC) - la teoria e la pratica del XX secolo secondo cui l'induzione di crisi epilettiche mediante scosse elettriche al cervello in pazienti malati di mente poteva ridurre i loro sintomi o curarli. Nonostante la convinzione che la terapia elettroconvulsiva sia stata vietata o confinata nei libri di storia decenni fa, questa pratica è ancora in vigore e viene praticata dal NHS (Servizio Sanitario Nazionale) e da molti altri servizi sanitari nazionali in tutto il mondo sia a bambini che a adulti con diagnosi psichiatriche.

Per coloro che dispongono di una scarsa conoscenza della storia e dei fondamenti della psichiatria, questo elenco potrebbe sembrare tratto da un film dell'orrore 18 +.

Eppure, centinaia di migliaia di donne sono state sottoposte a questi trattamenti nocivi, spesso fatali, per aver pensato o per essersi sentite e comportate in modo "diverso".

Questo è un punto importante: il semplice fatto di pensare, sentire o comportarsi in modo "diverso" (e, in alcuni casi, anche solo il fatto di avere un aspetto "diverso") poteva essere sufficiente a una classe dirigente o a un'autorità per diagnosticare a un

individuo o a un gruppo delle "malattie mentali" e, di conseguenza, suggerire che essi necessitassero di trattamenti, cure, imprigionamento o isolamento dal resto della società. In questo capitolo ci concentreremo sul modo in cui i bianchi al potere sono stati si sono arrogati il diritto di definire l'essere persone nere come una "malattia mentale", il modo in cui gli uomini al potere sono stati in grado di definire l'essere donna come una "malattia mentale" e il modo in cui gli uomini eterosessuali sono stati in grado di definire l'omosessualità come una "malattia mentale".

In tutti e tre gli esempi, un gruppo dominante si è permesso di inquadrare una caratteristica (etnia, genere e sessualità) come un disturbo, una malattia o una sindrome che richiedeva un intervento sostanziale. In tutti i casi, ciò ha portato all'abuso e alla morte di persone che erano semplicemente oppresse dalla classe dominante. Nonostante spesso non vi fosse alcuna prova dell'esistenza di pensieri, emozioni o comportamenti disordinati, era facile sostenere che i gruppi emarginati fossero "affetti da malattie mentali" che richiedevano un intervento e un controllo.

Come per tutte le altre questioni legate alla follia, la cosa più potente dell'essere etichettati o diagnosticati come "malati di mente" è che più si protesta, più questo viene preso come prova della propria "insanità mentale".

Questa è stata (ed è tuttora) la chiave per controllare gruppi di donne che vengono abitualmente diagnosticate come affette da "disturbi mentali", problemi e malattie.

Molte tra le donne che leggeranno questo libro sapranno che le loro critiche e proteste contro diagnosi farmaci e terapie che non condividevano hanno spesso ricevuto in risposta l'accusa che i loro problemi di salute mentale erano così gravi e in via di peggioramento, da indurle a negare o a rifiutare di accettare la loro realtà di donne con un "disturbo mentale" e bisognose di un intervento medico.

Tutte le donne con cui ho parlato nell'ambito della mia ricerca hanno raccontato storie di questo tipo. Per alcune si trattava di esempi estremi, in cui le critiche rivolte ai loro medici le avevano portate a essere internate, medicate o sedate con la forza; per altre, invece, il disaccordo con la diagnosi o il trattamento ha avuto un impatto molto più lungo e lento che le ha portate ad essere discreditate, messe in discussione e compromesse per decenni.

In particolare, questo ha fatto sì che le donne (e, come mostrerò qui, molti altri gruppi oppressi) non avessero alcuna via d'uscita dal sistema di salute mentale, né potessero sfuggire all'etichetta di "malate mentali" e "folli".

Essere persone nere come "malattia mentale"

Anche se non se ne parla più, la storia della psichiatria, della psicologia e delle teorie sulla salute mentale è intrisa di un violento razzismo.

Donne e uomini neri venivano spesso catturati e rinchiusi in manicomi, dove hanno subito torture ed esperimenti per decenni.

Il dottor Benjamin Rush, spesso citato come il "padre" della psichiatria, riteneva che la pelle nera fosse una malattia, un disturbo della pelle causato dalla lebbra. Egli suggeriva inoltre che le persone nere schiavizzate fossero "pazze" e avessero un'ossessione irrazionale per il desiderio di essere bianche, e credevano che l'unico modo per raggiungere questo obiettivo fosse quello di sposare e avere figli con persone bianche. A tal fine, si oppose fermamente a qualsiasi tipo di matrimonio o unione interrazziale,

poiché sosteneva che le persone nere avrebbero diffuso le loro "malattie mentali" nella popolazione bianca.

Il suo collega, il dottor Samuel Cartwright, fu l'uomo che elaborò il disturbo psichiatrico della *drapetomania*, ovvero una "malattia mentale" che induceva le persone nere schiavizzate a voler fuggire dai proprietari, dalle piantagioni e dagli oppressori. Sì, avete letto bene.

Gli uomini bianchi al potere hanno creato un disturbo psichiatrico per le persone oppresse che cercavano di sfuggire all'oppressione. L'hanno interpretata come una forma di follia e l'hanno diagnosticata alle persone nere. Inoltre, ricercatori medici e psichiatri bianchi svilupparono il concetto di *disaesthesia aethiopia*, che descrissero come depressione, letargia e ottusità delle persone nere schiavizzate.

Invece di considerare come la schiavitù e le torture potessero provocare dei traumi il dottor Samuel Cartwright suggerì che tutte le "malattie mentali", nel caso delle persone nere, potessero essere curate da frustate prolungate e severe.

Quando le persone nere si emanciparono, gli psichiatri le diagnosticarono ulteriormente con psicosi, sostenendo che la liberazione dalla schiavitù danneggiava la loro salute mentale e le faceva diventare ancora più "pazze", in quanto la schiavitù rappresentava "lo stato naturale delle persone nere, le quali necessitavano di lavori forzati e di controllo per funzionare nella società" (Segrest, 2020).

Queste considerazioni riflettono il mito del suprematismo bianco secondo cui esiste una maggiore prevalenza di "malattie mentali" e "disturbi psichiatrici" nelle comunità nere. I politici e i medici favorevoli alla schiavitù sostenevano spesso che le persone nere in schiavitù fossero "pazze o idiote" e che chi invece ne era stato liberato fosse psicotico e pericoloso.

Le persone nere venivano descritte e trattate come "selvagge", "primitive", "non sviluppate", "incivili" e bisognose di controllo da parte di psichiatri e psicologi bianchi. Venivano segregate nelle strutture di ricovero e tenute all'esterno o in case di lavoro e blocchi agricoli separati, lontano dai pazienti bianchi.

Si riteneva che la loro presenza avrebbe danneggiato la "guarigione" dei bianchi nei manicomi, che in genere erano trattati molto meglio delle persone nere, le quali avevano molte più probabilità di morire – ad esempio di fame – nei manicomi psichiatrici (Segrest, 2020).

Il XX secolo portò ulteriori pericoli e oppressioni psichiatriche, poiché si instaurò la crescente convinzione dell'eugenetica secondo la quale quest'ultime dovevano essere sterilizzate ed impossibilitate a procreare.

Secondo questa credenza, solo le persone di "buona stirpe" dovevano essere messe in condizione di tramandare i propri geni e di avere una famiglia. La sterilizzazione legale delle donne nere ha conosciuto un'impennata tra gli anni '20 e '70, quando alcuni Paesi e Stati degli USA hanno cercato di sterilizzare il maggior numero possibile di persone, di solito diagnosticando loro previamente dei "disturbi psichiatrici". Negli anni '70 in North Carolina, ad esempio, l'85% di tutte le persone sterilizzate legalmente erano donne nere dichiarate "mentalmente disturbate" per impedire loro di avere figli propri (Umeh, 2019).

Come se questo attacco razzista non fosse abbastanza pesante, tra il 1930 e il 1970, esse sono state anche le vittime principali di esperimenti di lobotomia frontale e di interventi chirurgici che prevedevano incisioni o rimozioni di parti dei lobi frontali del

cervello per curare i "disturbi psichiatrici". I registri mostrano che questi interventi sono stati eseguiti anche su bambini di soli cinque anni (Umeh, 2019).

Mentre lo sviluppo dei "disturbi psichiatrici" proseguiva, la diagnosi e il trattamento razzista delle persone nere si intensificarono: negli anni '70 la schizofrenia divenne nota come il *disturbo dell'uomo nero*. Il termine "aggressivo" è stato aggiunto ai criteri diagnostici della schizofrenia e gli antipsicotici sono stati commercializzati direttamente per le persone nere ritenute "fuori controllo" (Smith, 2020). Gli psichiatri descrissero gli uomini neri come arrabbiati, aggressivi e privi di diritti, ignorando completamente l'oppressione, la segregazione e la persecuzione di queste persone, che versavano in condizioni di povertà all'interno di una società deliberatamente razzista.

Si è scelto di patologizzarli e classificarli come criminali violenti, imprevedibili e affetti da "malattie mentali", per poi medicarli pesantemente con antipsicotici o rinchiuderli in manicomi e prigioni per il resto della loro vita. Oggi, il 90% di tutti i posti letto per l'assistenza psichiatrica negli Stati Uniti si trova nelle carceri, che sono popolate in modo sproporzionato da uomini neri (Segrest, 2020).

La storia della schizofrenia non può essere ignorata. Alle persone nere che hanno protestato nei movimenti per i diritti civili e nelle manifestazioni contro il razzismo è stata spesso diagnosticata **una psicosi da protesta**, soprattutto quando erano legate o sostenevano le Pantere Nere e la Nation of Islam tra il 1960 e il 1990.

La schizofrenia nera è stata indicata come la causa della violenza urbana e, negli anni '60 e '70, i media bianchi mainstream hanno diffuso potenti stereotipi riguardanti assassini neri schizofrenici impazziti a piede libero, alla ricerca di vittime bianche da uccidere per via del loro delirio anti-bianco (definito e pubblicato dagli Archives of General Psychiatry nel 1968). Questo stereotipo perdurato decenni, è tuttora prevalente e ha influenzato tutto, dalle leggi Jim Crow e l'incarcerazione di massa delle persone nere fino alle più recenti narrazioni a favore della brutalità della polizia durante le proteste di Black Lives Matter.

Le persone nere che cercano di opporsi all'oppressione sono ancora abitualmente classificate come estremiste pericolose, ossessive, "malate di mente" e anti-bianche. Aspetto che molti non si rendono conto essere legato alle diagnosi razziste formulate in origine su persone nere.

Essere donna come "malattia mentale"

Per secoli l'essere donna è stato letteralmente classificato come un "disturbo mentale". Le donne sono sempre state descritte da filosofi, scienziati e medici come versioni difettose, deformi e mutate degli uomini. È da qui che nasce il pensiero del "maschio come default", che ancora oggi affligge la scienza. Le donne venivano descritte come complicate, affette da una serie di "disturbi mentali" e fisici che gli uomini non potevano (o non volevano) decifrare.

Si ritiene che la parola e il concetto di isteria traggano origine dal fisico greco Ippocrate, secondo il quale l'utero era un organo problematico.

L'isteria era descritta come una malattia femminile, causata dal distacco dell'utero dalla sua posizione abituale e dalla sua fluttuazione nel corpo, con conseguente scompiglio nel cervello, nel cuore e in altri organi - da qui il termine *sindrome dell'utero errante*. Le donne isteriche venivano descritte come donne che rispondevano in modo

sproporzionatamente emotivo alla vita e agli eventi quotidiani, da cui il termine moderno *isterica*.

Il concetto di isteria era ovviamente un'assurdità, ma poiché i medici di quell'epoca non avevano alcuna formazione scientifica ed erano - pur detenendo un'importante autorità locale e nazionale - impregnati di razzismo e misoginia, nessuno cercò di mettere in dubbio la validità della teoria per cui un intero organo riproduttivo si staccava e si muoveva nel corpo femminile, generando pazzia e scompiglio emotivo.

Fino al 1980, questa era ancora reputata una condizione medica e psichiatrica legittima - elencata nel DSM - che poteva essere curata con farmaci, trattamenti e terapie (e prima del 1970, alle donne veniva detto di usare dildo, fare sesso con uomini, rimanere incinte o sottoporsi a estrazioni dell'utero come cura per la loro isteria). Un mix interessante di cure, come si può notare, soprattutto per il periodo.

Mentre le donne venivano ancora demonizzate per la masturbazione, e il piacere femminile non rientrava nella lista delle priorità del patriarcato, esse venivano diagnosticate come pazze e isteriche e poi si vedevano consigliare dai medici l'utilizzo di un dildo o di fare sesso con i loro mariti per alleviare la loro malattia. Tutto ciò, però, non era finalizzato al piacere o alla realizzazione femminile, soprattutto perché i medici tra il XVIII e il XX secolo non credevano che le donne potessero provare desiderio o piacere sessuale (a meno che non fossero streghe, ovviamente; in quel caso, dovevano essere bruciate vive).

I medici inventarono vibrator e dildo come trattamento medico per le donne isteriche e pazze, mentre la masturbazione femminile naturale veniva descritta come "auto-abuso" e utilizzata come base per la diagnosi di ulteriori "disturbi psichiatrici".

Allo stesso tempo, i medici prescrivevano il matrimonio alle donne single a cui veniva diagnosticata una "malattia mentale", poiché si riteneva esse avessero bisogno del controllo e dell'autorità di un uomo per essere messe in riga. Una volta che la sua vita si fosse rimessa in carreggiata come moglie e madre sottomessa, sarebbe stata di nuovo bene.

Nel XIX secolo e all'inizio del XX secolo, le donne venivano ricoverate in manicomio per tutto ciò che gli uomini trovavano anche solo lontanamente offensivo, dalla lettura di romanzi a problemi femminili immaginari.

Secondo i registri storici del West Virginia Hospital for the Insane (1899), le donne venivano trattate con una serie di procedure pericolose per "sintomi di pazzia" come studiare, non fare abbastanza sesso con i loro mariti, non sorridere abbastanza, interessarsi di politica, masturbarsi e fare un uso eccessivo dei loro limitati poteri mentali femminili.

Le donne erano le principali destinatarie di quasi tutti i trattamenti psichiatrici più pericolosi e fatali, tra cui la terapia elettroconvulsiva, le lobotomie frontali e le terapie insuliniche. Fino alla fine degli anni Sessanta, alle donne con una serie di diagnosi psichiatriche furono prescritte estrazioni forzate dell'utero e sterilizzazioni forzate negli ospedali psichiatrici.

È difficile ignorare i secoli di misoginia su cui poggia la psichiatria e i modi in cui ogni donna che non si conformava agli standard previsti dagli uomini veniva rapidamente classificata come "malata di mente" e bisognosa di cure o di isolamento dalla società.

Nel 2017, Helena Bonham Carter ha interpretato Eleanor Riese nel film *55 Steps*. Il film racconta la storia vera della vita e della morte di Eleanor per mano dei sistemi

psichiatrici degli Stati Uniti tra il 1970 e il 1991. Quando aveva venticinque anni, le fu diagnosticata la schizofrenia e fu sottoposta a una pesante terapia farmacologica con iniezioni forzate che le causarono gravi sintomi e malattie fisiche. All'epoca non aveva il diritto di rifiutare farmaci antipsicotici, sedativi o altri trattamenti. Spesso veniva immobilizzata da diversi uomini, bloccata a terra e sottoposta a iniezioni di farmaci di cui non era a conoscenza e per cui non aveva mai dato il consenso.

Quando venivano interpellati, i medici dicevano che i pazienti degli ospedali psichiatrici erano talmente deliranti e disordinati da non essere in grado di prendere decisioni consapevoli sulle loro cure, e quindi il loro consenso non era necessario. Eleanor, tuttavia, si ostinava a contattare avvocati difensori dei diritti umani interessati a occuparsi dei casi delle persone più vulnerabili e oppresse.

Nel 1989, dopo una lunga e controversa serie di udienze e appelli, i tribunali stabilirono che le persone sottoposte a cure psichiatriche dovevano avere il diritto di rifiutare le cure e dovevano ricevere informazioni complete sui farmaci e sulle terapie che venivano loro somministrati. Tuttavia, Eleanor aveva già subito danni significativi alla vescica e ai reni a causa di iniezioni prolungate di litio e di altri potenti farmaci antipsicotici, e morì per un'infezione ai reni nel 1991, all'età di soli quarantasette anni.

L'omosessualità come "malattia mentale"

Prima di essere considerata una "malattia mentale", l'omosessualità è stata considerata una forma di possessione demoniaca.

La storia dell'omosessualità come "malattia mentale" riguarda soprattutto la persecuzione degli omosessuali bianchi, molti dei quali sono stati diagnosticati come "sessualmente devianti" o "mentalmente disturbati" e, secondo Carr & Spandler (2019), sono stati criminalizzati in base alle leggi sulla sodomia (se appartenevano alla classe operaia) o inviati a trattamenti psichiatrici (riservati agli uomini della classe media e alta).

La storia delle donne lesbiche e bisessuali coincide con gran parte della storia femminile: scarsa, frammentata e non documentata. I ricercatori spesso faticano a trovare scritti o prove sulle esperienze delle donne lesbiche inviate o auto-riferite ai servizi psichiatrici. Quel poco che è stato trovato è stato discusso da Carr & Spander nel 2019, secondo cui è improbabile che le donne lesbiche e bisessuali venissero criminalizzate, ma è molto probabile che si trovassero in servizi psichiatrici in cui psichiatri, psicologi e terapeuti ritenevano di non poter fare nulla per loro, o che avessero bisogno di terapia e farmaci per "superare le loro tendenze omosessuali".

Nella loro ricerca hanno trovato esempi come:

- Donne sottoposte a terapia dell'avversione con scosse elettriche o emetici chimici somministrati a donne attratte dallo stesso sesso (Crumpsall Hospital a nord di Manchester tra il 1962 e il 1967).
- Donne sottoposte a terapia dell'avversione per curare il loro lesbismo, che hanno riferito di essersi sentite molto male per mesi e che, pur avendo ridotto l'attrazione sessuale per le donne, non hanno mai sviluppato attrazione sessuale per gli uomini.
- Donne morte per suicidio dopo essere state sottoposte a terapia dell'avversione per "curare" il lesbismo.

- Donne sottoposte a terapia sperimentale con LSD per "superare l'omosessualità" (ospedali di Londra, Leicester e Newcastle negli anni '50 e '60).
- Induzione di coma insulinico per curare la loro sessualità in un ospedale del Regno Unito negli anni '50.
- Conduzione di interventi di psicoturgia (ad esempio, lobotomie frontali) su donne per curarne l'omosessualità.

Occorre quindi parlare del modo in cui il lesbismo, in un patriarcato eteronormativo, venisse visto come nient'altro che pazzia o malattia. La possibilità che una donna non desiderasse o necessitasse di un uomo e che invece amasse o desiderasse le donne era (ed è sempre stata) così inconcepibile che, laddove la Chiesa sosteneva che si trattasse di una prova di possessione demoniaca e di stregoneria, la medicina moderna riteneva che dovesse indicare un pensiero e un comportamento disturbati, danneggiati o corrotti.

La povertà come "malattia mentale"

Penso spesso al rapporto tra classismo e ricchezza nell'ambito della salute mentale e della psichiatria. Qual è la differenza tra eccentricità e genio creativo - e disturbi mentali? Perché una persona benestante, di classe media può mostrare gli stessi identici comportamenti di una persona povera e di classe operaia evitando tuttavia di essere internata o di vedersi sottrarre i figli? La risposta sembra risiedere nel denaro e nello status sociale.

Per decenni è stata riscontrata un'apparente relazione tra l'essere poveri e di classe sociale inferiore e l'ottenimento di diagnosi di salute mentale. Le ragioni più ovvie a monte di questo fenomeno sono state oscurate con successo dal classismo.

Essere poveri non significa solo disporre di una ricchezza inferiore a quella di altri esseri umani, ma è una condizione legata a supposizioni, narrazioni, aspettative e stereotipi su chi si è, su cosa si è capaci di fare e su quanto valore si abbia nella società. È quindi logico che si sia creata una classe di persone, un intero gruppo di milioni di persone che si presume pensino, agiscano e si presentino allo stesso modo: i poveri.

Per essere chiari, questi presupposti si sono sviluppati nel corso della storia e parallelamente al radicamento del sistema delle classi sociali:

- I poveri erano sciatti, pigri e non curati
- I poveri erano poveri perché non lavoravano abbastanza
- I poveri erano sporchi e malsani
- I poveri erano ignoranti e stupidi
- I poveri erano furbi, manipolatori e criminali.
- I poveri non sapevano prendersi cura dei propri figli in modo adeguato
- I poveri si comportavano e pensavano in modo diverso/meno razionale rispetto a chi aveva uno status sociale e una ricchezza più elevati

Nel 1895, l'aristocratico francese Gustave Le Bon scrisse ampiamente a proposito del "comportamento della folla" tra le altre teorie e convinzioni che nutriva sul comportamento umano (che includevano la supremazia bianca e la superiorità maschile). Le sue teorie sull' "effetto gregge" e sul "comportamento della folla" sono diffusamente insegnate nei corsi universitari e di psicologia, nonostante si basino principalmente sulle sue tesi secondo cui le persone povere e della classe operaia erano stupide, facili da controllare e di natura primitiva.

Non sorprende che un uomo che aveva elaborato interi diagrammi sulle gerarchie etniche, gerarchie di intelligenza e teorie che posizionavano le donne come intellettualmente inferiori, considerasse che le persone di classe sociale superiore non potessero essere catturate dalla "mente di gruppo" o "contagio sociale", in quanto questa era specifica solo delle persone di classe sociale inferiore.

Un aspetto tanto terrificante quanto interessante è che, come ampiamente insegnato nei corsi di laurea e post-laurea in psicologia sociale, il lavoro di Gustave Le Bon sul controllo delle classi lavoratrici e il concetto di "contagio sociale" e "comportamento della folla" è stato letto e utilizzato avidamente sia da Adolf Hitler che da Benito Mussolini. All'inizio del 1900, i ricercatori si interessarono maggiormente agli stereotipi e a ciò che i bambini capivano della povertà, della classe e della ricchezza.

Negli studi condotti prima del 1950, i bambini di cinque anni riferivano ai ricercatori che la ricchezza era desiderabile e la povertà indesiderabile (Woods et al., 2005). Inoltre, bambini e adulti venivano indottrinati con stereotipi di "poveri" e "ricchi" - in cui, ovviamente, le persone povere erano pigre, disoneste, ignoranti, incompetenti e disinteressate al miglioramento personale o all'istruzione (Bullock, 1995).

I postumi odierni di queste convinzioni nella pratica e nella teoria della salute mentale

Sarebbe più facile, e molto più confortante, se potessi concludere questo capitolo affermando che la psichiatria, la psicologia e i servizi di salute mentale hanno fatto enormi progressi e miglioramenti nel loro approccio e nel trattamento dei gruppi marginalizzati; tuttavia, non è così. Essere persone nere, donne, lesbiche, bisessuali, povere o gender non-conforming è ancora pericoloso quando si tratta di patologizzazione. La pratica e la teoria moderne conservano un'eredità significativa e persistente.

Quando ho intervistato Brianna per questo libro, abbiamo parlato a lungo delle sue esperienze di patologizzazione, gaslighting e demonizzazione da parte dei servizi di salute mentale, ma solo negli ultimi dieci minuti della conversazione ha riflettuto sull'idea che quest'ultimi potessero essere razzisti. Non avevo alcun dubbio che avesse ragione, non da ultimo perché le donne nere sanno assolutamente quando vengono discriminate o classificate; ma anche perché le prove hanno dimostrato in modo ricorrente che il razzismo è ancora diffuso in psichiatria.

Brianna si era rapidamente ritrovata a essere diagnosticata, medicata, internata, valutata e monitorata per diversi anni dopo essere stata violentata e sfruttata ai tempi dell'università. Parlando con me - in qualità di professionista trentacinquenne che aveva lavorato nel settore bancario e nel sistema giudiziario penale - mi ha raccontato di quanto fosse esausta e arrabbiata quando ha scoperto che i medici avevano scritto dei suoi "capelli spettinati" nella sua diagnosi di disturbo borderline di personalità e di disturbo dell'adattamento. Mi ha raccontato che avevano commentato i suoi capelli afro, l'avevano definita "aggressiva" e "arrabbiata" e avevano scritto sulle note del suo caso che era "africana" senza mai chiederle quale fosse la sua etnia. Brianna è afrocaribica. Non che a qualcuno importasse, né che si sia scusato quando lei li ha corretti nel 2020. Per coincidenza, nel 2020 è stata pubblicata sul British Medical Journal una lettera firmata da 175 psichiatri in cui si chiedeva al Royal College of Psychiatrists (RCP) di

affrontare con urgenza e trasparenza il tema del razzismo sistemico e istituzionale e il colonialismo nella teoria e nella pratica nel campo della salute mentale storica e moderna. L'RCP ha rilasciato una dichiarazione in risposta.

Nella dichiarazione, il presidente dell'RCP Adrian James ha affermato di essere d'accordo sull'esistenza di razzismo e disuguaglianza nella società, e nei servizi di salute mentale e nell'NHS, e di voler sviluppare ruoli e flussi di lavoro specifici sull'uguaglianza e l'inclusione.

Tuttavia, il dottor James non si è impegnato a condurre un'indagine indipendente sui decenni di danni causati dalle teorie e dalla pratica della psichiatria, suscitando ulteriori critiche da parte di psichiatri appartenenti a gruppi marginalizzati. In un'altra risposta ha invece affermato che un'indagine indipendente sul razzismo sistemico "rallenterebbe il nostro lavoro".

L'autore principale della risposta è stato il dottor Sami Timimi, che ha risposto sul BMJ nel luglio 2020 per esprimere il proprio disappunto sul fatto che il presidente dell'RCP non avrebbe sostenuto un'indagine indipendente, né avrebbe affrontato in modo efficace le preoccupazioni degli attuali psichiatri in formazione e qualificati che continuano a vedere e subire frequentemente episodi di razzismo.

Il Dr. Timimi ha incluso testimonianze di psichiatri in formazione e nuovi, compreso il commento che segue:

Sto approdando in una professione che ha usato la "scienza" e i "fatti" per opprimere sistematicamente le persone POC per secoli, con la speranza, forse ingenua, di contrastare tutto questo durante la mia carriera. Tuttavia, io e i miei colleghi studenti di medicina politicamente attivi avremo difficoltà a conciliare il nostro lavoro e i nostri principi antirazzisti con lo stato attuale della psichiatria. Lavorare all'interno delle linee guida e delle regole attuali, per me, significherebbe essere complici della violenza razziale. Significherebbe contribuire a un sistema che sottopone le persone nere al Mental Health Act con un tasso quattro volte superiore a quello delle persone bianche. Un sistema che obbliga a sedare e medicare le persone nere perché sono considerate in modo sproporzionato un pericolo per sé stesse e per gli altri. Un sistema che collabora abitualmente con la polizia nel criminalizzare la malattia e spesso nel rinchiudere fatalmente le persone POC. Finché il Royal College of Psychiatrists non si impegnerà in un esame indipendente e non lavorerà per liberarsi delle pratiche e delle linee guida che militano attivamente contro le persone POC nel Regno Unito, non potrò scegliere la psichiatria? (BMJ, 2020;370:m2657)

Il tirocinante di cui sopra solleva preoccupazioni legittime che potrebbero essere esaminate in un'indagine indipendente e che devono essere affrontate con urgenza.

Al momento della stesura di questo libro, non c'è stato alcun progresso in merito a questo argomento e, mentre l'RCP ha pubblicato altre scuse ai gruppi marginalizzati in cui discute pubblicamente dei trattamenti non etici e oppressivi, degli internamenti e dei danni causati dalla psichiatria, non è stata fatta alcuna dichiarazione simile riguardo alle persone nere e ad altre persone marginalizzate.

Essere lesbiche o bisessuali

Con l'orgoglio celebrato in tutto il mondo e le aziende che colorano di arcobaleno i loro siti web e i loro loghi in apparente sostegno dell'orgoglio gay, sembrerebbe contraddittorio che le donne vengano ancora patologizzate e diagnosticate come "malate di mente" in riferimento alla loro sessualità. All'inizio di questo capitolo, ho presentato l'e-mail di Hannah in cui chiedeva se fosse omofobo citare la sua bisessualità (e in seguito la sua consapevolezza di essere lesbica) come un sintomo di un disturbo di personalità che richiedeva farmaci e cure a vita.

Questo assunto è comune e ignora la complessità dell'attrazione sessuale e la diffusione della violenza maschile. Statisticamente, molte ragazze subiscono abusi sessuali durante l'infanzia da parte di uomini e ragazzi nella loro vita, ma questo non significa che l'abuso sia un fattore causale del loro orientamento sessuale. Se così fosse, e se l'aver subito violenza maschile facesse cambiare sessualità a donne e ragazze, la maggior parte della popolazione femminile sarebbe lesbica o bisessuale.

Il pericolo qui, è ovviamente che le donne a cui viene diagnosticato un disturbo borderline di personalità vedano la loro sessualità usata come prova di una crisi d'identità o di una "malattia mentale", anziché del loro diritto di essere attratte da adulti dello stesso genere e di avere relazioni con essi.

Pur sapendo che molti professionisti e servizi sosterebbero ferocemente di non essere omofobi, mi sono spesso imbattuta in modi sottili in cui le donne lesbiche (e i loro figli) venivano patologizzate nei contesti terapeutici e medici. Nel 2020 ho avuto il privilegio di intervistare la ventitreenne Megan, violentata da adolescente da un uomo che poi è stato dichiarato non colpevole da un tribunale del Regno Unito.

Mi ha raccontato di aver sempre voluto parlare, ma di essere stata respinta e messa a tacere molte volte. Sebbene avesse sofferto di mal di stomaco cronico ed emicrania per molti anni dopo il trauma, i professionisti non solo avevano attribuito la causa dei disturbi fisici all'"ansia" e si erano rifiutati di sottoporla a esami, ma anche la sessualità di sua madre era stata messa in discussione.

Megan mi ha spiegato che, dopo molti anni di ricerca di sostegno, è finalmente riuscita ad accedere a una terapia che le consentisse di parlare degli stupri di cui era stata vittima e delle risposte al trauma che aveva sperimentato.

Invece di convalidare i suoi traumi o di parlare della violenza sessuale, il consulente sembrava volersi concentrare sul fatto che sua madre fosse lesbica, come se questa fosse la causa o la radice dei suoi sentimenti.

Megan mi ha detto che il consulente spostava spesso la conversazione sulla sessualità della madre, allontanandola dalla conversazione sulla violenza subita da adolescente e di nuovo dal fidanzato qualche anno dopo.

Non è la prima volta che mi preoccupa dell'eccessiva analisi delle madri lesbiche e dei loro figli, soprattutto se si considera che nel 2020 sono venuta a conoscenza di due distinti casi di tribunale familiare in cui donne lesbiche, che avevano figli nati da precedenti abusi o relazioni con uomini, sono state pesantemente analizzate in tribunale, con tanto di relazioni psicologiche, valutazioni e persino un caso in cui il padre assente ha accusato le due donne della coppia di essere streghe. Sembrerebbe una parodia o una barzelletta, ma dopo averle accusate di essere genitrici inadeguate in quanto lesbiche, e aver richiesto loro valutazioni approfondite, il passo successivo è

stato quello di accusarle di stregoneria. Il giudice ha preso la cosa sul serio e si è aspettato che le due donne - lesbiche e femministe - difendessero o spiegassero le accuse come se fossero reali. In un'aula di tribunale. Nel 2020.

Eppure, nel 2017, l'allora presidente dell'RCP, la professoressa Wendy Burn, ha rilasciato una dichiarazione a BuzzFeed sul ruolo della psichiatria nell'omofobia.

In netto contrasto con la risposta dell'RCP al razzismo sistemico, questa era chiara, precisa e apologetica.

La dottoressa scrisse che "non ci sono parole che possano riparare il danno arrecato a chiunque sia mai stato considerato malato di mente per il solo fatto di amare una persona dello stesso sesso", e che questi trattamenti sono stati utilizzati fino agli anni '70 e oltre.

Il professor Burn ha ammesso che i trattamenti della "terapia dell'avversione omofoba" (che includevano abitualmente la proiezione di immagini omoerotiche alle persone gay mentre le sottoponevano alla terapia elettroconvulsiva, o l'abbandono per giorni in condizioni di forte dolore, vomito, faccia o urina, al fine di sviluppare un'associazione tra gravi conseguenze negative e pensieri omosessuali) erano sbagliati, smentiti e sfatati. Sebbene questa affermazione sia stata accolta con favore da molti, è deludente constatare che, a distanza di molti anni, la bisessualità e il lesbismo nelle donne e nelle ragazze vengono ancora utilizzati come sintomo o marcatore di un disturbo di personalità. In effetti, esistono ancora chiare descrizioni di sintomi nelle donne e nelle ragazze con disturbo borderline di personalità che includono l'impegno in relazioni sessuali occasionali, la segnalazione di un maggior numero di partner sessuali diversi, la promiscuità e l'impegno in esperienze omosessuali", secondo le riviste *Innovations in Clinical Neuroscience Journal*, *Psychiatry Journal* e *Journal of Mental Disorders*.

Essere gender non-conforming

Una delle questioni attualmente più controverse riguardanti le donne e il genere è la diagnosi psichiatrica di "disforia di genere" delle ragazze adolescenti che non si conformano o non si identificano con la femminilità.

La disforia di genere nelle ragazze è descritta dall'NHS (Servizio Sanitario Nazionale) come un forte e duraturo desiderio di esprimere la propria identità di genere cambiando il proprio aspetto o comportamento. L'NHS afferma chiaramente che "la disforia di genere non è una malattia mentale", ma omette di notare che la disforia di genere è elencata come disturbo psichiatrico nel DSM-V, il manuale diagnostico dei "disturbi mentali" (APA, 2021).

È degno di nota, quindi, che le informazioni nazionali neghino che la disforia di genere sia una diagnosi psichiatrica, nonostante il termine stesso "disforia di genere" sia il nome del disturbo riconosciuto [...].

Classismo e status sociale

Una conversazione che tende a passare in sordina nel mondo accademico e medico è quella sull'esistenza e sull'impatto del classismo. Non è una sorpresa che le istituzioni che sono sempre state circondate e che si sono costruite sull'elitarismo, la ricchezza e

l'educazione di persone privilegiate, facciano fatica ad affrontare discussioni costruttive su questo tema; ancora oggi.

Ricorderò sempre il giorno in cui, nel 2017, ho avuto un incontro con un'assistente sociale professionista, che mi ha parlato di due suoi casi. Entrambi i casi riguardavano donne di età simile, con figli di età simile. In entrambi i casi, i bambini avevano rivelato abusi da parte dei loro padri e le indagini erano in corso d'opera. Ciò che mi interessava maggiormente erano le descrizioni di ciascuna madre e i loro meccanismi di gestione. Entrambe facevano uso di alcol, ma solo una di loro è stata sottoposta a controlli.

Una madre era disoccupata e l'altra era un'insegnante. La madre disoccupata veniva esaminata per ogni sua reazione (confusione, rabbia, tristezza, stanchezza, tendenza a uscire con gli amici nel fine settimana, bevendo). I suoi figli erano al sicuro, accuditi dai suoi genitori, ma i professionisti temevano che non fosse una madre adatta e che avesse problemi di salute mentale e di alcol [...].

Sembra quindi che lo status sociale e la classe possano cambiare la percezione nei confronti di una risposta o di un'azione. Se si è persone povere, bere alcolici è un'abitudine pericolosa e sconsiderata, da "malati di mente" - ma se si è di classe media o benestanti, bere alcolici è un ottimo modo per rilassarsi e dormire dopo una giornata intensa o stressante.

Lo stesso vale da sempre anche per l'uso di droghe. Le persone povere che fanno uso di droghe sono una piaga per la società e prosciugano le risorse per la salute fisica e mentale, mentre se a farlo sono persone ricche, sniffare cocaina e impasticcarsi sono considerati comportamenti sexy ed esaltanti, come si può notare anche nei film e nei video musicali.

Dove sta la differenza tra le persone ricche e privilegiate che parlano della loro salute mentale, della suicidalità e dell'uso di droghe come se si trattasse di una curva di apprendimento filosofico che chiunque può affrontare - e le persone povere che vengono internate, medicate, alle quali vengono tolti i figli e limitate le opportunità proprio a causa della loro salute mentale, della suicidalità e dell'uso di droghe?

Dove sta la differenza tra una donna privilegiata della classe media che dice di sentire le voci di persone morte, a cui viene affidato un programma televisivo popolare e un contratto per un libro, e una donna povera con un contratto a zero ore in un supermercato che dice di sentire le voci di persone morte e che viene internata per i successivi sei mesi al fine di trattare in modo non consensuale la sua "malattia mentale"? Siamo davvero consapevoli del divario di classe esistente in termini di patologizzazione?

Essere donna

Oggi, mentre scrivo, le donne sono ancora a rischio all'interno dei nostri moderni servizi psichiatrici e di salute mentale.

Rimangono il gruppo che ha più probabilità di essere sottoposto a terapia elettroconvulsiva e il gruppo che ha più probabilità di essere sedato forzatamente con tranquillanti.

Recenti dati del NHS raccolti e presentati dal Dr. John Read hanno rivelato che nel 2019 il 67% delle persone sottoposte a terapia elettroconvulsiva erano donne. In venti centri NHS del Regno Unito, la TEC è stata somministrata alle donne con una frequenza doppia

rispetto agli uomini. Inoltre, i servizi sanitari nazionali hanno riferito che nel 2019 il 36% dei loro pazienti è stato sottoposto a elettroshock senza previo consenso. L’NHS ha riferito di aver raccolto dati sulla sua efficacia solo nel 16% dei centri, e solo il 3% dei centri aveva una procedura per raccogliere i dati sui casi di reazioni avverse alla TEC. Il resto dei centri non raccoglieva né i dati sull'efficacia né quelli sulle reazioni avverse. Nel giugno del 2021, il dottor Chris Harrop e colleghi hanno pubblicato un documento di verifica indipendente dei NHS Trusts che riportava allarmanti imprecisioni nelle informazioni fornite ai pazienti e alle loro famiglie sulla terapia elettroconvulsiva, spesso minimizzandone i rischi ed esagerandone i potenziali benefici.

La TEC consiste nel far passare l'elettricità nel cervello dei pazienti per provocare crisi epilettiche.

In Inghilterra viene ancora utilizzata su circa 2.500 pazienti all'anno, prevalentemente donne di età superiore ai sessant'anni. Le ricerche suggeriscono che alcuni pazienti sperimentano un temporaneo miglioramento dell'umore, ma non ci sono prove che abbia benefici a lungo termine o che prevenga il suicidio. Tra il 12% e il 55% dei pazienti subisce una perdita di memoria permanente.

A cinquantuno Istituti NHS è stata inviata una richiesta di copia del loro foglio informativo sulla TEC (Freedom of Information Act). Trentasei (71%) hanno fornito i foglietti illustrativi. Il numero di informazioni accurate contenute, su un totale di ventinove, variava da quattro a venti, con una media di 12,8.

Le informazioni più comunemente omesse erano:

- Esistono diverse forme di TEC, con diversi rischi di danni cerebrali (menzionate solo da quattordici Trust)
- -La terapia psicologica dovrebbe essere provata prioritariamente (dodici istituti);
- Gravi effetti collaterali a livello cardiovascolare (sei istituti);
- -Mancanza di benefici a lungo termine (sei istituti);
- -Il diritto dei pazienti di prendersi 24 ore di tempo per valutare la possibilità di dare il consenso (un'Azienda);
- -La perdita di memoria è maggiore nelle donne e nelle persone anziane (zero Trust).

Le affermazioni imprecise più comuni sono state:

- La TEC corregge i deficit biologici (ventotto istituti);
- Affermazioni esagerate sul modestissimo rischio di mortalità (ventotto istituti);
- Minimizzazione della perdita di memoria (ventitré istituti);
- Affermazioni secondo cui la TEC salva la vita (ventidue istituti);
- Affermazioni esagerate sui tassi di miglioramento molto elevati (novedici istituti).
- Il documento più recente fornito dal Royal College of Psychiatrists comprendeva sette affermazioni inesatte. L'unico documento a non contenere dichiarazioni false è stato prodotto dall'associazione di beneficenza per la salute mentale Mind.

L'analisi ha concluso che:

I foglietti informativi sulla TEC non sono conformi né alle raccomandazioni del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) né al principio del consenso informato. I pazienti vengono ingannati sui rischi che corrono e sulla natura limitata dei benefici della TEC.

L'aspetto allarmante di queste nuove scoperte riguarda la mancanza di regolamentazione della TEC e la mancanza di regolamentazione della disinformazione diffusa circa la TEC.

Nonostante sia uno dei trattamenti più pericolosi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale, con la più scarsa base di prove, viene spesso incoraggiata utilizzando narrazioni obsolete e imprecise che la maggior parte delle persone crederebbe confinate nei libri di storia. In effetti, la maggior parte delle persone si stupirebbe nell'apprendere che l'NHS somministra la TEC a migliaia di persone all'anno. Ne sono venuta a conoscenza solo dopo quattro anni di lavoro con donne e ragazze sottoposte a violenze e abusi, quando ho incontrato una ragazza di quindici anni a cui venivano somministrati regolarmente cicli di elettroshock nel mio ospedale locale [...]. Purtroppo, anche se questa era la prima volta che mi imbattevo in una ragazza a cui veniva somministrata la TEC dopo uno stupro o un abuso, non è stata l'ultima [...].

Nel maggio 2021, ho avuto accesso a ulteriori dati del NHS raccolti da Kieran Sturgess della Life Learning Academy, questa volta sull'uso delle contenzioni chimiche nel Regno Unito nel 2020 e nel 2021.

L'NHS definisce la contenzione chimica come: L'uso di farmaci prescritti e somministrati allo scopo di controllare o soggiogare un comportamento disturbato/violento, laddove non sono prescritti per il trattamento di una malattia fisica o mentale formalmente identificata.

[...] Kieran Sturgess ha trovato molto di ciò che si aspettava di trovare, ovvero l'evidenza di differenze significative nell'uso della contenzione chimica in base all'etnia, all'età e al genere. Ciò che ha sconvolto lui e i suoi colleghi, tuttavia, è stata l'entità della differenza quando si trattava di genere. In particolare, la quantità di contenzione di cui sono vittime le giovani donne e le ragazze.

La ricerca condotta da Kieran solleva molti interrogativi e rivela che ci sono pratiche nei servizi che richiedono un controllo più attento. Ha rivelato che le giovani donne e le ragazze, che probabilmente hanno già subito abusi, traumi e discriminazioni, vengono esposte a ulteriori traumi in nome del trattamento; e che sembra che il disagio delle giovani donne e delle ragazze venga affrontato con violenza. È urgente indagare più da vicino i meccanismi e le strutture che fanno sì che questo accada [...].

I dati mostrano chiaramente che il Servizio Sanitario Nazionale esegue migliaia di contenzioni chimiche forzate su persone ogni mese, ma che il 63% di tutte queste contenzioni chimiche riguarda le donne.

Inoltre, quando questi dati vengono suddivisi per età, vediamo che le ragazze sotto i diciotto anni sono quelle che subiscono il maggior numero di restrizioni chimiche di tutti i sessi e gruppi di età. Quest'ultime, nelle strutture di salute mentale del NHS sono sottoposte a contenzione chimica con iniezioni forzate circa sette volte di più rispetto ai ragazzi sotto i diciotto anni. E se consideriamo le donne nel loro complesso, le donne e le ragazze ricevono il 52% in più di restrizioni chimiche rispetto agli uomini e ai ragazzi. La domanda è: perché?

Visto che la maggior parte delle aggressioni al personale del NHS è commessa da uomini e che la maggior parte dei crimini violenti sono perpetrati da uomini, perché le ragazze adolescenti vengono trattate chimicamente più di una volta alla settimana con iniezioni forzate di tranquillanti, mentre gli stessi dati del NHS mostrano che uomini e

ragazzi vengono piuttosto trattenuti fisicamente e messi in stanze di isolamento per calmarsi?

È possibile che il disagio di donne e ragazze sia così patologizzato che i professionisti ritengano necessario trattenerle e poi farle iniezioni con la forza per il loro bene? O forse la rabbia e l'aggressività maschile sono così tollerate e normalizzate che i professionisti non le considerano anormali o scomposte e quindi non cercano di tranquillizzarle?

O magari il punto è che le donne e le ragazze che si agitano e creano scompiglio sono ritenute così problematiche che è più facile iniettar loro sostanze chimiche, zittirle e lasciarle a dormire per giorni?

È questo il progresso?