

## Psichiatria repressiva

15 Marzo 2014

Tra poco arriverà la traduzione italiana del DSM-5, pubblicato in lingua inglese dall'American Psychiatric Association a maggio del 2013. Il DSM, cioè il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (noto con la sigla DSM derivante dall'originario titolo dell'edizione statunitense Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) è uno dei manuali per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzato da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella pratica clinica che nella ricerca. Una "bibbia" che ha una grande influenza internazionale sul trattamento sanitario dei disturbi mentali ed ha quindi notevolissime ricadute a livello sociale, dal momento che è attraverso questo manuale che si decide se una persona è "normale" oppure è "malata". Perciò ogni cambiamento nella definizione dei disturbi in questo manuale comporta profonde conseguenze sia sociali che economiche. Per le conseguenze economiche si tratta del denaro speso o risparmiato dai cittadini e dai sistemi sanitari nazionali. Naturalmente la malattia comporta sempre esborsi privati e pubblici per visite mediche, esami clinici, farmaci, obblighi nei confronti della disabilità, sostegno scolastico, assenteismo lavorativo, ecc. Le malattie fisiche, però, si diagnosticano con elettrocardiogrammi, radiografie, esami del sangue, biopsie... Per le "malattie" mentali, invece, nulla da esaminare al microscopio, ma solo delle "teorie culturali" che codificano i comportamenti umani come "sani" o "malati". Naturalmente è una buona cosa cercare di capire e di identificare la follia per poter aiutare le persone che ne sono affette. E, nella storia europea, saranno proprio i trattati, quello di Chiarugi del 1793 e di Pinel del 1800, che renderanno possibile individuare la follia, permettendo così di liberare i folli dal sistema coercitivo e dalle catene con cui venivano segregati, per essere sottoposti a terapie. E se l'armamentario della cura in quel periodo storico era ancora enormemente violento, perlomeno aveva lo scopo di conseguire quello che nella storia della follia fu un'autentica svolta: una possibile cura, visto che prima allora la follia era considerata malattia sempre incurabile. Ma il problema della definizione di quali siano i comportamenti folli e quali no, resta. Per esempio, nel DSM-II, edito nel 1968, l'omosessualità fu definita un disturbo, una malattia psichica. Definizione che nel 1973 fu però rimossa a seguito delle numerose proteste. E resta anche il problema di sapere se la malattia mentale è dentro la testa delle persone oppure se essa è il risultato perpetrato dall'attuale assetto tecno-strutturale della società (capitalistica) occidentale. Perché se la follia è solo nella testa delle persone, magari localizzata in talune parti del cervello, allora in fondo ha ragione il premio Nobel per la psichiatria del 1949, Antonio Caetano de Abreu Freire Egas Moniz, che utilizzava per la cura della follia la lobotomia. Ma se invece la malattia mentale è il risultato dell'assetto sociale, allora la nostra attuale società è davvero una fabbrica di follia, ed è da questa che occorre iniziare la cura. Una cosa è certa: il DSM-IV, edito nel 1994, aveva fatto salire alle stelle i dati epidemiologici di malattie quali l'autismo, il disturbo da deficit di attenzione/ipervattività (ADHD), ecc., "epidemie" che avevano favorito una crescente tendenza a far passare molte difficoltà della vita per malattie mentali da trattare con i farmaci. I disturbi dell'umore nell'infanzia e nell'adolescenza, per esempio, erano aumentati di 40 volte, generando una pericolosa impennata di prescrizioni farmacologiche per i bambini anche di appena 3 anni. Un nome per tutti: il famigerato Ritalin. Ora, a qualcuno può anche venire il dubbio che qui s'intenda suggerire che la malattia mentale non esiste. Non è così. Certo che esistono disordini di personalità, depressioni e quant'altro. Il problema è di non "psichiatrizzare" inutilmente numerose persone con l'intento, per esempio, di far aumentare l'uso di farmaci. E invece pare proprio che il DSM-5 produrrà un'esplosione di nuove diagnosi e una medicalizzazione in massa della normalità che sarà un'autentica miniera d'oro per l'industria farmaceutica. Sarà un puro caso che la metà degli psichiatri che hanno partecipato alla stesura dell'ultima edizione del DSM ha avuto rapporti economici con case farmaceutiche? Inoltre nel DSM-5 c'è, tra le molte (discutibili) novità, anche un capitolo nuovo: quello sui disturbi del controllo degli impulsi e disturbi da comportamento dirompente. Non che prima non ci fosse nulla al proposito, ma in questo DSM è stato creato un capitolo a parte, ed è stata abbassata la soglia per dire che c'è un disturbo, una "malattia" mentale. Per esempio, nel DSM-IV per diagnosticare un Disturbo Esplosivo Intermittente era richiesto che ci fosse stata un'aggressione fisica. Per il DSM-5 basta un'aggressività verbale e non distruttiva per soddisfare i criteri di diagnosi. Ora, non per essere maligni, ma una domanda a chiunque sorge sicuramente: ci si sta forse preparando per "internare e curare" tutti coloro a cui questa società non va bene e che, quindi, protestano? La protesta infatti, anche se non violenta, soddisfa i criteri di diagnosi del Disturbo Esplosivo Intermittente. Certo è quantomeno strano che, giusto un anno prima dell'uscita del DSM-5, cioè nel maggio 2012, sia stata avanzata dall'On. Ciccioli la proposta di modificare la legge Basaglia. In tale proposta il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) diventa trattamento sanitario necessario (TSN), non prevede il consenso del paziente ed ha una durata di 15 giorni, contro i 7 previsti dall'attuale normativa. Se guardiamo questa proposta di modifica (che per ora è solo proposta e non legge) unitamente a quanto viene stabilito nel DSM-5 al capitolo relativo al controllo degli impulsi e disturbi del comportamento, possiamo ipotizzare che tutto lo staff de Il Ribelle, lettori compresi, è già a rischio d'internamento coatto. Inoltre tale proposta di modifica della legge Basaglia prevede che il TSN, dietro richiesta del medico, possa essere rinnovato sino ad un anno. E, infine, che nei casi in cui la convivenza con il paziente comporti rischi per l'incolumità fisica sua o dei suoi familiari, questi debba essere trasferito in una residenza idonea messa a disposizione della Regione/Provincia. Ora, considerando che il campo della salute mentale è diventato sempre più residuale all'interno del Sistema Sanitario, che l'aziendalizzazione ed i tagli hanno

logorato le concrete pratiche di cura e assistenza pubblica, è ovvio che tale provvedimento, più che agevolare le famiglie ed il malato, ha l'intento di favorire le strutture sanitarie private, visto che esse potrebbero contare sull'acquisto di un posto letto per un anno (cosa che invece oggi non avviene). Una cosa è certa: da anni il modello bio-medico-statistico utilizzato nel DSM risulta dominante, e questo accade nonostante le scarsissime evidenze della sua efficacia sia sul versante eziologico che psicofarmacologico. Questo modello, poiché si pone come unico e indiscutibile, a coloro che si trovano a dover fronteggiare la grave sofferenza mentale personale, di persone vicine, o di persone di questa società, non permette nemmeno di ipotizzare che i modi e i metodi da utilizzare possano passare al di fuori dei pesanti condizionamenti delle case farmaceutiche, al di fuori della logica di un sistema sanitario qualora orientato all'arricchimento di pochi a discapito di chi sta male. Eppure è possibile: una miriade di esperienze quotidiane ci dimostra che è possibile fronteggiare la grave sofferenza mentale in modo "pulito" ed efficace. E senza che le diagnosi vengano utilizzate, invece che per aiutare, per controllare la popolazione. Un rischio, questo, che oggi si sta facendo inequivocabilmente vicino. E che passa anche attraverso il cambiamento nelle definizioni dei disturbi avvenuto nel DSM-5. Tina Benaglio