

Indice

1. Introduzione	1
1.1. Scelta del tema	1
1.2. Motivazione	3
1.3. Obiettivi	4
1.4. Metodologia	4
1.4.1. Quadro teorico + Precisazioni	4
1.4.2. Quadro pratico + Precisazioni	5
2. Quadro teorico	5
2.1. La malattia mentale	5
2.1.1 Definizioni	5
2.1.2 La psichiatria del fine Ottocento – inizio Novecento	8
2.1.3 Quadro sociale/ideologico in Europa (fine Ottocento – inizio Novecento)	12
2.2. La Germania di allora (fine Ottocento – caduta del Nazionalsocialismo)	17
2.2.1. Quadro sociale/ideologico in Germania (fine Ottocento – inizio Novecento)	17
2.2.2. Lo sviluppo delle teorie di eugenetica e darwinismo sociale in Germania	18
2.2.3. Hitler e il Nazionalsocialismo al potere	19
3. Ipotesi e interrogativi	28
4. Parte pratica	30
4.1. Raccolta di dati: tramite sondaggio o questionario	30
4.2. Sintesi, analisi e commento dei dati raccolti	35
4.3. Intervista ad un professionista	42
4.3.1. Intervista a un medico psichiatra	42
4.3.2. Intervista a un sociologo	46
4.3.3. Confronto tra le due interviste	50
5. Conclusioni	50
6. Bilancio	51
7. Fonti	53
8. Ringraziamenti	54
Allegati	

1. Introduzione

1.1 Scelta del tema: ***La malattia mentale nella società tedesca dal tardo Ottocento al primo Novecento***

Il tema generico imposto nella materia di psicologia del Lavoro di Maturità 2015-2016 è *Quando la mente si ammala*. Ci è quindi toccato trovare un'idea che si inserisse nel vasto argomento della malattia mentale, impresa non facile vista la mole di sotto-tematiche interessanti a disposizione. Mi sono dunque trovata davanti le innumerevoli malattie che avrei potuto analizzare, ma il mio sguardo si è posato altrove: perché non analizzare il malato visto dall'esterno, in quanto individuo inserito nella società? O meglio, analizzare il rapporto tra la società e il malato mentale. È noto ormai che la società può avere un impatto considerevole sull'individuo, anche per quanto riguarda la salute mentale. Come si relaziona una determinata società con i suoi malati mentali? Subito mi è venuta in mente la lezione di greco in cui l'insegnante ci espose la freddezza con cui la società spartana eliminava i bambini disabili (fisicamente o mentalmente), semplicemente lanciandoli da una rupe. Per fortuna, abbiamo tutti pensato, le società sono evolute considerevolmente da allora...

Già in partenza sapevo quindi di voler sviluppare il lato sociale della malattia mentale, e più precisamente il suo aspetto sociale in un determinato contesto storico. Questo pur essendo consapevole della difficoltà che avrebbe implicato l'inclusione di una parte pratica. È impossibile intervistare uno psicologo che è vissuto un secolo fa, o raccogliere sondaggi e testimonianze in un contesto storico che non esiste più... Ho quindi capito che avrei necessitato di un nesso, un *fil rouge*, per così dire, che mi permettesse di collegare passato e presente mantenendo la logica e l'inerenza per rapporto al tema di partenza. Questo nesso l'ho trovato in maniera totalmente casuale: un giorno mi sono ricordata di una frase che pronunciò mio nonno e che mi intrigò a lungo, e che guarda a caso si inseriva perfettamente nel tema della malattia mentale... Purtroppo non posso riportare la discussione parola per parola poiché sono ormai passati mesi, ma mi ricordo con precisione il contenuto: mi disse che vide per la prima volta in vita sua un malato di mente all'età di 16 anni, quando accompagnò suo

padre medico ad una visita di un manicomio organizzata dall'associazione di medici della regione. Fu un'esperienza molto traumatizzante per lui, che non si immaginava nemmeno lontanamente che degli esseri umani potessero avere certi comportamenti. Ovviamente parlava qui di malati mentali gravi, per i quali allora non vi era neppure un trattamento di riguardo che non fosse la reclusione in celle identiche a quelle di una prigione.

Impossibile per qualcuno della mia generazione non chiedersi come mai non ne avesse mai visto prima un malato di mente. Poi ovviamente giunge la risposta che pare più ovvia: mio nonno è tedesco, è nato nel 1939 e fino all'età di 23 anni ha vissuto nel sud della Germania. È quindi a causa di Hitler e del nazionalsocialismo che non vi fossero malati mentali per le strade in quegli anni, poiché, come molti già sanno (anche se spesso molti se ne dimenticano), egli non si è impegnato "solamente" ad eliminare ebrei, zingari, omosessuali, nemici politici o altre minorità sociali, bensì anche il maggior numero possibile di individui affetti da malattie o ritardi mentali. Ma è veramente questa l'unica causa? Soprattutto quando ci si accorge che quando mio nonno aveva 16 anni Hitler e il suo governo non esistevano più da diversi anni. E infatti i malati delle cliniche psichiatriche tedesche continueranno ad essere eliminati anche dopo la sospensione del programma di *eutanasia di massa* e continueranno ad essere sterilizzati in diversi Stati europei anche dopo la caduta di Hitler e la fine della seconda Guerra mondiale. Ciò significa che la causa risiede nella mentalità dei medici, delle autorità e del popolo, più che nel solo avvento del nazionalsocialismo e nel desiderio personale di purificazione della razza da parte del dittatore tedesco.

Sono bastati questi ragionamenti a riempire la mia mente di domande, e il mio LAM aveva trovato il suo tema. Il *fil rouge* è quindi diventato mio nonno, per così dire: la mia ricerca si è infatti sviluppata esaminando l'evoluzione della malattia mentale nella cultura germanica e cercando eventuali tracce e ripercussioni nel popolo tedesco del 2016. Volevo quindi analizzare lo sguardo che la società tedesca ha rivolto nei confronti della malattia mentale nella storia recente, osservandone l'evoluzione sino ad oggi e le ripercussioni che

determinati eventi storici hanno potuto apportare alla mentalità delle generazioni successive, figlie e nipoti di colei che generò gli eventi stessi.

Il lavoro si è svolto prendendo in considerazione più precisamente gli ultimi due secoli della storia tedesca, poiché le questioni che mi interessava trattare affondano le loro radici non prima della fine dell'Ottocento e terminano in maniera ufficiale alla fine della seconda Guerra mondiale in Germania, anche se si protraggono indirettamente più a lungo nel tempo. Mi sono quindi permessa di ignorare la storia che precede questi periodi e di sorvolare quella che riempie lo spazio temporale tra la fine della prima metà del XX sec. e oggi.

1.2 Motivazione

Ho svolto questo lavoro perché, una volta accesa la curiosità nella mia mente, una miriade di domande a riguardo mi sono sorte. Ho quindi sfruttato l'occasione del lavoro di maturità per placare l'avidità di risposte e per indagare in questo complesso intreccio della storia tedesca, che già da sempre mi affascina.

Si può dire ormai che il tema mi appassioni, per ciò questo lavoro, che ho svolto innanzitutto per me stessa, si è trasformato quasi in una ricerca personale, un'indagine tanto intrigante quanto spaventosa (perché, devo ammettere, in alcuni momenti ho avuto difficoltà nell'elaborare ciò che leggevo, tanto era indescrivibile l'orrore). Il percorso di ricerca, così come quello di stesura mi hanno coinvolta personalmente, soprattutto perché si tratta di avvenimenti di cui si è a conoscenza, ma che spesso vengono purtroppo lasciati da parte, nell'ombra di altri aspetti storici altrettanto drammatici come il genocidio degli ebrei. La discriminazione e l'eliminazione delle persone affette da malattia o ritardo mentale prima e durante il periodo nazionalsocialista in Germania merita tanta attenzione quanto la Shoah, eppure purtroppo spesso ci si sofferma solo a studiare la seconda... Svolgendo questo lavoro ho quindi scoperto molte cose che a scuola non si insegnano, e forse ho dato un po' di attenzione in più a questi morti dimenticati...

Concludendo, ho svolto quindi il mio Lavoro di Maturità per me, per loro e per mio nonno, e niente sarebbe per me più gratificante che poter condividere questi scritti con lui, o con chiunque trovi interesse nel leggerli.

1.3 Obiettivi

La generazione di mio nonno è davvero cresciuta senza alcun contatto con la malattia mentale? Com'è possibile? La situazione in Germania era davvero tanto diversa che negli altri Paesi a causa del nazismo?

In quale modo gli avvenimenti storici hanno influenzato le generazioni postume, per quanto riguarda l'approccio della società verso la malattia mentale in Germania? È rimasta qualche traccia chiara e direttamente riconducibile alle teorie eugenetiche nella concezione popolare del malato mentale?

L'obiettivo del mio lavoro è stato quello di rispondere, per quanto fosse nelle mie competenze, a questi interrogativi che mi sono sorti inizialmente, così come quello di trovare attraverso la parte pratica l'eventuale nesso che ricollegasse il presente al passato. Si è trattato quindi di prendere in esame questo oscuro periodo storico della malattia mentale e cercare l'eventuale ripercussione che esso ha potuto avere sulla società odierna.

1.4 Metodologia

1.4.1 Quadro teorico e precisazioni

Per quanto riguarda la parte teorica del mio lavoro ho raccolto quasi la totalità del materiale nei libri citati nella bibliografia, eccetto per alcune informazioni raccolte su internet. Il mio metodo è stato quello di tener conto di tutto il materiale trovato, ma di includere solo ciò che realmente era inerente al tema del mio lavoro. Per questo motivo nel processo di analisi della società tedesca ho evitato di perdermi troppo in ciò che riguardasse la realtà politica o economica dei diversi periodi storici: certo sono anch'esse importanti per comprendere i meccanismi sia di manipolazione dell'opinione pubblica sia di

risposta da parte del popolo, ma premetto che alcuni fattori verranno tralasciati o illustrati solo superficialmente, qualora non fossero indispensabili alla comprensione del lettore.

1.4.2 Quadro pratico e precisazioni

Per quanto riguarda invece la parte pratica mi sono avvalsa di dati raccolti tramite un questionario sottoposto in Germania ad un campione di 74 persone selezionate in maniera casuale, e di due interviste a degli specialisti. Per analizzare i dati raccolti ho preso in esame e interpretato separatamente le risposte ad ogni domanda e, in seguito, ho messo in relazione tra loro soltanto alcune domande che a mio parere fornivano informazioni interessanti. Va segnalato che l'attendibilità del test non è garantita, sia perché la somministrazione non è stata svolta da me (ed è quindi possibile che non fosse standardizzata), sia perché sospetto che in diversi casi non sia stato svolto individualmente. Infatti, molti formulari (seguiti) presentavano esattamente le stesse risposte a tutte le domande, presumibilmente perché membri di coppie sposate o di famiglie lo hanno svolto insieme, influenzandosi a vicenda. Per quanto riguarda invece le interviste, sono state sottoposte in forma telefonica (al medico psichiatria) e via email (al Professore in sociologia).

2. Quadro teorico

2.1 La malattia mentale

2.1.1 Definizioni

Per cominciare, è importante tener conto delle conoscenze limitate che il mondo scientifico possedeva nei determinati periodi presi in considerazione: la differenza tra malattia e ritardo mentale non veniva neppure fatta fino alla fine del Medioevo, durante il quale epilettici, sordomuti e psicotici venivano anche loro classificati come deficienti, imbecilli, idioti. Solo dopo la Rivoluzione Francese iniziò il vero e proprio studio dei "deficienti" – termine riferito a una

persona affetta da deficit intellettivo – che si distinse dallo studio dei malati mentali.¹

Per evitare di ripetermi preciso dunque adesso che verrà esplicitamente specificato laddove è necessario fare la distinzione, altrimenti ogni volta che verrà usato il termine “malato mentale” verrà fatto riferimento a coloro che venivano considerati in quel tempo malati mentali, anche quindi chi non corrisponde ai criteri moderni di classificazione (come ad esempio le persone affette da ritardo mentale, da sordità, da disformità fisiche).

Attualmente, appunto, esistono delle definizioni ben precise della malattia mentale, basate su criteri moderni. In seguito ho riportato due definizioni che a parer mio esprimono in modo chiaro e non troppo complesso il concetto di malattia mentale:

Malattia mentale: Sindrome o modalità comportamentale o psicologica, clinicamente significativa, associata a un malessere o a una menomazione, da considerarsi manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica della persona. Non esiste una definizione soddisfacente che specifichi i confini precisi del concetto di m.m. (o disturbo mentale, come talvolta si preferisce chiamarla). Tuttavia né il comportamento deviante (politico, religioso o sessuale), né i conflitti tra individuo e società sono da considerarsi m.m., a meno che non siano sintomi di una disfunzione della persona come descritto sopra. Di molte m.m., peraltro, non si conoscono né l'eziologia né i processi fisiopatologici. La cura fa ricorso, a seconda dei casi, a psicofarmaci e alla psicoterapia. (Vocabolario Treccani)²

Un disturbo, o disordine, psichico o mentale (in inglese: mental disorder) è una condizione patologica che colpisce la sfera comportamentale, relazionale, cognitiva o affettiva di una persona in modo disadattativo, vale a dire

¹Informazione tratta I testo: dal Docente Prof. C. Cedro, *Il ritardo mentale*, Corso di Elementi di Psicopatologia. SISIS a.a. 2002/03 all'Università degli Studi di Messina, a disposizione su: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKEwib5YvYmJHQAhVFQBoKHTVDDfoQFgg7MAQ&url=http%3A%2F%2Fwww2.unime.it%2Fpsichiatriascienzeformazione%2Fritardosissis.doc&usq=AFQjCNGYkSisz0bxNu5UZebcCBV4sCceKg&bvm=bv.137904068,d.d2s>

² Definizione tratta da: <http://www.treccani.it/enciclopedia/malattia-mentale/>

sufficientemente forte da rendere problematica la sua integrazione socio-lavorativa e/o causargli una sofferenza personale soggettiva. Quando il disordine diventa particolarmente importante, disadattativo, durevole o invalidante si parla spesso di malattia mentale. Le malattie mentali sono dunque alterazioni psicologiche e/o comportamentali relative alla personalità dell'individuo che causano pericolo o disabilità e non fanno parte del normale sviluppo psichico della persona. (Wikipedia)³

È definito invece soggetto affetto da ritardo mentale (definito disabilità intellettiva nell'ultima edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – DSM-5) colui che presenta:

- *un difetto dell'intelligenza dipendente da un insufficiente sviluppo o da un rallentamento delle capacità intellettive per cause prenatali (ereditarie, congenite), perinatali⁴ e postnatali di diversissima natura [...] al deficit di intelligenza si accompagna un'inadeguatezza nel funzionamento adattivo, ossia un'incapacità del soggetto a corrispondere agli standard propri della sua età o del suo gruppo culturale in aree come l'attività e la responsabilità sociali, la comunicazione, le attività della vita quotidiana, l'indipendenza personale e l'autosufficienza. (Galimberti, 2006, p. 913)⁵;*
- *una funzionalità intellettiva generale sotto la media, accompagnata da deficit significativi delle funzioni sociali in aree come le abilità sociali, la comunicazione, ed inoltre difficoltà nel raggiungimento d'indipendenza personale e responsabilità sociali. L'esordio del Ritardo Mentale deve avvenire prima dei 18 anni. [...] Il Ritardo Mentale può essere suddiviso in borderline, leggero, moderato, grave, profondo, in accordo con il livello di QI. (World Psychiatric Association)⁶*

³ Definizione tratta da: <https://it.wikipedia.org/wiki/Psiche>

⁴ Causa perinatale: causa riconducibile al momento del parto (come danni ostetrici o asfissia del bambino).

⁵ Citazione da Galimberti Umberto, *Dizionario di psicologia*, Garzanti, Milano 2006.

⁶ Citazione dal sito ufficiale della World Psychiatric Association:
http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=10&content_id=144&language_id=13

Concludendo, quindi, le differenze fondamentali da tenere a mente per distinguere i due termini sono che la malattia mentale (o psicopatologia) è curabile e può sopraggiungere in qualsiasi momento, mentre il ritardo mentale è incurabile in quanto danno irreversibile, e si presenta entro i primi 18 anni di vita (se appare in seguito – a causa di incidenti o malattie – si parla di deficit).

2.1.2 La psichiatria del fine Ottocento – inizio Novecento

Ora che sono in chiaro le definizioni attuali dei soggetti su cui voglio focalizzarmi, è necessario fare un salto nella storia, tornare nell'Ottocento e ripercorrere l'evoluzione dello studio della mente umana, per comprendere come veniva definita allora la malattia mentale e quali erano gli approcci verso chi ne era affetto.

La psichiatria nell'Ottocento:

In questo secolo si sviluppano proprio in Germania le correnti che domineranno la psichiatria sul piano internazionale: la corrente psichica (sostenuta dagli *Psysicher*) e la corrente somatica (sostenuta dagli *Somatiker*).⁷ La prima, espressione del movimento Romantico⁸, si riferisce soprattutto alla sfera morale e sostiene che la malattia mentale sia una patologia legata unicamente all'anima senza corpo, idea di cui Johann Christian August Heinroth diventa il maggior promotore. Quest'ultimo, uno "psichico" ad orientamento religioso, ritiene la malattia mentale una privazione della libertà individuale, inflitta da Dio al peccatore. Esiste anche un altro orientamento nella corrente psichica, quello etico, che considera deviazioni mentali tutti i comportamenti causati da passioni smodate che non rispettano le leggi morali.

La seconda corrente, al contrario della psichica, ritiene la malattia mentale un'anomalia esclusivamente somatica, e si interessa alle sue manifestazioni somatiche più che alla sua origine.

⁷ Informazioni (riguardo le due correnti) tratte da:

https://it.wikipedia.org/wiki/Storia_della_psichiatria#Ottocento

⁸ Romanticismo: movimento culturale, artistico e letterale nato in Germania e in Inghilterra nel Settecento, che valorizza la soggettività, i sentimenti e gli stati d'animo dell'individuo.

Nell'Ottocento vengono fondati in Germania un gran numero di istituti moderni, che tra il 1830 e il 1860 costituiscono la forza trainante della psichiatria tedesca, in cui domina l'idea intermedia tra Romanticismo e meccanicismo⁹ (più diffuso alla fine del secolo) di unità tra anima e corpo. Nella seconda metà dell'Ottocento lo psichiatra e neurologo Wilhelm Griesinger (1817-1868) segna un punto di svolta tra la "psichiatria istituzionale" e la "psichiatria universitaria". Grazie a lui si diffonde il meccanicismo sul piano internazionale. Egli è il primo a teorizzare l'esistenza di un legame tra il cervello e le funzioni psichiche e a considerare la psichiatria una branca della medicina. Per questo viene ritenuto il padre della neuropsichiatria. Nel 1845 egli pubblica il suo testo più significativo, *Patologia e terapia delle malattie psichiche*, nel quale sostiene che la localizzazione della patologia nel cervello sia necessaria nella diagnosi delle malattie psichiche, sebbene sia consapevole che in alcuni casi di malattia mentale non siano riscontrabili alcune lesioni cerebrali. Egli ritiene dunque che le cause psicologiche siano comunque importanti nell'insorgenza della malattia mentale ma che non devono essere sopravvalutate. In generale, la sua idea è che esista un solo tipo di malattia mentale, un processo unitario declinato in vari modi nei diversi individui a causa della combinazione di più fattori secondari. Per quanto riguarda le terapie Griesinger sostiene che non debbano essere brutali e che non assecondino i deliri del malato. Egli si mostra ottimista nei confronti della possibile guarigione delle malattie mentali, al contrario di altri studiosi del suo tempo che reputano i malati mentali incurabili, come se qualcosa in loro si fosse rotto in maniera irreparabile.

La psichiatria del primo Novecento:

Il contributo più significativo nella psichiatria del Novecento è sicuramente quello apportato dal padre della psicanalisi: lo psichiatra austriaco Sigmund Freud (1856-1939). Egli è infatti il primo ad elaborare un vero e proprio modello completo di studio della malattia mentale e di approccio psicoterapeutico (la psicanalisi). Tra le numerose innovazioni che Freud apporta nel mondo della

⁹ Meccanicismo: concezione del mondo come una grande macchina, un prodotto di processi esclusivamente meccanici, corporei e privi di finalità o anima alcuna.

psichiatria, le più grandi sono la prima topica, la seconda topica e la teoria sulle pulsioni di vita e morte.¹⁰ Semplificando, esse sono riassumibili nel seguente modo:

La prima topica freudiana è un modello che divide la mente in tre regioni (metaforicamente parlando): il conscio, il preconcio e l'inconcio. Il conscio è la parte razionale della nostra mente, grazie alla quale siamo consapevoli di ciò che siamo e di ciò che ci circonda. È il luogo che contiene tutti gli stimoli esterni o interni dei quali siamo consapevoli e che riusciamo a ricordare. Il preconcio è uno schermo tra il conscio e l'inconcio, attraverso il quale il conscio può avere accesso alle rappresentazioni inconsce ma non rimosse. Tecnicamente quindi i contenuti del preconcio sono parole inconsce che possono diventare consce o essere rimosse.

L'inconcio è il luogo in cui vengono depositate tutte le informazioni che la nostra mente rimuove, senza il controllo della nostra ragione. In esso vige un linguaggio totalmente diverso da quello del conscio (e del preconcio) poiché contiene contenuti non elaborati verbalmente. È la "regione" della mente più difficile da esplorare poiché il suo nucleo è costituito dalle esperienze sessuali infantili, che l'individuo adulto non può ricordare.

La seconda topica freudiana è invece una personalizzazione delle componenti psichiche, che Freud chiama Es, Io e Super-io. L'interazione tra questi tre sistemi determina i comportamenti dell'individuo e la sua personalità. Un mancato equilibrio tra questi sistemi può portare alla nascita di disturbi psichici. L'Es è il primo sistema della personalità; è a partire da esso che si formano l'Io e il Super-io. Presente fin dalla nascita, l'Es è il sistema che riguarda ciò che è necessario, corporeo e impersonale. È costituito dagli istinti di vita (*Eros*) e dagli istinti di morte (*Thanatos*).¹¹ La sua funzione primaria è di ridurre la tensione causata dalle pressioni esterne e interne alle quali siamo sottoposti. Per svolgere un tale compito esso ricorre a quello che Freud chiama il *processo primario di pensiero*, ossia la ricerca della gratificazione immediata del desiderio, che obbedisce al *principio del piacere*, senza fare ricorso alla realtà

¹⁰ Tutte le informazioni dei paragrafi successivi sono tratte dal seguente testo: Cocciolo Laura, Sala Davide, *Atlante della psicoanalisi: esplorare l'inconcio*, Demetra, Firenze 2001.

¹¹ Freud utilizza i nomi greci delle personificazioni dell'amore (*eros*) e della morte (*thanatos*).

oggettiva. L'Es si occupa quindi di creare un'immagine dell'oggetto desiderato sulla quale la mente si focalizza fino al soddisfacimento del bisogno.

L'Io, al contrario dell'Es, obbedisce al *principio della realtà*, per assicurare la sopravvivenza del soggetto attraverso il *processo secondario di pensiero*, ossia facendo ricorso alla realtà oggettiva e assicurandosi di far coincidere la realtà con l'oggetto desiderato. Se necessario, però, può anche ritardare i tentativi di gratificazione. L'Io si costruisce attraverso l'identificazione delle figure parentali ed è plasmato dai meccanismi di difesa che più tardi tendono a trasformarsi in tratti caratteriali.

Il Super-io, infine, è il sistema responsabile del rispetto delle regole morali, trasmesse al soggetto dai genitori o da altre figure autoritarie. Esercita una censura sulla nostra mente, permettendo lo sviluppo dell'autocontrollo, ma causando anche complessi di inferiorità o sensi di colpa se prevale troppo sugli altri sistemi.

Come spiegato sopra, le pulsioni di vita e di morte sono invece due tipologie di pulsioni che si oppongono in un conflitto interno all'Es e che spingono l'individuo ad avere reazioni creative e istintive (pulsioni di vita) o aggressive e distruttive (pulsioni di morte). Le pulsioni di morte rappresentano secondo Freud il tentativo di ritornare alla situazione di pace priva di tensioni precedente alla nascita. Egli sostiene infatti che nell'inconscio di tutti gli individui ci sia un rifiuto per la vita e un desiderio di assenza di tensioni. Questa teoria è spesso quella più criticata tra le teorie freudiane, poiché giudicata troppo filosofica e inutile dal punto di vista clinico.

Le teorie di Freud prevalsero sul piano internazionale soppiantando in parte le nuove terapie introdotte negli anni '30 quali l'elettroshock e gli psicofarmaci, che focalizzavano l'attenzione della psichiatria più sull'aspetto biologico e somatico che psichico. Nei manicomi – soprattutto per questioni di costi – si preferiva infatti fare uso di psicofarmaci e terapie di gruppo, perdendo così il carattere individuale della terapia, tendendo sempre più a somministrare gli stessi farmaci a tutti i pazienti, senza veramente analizzare a fondo le problematiche di ognuno.¹²

¹² Riguardo al tema citato consiglio il film *Qualcuno volò sul nido del cuculo* (1975) di Miloš Forman.

2.1.3 Quadro sociale/ideologico in Europa (fine Ottocento – inizio Novecento)¹³

Prima di addentrarci nell'analisi degli avvenimenti nella storia tedesca, è fondamentale tracciare un quadro generico della situazione a livello europeo (includendo anche gli Stati Uniti d'America), poiché alcune tra le teorie più importanti riguardo la malattia mentale si diffusero in Germania non per stimoli unicamente interni, ma grazie all'influenza o l'esempio di altri paesi industrializzati. Partiamo quindi dal periodo di più grande fioritura intellettuale del tardo Ottocento: la Belle Époque.

La Belle Époque, ideologie diffuse in Europa dalla fine dell'Ottocento

Il periodo che ci interessa prendere in considerazione inizia con la rapidissima diffusione di tutta una serie di correnti ideologiche e scientifiche che poco a poco trasformeranno l'opinione pubblica in maniera generica e la renderanno meno sensibile all'attuazione di eliminazioni di massa ed altre atrocità. Molte di queste correnti nascono appunto durante la Belle Époque.

La Belle Époque ha inizio nel 1889, anno segnato dall'inaugurazione della celebre *Tour Eiffel* durante l'Esposizione universale di Parigi. Inizia così una fase storica, artistica e culturale, in cui verranno potenziate molte idee preesistenti in Europa come il razzismo, soprattutto grazie al progresso scientifico.

In questo periodo, grazie soprattutto allo sviluppo del nuovo colonialismo imperiale (l'imperialismo) – che ha inizio attorno all'anno 1870 – viene enfatizzato il concetto di razza, portando a far parte dell'opinione pubblica l'accettazione dell'idea che esistano razze di uomini superiori ad altre. Queste concezioni vengono sempre più giustificate dalle scoperte scientifiche, che anche involontariamente determinano la nascita di nuove teorie.

¹³ Le informazioni dei capitoli 2.1.3 – 2.2.3 sono in gran parte tratte da Defanti Carlo Alberto, *Eugenetica: un tabù contemporaneo*, Codice Edizioni, Torino 2012 e da Paolini Marco, *Ausmerzen vite indegne di essere vissute*, Einaudi, Torino 2012.

Sono gli anni in cui scritti come quello di Charles Darwin (1809-1882), *L'origine delle specie* (1859), sono ormai conosciuti e apprezzati da gran parte della comunità scientifica europea. Questo testo, in cui si afferma che tutti gli esseri viventi sono classificabili in specie che lottano costantemente per la propria sopravvivenza individuale, verrà presto mal-interpretato, tanto che alcuni studiosi tentano di applicarne le teorie alla specie umana. Uno dei primi a farlo è il cugino stesso dello scienziato britannico, Francis Galton (1822-1911), grande sostenitore di una corrente diffusa nel XIX° secolo: il darwinismo sociale, ovvero l'applicazione delle teorie darwiniste in ambito sociale e politico.

Il darwinismo sociale è una delle correnti più significative nell'analisi degli avvenimenti che ho svolto: senza di essa mai un governo si sarebbe incaricato di eliminare persone giudicate indegne di vivere, giustificando i propri atti con teorie pseudo-scientifiche.

Questa corrente in realtà esisteva già molto prima di Darwin: nella storia le classi sociali dominanti hanno sempre cercato di giustificare la loro superiorità con teorie antropologiche. Si ritiene però che il suo padre fondatore nel vero senso del termine sia il filosofo Herbert Spencer¹⁴(1820-1903). Secondo la corrente di pensiero creata da quest'ultimo, il concetto di lotta per la vita e la morte deve regolare le comunità umane. Nei suoi testi egli fa infatti uso di metafore sociali per spiegare come anche la vita umana sia governata da questa continua lotta per la sopravvivenza, la stessa di cui parlerà Darwin nella sua celebre opera, riferendosi però alla realtà strettamente biologica. Spencer focalizzò le sue teorie sul solo *struggle for life* (o lotta per la sopravvivenza), mentre Darwin sostenne che la competizione non è comunque il solo modo di realizzarsi dell'evoluzione biologica. Egli prospettò infatti che i meccanismi evolutivi potessero essere anche non violenti.

Con le scoperte scientifiche dell'esploratore britannico e la pubblicazione della sua opera, scienziati come Galton abuseranno dei suoi scritti, applicando le sue teorie in ambito politico, come giustificazione delle ineguaglianze sociali, concordandole con le teorie di Spencer. Verrà chiamato *darwinismo sociale*,

¹⁴ Informazioni tratte da: https://it.wikipedia.org/wiki/Darwinismo_sociale

quindi, per indicare questo inserimento del darwinismo nel campo della civiltà umana.

Come già anticipato, il darwinismo sociale non è l'unica corrente che si sviluppa in quegli anni: lo stesso Francis Galton, oltre ad essere fervente sostenitore delle teorie di Spencer, è anche ritenuto da molti il padre dell'eugenetica e così uno dei più grandi promotori dell'eugenismo.

Strettamente legata alle teorie del darwinismo sociale, l'eugenetica è una teoria che propone che una selezione gestita dall'uomo sostituisca quella naturale, con lo scopo di perfezionare la razza umana favorendo la diffusione dei caratteri ereditari giudicati favorevoli (o *eugenici*) e impedendo la diffusione dei caratteri sfavorevoli (o *disgenici*). Per raggiungere questo miglioramento della razza umana, Galton, come presto molti altri membri della comunità scientifica europea, sostiene che i matrimoni tra gli individui più dotati debbano essere favoriti, e che agli individui cosiddetti "difettosi" si debba vietare di riprodursi. Il movimento galtoniano sostiene che esistano differenze per valore non solo tra le razze umane ma persino tra un individuo e l'altro, e che esse, essendo di natura puramente genetica, siano innate e influenzate solo in un piano secondario dall'ambiente circostante. Inoltre, nel contesto sociale in cui Galton sviluppa le sue teorie, è diffusa la credenza che nella società moderna diminuisca costantemente il valore complessivo della popolazione. Per questo l'antropologo britannico è convinto che sia compito dell'élite scientifica di proporre rimedi atti a migliorare il valore della razza, assicurando l'incremento degli individui superiori e contenendo gli individui "difettosi" quali i criminali, le prostitute, gli alcolizzati, i disabili ecc....

Il controllo sociale della riproduzione deve diventare un dovere religioso e responsabilità dei cittadini.

Inoltre, dati i pregiudizi culturali (derivati in buona parte proprio dal darwinismo sociale) e le scarse conoscenze mediche sui meccanismi ereditari, si comincia a classificare i malati in ordine di umanità o "sub-umanità". Si cercano le cure e quando non si trovano si dichiara l'incurabilità, ritenendone l'ereditarietà come unica causa.

Vi sono addirittura medici che avanzano teorie per noi assurde, che però in quel momento sembrano accurate e addirittura scientificamente valide. Un perfetto esempio è la teoria dell'antropologia criminale, elaborata dal medico italiano Cesare Lombroso, il quale intraprende degli studi che mettono in relazione la fisionomia¹⁵ dei criminali con le loro attitudini da delinquenti. Secondo la sua teoria, l'individuo delinquente nasce già in quanto tale, e la sua vera natura si esprime soprattutto sui tratti del suo volto e nella forma del suo cranio. Lo scopo dei suoi studi era riuscire ad arrestare i criminali prima che commettessero i reati, grazie all'analisi della loro fisionomia. Questa teoria verrà poi ritenuta falsa poiché non scientifica, ma Lombroso verrà comunque ritenuto il padre della criminologia.

La Belle Époque è anche l'epoca della creazione dei primi manicomi. Questi ultimi nascono prima in Francia e sono inizialmente atti ad ospitare i criminali pericolosi. Col tempo iniziano però ad accogliere anche altre categorie sociali: gli individui "deboli di mente" (ossia dotati di scarse capacità intellettive), i "lunatici"¹⁶ (termine usato allora per descrivere gli individui dall'umore incostante o gli epilettici), poi perfino gli orfani e i vagabondi. Questo perché i manicomi offrono asilo e cibo, in cambio della perdita dei propri diritti civili. Diventano così dei centri di *raggruppamento di uomini improduttivi (o inutili)*, in cui molti tenderanno di svolgere lavori di classificazione delle categorie di pazienti. Il problema è che non tutti i ricoverati sono pazienti e non tutti i medici sono davvero medici che operano con metodi scientifici, oltre che ad essere carenti di conoscenze in ambito genetico. Nascono così teorie basate unicamente sull'ereditarietà dei caratteri, che vogliono soprattutto dissuadere dal lasciare che alcuni elementi si riproducano: un esempio è quello dello scienziato e inventore scozzese (poi naturalizzato americano) Alexander Graham Bell, più celebre per essere stato il primo a brevettare il telefono che per il suo contributo alla comunità scientifica. Egli diventa presto uno dei più grandi sostenitori del

¹⁵ Per fisionomia è inteso l'aspetto caratteristico del volto di ogni individuo, determinato dalle particolarità e dai tratti facciali.

¹⁶ Il termine *lunatico* venne usato per descrivere coloro che soffrivano periodicamente di attacchi di pazzia, poiché si credeva che questi ultimi fossero influenzati dalle fasi lunari.

movimento eugenetico in America, fermamente convinto che la sterilizzazione forzata fosse la soluzione più indicata a molti mali della società moderna ed evoluta, a tal punto che prende parte, in quanto Segretario dell'*Eugenetics Record Office*¹⁷, a una campagna tra il 1912 e il 1918 a favore della sterilizzazione in molti Stati americani, prima per i “criminali nati” e gli “imbecilli di alto grado”, poi per tutta una serie di altre categorie di “anormali”. Nel 1921 Bell viene nominato Presidente onorario del II° Congresso internazionale di eugenetica. Ormai molti politici americani condividono le teorie eugenetiche, che dagli anni '20 trovano applicazioni pratiche grazie alle loro basi pseudo-scientifiche accettate da medici e scienziati. È infatti negli Stati Uniti che per la prima volta verrà utilizzata l'eugenetica come strumento per classificare razze inferiori. Lo scopo non è solo di agire nel bene della società sterilizzando gli “anormali”, bensì anche salvaguardare l'identità Wasp (White, Angli-Saxon Protestant), respingendo immigrati e vietando matrimoni misti. Si stima che nel ventennio 1920-40 negli Stati Uniti siano state sterilizzate 100'000 persone.¹⁸

In Europa, invece, il Paese pioniere nell'applicazione effettiva delle leggi eugenetiche è la Svizzera: la sterilizzazione forzata verrà usata come provvedimento contro i malati di mente o i gruppi che non rispettano le regole sociali elvetiche (es.: le comunità di zingari) fino alla Seconda guerra mondiale, dopodiché servirà per “proteggersi” dai lavoratori immigrati italiani. Ernst Rüdin, uno dei più famosi sostenitori dell'eugenetica in Svizzera, diventerà addirittura nazista convinto e padre delle leggi sulla sterilizzazione in Germania.

Per quanto riguarda il resto d'Europa, oltre che in Germania la sterilizzazione si diffonde soprattutto nei paesi scandinavi tra gli anni '30 e gli anni '70 – in particolare in Svezia – e verrà usata contro le stesse categorie sociali che in Svizzera.

¹⁷ L'*Eugenetics Record Office* fu un centro di ricerca eugenetica in ambito ereditario dal 1910 al 1939 a New York, Stati Uniti. Informazione disponibile su: https://en.wikipedia.org/wiki/Eugenics_Record_Office

¹⁸ Informazione tratta da Paolini Marco, *Ausmerzen vite indegne di essere vissute*, Einaudi, Torino 2012.

2.2 La Germania di allora (fine Ottocento – caduta del Nazionalsocialismo)

2.2.1 Quadro sociale/ideologico in Germania (fine Ottocento – inizio Novecento)

Nella seconda metà dell'Ottocento la Germania conosce una grande crescita economica grazie allo sviluppo e all'espansione dell'industria tedesca. Il desiderio del governo di far crescere la nazione tramite la modernizzazione porta il paese a superare le altre due potenze europee: la Francia e la Gran Bretagna. È un periodo di pace e prosperità per gli Stati europei (da cui il nome francese di Belle Époque), e così anche in Germania si osserva un notevole aumento demografico. Detto in parole povere: la gente vive bene, non vi sono minacce di guerra, si è felici e si hanno figli.

Quella tedesca è quindi ormai diventata anche lei una tipica società capitalista industrializzata, forse però si distingue in qualcosa dalle altre... Certo, ormai le sue classi sociali somigliano a quelle britanniche o francesi e anch'essa possiede un'élite di scienziati che apportano il loro contributo alla nazione con le scoperte scientifiche e le innovazioni tecnologiche, ma il popolo in quanto identità possiede qualcosa che in Francia o oltre Manica non si trova: il sentimento di forte e intenso nazionalismo focalizzato sul passato culturale del popolo tedesco e dei suoi antenati. Questa tendenza a richiamare costantemente il passato e le origini degli *antichi popoli germanici* porta all'idea che il popolo tedesco sia uno solo, in quanto insieme di discendenti di queste popolazioni, erede delle loro terre, e che si debba conservare nella sua purezza. Ciò significa che la nazione tedesca dovrebbe rifiutare ogni possibile incrocio o scambio culturale (o di altro tipo) con le altre nazioni, al fine di conservare al meglio l'identità tedesca, senza "contaminarla" con altri costumi. Quest'idea riscoperta del passato e dell'importanza del mantenimento dell'identità nazionale tedesca (da cui traspare soprattutto la competizione tra le nazioni) forma quindi parte dell'opinione pubblica, in particolar modo di quella intellettuale. Questa nuova forma di nazionalismo, anche detto "nazionalismo

razzista”, verrà usata dal governo tedesco per unire il popolo attraverso monumenti agli eroi, festività che richiamassero costantemente la mitologia germanica o le grandi vittorie della nazione, ed esaltazione della superiorità fisica attraverso le competizioni sportive (non a caso uno sport violento e crudo come il pugilato nasce in questi anni). Si otterrà così un’unità nazionale unica nel suo genere, molto forte, aggressiva, razzista e competitiva nei confronti degli altri popoli.

2.2.2 Lo sviluppo delle teorie di eugenetica e darwinismo sociale in Germania

In Germania, date le idee nazionaliste sopra illustrate, il popolo (*Volk*) diventa presto un’entità biologica e culturale alla quale ogni esigenza individuale dovrebbe essere subordinata. È un contesto ideale per la diffusione delle ideologie citate in precedenza (*razzismo, darwinismo sociale, eugenetica*), che insieme costituiscono un cocktail esplosivo che, posto nelle mani sbagliate, infiammerà l’animo del popolo tedesco sotto la guida di persone malintenzionate, quali il purtroppo celebre dittatore Adolf Hitler e i suoi collaboratori, tutti assolutamente convinti di agire nel bene del popolo e della nazione tedesca. A questi basterà quindi potenziare idee preesistenti per raggiungere i propri scopi, anziché crearne di nuove.

I tedeschi non sono però né i primi, né gli unici ad adoperare provvedimenti con leggi eugenetiche: l’eugenetica perderà credibilità per l’uso più estremo che ne fecero i nazisti (che ebbe come fine lo sterminio di tutti gli individui “difettosi”), ma in contemporanea ad essi (e per decenni anche dopo di loro) verranno autorizzate – con più discrezione – sterilizzazioni e discriminazioni anche in altre democrazie europee. È importante capire che se in Germania si raggiunsero dei tali estremi, non è solo perché un uomo ossessionato dalla pulizia razziale giunse al potere, ma anche perché la stessa opinione pubblica conviveva già con certe idee ormai da decenni, e fu quindi più facile e meno traumatico manipolarla.

Basti pensare che nel 1920 viene pubblicato uno dei testi più determinanti nello svolgimento degli avvenimenti che ci interessano: *Il permesso di annientare vite*

indegne di essere vissute, dello psichiatra Alfred Hoche e del giurista Karl Binding. È il testo in cui viene esposto il fondamento medico della soppressione di tutti gli individui ritenuti (con questi stessi termini nel dibattito) *deboli, parassiti del popolo, nemici dello Stato, mangiatori inutili, vite senza valore, esistenze-zavorra*. Queste idee si diffondono sempre più nelle democrazie benestanti, sia nei partiti conservatori che in quelli socialdemocratici, conferendo normalità all'idea di avere il diritto di togliere la vita ad un individuo, qualora esso sia improduttivo, poiché non solo si elimina un essere inutile per lo Stato, ma viene pure fatto un favore all'individuo – inevitabilmente infelice – e alla famiglia, che non deve più sopportarne il peso morale ed economico.

In quegli anni, ancora durante la Repubblica di Weimar, nascono così svariati centri di ricerca genetica, spesso finanziati da grandi gruppi economici tedeschi e americani. Il movimento americano sulla diffusione delle leggi eugenetiche si diffonde anche in Europa, coinvolgendo non solo scienziati e medici, ma anche persone come Adolf Hitler.

2.2.3 Hitler e il Nazionalsocialismo al potere

Nel gennaio del 1933, Hitler ottiene finalmente il titolo di Cancelliere del Reich: può iniziare ad intraprendere tutti i progetti che si è posto come obiettivi da raggiungere, sempre al fine di rialzare la grande nazione tedesca per ora ancora sconfitta, offesa e mutilata dalla prima Guerra mondiale e dalla grave crisi economica.

Anche se mi piacerebbe trattenermi su un tale tema, è purtroppo inutile per noi stare a richiamare tutta la storia della sua corsa al potere o esporre le sue strategie politiche o economiche in quanto ciò non riguarda in nessun modo l'argomento che ho scelto; focalizzerò quindi la mia attenzione unicamente sull'evoluzione (se così si può chiamare) dei trattamenti dei pazienti malati di mente operati nel terzo Reich e sugli strumenti di manipolazione delle masse che fecero sì che tali atrocità venissero commesse senza alcun sospetto della popolazione, o almeno senza che nessun sospettoso avesse il coraggio di denunciarle.

Come già sappiamo, al momento in cui Hitler sale al potere in Germania regnano già le idee di superiorità e inferiorità quanto al valore tra gli esseri umani, che, sommata all'aspirazione alla razza ariana pura e perfetta che è riuscito a trasmettere al popolo, fornisce buoni pretesti a Hitler e al suo governo per iniziare un percorso di "igiene razziale" che ha sempre sognato di intraprendere. Questo piano concerne, tra le molte categorie sociali, anche gli individui giudicati *inutili, indegni di vivere*, ed è di questi che voglio parlare.

Hitler sale al potere e nomina Wilhelm Frick Ministro degli Interni, che subito si impegna a creare un comitato di esperti per gestire il "problema" della politica demografica e razziale. Il comitato, guidato dal ministro, non tarda a denunciare pubblicamente una situazione di emergenza: Frick annuncia che in Germania ci sono almeno 500'000 individui geneticamente inaccettabili, e che il Paese ha perso troppi uomini forti durante la prima Guerra mondiale, per cui la percentuale di popolazione inutile è troppo alta rispetto a quella valida. Per evitare l'ulteriore deterioramento della razza, è necessario prendere provvedimenti.

Nel luglio dello stesso anno (1933) viene così approvata la prima legge eugenetica in Germania (dove fino ad allora, a differenza di altri paesi, non ne erano state ancora adottate) che impone la sterilizzazione obbligatoria per tutti gli individui fuori dai canoni genetici accettabili. Vengono istituite 180 corti generiche con medici e giudici incaricati di stabilire chi debba accedere al programma di sterilizzazione. Solo nel primo anno verranno analizzati 85'000 casi, di cui 70'000 condannati alla sterilizzazione. Secondo i dati del censimento del 16 giugno 1933 la Germania contava 65'306'130 abitanti¹⁹, per cui la parte della popolazione sterilizzata entro la fine dell'anno rimane un numero per molti insignificante: è "solo" lo 0.11% della popolazione del paese ed è per una buona causa... Un dato così basso non è nemmeno degno di apparire sulle statistiche...

¹⁹ Informazione tratta dall'estratto di *Annales de Géographie* (1934) sul sito persee.fr
http://www.persee.fr/doc/qeo_0003-4010_1934_num_43_244_10660

Si inizia così a sterilizzare il maggior numero possibile di individui *geneticamente inaccettabili*, in cambio della libertà e con la minaccia dell'internamento in caso di rifiuto. Nel tasso di mortalità per le complicazioni post-operazione (1%) si trovano le prime vittime di questo programma, per la maggior parte donne. Anche se negli anni successivi il ritmo cala a 50'000 interventi all'anno, si stima che in totale tra il '34 e il '39 verranno sterilizzate circa 400'000 persone (equivalenti allo 0.6% di ciò che era la popolazione totale nel 1933).²⁰

Lo Stato si impegna non solo perché il programma si svolga con successo, ma anche perché appaia del tutto naturale agli occhi della popolazione: grazie alla propaganda fatta nelle scuole e all'insegnamento delle teorie eugenetiche in tutte le facoltà di medicina l'obiettivo è raggiunto in poco tempo. Ai bimbi delle elementari viene insegnato a svolgere problemi di questo tipo:

*Problema: un pazzo costa allo Stato 4 Reichsmark al giorno, uno storpio 5,5 marchi, un criminale 3,50. In molti casi un impiegato statale guadagna solo 3,50 Reichsmark per ogni componente della sua famiglia e un operaio non specializzato meno di 2. Secondo un calcolo approssimativo, risulta che in Germania gli epilettici, i pazzi ecc. ricoverati sono circa 300'000. Calcolare: quanto costano complessivamente questi individui a un costo medio di 4 Reichsmark? Quanti prestiti di 1000 Reichsmark alle coppie di giovani sposi si ricaverebbero all'anno con quella somma?**

**problema riportato nei manuali di Aritmetica delle scuole elementari del Terzo Reich, citato in A. Borner, "Mathematik im Dienste der nationalpolitischen Erziehung", Dirstweg-Verlag, Frankfurt am Main, 1935 (M. Paolini, 2012, p.49)*

La costruzione di un manicomio costa 6 milioni di marchi. Quante case si potrebbero costruire con questa somma a 15.000 marchi l'una?²¹
(restellistoria.org)

²⁰ Tutti i dati citati nel paragrafo sono tratti da: Paolini Marco, *Ausmerzen vite indegne di essere vissute*, Einaudi, Torino 2012.

²¹ Esempio tratto dal sito: <http://restellistoria.altervista.org/pagine-di-storia/giorno-della-memoria/lo-sterminio-dei-disabili-nel-terzo-reich/>

La propaganda viene fatta anche attraverso la radio, i manifesti e il cinema, ad esempio con la produzione di film come *Vittime del passato* (1936), che mette a confronto il popolo sano con la popolazione degli ospedali psichiatrici, o *Ich klage an* (in italiano "io accuso") (1941), che narra di un medico che "aiuta" la moglie malata di sclerosi multipla a porre fine alla sua sofferenza togliendole la vita e affronta il tribunale da eroe.

Non c'è da stupirsi che quindi quasi ogni tedesco abbia assimilato, sebbene inconsciamente, l'ideologia eugenetica. Ma il resto del mondo? Gli altri Paesi erano al corrente di ciò che accadeva nei manicomi tedeschi? La risposta è **sì**: il resto del mondo, e soprattutto i Paesi in cui l'eugenetica era da tempo diffusa (in particolare gli Stati Uniti), sono rimasti a guardare la Germania con un misto di ammirazione e curiosità, aspettando di vedere se i risultati fossero quelli voluti. Certo non si aspettavano che l'eliminazione avrebbe toccato anche altre categorie sociali, ma per ciò che concerne i malati mentali, erano al corrente delle intenzioni di Hitler. Per quanto riguarda invece la sterilizzazione, altri Stati continuarono comunque ad adoperarla a lungo anche dopo la caduta dei nazisti. Questi ultimi ne fecero però uso solo fino al 1939, poiché da quel momento iniziò un altro programma ancora più inumano e terrificante della "semplice" sterilizzazione forzata: l'eutanasia di massa.

Secondo la leggenda, tutto ha inizio con il caso del bambino Knauer, nato cieco, senza una gamba e parte di un braccio. Dico leggenda perché ancora oggi non si è sicuri di come si chiamasse, o che fosse veramente un maschio, o che avesse otto mesi piuttosto che cinque. Sono dettagli che per noi contano, ma che all'epoca non sono importanti quanto il messaggio implicito nella vicenda, riassumibile nel seguente modo: nel 1938 il padre del bambino Knauer chiede che il figlio venga eliminato con un'iniezione letale, ma la legge glielo impedisce. Egli si ritrova dunque costretto a scrivere una lunga lettera a Hitler in persona, nella quale implora il suo aiuto. Hitler, commosso dalla triste storia del padre, decide di concedere a quest'ultimo l'eutanasia del bambino, mostrando la sua magnanimità. È questa la storia che verrà raccontata migliaia di volte, forse addirittura per il volere del Führer in persona.

Si giunge così a un punto di non ritorno: il capo di Stato ha deciso, con o senza l'illuminazione dubbia del caso Knauer, di prendere misure molto più drastiche per controllare l'igiene razziale del paese.²²

Ad agosto del 1939 il direttore sanitario del Reich Leonardo Conti (svizzero, originario del nostro stesso Canton Ticino) comunica a tutti i reparti di pediatria e maternità degli ospedali dello Stato che dovranno essere annunciati tutti i neonati che presentino malformazioni o malattie gravi. Viene inoltre creato un nuovo comitato, chiamato "*comitato per la registrazione scientifica di gravi disturbi ereditari*" composto da 5 medici che si occuperanno di registrare tutti i neonati affetti da idiotismo²³ e mongolismo²⁴ (in particolar modo se inoltre sono ciechi o sordi), microcefalia²⁵, idrocefalia²⁶ grave o progressiva, qualsiasi deformità o mancanza di arti, paralisi. Benché Hitler sia ormai diventato esperto nella manipolazione dell'opinione pubblica, è consapevole che la decisione di intraprendere un'eliminazione di massa non verrebbe accettata da un popolo religioso come quello tedesco. Per questo il comitato fa parte della cancelleria personale di Hitler e la sua esistenza deve a tutti i costi rimanere segreta.

Prima a Berlino, poi in altri ospedali, verranno quindi creati dei *reparti per l'assistenza esperta dei bambini con malattie ereditarie* in cui verranno riuniti innanzitutto neonati, poi bimbi fino all'età di 3 anni e successivamente fino all'adolescenza. Ogni bambino corrisponde a una cartella medica, sulla quale verrà iscritto un segno + di colore rosso o un segno – di colore blu, a dipendenza della decisione presa dal medico, senza aver svolto nessuna visita. È probabilmente inutile specificare, ma sono questi i simboli che determineranno il destino di ogni bambino: blu per la vita, rosso per la morte.

²² È lecito ricordare che il programma di igiene razziale messo in atto da Adolf Hitler e dai suoi collaboratori comprendeva anche l'eliminazione, con svariati strumenti, di molte altre categorie sociali (ebrei, zingari, omosessuali, ...) che non verranno indagate ulteriormente poiché non strettamente inerenti al tema del mio lavoro, benché io le reputi ugualmente degne di attenzione.

²³ Veniva detto *idioti* qualsiasi individuo con uno sviluppo intellettuale inferiore alla media.

²⁴ Termine sinonimo della *sindrome di Down*, anche detta *trisomia 21*.

²⁵ La microcefalia è lo scarso sviluppo del cranio, per cui esso è di dimensioni inferiori alla media.

²⁶ Con idrocefalia si intende l'aumento patologico di liquido cerebrospinale nelle cavità del cervello, che ne aumenta notevolmente di volume. Informazione tratta da:

<http://www.treccani.it/vocabolario/idrocefalo/>

Nella primavera del 1940 il secondo ufficio della cancelleria personale del Führer si trasferisce in una villa sequestrata a un ebreo, al no.4 della Via del giardino zoologico (in tedesco *Tiergartenstrasse*). Inizia così il programma di vera e propria eutanasia di massa, che prenderà il nome dal luogo stesso in cui si trova l'ufficio, abbreviato in *Aktion T4*. Questo programma sarà suddiviso in due azioni, la prima riservata ai bambini, la seconda destinata agli adulti.

Per i primi il programma non sarà altro che un'estensione dei meccanismi messi in moto nel 1939: continueranno ad essere segnalati tutti neonati *geneticamente inaccettabili*. Inoltre, a tutti i genitori dei bambini con una cartella medica che corrisponde ai criteri di selezione degli uffici della T4 viene comunicata la possibilità di ricovero in un *centro specializzato* citato in precedenza, illustrando i nuovi trattamenti promettenti che il progresso della medicina ha fornito negli ultimi anni, minimizzando i rischi che comportano (senza però mai ometterli). I genitori firmano così per un "trattamento innovativo" sotto consiglio (e a volte anche minaccia) del medico di famiglia, segnando senza saperlo la condanna a morte del figlio.²⁷

Il bambino viene trasferito in un primo tempo in un reparto pediatrico, dove le visite sono ancora permesse, e successivamente in uno dei 21 *reparti per l'assistenza esperta dei bambini con malattie ereditarie*, dove le visite sono impossibili poiché alla famiglia non viene comunicato nessun indirizzo.

Infine, un giorno arriva una lettera che annuncia un decesso improvviso e l'impossibilità di visitare la salma. Alla famiglia non resta che piangere e elaborare il lutto. Dopo tutto, i rischi erano stati annunciati...

In totale con l'Aktion T4 verranno eliminati 5'000 bambini²⁸, per ciascuno dei quali era stato dato il "consenso" dei genitori, uccisi da mani esperte di infermieri/e e medici qualificati. Il metodo più facile e rapido erano le iniezioni, ma non era l'unico: forse per sentirsi meno in colpa, per evitare di interrompere quelle brevi vite con un gesto solo, molti direttori delle cosiddette cliniche optarono anche per la denutrizione indotta o la somministrazione di sedativi

²⁷ Per rendere la lettura più scorrevole ho utilizzato solo termini maschili, ma nei 5'000 bambini eliminati vi erano ovviamente anche molte bambine.

²⁸ Informazione tratta da: Paolini Marco, *Ausmerzen vite indegne di essere vissute*, Einaudi, Torino 2012.

letali mescolati al cibo, che causavano gravi peggioramenti delle condizioni dei piccoli pazienti nel giro di pochi mesi (nel caso della dieta poverissima in nutrienti) o addirittura in meno di una settimana (nel caso dei sedativi). Indeboliti, i pazienti contraevano spesso malattie polmonari, che venivano registrate come l'unica causa della morte. Almeno così non era necessario inventarne un'altra, bastava omettere alcune informazioni.

In seguito ho riportato la cartella medica²⁹ del paziente Ernst Lossa³⁰, che, nonostante egli non fosse realmente malato di mente, ci fornisce un'idea concreta di ciò che succedeva all'interno dei *centri specializzati*, di come venivano compilati i documenti ufficiali omettendo la verità e di come spesso la falsa diagnosi di una malattia mentale veniva usata come pretesto per eliminare anche le persone sane.

Ernst venne internato nella clinica di Kaufbeuren nel 1942 (un anno dopo la sospensione del Programma T4) e diagnosticato come psicopatico, non perché lo fosse veramente, ma perché, oltre che indisciplinato e ingestibile secondo i suoi tutori, Ernst era orfano di genitori zingari, e per ciò doveva essere eliminato. Aveva la brutta abitudine di rubare del cibo, ma secondo il personale della clinica era un bambino gentile, intelligente, disponibile e forte, tanto da sopravvivere alla dieta priva di grassi alla quale venne sottoposto e che non bastò per farlo soccombere.

Sulla cartella (pagina seguente) si riesce a leggere il motivo dell'internamento (*perizia psichiatrica*, in tedesco "*psychiatrisches Gutachten*"), la data in cui fu rilasciato (in tedesco "*entlassen am: 9.8.1944*"), seguita dal motivo del rilascio: l'eutanasia (accanto alla data si legge in tedesco "*euthanasiert!*").

Egli dunque non venne mai rilasciato, bensì ucciso con un'iniezione letale il 9 agosto 1944, all'età di 14 anni.

²⁹ Immagine tratta dal sito: <http://albertinipierangela.altervista.org/la-politica-attinge-al-passato-ausmerzen-aktion-t4/>

³⁰ Le informazioni sulla storia di Ernst Lossa sono tratte da:

- Paolini Marco, *Ausmerzen vite indegne di essere vissute*, Einaudi, Torino 2012
- <http://www.spiegel.de/einestages/euthanasie-programm-der-nazis-der-tod-von-ernst-lossa-14-a-1113550.html>

anossia, in quanto riduce progressivamente la quantità di ossigeno che raggiunge il cervello.³¹

Si tratta dei centri di Grafeneck (9'839 vite trattate), Brandenburg (9'772 vite trattate), Hartheim (18'269 vite trattate), Sonnenstein (13'720 vite trattate), Bernburg (8'601 vite trattate), Hadamar (10'072 vite trattate).³² In totale, quindi, si parla di 70'273 adulti uccisi.

In soli 6 mesi quattro dei sei centri vengono attrezzati e sono pronti ad entrare in funzione; nel gennaio del 1940 iniziano ad arrivarvi pazienti adulti prelevati da tutti i manicomi del paese. È stata segnalata la “candidatura” di ognuno di loro dal direttore della rispettiva struttura ospedaliera, che successivamente è stata selezionata dagli uffici della T4. Per i pazienti adulti non è necessario ottenere la firma dei genitori o dei parenti; è il direttore della clinica a rispondere per loro.

Il tutto è perfettamente organizzato: ogni trasferimento viene ovviamente fatto in maniera segreta, sotto copertura di diverse società fantasma, di modo che in nessun caso si riescano a ricondurre tali azioni allo Stato. Ai familiari verrà detto che il trasferimento è fatto per il bene del paziente: gli si offre l'opportunità di essere preso in carico da una struttura specializzata migliore di quella in cui è internato. Ciò che ovviamente viene nascosto è il tipo di terapia che gli viene riservato: mentre le famiglie credono che il loro caro sia sottoposto nuove tecniche sperimentali e curative, egli non passerà nemmeno un giorno intero nella nuova struttura. O perlomeno non da vivo.

Con la massima discrezione, i pazienti vengono trasportati in pullman dai vetri oscurati, ammassati tra urina, vomito, urla e escrementi per viaggi lunghi e senza soste. I più violenti vengono immobilizzati con camicie di forza o legati ai lettini. Ovviamente non hanno idea della destinazione né del motivo del trasferimento. Il personale delle cliniche psichiatriche col tempo si abitua ad assistere agli strani prelievi, pur essendo pienamente consapevole che questi non sono svolti da veri paramedici.

³¹ Informazioni tratte dal sito: https://it.wikipedia.org/wiki/Monossido_di_carbonio

³² Informazioni tratte da: Paolini Marco, *Ausmerzen vite indegne di essere vissute*, Einaudi, Torino 2012.

Arrivati in uno di questi centri di eliminazione, vengono separati per sesso e portati direttamente nelle docce. Inutile spiegare cosa avviene in seguito.

Nel frattempo, gli indumenti sono stati contrassegnati per la restituzione alla famiglia, che nella maggioranza dei casi avverrà mesi dopo l'effettivo decesso, così da non destare sospetti tra i famigliari, e soprattutto affinché l'assicurazione continui a pagare i costi dei trattamenti in realtà inesistenti, garantendo entrate costanti all'organizzazione.

E il personale? Chi sono gli autisti, le infermiere, i medici e i sorveglianti che prendono volontariamente parte a questo processo di eutanasia di massa?

Ogni singolo dipendente dell'Aktion T4 ha giurato fedeltà e segretezza assolute, fermamente convinto di agire nel bene della grande Nazione tedesca, ma non sono nazisti, bensì civili. Dopo la fine della guerra, con la scoperta da parte dell'esercito americano di una clinica psichiatrica, una suora, interrogata riguardo alle attività svolte in quel luogo, ammetterà di aver ucciso personalmente più di 200 bambini fino al maggio del 1945.

E i passanti? Non si accorgono che il fumo che giorno e notte esce dai camini delle cliniche ha un odore particolare? A nessuno pare strano che i pullman arrivino pieni e ripartano sempre vuoti? Probabilmente quelli che lo notano preferiscono tacere per evitare problemi, o forse non importa neanche più di quel tanto di quel che succede nei "centri di pazzi".

E le famiglie? A nessuno tra i cari delle vittime sembra strano non aver ricevuto alcuna informazione sugli esiti della terapia, prima dell'improvvisa notizia della morte repentina causata da un violento peggioramento delle condizioni del paziente? In realtà sì, a molti sembrerà strano, tanto che dopo aver mandato lettere per chiedere notizie dei pazienti senza ricevere risposta, questi metteranno annunci sui giornali, implorando a chiunque avesse informazioni sui propri cari di farsi vivo. La faccenda inizia così a destare sospetti, anche perché sui necrologi appaiono sempre gli stessi annunci, che cominciano con frasi come "L'Ente sanitario comunica il decesso..." e "Dopo lunga mancanza di notizie...". Le voci iniziano a girare, i decessi avvenuti negli stessi centri sono

troppi, non basta convocare i direttori dei giornali e vietare di utilizzare certe espressioni.

Nel 1941, Hitler decide quindi di sospendere definitivamente il programma T4; non può permettersi di perdere l'appoggio dell'opinione pubblica.

Questo non significa che l'eliminazione debba cessare; dall'autunno dello stesso anno, inizia così un processo chiamato in seguito "eutanasia selvaggia", in cui i periti torneranno nelle cliniche normali e continueranno a selezionare i pazienti *indegni di vivere*, che verranno lasciati morire di fame. I centri di uccisione, nel frattempo, vengono chiusi o riconvertiti, mentre le camere a gas e i forni crematori si conservano per i prigionieri dei lager vicini. Il personale viene trasferito nei campi di concentramento per svolgere esattamente le stesse mansioni, stavolta con i detenuti.

Nel '42 vengono convocati tutti i direttori delle cliniche psichiatriche bavaresi in una riunione segreta, con lo scopo di accelerare l'eliminazione dei *nutzlose Esser* (in italiano *mangiatori inutili*), che rubano cibo e cure ai feriti di guerra. Viene così escogitata una dieta priva di grassi somministrata in tutti i manicomi bavaresi (alla quale anche Ernst Lossa viene sottoposto), che tra le 6 e le 12 settimane causerà la morte per fame di quasi tutti i pazienti. La mortalità nelle cliniche psichiatriche esplode: decedono il triplo dei pazienti rispetto ai centri di uccisione. Solo la fine della guerra pone un termine a queste atrocità, e non essendo in nessun modo ufficiale non verrà mandato alcun rapporto alle sedi di Berlino, il che ovviamente rende impossibile stimare il numero di morti tra il '41 e il '45.

Questi ultimi paragrafi non vogliono essere un'accusa alla popolazione tedesca, bensì una dimostrazione di quanto sia facile manipolare intere popolazioni e indurle a pensare che ci siano persone indegne di vivere, e che eliminarle non sia un crimine e violazione della sacralità della vita, bensì un gesto volto a salvaguardare la nazione, per il bene del suo stesso popolo.

3. Interrogativi e ipotesi

Come espresso nell'introduzione (cap. 1.3), già prima di iniziare il mio lavoro mi erano sorti alcuni interrogativi riguardo alla mia ricerca.

Per facilitare la comprensione del lettore li richiamerò nel seguente elenco:

- 1. La generazione di mio nonno è davvero cresciuta senza alcun contatto con la malattia mentale? Com'è possibile?**
- 2. La situazione in Germania era davvero tanto diversa che negli altri Paesi a causa del nazismo?**
- 3. In quale modo gli avvenimenti storici hanno influenzato le generazioni postume, per quanto riguarda l'approccio della società verso la malattia mentale in Germania? È rimasta qualche traccia chiara e direttamente riconducibile alle teorie eugenetiche nella concezione popolare attuale del malato mentale?**

Il percorso teorico mi ha fornito gli strumenti per rispondere ad alcune di queste domande, a cominciare dalla prima; ho infatti scoperto che è possibile che un'intera generazione non abbia avuto alcun contatto con la malattia mentale in infanzia, poiché, visti gli avvenimenti storici che hanno segnato la storia tedesca nel primo Novecento, praticamente tutti i soggetti malati di mente venivano isolati dalla società – prima, durante e dopo il periodo nazista – e rinchiusi in ospedali psichiatrici. Nessun malato mentale veniva lasciato a carico delle famiglie, e gli unici che non finivano nei centri appositi venivano tenuti nascosti dai famigliari.³³

Alla seconda domanda ho trovato risposta soprattutto nel cap. 2.1.3, dal quale posso trarre come conclusione che, da un lato, il Nazionalsocialismo ha portato ad un'esclusione pressoché totale dei malati mentali dal resto della società, cosa che non avvenne in altri Paesi, ma che, d'altro lato, le teorie eugenetiche e i manicomi come centri di reclusione per *alienati* si diffusero non solo in

³³ Riferimento ad un aneddoto riportato da mio nonno, che anni dopo la fine della guerra venne a conoscenza dell'esistenza di una sua vicina di casa affetta da sindrome di Down, che la madre aveva rinchiuso in casa, tenendola nascosta dai nazisti, salvandole la vita. Mio nonno non aveva mai sospettato dell'esistenza di quella ragazza, né sapeva che cosa fosse la sindrome di Down.

Germania ma in tutta Europa. La risposta non può dunque essere né un sì né un no, poiché la situazione di esclusione del soggetto malato di mente non era tipica solo della Germania, ma allo stesso tempo pare che nessun'altro Paese europeo la applicò in maniera così drastica.

Le ultime due domande (punto 3.) non riguardano la società vissuta nel periodo storico preso in considerazione, bensì le generazioni postume ad esso, in particolare quella nata appena prima o durante la Seconda Guerra mondiale, alla quale potrebbero essere state trasmesse dai genitori idee o concezioni popolari tipiche di quel tempo, che non corrispondono alla concezione attuale della malattia mentale. Ho voluto infatti fare un salto nel tempo, per capire se tuttora rimanga osservabile nella società tedesca un'eventuale ripercussione degli avvenimenti analizzati nella teoria, cercando individui che possiedono ancora idee originarie di quel periodo. Siccome quindi la teoria non mi è stata sufficiente per svolgere un tale compito, ho intrapreso un secondo percorso (espresso nel cap.4), stavolta pratico, usando come strumenti un sondaggio e due interviste per rispondere a questi interrogativi.

Queste non sono però le uniche domande che mi sono poste, poiché anche durante la stesura della parte teorica mi sono sorti degli ulteriori interrogativi, in particolare riguardo all'influenza che il mondo scientifico ha avuto sulla diffusione di certe idee. Ho infatti compreso che una data situazione socioculturale ha fatto sì che la popolazione rispondesse in Germania in modo diverso agli stimoli rispetto ad altri paesi, e che in questo la comunità scientifica tedesca giocò un ruolo importante. **Esiste ancora una comunità scientifica così autorevole da poter influenzare (anche negativamente) l'opinione pubblica di una nazione? Che peso ha acquisito il mondo scientifico nell'arco degli ultimi 70 anni?** Per rispondere a queste domande mi sono avvalsa del parere di due professionisti (vedi cap.4): il medico psichiatra Dott. Michele Mattia e il sociologo Prof. Sandro Cattacin.

Ipotesi:

Le mie ipotesi sono che, in risposta agli interrogativi espressi sopra, **non troverò dei tratti ideologici di natura eugenetica nei dati del sondaggio,**

ma mi aspetto che i partecipanti più anziani conservino pregiudizi sui malati mentali. Riguardo alla comunità scientifica, invece, penso che col tempo essa abbia perso autorevolezza a causa della moltitudine di informazioni false che al giorno d'oggi sono a portata di tutti, soprattutto grazie ai nuovi mezzi di comunicazione come i forum su internet, in cui chiunque può fingersi specialista.

4. Parte pratica

4.1 Raccolta di dati tramite un questionario

Per rispondere agli interrogativi elencati nel capitolo 3. mi sono avvalsa di dati raccolti tramite un questionario sottoposto ad un campione di persone non costruito, che ho consegnato ad una conoscenza approfittando di un soggiorno estivo in Germania, più precisamente nella regione della Baviera. Essendo un campione ridotto, che inoltre non è stato selezionato in tutte le regioni del Paese, la sua analisi è stata svolta senza pretesa che possa essere generalizzata e/o rappresentativa della popolazione tedesca.

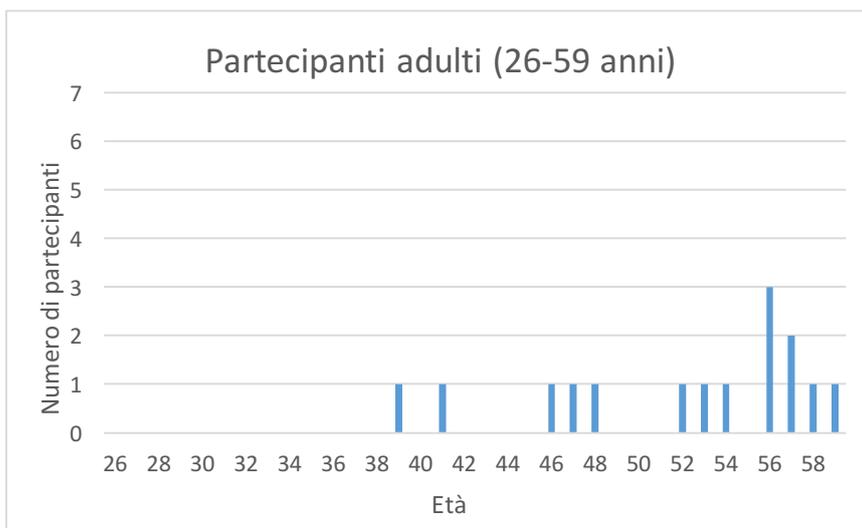
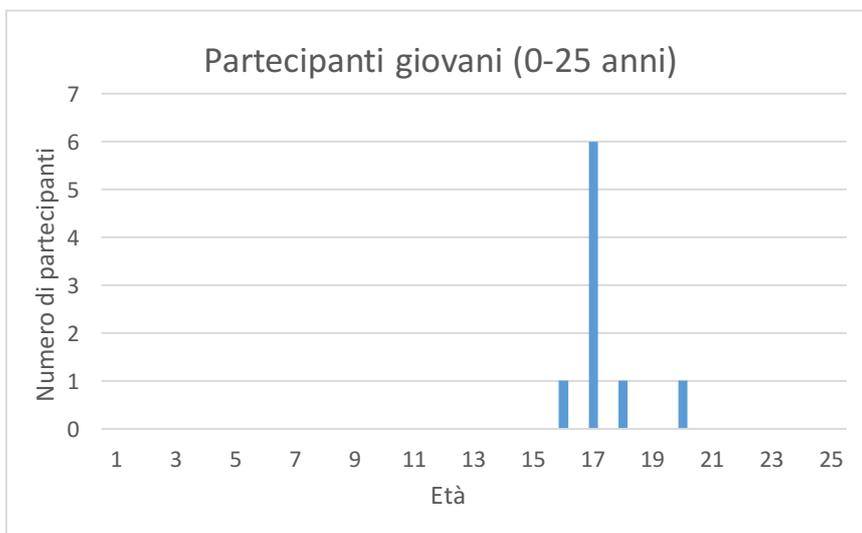
Inoltre, la somministrazione non è stata fatta da me; non posso quindi garantire l'assoluta attendibilità del test, poiché non sono sicura che sia stato somministrato a tutti in maniera standardizzata e che sia stato svolto da tutti nelle stesse identiche condizioni.

Il Campione

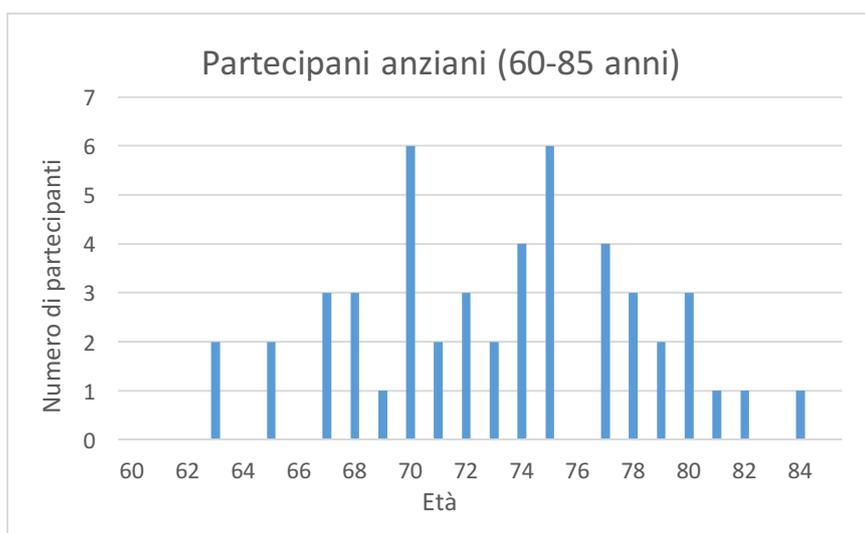
Il campione è stato selezionato in maniera casuale e per ragioni pratiche comprende nella quasi totalità persone domiciliate in Baviera, ad eccezione di una persona domiciliata in Svizzera e cinque persone domiciliate nella regione del Baden-Württemberg. Tutti gli interrogati sono però cresciuti in Germania; questo fattore è fondamentale poiché, nella maggior parte dei casi, le ideologie nelle quali l'individuo adulto crede prendono forma e si sviluppano soprattutto nell'infanzia sotto l'influenza dei propri genitori e dell'ambiente socio-culturale in cui si cresce.

Sono ritornati 73 questionari poiché non ho avuto la possibilità di sottoporre il formulario a più persone.

I partecipanti sono divisi in due fasce di età, che vanno dai 16 ai 20 anni e dai 39 agli 84 anni. I motivi di questa divisione sono due: inizialmente ho puntato ad interrogare individui che sono cresciuti nel dopoguerra, quindi della generazione di mio nonno (60 - 85 anni) o quella seguente (45 – 60 anni).³⁴ Poi però ho pensato che potesse anche essere interessante confrontare i risultati con giovani della la mia generazione, per cercare eventuali differenze significative tra le loro risposte e quelle degli adulti. Riassumendo graficamente, il campione è quindi divisibile in tre diverse fasce di età, composte nel seguente modo:



³⁴ In statistica, nelle scienze attuariali e nel linguaggio comune, il tempo medio che intercorre tra una generazione e quella successiva è di circa 25 anni. (informazione tratta da: <http://www.treccani.it/vocabolario/generazione/>)



Strumenti:

Ho scelto di creare un questionario poiché rappresenta lo strumento più adeguato a raccogliere molti dati in un breve periodo di tempo, e non richiede una particolare partecipazione del soggetto interrogato, oltre alla sua disponibilità e (idealmente) concentrazione. La possibilità di rispondere solamente in maniera guidata (es.: con SI o NO), inoltre, facilita l'analisi delle risposte, che perde però il suo carattere qualitativo. Il questionario è stato interamente creato da me, inizialmente in lingua italiana, e somministrato al campione nella copia che ho tradotto in lingua tedesca. La somministrazione del test è stata svolta da una mia conoscenza in Germania.

Inserisco di seguito il modello vergine del questionario in lingua italiana (il modello in lingua tedesca è disponibile negli allegati):

Età:

Luogo di nascita:

Luogo in cui sono cresciuto/a:

Sesso:

Si prega di rispondere alle domande mettendo una X nella casella "SI" se siete d'accordo o "NO" se non siete d'accordo con l'affermazione proposta. Non è necessario rispondere seguendo l'ordine dato.

	SI	NO
1. C'è differenza tra il significato dei termini "malattia mentale" e "ritardo mentale".		
2. Sono in grado di definire i termini "malattia mentale" e "ritardo mentale".		
3. (Se sì) indicare con una x se questa definizione di <u>malattia mentale</u> è corretta o meno: <i>Sviluppo mentale inferiore a quello proprio dell'età cronologica.</i>		
4. Le persone malate di mente sono incurabili.		

5. La malattia mentale è trasmissibile.		
6. Si nasce già affetti dalla malattia mentale.		
7. Ho già conosciuto personalmente un malato di mente.		
8. I malati di mente mi incutono pena o compassione.		
9. I malati di mente mi incutono paura o diffidenza.		
10. Le persone affette di malattie mentali sono sempre pericolose.		
11. Ho già visto una persona malata di mente in un luogo pubblico.		
12. (Se sì) Mi ha dato fastidio o mi ha spaventato/a.		
13. Ricordo di aver visto per la prima volta una persona malata di mente/affetta da ritardo mentale quando ero (scegliere solo una categoria):		
Ancora bambino/a		
Adolescente		
Adulto/a		
Pensionato/a		
14. Devono essere ospedalizzati solo i malati mentali gravemente affetti.		
15. Ogni malato mentale è un pericolo per chi gli sta intorno, per questo vanno ospedalizzati tutti.		
16. La malattia mentale è causata unicamente da una anomalia anatomica a livello cerebrale.		
17. La malattia mentale è causata unicamente da un difetto genetico.		
18. Un malato mentale ha gli stessi miei diritti.		
19. Considero i malati mentali persone normali.		
20. È compito di ogni società prendersi cura dei malati mentali.		
21. Ogni malato mentale è un peso per la società poiché non produce.		
22. È giusto che esistano delle infrastrutture apposite per i malati di mente (es. centri psichiatrici).		
23. Le persone affette da malattie mentali dovrebbero vivere unicamente in centri psichiatrici appositi.		
24. I malati di mente non dovrebbero sposarsi.		
25. I malati mentali non dovrebbero fare figli.		
26. Lo scopo delle cliniche psichiatriche è aiutare il malato.		
27. Lo scopo delle cliniche psichiatriche è di allontanare il malato dal resto della società.		
28. La malattia mentale è un tema del quale non parlo mai.		
29. Le fobie sono malattie mentali.		
30. La depressione è una malattia mentale.		
31. La sordità è una malattia mentale.		

Eventuali osservazioni:

Ad ogni partecipante ho chiesto di indicare l'età, per avere un'idea dell'età media dei partecipanti e per poter definire di quale generazione fossero. Ho chiesto anche il luogo di nascita e quello in cui è cresciuto, per assicurarmi che tutti i partecipanti fossero anche cresciuti oltre che nati e residenti in Germania. Ho richiesto di indicare il sesso solamente per cercare un'eventuale correlazione, in caso di grande maggioranza di partecipanti dello stesso sesso, con le risposte riscontrate.

Domande:

Ho cercato di formulare le domande nel modo più chiaro possibile, affinché risultassero comprensibili a tutti. Ogni domanda mi permetterà di ricavare un'informazione precisa riguardo a chi risponde, sia in ambito ideologico che conoscitivo. Le domande infatti sono di due tipi: alcune hanno solamente un carattere soggettivo (es.: Domanda no. 8: *“I malati di mente mi incutono pena o compassione.”*) e altre sono volte a verificare le conoscenze oggettive e scientifiche (o giuridiche) dell'interrogato (es.: Domande no. 17 – *“La malattia mentale è causata unicamente da un difetto genetico.”*; no. 18 – *“Un malato mentale ha gli stessi miei diritti.”*).

Più precisamente, le domande sono raggruppabili in gruppi e mi permettono di ricavare le seguenti informazioni:

Gruppo (domande)	Informazioni ricavabili
<p style="text-align: center;">Gruppo A (1,2,3,4,5,6; 16,17; 29,30,31)</p>	<p>Queste domande mi hanno permesso di avere un'indicazione generale delle conoscenze teoriche del soggetto, riguardo alle caratteristiche principali della malattia mentale e del ritardo mentale. Una mancata o scarsa conoscenza dei concetti di base potrebbe giustificare un atteggiamento</p>

	di rifiuto verso il soggetto malato di mente.
<p>Gruppo B (8,9,10; 12; 19; 24,25)</p>	<p>Queste domande sono di carattere interamente soggettivo: riguardano l'approccio della persona verso il soggetto malato di mente. Sono l'elemento che mi permette di tracciare a grandi linee la concezione che l'interrogato ha dell'individuo malato di mente. Nelle domande a queste risposte si potrebbero trovare tracce di un'ideologia reduce degli eventi storici tedeschi, che non considera (anche inconsciamente) il malato mentale così come lo consideriamo noi, sia per paura che per disprezzo.</p>
<p>Gruppo C (18; 20; 26,27)</p>	<p>Queste domande verificano le conoscenze pratiche di chi risponde, riguardo alla presa a carico del malato mentale e al suo inserimento nella società.</p>
<p>Gruppo D (14,15; 21,22,23)</p>	<p>Queste domande sono molto simili a quelle del Gruppo C, ma sono di carattere soggettivo: verificano cosa pensa il soggetto del malato mentale inserito nella società.</p>
<p>Gruppo E (7; 11; 28)</p>	<p>Queste domande hanno uno scopo puramente informativo. Mi permettono di individuare l'eventuale familiarità che il soggetto ha con il tema della malattia mentale.</p>

13	Questa domanda è posta per comprendere se esiste una differenza riscontrabile tra il contatto che la generazione cresciuta nel Dopoguerra ha avuto con i malati mentali e quello che ha la nostra generazione.
----	--

4.2 Sintesi, analisi e commento dei dati raccolti

Tutti gli esemplari di questionario raccolti sono disponibili, a richiesta presso l'autore della ricerca.

In seguito ho riportato un esemplare in lingua italiana del questionario indicando in ogni riquadro il numero delle risposte riscontrate per il rispettivo item, assieme alla percentuale (indicata in piccolo) che esso rappresenta per rapporto al totale (74). Laddove esiste soltanto una risposta obiettivamente corretta, ho segnato a colori quante risposte erano corrette (verde) e quante erano errate (rosso), per facilitare la lettura dei dati.

Età:

Luogo di nascita:

Luogo in cui sono cresciuto/a:

Sesso:

Si prega di rispondere alle domande mettendo una X nella casella "SI" se siete d'accordo o "NO" se non siete d'accordo con l'affermazione proposta. Non è necessario rispondere seguendo l'ordine dato.

	SI	NO	Risposte mancanti
1. C'è differenza tra il significato dei termini "malattia mentale" e "ritardo mentale".	74 (100%)	0 (0%)	-
2. Sono in grado di definire i termini "malattia mentale" e "ritardo mentale".	19 (25,7%)	55 (74,3%)	-
3. (Se sì) indicare con una x se questa definizione di <u>malattia mentale</u> è corretta o meno: <i>Sviluppo mentale inferiore a quello proprio dell'età cronologica.</i>	16 (84,2%)*	3 (15,8%)*	-
4. Le persone malate di mente sono incurabili.	1 (1,3%)	73 (98,7%)	-
5. La malattia mentale è trasmissibile.	0 (0%)	74 (100%)	-

6. Si nasce già affetti dalla malattia mentale.	1 (1,3%)	73 (98,7%)	-
7. Ho già conosciuto personalmente un malato di mente.	73 (98,7%)	1 (1,3%)	-
8. I malati di mente mi incutono pena o compassione.	64 (86,5%)	10 (13,5%)	-
9. I malati di mente mi incutono paura o diffidenza.	16 (21,6%)	58 (78,4%)	-
10. Le persone affette di malattie mentali sono sempre pericolose.	5 (6,7%)	69 (93,3%)	-
11. Ho già visto una persona malata di mente in un luogo pubblico.	73 (98,7%)	1 (1,3%)	-
12. (Se sì) Mi ha dato fastidio o mi ha spaventato/a.	26 (35,1%)	47 (63,5%)	1
13. Ricordo di aver visto per la prima volta una persona malata di mente/affetta da ritardo mentale quando ero (scegliere solo una categoria):			1
Ancora bambino/a	6 (8,1%)		
Adolescente	36 (48,6%)		
Adulto/a	31 (41,9%)		
Pensionato/a	0 (0%)		
14. Devono essere ospedalizzati solo i malati mentali gravemente affetti.	58 (78,4%)	14 (18,9%)	2
15. Ogni malato mentale è un pericolo per chi gli sta intorno, per questo vanno ospedalizzati tutti.	13 (17,6%)	61 (82,4%)	-
16. La malattia mentale è causata unicamente da una anomalia anatomica a livello cerebrale.	71 (96%)	3 (4%)	-
17. La malattia mentale è causata unicamente da un difetto genetico.	2 (2,7%)	72 (97,3%)	-
18. Un malato mentale ha gli stessi miei diritti.	73 (98,7%)	1 (1,3%)	-
19. Considero i malati mentali persone normali.	69 (93,2%)	4 (5,4%)	1
20. È compito di ogni società prendersi cura dei malati mentali.	73 (98,7%)	1 (1,3%)	-

21. Ogni malato mentale è un peso per la società poiché non produce.	3 (4%)	71 (96%)	-
22. È giusto che esistano delle infrastrutture apposite per i malati di mente (es. centri psichiatrici).	74 (100%)	0 (0%)	-
23. Le persone affette da malattie mentali dovrebbero vivere unicamente in centri psichiatrici appositi.	1 (1,3%)	73 (98,7%)	-
24. I malati di mente non dovrebbero sposarsi.	1 (1,3%)	73 (98,7%)	-
25. I malati mentali non dovrebbero fare figli.	60 (81,1%)	14 (18,9)	-
26. Lo scopo delle cliniche psichiatriche è aiutare il malato.	74 (100%)	0 (0%)	-
27. Lo scopo delle cliniche psichiatriche è di allontanare il malato dal resto della società.	0 (0%)	74 (100%)	-
28. La malattia mentale è un tema del quale non parlo mai.	18 (24,3%)	56 (75,7%)	-
29. Le fobie sono malattie mentali.	2 (2,7%)	72 (97,3%)	-
30. La depressione è una malattia mentale.	67 (90,5%)	7 (9,5%)	-
31. La sordità è una malattia mentale.	0 (0%)	74 (100%)	-

Eventuali osservazioni:

*percentuale calcolata su un totale di 19

N.B.: le domande no. 1,3,4,5,6,10,16,17,18,29,30,31 hanno delle risposte oggettivamente corrette (segnate in verde) e delle risposte errate (segnate in rosso).

Sintesi e analisi:

L'analisi è stata svolta seguendo la suddivisione a gruppi delle domande illustrata nella tabella (vedi cap. 4.1). Le risposte ad alcune domande sono state analizzate più a fondo rispetto alle altre, soprattutto quelle sorprendenti e inaspettate. Questa scelta è dovuta alla mancanza di tempo e strumenti per interpretare tutti i dati con attenzione: esistono infatti programmi, dei quali purtroppo non dispongo, creati appositamente per confrontare le risposte a diverse domande, tenendo conto di ciò che il partecipante ha risposto alle domande precedenti ecc.... Per questo motivo non ho dedicato la stessa attenzione a tutti i risultati.

Gruppo A: Le risposte alle domande no.1-6 ci mostrano che in media la maggior parte dei partecipanti possiede le conoscenze basilari del concetto di malattia mentale, quali la non-trasmissibilità e la curabilità, ma che non è in grado di definire cosa la distingue dal ritardo mentale (più dell'80% di chi si è dichiarato in grado di distinguere i due termini ha dato una risposta errata alla domanda no. 3). Le risposte alle domande no. 16, 17 ci mostrano invece che l'origine della malattia mentale non è chiara: più del 95% ritiene che essa sia un'anomalia a livello cerebrale anatomico. Le risposte alle domande no. 29,30 manifestano una concezione della malattia basata sulla gravità: quasi tutti hanno risposto che la depressione è una malattia mentale ma che la fobia non lo è, probabilmente perché nella concezione popolare si tende a considerare malattie mentali solo le psicosi, poiché appaiono più gravi e comportano un distacco dalla realtà. Le risposte alla domanda no. 31 mostrano invece che è totalmente scomparsa la credenza popolare tipica dell'inizio Novecento, che considerava difetti quali la sordità o il mutismo malattie mentali.

Gruppo B: Dalle risposte alle domande no. 8,9,10 si osserva che l'individuo malato mentale non rappresenta alcun pericolo e non incute paura bensì pena e compassione ad almeno il 78% dei partecipanti. Il 20% ha comunque risposto che i malati mentali incutono paura, il che mi pare una quantità considerevole. Inoltre, più del 60% si sono sentiti infastiditi o spaventati dalla presenza di un malato mentale in un luogo pubblico. Dalle risposte alla domanda no. 19 risulta

che il 93% dei partecipanti considera i malati mentali delle persone normali, il che indica l'assenza di credenze osservate nella parte teorica, secondo le quali il malato di mente non è un uomo al 100%, bensì un individuo di livello inferiore all'uomo (il termine *Unmensch* in tedesco rende ancora meglio l'idea di inferiorità). D'altro canto rimangono 4 persone che non considerano i malati di mente persone normali, il che è probabilmente spiegabile vista la loro età (in media attorno i 75 anni).

Ho trovato le risposte alle domande no.24,25 molto sorprendenti: nonostante il 98% dei partecipanti si trovi in disaccordo con l'affermazione "*i malati mentali non dovrebbero sposarsi*", l'81% ritiene che i malati mentali non debbano avere figli. A mio parere, ciò potrebbe rispecchiare implicitamente la paura della trasmissibilità della malattia mentale tra generazioni, che però non dovrebbe esistere, dato che il 100% dei partecipanti conferma (domanda no. 5) che la malattia mentale non è trasmissibile. Affidandomi alle risposte alla domanda no. 5 ho dunque scartato questa ipotesi. La spiegazione alternativa sarebbe che un malato mentale non è ritenuto atto a svolgere il ruolo di genitore, cosa che probabilmente si pensa in molte società, oltre che in quella tedesca.

Gruppo C: Le risposte alle domande no. 18, 20, 26, 27 mostrano che praticamente la totalità dei partecipanti (98%) ha bene in chiaro quale presa a carico è riservata ai malati mentali, che conservano i loro diritti civili e ai quali è offerto dalla società (o dallo Stato che la rappresenta) l'accesso ad infrastrutture volte ad aiutarli.

Gruppo D: Le risposte alle domande no. 21, 22, 23 rivelano che almeno il 96% dei partecipanti non ritiene il soggetto malato mentale un peso per la società, e approva l'esistenza delle infrastrutture messe a sua disposizione, ma sostiene che non tutti i malati mentali debbano viverci. Ciò ci mostra che i partecipanti sanno che non tutti i soggetti malati di mente sono incapaci di vivere fuori da cliniche psichiatriche, e che la concezione di manicomio come "prigione dei pazzi" è completamente sparita.

Gruppo E: Le risposte alle domande no. 7, 11, 28 indicano che tutti i partecipanti (tranne uno) sono già stati a contatto con un malato mentale, e

dunque con il tema della malattia mentale. Ciò nonostante, il 24% dei partecipanti non discute mai riguardo a questo argomento. Questo dato mi sembra però poco rilevante, anzi è più basso di quanto mi sarei aspettata, poiché inizialmente pensavo che la malattia mentale non fosse un argomento di conversazione comune, ma ripensandoci mi pare logico che oggi giorno lo sia per buona parte dei cittadini, soprattutto a causa dell'invecchiamento generale della popolazione, che implica una maggior diffusione di malattie senili come l'Alzheimer, con le quali non solo l'individuo ma anche la famiglia e gli amici sono inevitabilmente confrontati.

Domanda no. 13: Le risposte alla domanda no. 13 indicano che più del 90% dei partecipanti si è trovato per la prima volta a contatto con un malato mentale in età adolescenziale (48%) o in età adulta (42%). Trovo questo dato interessante, poiché non penso che nelle generazioni più giovani si riscontrerebbero dei tali risultati, sia perché oggi giorno i malati mentali non vengono più nascosti o isolati dalla società, sia perché le conoscenze mediche per quanto riguarda il loro studio ha anche permesso una classificazione più attenta e corretta delle diverse malattie, il che ha portato alla scoperta di psicopatologie che prima non erano classificate come tali. È quindi più probabile che le generazioni future siano a contatto fin da bambini con soggetti malati di mente, sia per la tendenza attuale di integrazione sociale, sia perché è considerato malato di mente anche un nonno affetto di Alzheimer, un amico fobico o un conoscente che soffre di depressione, mentre prima si consideravano malati di mente solo i soggetti affetti da patologie gravi.

Eventuali osservazioni:

Solamente un partecipante ha fatto uso dello spazio a disposizione per le osservazioni. Egli ha scritto il seguente commento:

Mein Cousin ist geisteskrank, ich bin "abgehärtet".

Mio cugino è malato di mente, sono assuefatto/indurito.

In italiano, la traduzione letterale può avere una doppia interpretazione a causa dell'uso dell'aggettivo *abgehärtet*, che può significare sia *assuefatto* (inteso come *abituato* al contatto con la malattia mentale) che *indurito*, *irrigidito* (nel

senso di *reso insensibile*). È difficile comprendere il perché di una tale affermazione da parte del partecipante. Ha forse voluto giustificare le risposte che ha dato nel questionario e che, a parer suo, potevano dare un'immagine troppo fredda e severa di lui, come – ad esempio – il disaccordo con l'affermazione “*I malati di mente mi incutono pena o compassione*” e con l'affermazione “*La depressione è una malattia mentale*”?

Purtroppo mi risulta impossibile confermarlo, perciò lascio libera ad ogni lettore l'interpretazione di questa osservazione interessante.

Commento:

Grazie a questi risultati, posso confutare in un primo tempo l'ipotesi (formulata sotto forma di interrogativi nel cap.3) della presenza nella società tedesca contemporanea di tracce ideologiche riconducibili all'eugenismo o al nazismo per rapporto alla concezione della malattia mentale. I partecipanti hanno infatti dimostrato di non possedere idee di natura palesemente eugenetica, di non considerare i malati mentali persone anormali. Possiedono comunque lacune conoscitive che però non sono gravi in quanto sicuramente presenti anche nelle altre società.

Per quanto riguarda la costruzione del sondaggio, ho notato che avrei potuto chiedere la professione dei partecipanti, il che mi avrebbe permesso magari di notare differenze tra le risposte di coloro che svolgono una professione in ambito medico e quelle degli altri. Inoltre, avrei dovuto raggruppare assieme le domande per categoria, per facilitare l'analisi.

Ho anche notato che alcuni questionari presentano esattamente le stesse risposte, probabilmente perché non sono stati compilati dai partecipanti in maniera individuale, bensì in compagnia. Altri invece non hanno fatto attenzione nel leggere la consegna, e hanno indicato di aver visto un malato mentale per la prima volta in età adulta, nonostante siano ancora minorenni. Sono errori che purtroppo non ho potuto evitare, poiché non ero presente per rispondere ad eventuali domande al momento in cui hanno compilato il questionario.

Ulteriore analisi:

Come illustrato nell'esemplare del questionario a pp. 38-40, a molte domande la totalità dei partecipanti ha dato la stessa risposta. In altri casi, invece, una percentuale non trascurabile³⁵ dei partecipanti ha dato una risposta opposta a quella della maggioranza. Unicamente per curiosità, pur essendo consapevole del fatto che ciò non rispetti i canoni della statistica – a causa del numero di partecipanti molto diverso per ognuna delle tre fasce di età – ho quindi deciso di confrontare brevemente le risposte dei partecipanti più giovani (nella fascia di età dai 0 ai 25 anni) con quelle dei partecipanti più anziani (nella fascia di età dai 60 agli 85 anni) per verificare se ci fossero domande alle quali la fascia più giovane avesse dato risposte opposte a quelle della fascia più anziana e viceversa. Nella tabella che segue ho riportato in due colonne le risposte delle due fasce di età, seguendo la stessa impostazione dell'esemplare a pp. 38-40. In ogni riquadro ho riportato il numero delle risposte riscontrate per il rispettivo item, assieme alla percentuale (indicata in piccolo) che esso rappresenta per rapporto al totale (rispettivamente 9 e 50). Laddove esiste soltanto una risposta obiettivamente corretta (domande no.1,3,4,5,6,10,16,17,18,29,30,31), ho segnato a colori quante risposte erano corrette (verde) e quante erano errate (rosso), per facilitare la lettura dei dati.

Fascia di età:	(0-25 anni)		(60-85 anni)	
No. Partecipanti:	9		50	
No. domanda:	SI	NO	SI	NO
1.	9 (100%)	0 (0%)	50 (100%)	0 (0%)
2.	0 (0%)	9 (100%)	12 (24%)	38 (76%)
3.	-	-	10 (su 12) (83%)	2 (su 12) (17%)
4.	0 (0%)	9 (100%)	1 (2%)	49 (98%)

³⁵ Per *non trascurabile* ho inteso una percentuale superiore al 10%.

5.	0 (0%)	9 (100%)	0 (0%)	50 (100%)
6.	0 (0%)	9 (100%)	1* (2%)	48* (96%)
7.	8 (89%)	1 (11%)	50 (100%)	0 (0%)
8.	9 (100%)	0 (0%)	40 (80%)	10 (20%)
9.	7 (78%)	2 (22%)	8 (16%)	42 (84%)
10.	0 (0%)	9 (100%)	5 (10%)	45 (90%)
11.	8 (89%)	1 (11%)	50 (100%)	0 (0%)
12.	6* (67%)	2* (22%)	17 (34%)	33 (66%)
13.	Ancora bambino: 0 (0%) Adolescente: 7 (78%) Adulto: 1 (11%) Pensionato: 0 (0%)		Ancora bambino: 2 (4%) Adolescente: 23 (46%) Adulto: 24 (48%) Pensionato: 0 (0%)	
14.	8* (89%)	0* (0%)	38 (76%)	12 (24%)
15.	0 (0%)	9 (100%)	13 (26%)	37 (74%)
16.	9 (100%)	0 (0%)	48 (96%)	2 (4%)
17.	1 (11%)	8 (89%)	1 (2%)	49 (98%)
18.	9 (100%)	0 (0%)	49 (98%)	1 (2%)
19.	8 (89%)	1 (11%)	47* (94%)	2* (4%)
20.	9 (100%)	0 (0%)	49 (98%)	1 (2%)
21.	0 (0%)	9 (100%)	2 (4%)	48 (96%)
22.	9 (100%)	0 (0%)	50 (100%)	0 (0%)
23.	0 (0%)	9 (100%)	1 (2%)	49 (98%)
24.	0 (0%)	9 (100%)	1 (2%)	49 (98%)

25.	8 (89%)	1 (11%)	40 (80%)	10 (20%)
26.	9 (100%)	0 (0%)	50 (100%)	0 (0%)
27.	0 (0%)	9 (100%)	0 (0%)	50 (100%)
28.	0 (0%)	9 (100%)	13 (26%)	37 (74%)
29.	1 (11%)	8 (89%)	0 (0%)	50 (100%)
30.	9 (100%)	0 (0%)	43 (86%)	7 (14%)
31.	0 (0%)	9 (100%)	0 (0%)	50 (100%)

Il simbolo (*) rappresenta una risposta mancante per quell'item.

Brevi sintesi e analisi:

I giovani: Come emerge dalla tabella, i giovani hanno tutti dato la stessa risposta a quasi ogni domanda, ad eccezione delle domande no. 7,8,19,25,29, alle quali un partecipante su 9³⁶ ha risposto in maniera diversa rispetto agli altri, così come le domande no.9 e no. 12, alle quali le risposte diverse dalla maggioranza sono 2. Non ritengo importante considerare queste differenze, nonostante esse possano sembrare notevoli vista la percentuale che rappresentano, poiché il totale di giovani (9) è troppo ridotto per svolgere un'ulteriore analisi.

Gli anziani: A differenza dei giovani, i partecipanti anziani erano sufficientemente numerosi (50) da permettermi di considerare importanti le percentuali di risposte diverse dalla maggioranza. Ci sono diverse domande alle quali la fascia anziana ha risposto in maniera meno omogenea, soprattutto quelle di carattere soggettivo (no. 8,9,12) o riguardo al malato mentale inserito nella società (no.14,15). Queste ultime due domande soprattutto ci mostrano come più del 25% degli anziani ritenga che tutti i malati di mente debbano essere ospedalizzati poiché sono pericolosi, affermazione con la quale nessuno dei giovani è d'accordo. La domanda no. 8, invece, ci

³⁶ La risposta diversa non è stata data sempre dallo stesso partecipante.

mostra che – mentre la totalità dei giovani prova pena o compassione per i malati mentali – il 20% degli anziani non prova per essi alcuno dei due sentimenti.

Grandi differenze tra le fasce: Come già esposto in precedenza, lo scopo di questa brevissima analisi era quello di trovare eventualmente una o più domande alla quali i giovani avessero risposto in maniera opposta agli anziani. Ciò si è verificato in due casi; le domande no. 9 e no. 12. In tutte le altre domande, anche nei casi in cui una percentuale notevole degli anziani ha dato una risposta diversa, la maggioranza ha comunque dato le stesse risposte dei giovani. Alle domande no. 9 e no. 12, invece, i giovani hanno risposto in maniera opposta rispetto alla maggioranza degli anziani. Si tratta delle domande più soggettive, che riguardano il sentimento che il soggetto malato di mente e la sua presenza incutono nel partecipante. Stranamente, sono stati i giovani a manifestare un atteggiamento più insicuro nei confronti del soggetto malato di mente. Infatti, solamente il 22% dei giovani contro l'84% degli anziani non prova paura o diffidenza nei confronti dei malati di mente (domanda no. 9), e il 22% dei giovani contro il 66% degli anziani non prova fastidio o spavento in presenza di essi (domanda no.12). La spiegazione a queste differenze potrebbe essere l'età dei partecipanti, non in relazione al contesto in cui possono essere cresciuti, bensì in rapporto alla maturità dell'individuo, che all'età di 17 anni non è forse ancora libero dalla paura ingenua e infantile di colui che è diverso. Raggiunta l'età adulta, infatti, si può supporre che egli avrà un parere diverso. Ritengo quindi molto più degno di nota il fatto che degli adulti, anziani e carichi di esperienza di vita manifestino ancora diffidenza, paura o fastidio verso i malati di mente che non il fatto che lo faccia un adolescente.

Ad ogni modo, ricordo ancora una volta che questo breve confronto è stato fatto unicamente per curiosità e non ha alcun valore scientifico, poiché il numero di partecipanti non è equivalente nei due gruppi.

4.3 Intervista a un professionista

Come già espresso nel cap. 3, vi sono alcuni interrogativi ai quali né la teoria né il sondaggio possono rispondere. Per rispondere ad essi e per confrontare la mia interpretazione di alcuni dati con quella di un professionista ho quindi svolto due interviste. Ho formulato alcune domande riguardo ai risultati raccolti tramite il sondaggio e alcune riguardo alla psichiatria o alla società in generale. Le due interviste sono composte da due domande in comune (riguardo ai dati raccolti) e da domande specifiche, adeguate al campo di competenza dell'esperto (quindi più inerenti rispettivamente alla psichiatria o alla sociologia).

4.3.1 Intervista a un medico psichiatra

Siccome il mio lavoro è innanzitutto una ricerca nell'ambito psichiatrico, ho intervistato il Dottor medico psichiatra Michele Mattia, ponendogli una prima domanda sulla psichiatria attuale a livello internazionale, una domanda sull'influenza che la comunità scientifica può avere sull'opinione pubblica (per rispondere all'interrogativo espresso nel cap. 3) e due domande riguardo ai risultati del sondaggio. Essendo l'intervista interessante ma abbastanza lunga, ho riportato soltanto le domande e gli estratti delle risposte più significativi per la mia analisi. (L'intervista completa è disponibile negli allegati)

1. La psichiatria ha subito una notevole evoluzione nel corso degli ultimi due secoli;

- a. Secondo Lei esistono ancora differenze notevoli tra le diverse correnti? Vi sono dei Paesi in cui prevalgono nettamente una o più correnti sulle altre?**
- b. Secondo Lei esistono ancora correnti di pensiero che conservano tratti dell'eugenetica?**

a. Si ci sono diverse correnti. Oggi una corrente che sta prendendo molto piede è quella della psichiatria biologica, quindi quella di associare le malattie mentali con delle problematiche anche a livello di marcatori cerebrali, quindi con delle alterazioni genetiche, e con anche delle modifiche a livello delle strutture cerebrali. La psichiatria biologica è molto presente a livello americano, sta arrivando a livello europeo anche in Italia, sta prendendo piede anche in Svizzera in alcuni Cantoni, non dappertutto. [...] A livello di quello che sono invece i trattamenti che vengono fatti è evidente che se noi ci rifacciamo alla psichiatria biologica il trattamento di

elezione diventa la farmacoterapia.³⁷ [...] Se poi invece parliamo di altre correnti a livello di trattamenti corrispondono più che altro a quello che sono i principi della terapia cognitivo-comportamentale, [...] Poi ci sono le altre correnti che sono [ad esempio] quella psicoanalitica classica, che è quella che sta perdendo molto piede: è ancora presente in alcune nicchie a livello svizzero, inglese, francese e americano ma veramente molto ridotte rispetto alla forza che aveva fino a 30-40 anni fa, anche perché sono cambiati i disturbi; non c'è più il tempo per poter fare anni di analisi³⁸, oggi le persone hanno bisogno di risposte veloci e immediate. E poi c'è la terapia sistemica familiare che viene utilizzata un po' in tutto il mondo in modo generale. [...]

Quindi non possiamo dire che esista una netta differenza a livello nazionale tra un paese e l'altro.

No, diciamo che sicuramente a livello degli Stati Uniti d'America la corrente biologica è quella che sta prevalendo rispetto alle altre. A livello europeo in realtà anche le altre correnti continuano ad avere un valore ma abbiamo più quella biologica e quella cognitivo-comportamentale. Sono queste due che vanno per la maggiore.

b. Nella psichiatria ufficiale no, non esiste più [l'eugenetica][...], anzi, nella psichiatria ufficiale e anche nella psicologia ufficiale si lotta contro eventuali tendenze di questo tipo così come nella società si lotta contro l'ideologia nazista. È stata assolutamente fortemente criticata da tutta la comunità scientifica.

2. Il fatto che la comunità scientifica tedesca confermasse la necessità di eliminare questi individui ha influenzato il comportamento di coloro che presero parte al progetto di *eutanasia di massa*, convincendoli che fosse un'azione necessaria per il bene della nazione. Secondo Lei l'influenza del mondo scientifico sull'opinione pubblico è ancora così importante? Perché?

È molto difficile perché oggi abbiamo un eccesso di informazioni per cui si crea una disinformazione; la presenza del web è una presenza importantissima che può aiutare ma che può anche confondere in un modo incredibile [...] il web fa pensare alle persone di poter accedere facilmente a delle conoscenze complicate e questo porta quindi a ridurre quello che è la fiducia nel mondo scientifico. [...] la presenza di un facile accesso a delle conoscenze spesso superficiali, perché pochi vanno nei siti scientifici veri e propri, porta a questa frammentazione della conoscenza, che porta a una facilità della critica e quindi anche del confronto con lo specialista. Per cui in realtà il mondo scientifico tenta di mantenere un suo valore e una sua diffusione all'interno della comunicazione con il mondo non scientifico e quindi con la popolazione, ma con grosse difficoltà. È vero anche che il mondo scientifico delle volte

³⁷ Farmacoterapia: terapia che fa uso di farmaci per modificare l'attività biologica a scopo curativo. In psichiatria si fa uso di farmaci che influenzano l'attività psichica: gli psicofarmaci.

³⁸ La psicanalisi è una terapia che solitamente non dura meno di 6-7 anni.

sbaglia perché utilizza una comunicazione che spesso la persona non riesce a comprendere, quindi anche il mondo scientifico deve riflettere su come comunica.

3. Circa il 90% dei partecipanti al mio sondaggio ha risposto di aver visto per la prima volta una persona affetta da malattia mentale o ritardo mentale durante l'adolescenza (48%) o nell'età adulta (41%). Cosa ne pensa? (l'84% dei partecipanti era di età superiore ai 50 anni)

Non è sorprendente il risultato del sondaggio che hai avuto perché uno dei grossi problemi non è tanto il fatto di essere a contatto con il malato mentale quanto avere la conoscenza e la consapevolezza della malattia mentale[...]

Un altro elemento è la stigmatizzazione³⁹ molto forte che c'è sempre stata nella società nei confronti della malattia mentale, che è sempre stata vista come una malattia di per sé pericolosa per la società stessa, il che ha portato spesso ad evitare e ad escludere la malattia mentale dalla società. [...] forse un altro elemento è che oggi per poter effettivamente valutare la conoscenza reale del disagio psichico non dovremmo porre la domanda [utilizzando il termine] malattia mentale ma sofferenza psichica, perché la malattia mentale viene associata con la malattia degli ospedali psichiatrici, mentre con [il termine] sofferenza psichica entriamo in contatto con la realtà d'oggi: la presenza di molti disturbi d'ansia, molti disturbi depressivi, burn-out, disturbi da disadattamento per licenziamento piuttosto che per fratture relazionali, crisi di panico, ecc.... Entriamo in una dinamica che oggi conosciamo molto meglio e di cui abbiamo meno timore e meno ansia.

Se non utilizziamo una terminologia adeguata il nostro sondaggio non ci dà risposte adeguate. Per poter avere una buona risposta dobbiamo fare un'eccellente domanda. (ride)

4. Dal mio sondaggio è emerso che un malato mentale incute paura o diffidenza al 21% dei partecipanti, e che il 35% è stato infastidito o spaventato quando si è trovato in presenza di un malato di mente in un luogo pubblico. Cosa ne pensa?

È vero che questo, rispetto a quello che è la percezione della società, è un pochino differente, nel senso che nella società specialmente di oggi abbiamo meno timore della malattia mentale perché la conosciamo in un modo differente. Anche la cinematografia ce la fa vedere in un modo diverso; ci fa vedere il malato mentale che può essere curato. Quindi il fatto che ci sia questo 21% [che prova paura o diffidenza nei confronti del malato mentale] è legato molto ancora alla presenza dei pregiudizi forti di una visione della malattia mentale non corrispondente a quello che è la realtà della cura d'oggi, perché oggi la possiamo curare molto bene. Tant'è vero che le statistiche dicono che i malati mentali hanno un rischio inferiore di poter creare dei delitti o comunque di fare degli atti contro le altre persone rispetto alla popolazione generale.

³⁹ Stigmatizzare: biasimare o etichettare un oggetto o individuo con una connotazione negativa.

Quello che è il pregiudizio che il malato mentale è pericoloso in realtà è un artefatto, non è una realtà.

Il fatto che ci sia poi una parte che si senta infastidita [...] è vero che è piuttosto delicato confrontarsi con qualcuno che abbia una malattia mentale come noi la identifichiamo quando parliamo di malattia mentale. Parliamo infatti delle gravi schizofrenie, delle gravi dipendenze, dei gravi disturbi della personalità, ecc. ... E quindi in questo caso è indubbiamente più difficile riuscire a gestire il confronto con qualcuno che presenta alcuno di questi disturbi nei locali pubblici o comunque in giro per strada. Non è sorprendente, assolutamente, ed è qualcosa che possiamo anche ritrovare nella vita reale oltre che nel sondaggio.

Infatti la mia ipotesi è stata che probabilmente anche la popolazione del Ticino o in generale dei paesi europei avrebbe comunque risposto nello stesso modo.

Sì, c'è una percezione comunque ancora di disagio del malato mentale così come l'abbiamo definito. È importante proprio definire il malato mentale nella sua accezione completa, [...] È la malattia mentale delle grosse patologie psichiatriche quella di cui stai parlando adesso nel tuo sondaggio, così come è posta la domanda.

Sintesi e analisi:

Come conferma il Dott. Mattia, al giorno d'oggi non esistono più differenze nette tra i diversi Paesi per quanto riguarda le correnti di psichiatria; quelle dominanti a livello statunitense e europeo sono la corrente biologica e quella che si rifà alla terapia cognitivo-comportamentale, ma non sono le uniche diffuse (vedi risposta 1a.). Ancora presente ma molto meno considerata è la psicanalisi freudiana, che si rifà alle teorie espresse nel cap. 2.1.2. Possiamo quindi dire che la psichiatria sia abbastanza omogenea sul piano internazionale. Secondo un articolo sul sito tedesco PsychiatrieNet⁴⁰ la corrente più diffusa attualmente in Germania è quella che segue il modello biopsicosociale, che tiene conto dei fattori biologici, psichici e sociali nella diagnosi e nella cura della malattia mentale.

In nessuna delle correnti citate dal Dottor Mattia persistono ancora degli ideali di natura eugenetica (vedi risposta 1b.). Come ipotizzavo, egli conferma inoltre che al giorno d'oggi la comunità scientifica è sicuramente meno autorevole agli

⁴⁰L'articolo è tratto dal seguente testo: Brückner Burkhart, *Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2010, articolo disponibile su: <http://www.psychiatrie.de/psychiatriegeschichte/biopsychosozial/>

occhi della società, soprattutto a causa di internet (vedi risposta 2.). Riguardo ai dati del sondaggio, il Dott. Mattia conferma la mia supposizione secondo la quale la generazione di mio nonno possa aver avuto il suo primo contatto con la malattia mentale così tardi (in età adolescente o adulta) a causa dell'isolamento dei malati mentali nelle società di quegli anni – egli utilizza un termine ancora più adeguato: la stigmatizzazione – e aggiunge che sicuramente le generazioni più giovani hanno una consapevolezza diversa della malattia mentale (vedi risposta 3.). Oggi infatti esiste una nuova categoria di malattie mentali, definibile meglio come *disturbi psichici*, che comprende tutti i disturbi non gravi, come i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia ecc. ... Questo implica anche che le nuove generazioni abbiano meno timore del malato mentale, che non è più visto come un "pazzo" pericoloso e fuori controllo. Nell'ultima risposta egli spiega infatti che i partecipanti spaventati dal malato mentale conservano probabilmente ancora quell'immagine sbagliata del malato mentale come soggetto pericoloso. Lo stesso vale per coloro che hanno provato fastidio trovandosi in presenza di un malato mentale: hanno inteso un malato mentale grave, con il quale un confronto in un luogo pubblico è molto più delicato che con un soggetto affetto da sofferenza psichica (vedi risposta 4.).

Commento:

In generale, le risposte del Dott. Mattia concordano con le mie ipotesi riguardo la comunità scientifica – la cui autorevolezza è messa a repentaglio soprattutto da internet – e con le mie interpretazioni dei dati, che non rispecchiano tratti eugenetici bensì pregiudizi tipici delle generazioni più anziane, che temono il malato mentale poiché lo reputano pericoloso.

Grazie alle sue risposte, mi sono inoltre accorta che avrei potuto fare una distinzione nel mio sondaggio tra ciò che intendevo malattia mentale grave e disturbo psichico.

4.3.2 Intervista a un sociologo

Siccome il mio lavoro sfocia pienamente anche nel campo della sociologia, ho pensato che sarebbe stato interessante munirmi anche del parere di un

sociologo. Ho quindi intervistato il Prof. Sandro Cattacin, ponendogli la stessa domanda sulla comunità scientifica (la no.3, che corrisponde alla domanda no.2 dell'intervista al Dott. Mattia) e chiedendogli il suo parere con due domande sui dati del sondaggio (la domanda no.1 corrisponde alla domanda no.3 dell'intervista al Dott. Mattia). Siccome quest'intervista è più breve, l'ho riportata per intero e ho sottolineato le parti più significative.

1. Circa il 90% dei partecipanti al mio sondaggio ha risposto di aver visto per la prima volta una persona affetta da malattia mentale o ritardo mentale durante l'adolescenza (48%) o nell'età adulta (41%). Cosa ne pensa? (l'84% dei partecipanti era di età superiore ai 50 anni)

E un dato interessante, certo non di facile interpretazione, ma direi che l'antipsichiatria⁴¹ nata in Italia e in Francia negli anni 1970 ci ha messo un po' per influenzare la Germania o la Svizzera. Fatto sta che il funzionalismo del periodo fordista prevedeva di rinchiudere in spazi appropriati (e che non disturbavano il sistema produttivo) chi aveva dei problemi psichici e che il movimento della deistituzionalizzazione (chiusura delle strutture psichiatriche, apertura delle strutture e infine la ricerca attiva di contatti) nasce negli anni 1970, ma è di recente impatto in Germania. Questo potrebbe spiegare che l'incontro è ritardato (che una parte importante delle persone sondate incontrano persone con malattie mentali quando sono adulti).

2. Dal mio sondaggio è emerso che l'80% dei partecipanti ritiene che i malati mentali non dovrebbero avere figli. Questo dato è secondo Lei riconducibile alla concezione tipicamente nazista del malato mentale come "individuo difettoso" che non deve deteriorare la razza umana riproducendosi?

E un dato molto chiaro che si inserisce sicuramente secondo me più in dibattiti contemporanei che storici. C'è anche tanta stupidità, ovviamente. Penso però che i dati per la Svizzera non sarebbero molto diversi.

Dunque: penso che la Germania non sia un caso speciale e che la combinazione tra individualismo e l'aspetto correlato del culto del proprio corpo siano motivi più importanti che spieghino questo risultato. In effetti, il ritorno dell'individualismo negli anni 1970 ha avuto come corollario una de-solidarizzazione generale (che si vede anche nell'indebolimento dei sindacati e della chiesa e nella crescita di un mondo associativo estremamente diversificato) e una messa

⁴¹ Con *antipsichiatria* si intende il movimento di contestazione e critica ai metodi e alle teorie della psichiatria tradizionale che si diffuse in Europa negli anni Settanta. L'antipsichiatria considerava la malattia mentale una scelta dell'individuo in risposta a contraddizioni sociali e non più il risultato di disfunzioni e disturbi. Informazioni tratte da: <http://www.treccani.it/enciclopedia/antipsichiatria/>

in scena del proprio corpo sano. Sport, stili di vita sani, cura dell'apparenza fanno parte di questo periodo dell'individualizzazione. Solo recentemente, "l'altro corpo" – che porta segni visibili d'altra fisicità – è entrato nello spazio pubblico, ma sempre in versione estetizzante. Da queste tendenze deduco una mancanza di solidarietà con l'altro che causa costi ecc. e uno sguardo negativo su chi non ha il corpo (o la mente) perfetta.

3. Il fatto che la comunità scientifica tedesca confermasse la necessità di eliminare questi individui ha influenzato il comportamento di coloro che presero parte al progetto di eutanasia di massa, convincendoli che fosse un'azione necessaria per il bene della nazione. Secondo Lei l'influenza del mondo scientifico sull'opinione pubblico è ancora così importante? Perché?

L'influenza della scienza si è fortemente ridotta da quando è stata attaccata perché tecnocrate⁴² e dalla parte del potere (penso alla critica foucaultiana⁴³ del sapere o ancora alla critica della tecnocrazia di Habermas⁴⁴). Il sapere oggi crea, quando non intrattiene, scetticismo e si sono sviluppati modi non solo di produzione di sapere, ma anche d'analisi della società che si basano sull'idea che la conoscenza è diffusa. La co-produzione del sapere, per esempio, può prevedere la collaborazione di botanici per hobby con biologi professionisti nell'identificazione di nuove specie o nuovi modi di riproduzione. Anche nel campo medico, la posizione dell'esperto è messa in discussione quando si cerca su internet delle informazioni o si chiede un secondo avviso medico.

In altra parole: Da una fase storica dove il sapere e la tecnocrazia governavano anche sul bene e il male, siamo passati a una società della relativizzazione del sapere (con politici populistici che sfruttano d'altronde questa tendenza che la gente non crede più in niente e di poter raccontare quello che si vuole).

Sintesi e analisi:

Per comprendere meglio le risposte del Prof. Cattacin è necessario chiarire prima alcuni concetti che egli nomina ma che non ho trattato nel quadro teorico. Per fordismo si intende la politica industriale attuata da Henry Ford dal 1913 nella sua fabbrica di automobili. Egli basò la sua produzione sull'utilizzo della catena di montaggio, su strategie per incentivare la manodopera (es. orari ridotti e paghe più alte) e sulla rigorosa pianificazione delle fasi di produzione, il tutto

⁴² Tecnocrate: che si rifà agli ideali della tecnocrazia, governo che seleziona i propri membri in base alle competenze tecniche e sulle capacità di gestione, più che sulla rappresentazione politica. I tecnocrati focalizzano la loro attenzione sulla risoluzione dei problemi economici e tecnici tramite la tecnologia, e non sugli interessi dei diversi gruppi politici.

⁴³ Michel Foucault: filosofo francese del XX° secolo, i cui studi si focalizzarono sui rapporti tra potere e sapere.

⁴⁴ Jürgen Habermas è un filosofo tedesco che tratta soprattutto di morale e politica.

per accrescere l'attività produttiva. Il termine viene spesso usato con una connotazione negativa per indicare la precedenza che la produttività aveva su qualsiasi altro aspetto; il salario più elevato era un compenso dato al lavoratore per la sua sottomissione assoluta data sul posto di lavoro: egli doveva compiere solamente i gesti indicati e misurati appositamente.

Per individualismo si intende invece l'ideologia che pone al centro il valore morale dell'individuo e le sue esigenze personali, quali l'indipendenza e l'autonomia, opponendosi a ciò che le può ostacolare, come ad esempio la società o le diverse istituzioni.

Riguardo all'incontro tardivo dei partecipanti con il soggetto malato di mente (vedi risposta 1.), il Prof. Cattacin lo giustifica con il funzionalismo di quel tempo, causato dal fordismo, che *“prevedeva di rinchiudere in spazi appropriati (e che non disturbavano il sistema produttivo) chi aveva dei problemi psichici”*. È quindi soprattutto per motivi economici e politici, che l'individuo malato di mente venne allontanato dalla società.

Riguardo invece al fatto che l'80% dei partecipanti ritenga che i malati mentali non debbano avere figli, egli lo spiega con la diffusione dell'individualismo e del culto del proprio corpo, fenomeni tutt'ora attuali e ai quali non avevo pensato nell'interpretare quel dato. Avevo infatti supposto che fosse a causa della paura inconscia che il malato mentale non potesse essere all'altezza del ruolo di genitore, o che potesse trasmettere la sua patologia ai propri figli. Egli ha invece più considerato la tendenza della società contemporanea, che idealizza la bellezza estetica e intellettuale dell'individuo (un po' come nel celebre motto latino *mens sana in corpore sano*), ad avere uno sguardo non solidale verso il malato mentale a causa della sua “imperfezione”. Questa osservazione, della quale non metto in dubbio la veridicità, si distacca però leggermente dalla mia domanda, che riguardava più l'aspetto della riproduzione del malato mentale e non la visione che la società ha di lui. Sarebbe però pertinente qualora il Prof. Cattacin abbia sottinteso che a causa dell'imperfezione del malato mentale la società non lo ritenga atto a riprodursi, per paura che ne nascano altri individui imperfetti, il che confermerebbe la mia ipotesi di una paura infondata di trasmissibilità della psicopatologia.

Per quanto riguarda invece quello che è il valore del sapere trasmesso dalla comunità scientifica, anche il Professore conferma che esso sia diminuito a causa della diffusione della conoscenza, che il Dott. Mattia chiama *frammentazione della conoscenza*, e quindi della sua relativizzazione, causata soprattutto dall'avvento di internet come nuova fonte di informazioni.

Commento:

Le risposte del Prof. Cattacin mi hanno apportato nuove conoscenze, facendomi notare fattori economici e sociali di cui non avevo tenuto conto. Esse concordano solo in parte con le mie ipotesi: egli infatti ha avuto un'interpretazione dei dati del sondaggio leggermente diversa dalla mia, frutto, forse, della sua formazione come sociologo. Per quanto riguarda invece la comunità scientifica, pure lui conferma la mia ipotesi, in concordanza con la risposta del Dott. Mattia.

4.3.3 Confronto tra le due interviste

Mettendo a confronto le risposte dei due specialisti alle due domande che ho posto ad entrambi, ho notato che hanno interpretato in modo diverso la domanda riguardo al primo contatto dei partecipanti con la malattia mentale, mentre si sono invece trovati d'accordo riguardo all'autorevolezza della comunità scientifica. Il Dott. Mattia ha spiegato l'isolamento del malato mentale (che causerebbe l'incontro tardivo dei partecipanti con la malattia mentale) considerando più aspetti che toccano l'individuo in maniera diretta, come la stigmatizzazione e la paura della malattia mentale. Il Prof. Cattacin, al contrario, ha ritenuto come causa il fordismo, e quindi fattori economici e politici, determinati non dall'insieme della popolazione ma dalla classe dirigente. Ho trovato questa differenza tra gli approcci molto interessante e, a parer mio, direttamente ricollegabile alle professioni dei due esperti: lo psichiatra, infatti, abituato a lavorare con singoli individui, ha avuto lo stesso approccio verso la popolazione, considerandola come insieme di individui. Il sociologo, al contrario, abituato a considerare l'individuo inserito nella società, ha avuto un

approccio più generalizzante, che contrappone l'insieme della popolazione sana al malato di mente, e non il malato di mente ad ognuno di noi.

La mia interpretazione è comunque più vicina a quella del Dott. Mattia.

5. Conclusione

Per concludere il mio lavoro, ho ripreso brevemente in esame gli obiettivi principali che mi ero posta e gli interrogativi illustrati nel cap. 3, per poi determinare quali sono stati raggiunti.

Ho raggiunto il primo obiettivo, senz'altro il più importante, riuscendo a trovare un legame tra il percorso teorico e quello pratico. Ho identificato questo legame nella figura di mio nonno, come prova vivente di un potenziale resto di tratti ideologici particolari, che mi ha fatto pensare di intraprendere un percorso pratico attraverso un sondaggio che mi permettesse di rispondere agli interrogativi ai quali le sole conoscenze teoriche non mi permettevano di rispondere, e di dissolvere il dubbio più grande che avevo: **scoprire se davvero vi fossero ancora in Germania – nella generazione di mio nonno – idee implicite di natura nazista o eugenetica, o se semplicemente, come tutti gli altri anziani, la loro visione della malattia mentale fosse diversa da quella di noi giovani a causa di pregiudizi e altre paure.** Attraverso la parte pratica ho quindi scoperto che – come speravo – non esistono più tali idee, e che, probabilmente, gli anziani tedeschi non sono in nulla diversi dagli anziani svizzeri, italiani o spagnoli per quanto riguarda la loro concezione della malattia mentale, nonostante possano essere figli e nipoti di sostenitori del darwinismo sociale, dell'eugenetica e del nazismo.

Per quanto riguarda invece gli interrogativi sorti lungo il mio percorso, sono riuscita a trovare risposta per ognuno di loro, sia individualmente attraverso la teoria e il sondaggio, sia con l'aiuto esperto di due professionisti. Le mie ipotesi sono state confermate, il che mi porta a concludere che – non essendoci più traccia dell'ideologia eugenetica né nella popolazione né nelle correnti psichiatriche, ed essendo diminuita l'autorità della comunità scientifica – l'eliminazione dei malati mentali, così come la attuarono Hitler e il suo governo,

fu un avvenimento unico e (spero) irripetibile nella storia dell'umanità, che – per fortuna – non ha lasciato tracce nelle generazioni seguenti.

Per quanto riguarda il confronto tra le risposte dei giovani con quelle degli anziani, non posso concludere di aver confermato le mie ipotesi, e neppure smentirle, poiché non ritengo che i dati siano statisticamente significativi a causa dell'eccessiva differenza numerica tra i due campioni. Infatti, se il numero di giovani fosse stato equivalente a quello degli anziani, avrei forse ottenuto dei dati diversi.

6. Bilancio

Sono molto contenta di aver potuto svolgere il mio lavoro seguendo la scaletta che mi ero prefissata, riuscendo a toccare tutti gli argomenti che volevo toccare, ma sono anche dispiaciuta di non aver avuto più tempo e mezzi per svolgere una ricerca più complessa e produrre un testo più elaborato; mi sarebbe piaciuto raccogliere più dati con il sondaggio e svolgere un'analisi comparata dei risultati, per la quale sono necessari programmi specifici dei quali non dispongo, così come approfondire le tematiche trattate leggendo ad esempio i seguenti testi (che purtroppo ho scoperto solo al termine della stesura del mio lavoro):

- Alice Platen-Hallermund, *Die Tötung Geisteskranker in Deutschland*, Psychiatrie Verlag, Köln 2001
- Alexander Mitscherlich und Fred Mielke (Hrsg.), *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*; Neuauflage von *Wissenschaft ohne Menschlichkeit*, Fischer, Frankfurt 1960

Avrei voluto anche inserire nel mio lavoro l'analisi dei film di propaganda del periodo nazista citati nel cap. 2.2.3: *Ich klage an* (1941) e *Vittime del passato* (1936), o quella del film *Nebel im August* (2016) che racconta la storia di Ernst Lossa (citato al cap. 2.2.3) e di come vennero eliminati i bambini nelle cliniche psichiatriche e nei *centri specializzati*.

Purtroppo, per evitare di produrre un lavoro troppo lungo, ho dovuto rinunciare all'analisi dello sviluppo della psichiatria dal primo Novecento ad oggi, in cui avrei potuto, oltre che illustrare le diverse correnti nate dopo la psicanalisi,

delineare anche il quadro di leggi e trattamenti adottati nella tutela dei malati mentali in Germania, per fare il confronto tra presente e passato.

Per concludere quindi, sono soddisfatta del mio lavoro ma rimango un po' frustrata di non aver potuto appagare fino in fondo la mia curiosità riguardo al tema della malattia mentale inserita in un contesto sociale. Si tratta però di una frustrazione positiva, poiché mi porterà sicuramente ad approfondire l'argomento, chissà, forse in un prossimo lavoro...

7. Fonti

Bibliografia:

- Crepet Paolo, *Psicologia*, Mondadori Education, Milano 2015
- Cocciolo Laura, Sala Davide, *Atlante della psicoanalisi: esplorare l'inconscio*, Demetra, Firenze 1999
- Defanti Carlo Alberto, *Eugenetica: un tabù contemporaneo*, Codice Edizioni, Torino 2012
- Galimberti Umberto, *Dizionario di psicologia*, Garzanti, Milano 2006
- Paolini Marco, *Ausmerzen vite indegne di essere vissute*, Einaudi, Torino 2012

Sitografia (in ordine di apparizione nel testo):

- <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKEwib5YvYmJHQAhVFQBoKHTVDDfoQFgg7MAQ&url=http%3A%2F%2Fww2.unime.it%2Fpsichiatriascienzeformazione%2Fritardosissis.doc&usg=AFQjCNGYkSisz0bxNu5UZebcCBV4sCceKg&bvm=bv.137904068,d.d2s>
(ultimo accesso: 5 nov. 2016 alle 09:48)
- <http://www.treccani.it/enciclopedia/malattia-mentale/>
(ultimo accesso: 23 sett. 2016 alle 18:36)
- <https://it.wikipedia.org/wiki/Psiche>
(ultimo accesso: 23 sett. 2016 alle 18:42)
- http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=10&content_id=144&language_id=13
(ultimo accesso: 2 nov. 2016 alle 10 :33)
- https://it.wikipedia.org/wiki/Storia_della_psichiatria#Ottocento
(ultimo accesso: 13 sett. 2016 alle 19:33)
- https://it.wikipedia.org/wiki/Darwinismo_sociale
(ultimo accesso: 12 ago. 2016 alle 16:16)
- https://en.wikipedia.org/wiki/Eugenics_Record_Office
(ultimo accesso: 5 nov. 2016 alle 10:59)
- http://www.persee.fr/doc/geo_0003-4010_1934_num_43_244_10660
(ultimo accesso: 13 sett. 2016 alle 19:04)

- <http://restellistoria.altervista.org/pagine-di-storia/giorno-della-memoria/lo-sterminio-dei-disabili-nel-terzo-reich/>
(ultimo accesso: 5 nov. 2016 alle 11:45)
- <http://www.treccani.it/vocabolario/idrocefalo/>
(ultimo accesso: 27 dic. 2016 alle 13:25)
- <http://www.spiegel.de/einestages/euthanasie-programm-der-nazis-der-tod-von-ernst-lossa-14-a-1113550.html>
(ultimo accesso: 27 dic. 2016 alle 15:13)
- https://it.wikipedia.org/wiki/Monossido_di_carbonio
(ultimo accesso: 27 sett. 2016 alle 13:05)
- <http://www.treccani.it/vocabolario/generazione/>
(ultimo accesso: 31 ott. 2016 alle 12:51)
- <http://www.psychiatrie.de/psychiatriegeschichte/biopsychosozial/>
(ultimo accesso: 3 nov. 2016 alle 18:26)
- <http://www.treccani.it/enciclopedia/antipsichiatria/>
(ultimo accesso: 27 dic. 2016 alle 16:12)

Immagini:

- <http://albertinipierangela.altervista.org/la-politica-attinge-al-passato-ausmerzen-aktion-t4/>
(ultimo accesso: 27 dic. 2016 alle 15:15)
- <http://www.spiegel.de/fotostrecke/ns-opfer-ernst-lossa-der-mord-an-einem-14-jaehrigen-fotostrecke-141262-5.html>
(ultimo accesso: 27 dic. 2016 alle 15:27)

8. Ringraziamenti

Alcune persone hanno avuto un ruolo importante, se non fondamentale, nella creazione e nella stesura del mio lavoro, e vorrei quindi ringraziarle per il loro appoggio e contributo.

Ringrazio innanzitutto mio nonno, che mi ha ispirata nella scelta del tema del mio LAM e mi ha aiutata nella raccolta di sondaggi.

Ringrazio di cuore Katarina Klobučar e la sua famiglia, che mi sono stati di grande aiuto nella distribuzione e nella raccolta dei questionari in Germania. Senza di loro non sarei mai riuscita a disporre di un tale numero di dati per il sondaggio.

Ringrazio le mie “compagne di LAM”, per i lunghi scambi di messaggi per chiarire i vari dubbi di ognuna.

Ringrazio il mitico Luca, per le illuminazioni riguardo all’uso del programma Word.

Ringrazio i miei genitori, per le riletture e i consigli all’ultimo momento.

Ringrazio la mia insegnante di materia, M. Fettolini, per avermi lasciata scegliere un percorso al limite del *fuori tema*, incentrato molto non solo sulla malattia mentale ma anche sulla storia e sulla sociologia.

Ringrazio anche la mia insegnante di tedesco, L. Leporati, e la Direzione del Liceo di Mendrisio, che senza saperlo mi hanno permesso di sviluppare il mio lavoro sulla Germania proponendomi un soggiorno con il PAD Programm.

Infine, ringrazio ciascuno dei partecipanti al mio sondaggio, così come il Dottor Mattia e il Professor Cattacin, per la loro disponibilità, gentilezza e competenza.

Con le presenti parole certifico che i contenuti del mio lavoro non sono stati plagiati.

Allegati

Certificato di morte del paziente Ernst Lossa⁴⁵:

Leichenschauschein		Anteile I
Register Nr.: 229	Monat: August	Jahr: 1944
Sterbeort: Jrsee	Kreispolizeibehörde: Kaufbeuren	
Strasse: Anstalt	Gm.-Nr.:	
Pfarrei: Jrsee	Standesamtsbezirk: Jrsee	
Wohnort: Jrsee	Kreispolizeibehörde: Kaufbeuren	
Strasse: Anstalt	Gm.-Nr.:	
Familienname: Lossa	Vorname: Ernst	
Stand oder Beruf: ohne		
Alter: 14 Jahre 10 Monate	Familienstand: ledig, verheiratet, getrennt, geschieden, verwitwet ====	
bei neugeborenen Kindern:	Bei Kindern unter 15 Jahren ist anzugeben, ob ehelich oder unehelich.	
Tage	Stunden	
Religion: kath.		
Tag und Stunde des Todes: 9.8.	19 44 16 Uhr Min.	
Dauer der Krankheit: seit Beginn der Schulzeit		
Name der Krankheit (Grundfeldern): Asocialer Psychopath		
Begleitkrankheiten:		
Nachkrankheiten:		
Todesursache*) Bronchopneumonie (107)		
Nach weissen Angabe: Dr. Gärtner	(Name, wenn möglich Unterzeichner des behandelnden Arztes oder Name der Behörde)	
Bei Selbstmord:		
Art des Selbstmordes:		
Wahrscheinliche Ursache:		
Bei tödlicher Verunglückung:		
Ursache der Verunglückung:	(z. B. Verkehr, Sturz, Maschinenverletzung, Überfahren durch Kraftwagen, Sturz vom Fährweg, Sturz ins., elektrischer Strom usw.)	
Berufs- oder Betriebsunfall?		
Tod Stunde der Leichenschau: 10.8.	1944 8 Uhr Min.	
Zulässige Beerdigungszeit: ab 12.8.1944		
Bemerkungen:		
gez. Dr. Gärtner (Unterschrift des Leichenschaumers)		
*) Dieser „Gemeinlichen“ ist das dem Todesfall zugrundeliegende Krankheitsbild zu verstehen (z. B. Gehirnverletzung, Lungen-herkrankung, Typhus, Scharlach, Cholera, Sepsis, Leukämie, Leukämie, usw.) beginnt unter „Todesursache“ das den Tod letztlich herbeiführende Ereignis (z. B. Schlaganfall, Lungenblutung, Herzschwäche, Lungenembolie usw.). Hierher gehören auch Begleit- und Nachkrankheiten. Das erkrankte Organ ist nach Möglichkeit zu benennen (z. B. Krebs des Magens, Niere, Alterung des Herzes). Bei Herz und Lungen ist anzugeben, ob durch Brustwaffen (schussende und schneidende Werkzeuge oder sonstige Mittel).		
München Nr. 120. Verlag J. Neubauer, München, Tal 11		
244		

⁴⁵ Immagine disponibile su: <http://www.spiegel.de/fotostrecke/ns-opfer-ernst-lossa-der-mord-an-einem-14-jaehrigen-fotostrecke-141262-5.html>

Versione del questionario in lingua tedesca:

Alter:

Ort der Geburt:

Ort, in dem ich gewachsen bin:

Geschlecht:

Bitte wählen Sie (mit einer X) **JA**, wenn Sie mit der Betrachtung einverstanden sind oder **NEIN**, wenn Sie über die Betrachtung uneinig sind.

	JA	NEIN
1. Es gibt einen Unterschied zwischen den Begriffen " Geisteskrankheit" und "Geistige Behinderung".		
2. Ich bin in der Lage, die Begriffe " Geisteskrankheit" und " Geistige Behinderung" zu definieren.		
3. (wenn ja) bitte mit dem X zeigen, ob diese Definition von <u>Geisteskrankheit</u> korrekt ist: <i>Minderung oder Herabsetzung der maximal erreichbaren Intelligenz.</i>		
4. Die Geisteskranken sind unheilbar.		
5. Die Geisteskrankheit ist übertragbar.		
6. Man wird schon von Geburt an geisteskrank sein.		
7. Ich habe schon einen Geisteskranken kennengelernt.		
8. Ich habe Mitleid mit Geisteskranken.		
9. Geisteskranke jagen mir Angst oder Misstrauen ein.		
10. Geisteskranke sind immer gefährlich.		
11. Ich habe schon einen Geisteskranken in einem öffentlichen Ort gesehen.		
12. (wenn ja) Das hat mich gestört/erschrocken.		
13. Erstmals habe ich einen Geisteskranken oder eine Person mit geistiger Behinderung gesehen, als ich war. (Bitte wählen Sie nur eine Kategorie aus):		
ein Kind		
ein Jugendlicher		
ein/e Erwachsener/e		
ein/e Rentner/in		
14. Man muss nur die schwer Geisteskranken ins Krankenhaus einliefern.		
15. Jeder Geisteskranke ist gefährlich für andere Leute, daher muss man alle Geisteskranken ins Krankenhaus einliefern.		
16. Die Ursache der Geisteskrankheit ist nur eine Anomalie des Gehirns.		
17. Die Ursache der Geisteskrankheit ist nur eine genetische Anomalie.		
18. Jeder Geisteskranke hat dieselben Rechte wie ich.		
19. Ich betrachte Geisteskranke als normale Leute.		
20. Jede Gesellschaft soll sich um die Geisteskranken kümmern.		
21. Jeder Geisteskranke ist eine Belastung für die Gesellschaft.		
22. Es stimmt, dass eigene Infrastrukturen für die Geisteskranken existieren (z.B. psychiatrische Kliniken).		
23. Geisteskranke sollten nur in psychiatrischen Kliniken leben.		
24. Geisteskranke sollten nicht heiraten.		
25. Geisteskranke sollten keinen Nachwuchs haben.		

26. Psychiatrische Kliniken wollen den Geisteskranken helfen.		
27. Psychiatrische Kliniken wollen Geistesranke von der Gesellschaft entfernen.		
28. Über Geisteskrankheit unterhalte ich mich nie.		
29. Phobien sind Geisteskrankheiten.		
30. Die Depression ist eine Geisteskrankheit.		
31. Die Taubheit ist eine Geisteskrankheit.		

Eventuelle Bemerkungen:

Intervista completa al Dott. Mattia:

- 1. La psichiatria ha subito una notevole evoluzione nel corso degli ultimi due secoli;**
 - a. Secondo Lei esistono ancora differenze notevoli tra le diverse correnti? Vi sono dei Paesi in cui prevalgono nettamente una o più correnti sulle altre?**
 - b. Secondo Lei esistono ancora correnti di pensiero che conservano tratti dell'eugenetica?**

(a.) Si ci sono diverse correnti. Oggi una corrente che sta prendendo molto piede è quella della psichiatria biologica, quindi quella di associare le malattie mentali con delle problematiche anche a livello di marcatori cerebrali, quindi con delle alterazioni genetiche, e con anche delle modifiche a livello delle strutture cerebrali. La psichiatria biologica è molto presente a livello americano, sta arrivando a livello europeo anche in Italia, sta prendendo piede anche in Svizzera in alcuni Cantoni, non dappertutto. Quindi questa è una corrente. A livello di quello che sono invece i trattamenti che vengono fatti è evidente che se noi ci rifacciamo alla psichiatria biologica il trattamento di elezione diventa la farmacoterapia⁴⁶. Un po' come nella medicina somatica: c'è un sintomo, c'è una diagnosi e c'è un farmaco. Se poi invece parliamo di altre correnti a livello di trattamenti corrispondono più che altro a quello che sono i principi della terapia cognitivo-comportamentale, ovvero sia che c'è un sintomo e [lo si tratta] attraverso un intervento sia di ristrutturazione cognitiva, quindi lavorando sul pensiero della persona, sia comportamentale, quindi lavorando sulla capacità che la persona possa essere esposta [a un determinato stimolo]. Faccio un esempio: una persona ha un'ansia di andare nell'ascensore, a livello cognitivo succede che lui pensa che se lui va nell'ascensore l'ascensore si potrà bloccare, quindi non ci va. A livello della terapia quindi si interviene cercando di modificare questo pensiero facendogli capire che è un pensiero distorto, errato. Secondo

⁴⁶ Farmacoterapia: terapia che fa uso di farmaci per modificare l'attività biologica a scopo curativo. In psichiatria si fa uso di farmaci che influenzano l'attività psichica: gli psicofarmaci.

elemento: a livello comportamentale si va direttamente nell'ascensore con la persona, facendo quindi un'esposizione dal vivo. Questa è la terapia cognitivo-comportamentale, che oggi è quella che è più significativa per tutti i disturbi d'ansia e [i disturbi] da disadattamento. Poi ci sono le altre correnti che sono [ad esempio] quella psicoanalitica classica, che è quella che sta perdendo molto piede: è ancora presente in alcune nicchie a livello svizzero, inglese, francese e americano ma veramente molto ridotte rispetto alla forza che aveva fino a 30-40 anni fa, anche perché sono cambiati i disturbi; non c'è più il tempo per poter fare anni di analisi⁴⁷, oggi le persone hanno bisogno di risposte veloci e immediate.

E poi c'è la terapia sistemica familiare che viene utilizzata un po' in tutto il mondo in modo generale. Per cui ci sono diverse correnti e quella che va per la maggiore è sicuramente quella della spiegazione biologica delle malattie mentali, meno [diffusa] invece quella analitica legata ai rapporti madre-figlio. Per esempio la madre molto dura che creava un'induzione della malattia nel figlio del tipo la madre per le anoressiche piuttosto che la mamma dello schizofrenico. Ecco questo tipo di associazione sta perdendo il suo valore.

Quindi non possiamo dire che esista una netta differenza a livello nazionale tra un paese e l'altro.

No, diciamo che sicuramente a livello degli Stati Uniti d'America la corrente biologica è quella che sta prevalendo rispetto alle altre. A livello europeo in realtà anche le altre correnti continuano ad avere un valore ma abbiamo più quella biologica e quella cognitivo-comportamentale. Sono queste due che vanno per la maggiore.

(b.) Nella psichiatria ufficiale no, non esiste più [l'eugenetica]. È stato un grosso errore che fu fatto in quel periodo storico ma d'altronde [in Germania] c'era la dittatura, per cui anche i medici e gli psichiatri erano delle persone che avevano paura per loro stessi, per cui anche la maggior parte di loro era stata assoggettata dal potere, a parte coloro che erano riusciti a fuggire e andare in America o in Paesi dove non erano stati toccati dalla guerra. Oggi non c'è più l'eugenetica, anzi, nella psichiatria ufficiale e anche nella psicologia ufficiale si lotta contro eventuali tendenze di questo tipo così come nella società si lotta contro l'ideologia nazista. È stata assolutamente fortemente criticata da tutta la comunità scientifica.

2. Il fatto che la comunità scientifica tedesca confermasse la necessità di eliminare questi individui ha influenzato il comportamento di coloro che presero parte al progetto di eutanasia di massa, convincendoli che fosse un'azione necessaria per il bene della nazione. Secondo Lei l'influenza del mondo scientifico sull'opinione pubblico è ancora così importante? Perché?

⁴⁷ La psicanalisi è una terapia che solitamente non dura meno di 6-7 anni.

[Riferito all'influenza della comunità scientifica tedesca in quel periodo]

Assolutamente, si era proprio creato un sistema, e quando si crea un sistema vengono condizionati tutti coloro che si trovano all'interno di questa catena del sistema, dal medico agli infermieri, agli aiutanti, tutti. Il sistema di fatto è molto più potente del singolo individuo.

[Riferito all'attualità]

È molto difficile perché oggi abbiamo un eccesso di informazioni per cui si crea una disinformazione; la presenza del web è una presenza importantissima che può aiutare ma che può anche confondere in un modo incredibile perché non poche persone si riferiscono al web per poter parlare con il medico piuttosto che con gli specialisti e per poter pensare di poter portare delle conoscenze ulteriori. Quindi il web fa pensare alle persone di poter accedere facilmente a delle conoscenze complicate e questo porta quindi a ridurre quello che è la fiducia nel mondo scientifico. Oggi uno dei grossi problemi è che c'è una riduzione della fiducia nel mondo scientifico perché la presenza di un facile accesso a delle conoscenze spesso superficiali, perché pochi vanno nei siti scientifici veri e propri, porta a questa frammentazione della conoscenza, che porta a una facilità della critica e quindi anche del confronto con lo specialista. Per cui in realtà il mondo scientifico tenta di mantenere un suo valore e una sua diffusione all'interno della comunicazione con il mondo non scientifico e quindi con la popolazione, ma con grosse difficoltà. È vero anche che il mondo scientifico delle volte sbaglia perché utilizza una comunicazione che spesso la persona non riesce a comprendere, quindi anche il mondo scientifico deve riflettere su come comunica.

3. Circa il 90% dei partecipanti al mio sondaggio hanno risposto di aver visto per la prima volta una persona affetta da malattia mentale o ritardo mentale durante l'adolescenza (48%) o nell'età adulta (41%). Cosa ne pensa? (l'84% dei partecipanti era di età superiore ai 50 anni)

Non è sorprendente il risultato del sondaggio che hai avuto perché uno dei grossi problemi non è tanto il fatto di essere a contatto con il malato mentale quanto avere la conoscenza e la consapevolezza della malattia mentale perché se noi non abbiamo la consapevolezza e la conoscenza in realtà non riconosciamo neanche la malattia mentale. Un altro elemento è la stigmatizzazione⁴⁸ molto forte che c'è sempre stata nella società nei confronti della malattia mentale, che è sempre stata vista come una malattia di per sé pericolosa per la società stessa, il che ha portato spesso ad evitare e ad escludere la malattia mentale dalla società. In effetti, in passato c'erano proprio gli ospedali psichiatrici che venivano definiti degli asili: quindi posti dove le persone andavano e non uscivano più. Ecco ci sono questi elementi da considerare... e forse un altro elemento è che oggi per poter effettivamente valutare la conoscenza reale del disagio psichico non dovremmo porre la domanda [utilizzando il termine] malattia mentale ma sofferenza psichica,

⁴⁸ Stigmatizzare: biasimare o etichettare un oggetto o individuo con una connotazione negativa.

perché la malattia mentale viene associata con la malattia degli ospedali psichiatrici, mentre con [il termine] sofferenza psichica entriamo in contatto con la realtà d'oggi: la presenza di molti disturbi d'ansia, molti disturbi depressivi, burn-out, disturbi da disadattamento per licenziamento piuttosto che per fratture relazionali, crisi di panico, ecc... Entriamo in una dinamica che oggi conosciamo molto meglio e di cui abbiamo meno timore e meno ansia.

Se non utilizziamo una terminologia adeguata il nostro sondaggio non ci dà risposte adeguate. Per poter avere una buona risposta dobbiamo fare un'eccellente domanda. (ride)

4. Dal mio sondaggio è emerso che un malato mentale incute paura o diffidenza al 21% dei partecipanti, e che il 35% è stato infastidito o spaventato quando si è trovato in presenza di un malato di mente in un luogo pubblico. Cosa ne pensa?

È vero che questo, rispetto a quello che è la percezione della società, è un pochino differente, nel senso che nella società specialmente di oggi abbiamo meno timore della malattia mentale perché la conosciamo in un modo differente. Anche la cinematografia ce la fa vedere in un modo diverso; ci fa vedere il malato mentale che può essere curato. Quindi il fatto che ci sia questo 21% [che prova paura o diffidenza nei confronti del malato mentale] è legato molto ancora alla presenza dei pregiudizi forti di una visione della malattia mentale non corrispondente a quello che è la realtà della cura d'oggi, perché oggi la possiamo curare molto bene. Tant'è vero che le statistiche dicono che i malati mentali hanno un rischio inferiore di poter creare dei delitti o comunque di fare degli atti contro le altre persone rispetto alla popolazione generale. Quello che è il pregiudizio che il malato mentale è pericoloso in realtà è un artefatto, non è una realtà ecco.

Il fatto che ci sia poi una parte che si senta infastidita sì questo è vero che è piuttosto delicato confrontarsi con qualcuno che abbia una malattia mentale come noi la identifichiamo quando parliamo di malattia mentale. Parliamo infatti delle gravi schizofrenie, delle gravi dipendenze, dei gravi disturbi della personalità, ecc. ... E quindi in questo caso è indubbiamente più difficile riuscire a gestire il confronto con qualcuno che presenta alcuno di questi disturbi nei locali pubblici o comunque in giro per strada. Non è sorprendente, assolutamente, ed è qualcosa che possiamo anche ritrovare nella vita reale oltre che nel sondaggio.

Infatti la mia ipotesi è stata che probabilmente anche la popolazione del Ticino o in generale dei paesi europei avrebbe comunque risposto nello stesso modo.

Si c'è una percezione comunque ancora di disagio del malato mentale così come l'abbiamo definito. È importante proprio definire il malato mentale nella sua accezione completa, quindi non i disturbi che oggi sono molto più presenti che appartengono a disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi da disadattamento, burn-out (come dicevamo), ecc. ... È proprio invece la malattia mentale delle grosse patologie psichiatriche quella di cui stai parlando adesso nel tuo sondaggio, così come è posta la domanda.