

Elèuthera promuove la libera circolazione della conoscenza

Ti invitiamo a sostenerci acquistando anche copia cartacea di questo o di altri libri Elèuthera – <http://www.eleuthera.it>

Questo testo è distribuito sotto licenza Creative Commons 2.5 (Attribuzione, Non Commerciale, Condividi allo stesso modo), una licenza di tipo **copyleft** che abbiamo scelto per consentirne la libera diffusione. Ne riportiamo il testo in linguaggio accessibile. Si può trovare una copia del testo legale della licenza all'indirizzo web <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/it/legalcode> o richiederlo a eleuthera@eleuthera.it



Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo 2.5

Tu sei libero:

- di riprodurre, distribuire, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, rappresentare, eseguire e recitare quest'opera
 - di modificare quest'opera

Alle seguenti condizioni:



Attribuzione. Devi riconoscere il contributo dell'autore originario nei modi indicati dall'autore o da chi ti ha dato l'opera in licenza.



Non commerciale. Non puoi usare quest'opera per fini commerciali.



Condividi allo stesso modo. Se alteri o trasformi quest'opera, o se la usi per crearne un'altra, puoi distribuire l'opera risultante solo con una licenza identica a questa.

- Ogni volta che usi o distribuisi quest'opera, devi farlo secondo i termini di questa licenza, che va comunicata con chiarezza.
- In ogni caso, puoi concordare col titolare dei diritti d'autore utilizzi di quest'opera non consentiti da questa licenza.

Le utilizzazioni consentite dalla legge sul diritto d'autore e gli altri diritti non sono in alcun modo limitati da quanto sopra.

Giorgio Antonucci.

IL PREGIUDIZIO PSICHIATRICO.

Copyright 1989 Giorgio Antonucci ed Eleuthera.

Nota editoriale.

Giorgio Antonucci, ha studiato medicina nelle università di Firenze e di Siena. Dopo la laurea e l'abilitazione ha lavorato come internista in alcuni quartieri della periferia di Firenze. Nel 1968, a Cividale del Friuli, ha fatto parte del primo reparto di ospedale civile concepito come padiglione aperto in alternativa agli internamenti in manicomio. Nel 1969 ha lavorato come medico di sezione nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia diretto da Basaglia. Dal 1970 al 1972 ha diretto il Centro di Igiene Mentale di Castelnuovo ne' Monti (Reggio Emilia), mobilitando la popolazione contro il manicomio. Dal 1973 in poi si è dedicato allo smantellamento di reparti manicomiali di lungodegenti negli Istituti di Imola, dove tuttora lavora.

INDICE

Prefazione (Thomas Szasz): pagina

Introduzione (G. Gozzini): pagina

1. La psichiatria non una scienza: pagina

2. A Cividale e Gorizia: pagina

Polizia e Carabinieri all'assalto: pagina

La "scienza" del mal di madre/: pagina

3. Reggio Emilia: le calate/: pagina

4. Imola: il reparto 14: pagina
 5. La liberazione di Teresa B.: pagina
 6. Cartelle cliniche: pagina
 - Italo R.: pagina
 - Luciano C.: pagina
 - Vittoria M.: pagina
 - Bianca B.: pagina
 - Teresa B.: pagina
 7. Valerio V.: l'ultimo degli slegati: pagina
 8. Interdizione: la morte civile: pagina
 9. Ideologia e strumenti del trattamento psichiatrico: pagina
 - L'intervento autoritario: pagina
 - La camicia di forza dentro la siringa: pagina
 - ESK e insulina: pagina
 - La camicia di forza in pillole: pagina
 - La castrazione come terapia: pagina
 10. Giudizio psichiatrico come segregazione: pagina
 11. L'origine dei manicomi: pagina
 12. L'uso della psichiatria nelle persecuzioni: pagina
 13. Il caso Sabattini: pagina
 14. Il conformismo e la diversità: pagina
- Appendici: pagina

Riferimenti bibliografici: pagina

"Questo libro è dedicato a Noris".

RINGRAZIAMENTI.

Piero Colacicchi l'ho conosciuto all' inizio del mio lavoro, a Firenze, quando avevo cominciato a evitare gli internamenti psichiatrici, perché una sua amica di famiglia, che mi era stata presentata da Roberto Assagioli, il fondatore della Psicosintesi, dopo avermi incontrato aveva definitivamente smesso di essere ricoverata. Colacicchi mi sempre stato vicino coinvolgendo nella mia attività persone di varia cultura da Carlo Levi a Thomas Szasz, col quale spesso si incontrato anche negli Stati Uniti. Noris Orlandi Luzzi, mia moglie, mi stata attivamente di aiuto in tutte le scelte più difficili - compresa la decisione di accettare il lavoro a Gorizia, per la prima volta in un istituto psichiatrico - e mi ha dato molti consigli nella stesura del testo. Alessio Coppola ha contribuito con intelligenza e passione alla stesura di alcuni capitoli. A Isa Ciani e Giuliano Campioni, filosofi, devo l'approfondimento di alcune questioni di carattere teorico. Paola Cecchi, che fu la prima a invitarmi a mettere per iscritto le mie esperienze, ha curato la scelta e la trascrizione delle cartelle cliniche. Giulia Zani, lavorando alla sua tesi di psicologia, ha raccolto e ricostruito la storia di Valerio. Un ringraziamento particolare va a Edoarda Masi che ha discusso e riveduto il manoscritto.

PREFAZIONE di Thomas Szasz.

Giorgio Antonucci non parla inglese e io non parlo italiano. Nonostante ci, quando ci siamo incontrati, era come se parlassimo la stessa lingua. E infatti parlavamo in un linguaggio pi profondo, diverso in ogni caso da quello che comunemente si intende con la parola .linguaggio/. Il nostro non era puramente il linguaggio della reciproca comprensione. Era il linguaggio del rispetto per un gruppo di persone che oggi, in tutto il mondo, vengono trattate in tutti i modi fuorch con rispetto. Mi riferisco naturalmente alle persone chiamate o classificate come pazienti psichiatrici, che possono essere brutalmente torturate o assurdamente coccolate, private dei pi elementari bisogni e diritti umani o fornite gratuitamente di pi beni, servizi e scuse di quanti non ne vengano concessi alle persone ordinarie. Ma qualsiasi cosa i pazienti psichiatrici possano ottenere, c' qualcosa che non avranno mai: il rispetto d'essere considerati semplicemente come esseri umani. Niente di meno e niente di pi.

Giorgio Antonucci ed io siamo stati per molto tempo a conoscenza del lavoro reciproco. Ma non ci siamo incontrati fino a quando Antonucci non mi invit a pranzo nella sua casa di Firenze, mentre stavo visitando l'Italia nell'estate del 1985. Un caro amico comune, Piero Colacicchi, artista e docente nel programma dell'Universit di Syracuse a Firenze, era con noi e ci aiut a comunicare. Ma era pi un catalizzatore che un traduttore, per lo meno quando la nostra conversazione tocc i problemi cosiddetti psichiatrici. Su questo argomento eravamo in un accordo cos armonioso che la traduzione non era pi necessaria. Noi crediamo, a differenza della maggior parte dei nostri colleghi - e di molti profani - che i cosiddetti pazienti psichiatrici sono, come noi, delle persone sotto ogni aspetto. Possono, come ognuno di noi, essere giudicati eccentrici, preoccupati, fastidiosi, onesti o disonesti. E in molti altri modi che fanno parte della condizione umana. Non c' nessuna misteriosa .malattia mentale/ che faccia diventare il cosiddetto paziente misteriosamente qualcosa meno di un uomo, bisognoso dell'intervento suppostamente umano dello psichiatra per restituirgli l'umanit. Al contrario .ci/ qualcosa contro cui chi chiamato paziente (e con lui altri del suo ambiente sociale) deve strenuamente lottare. Quanto egli riesca ad

opporsi con successo, dipende in parte da lui e in parte da noi, da come lo incoraggiamo o scoraggiamo, gli permettiamo o gli impediamo di agire.

La psichiatria italiana arricchita in modo incommensurabile da Giorgio Antonucci. Si pu ritenere un buon psichiatra (qualunque sia il significato del termine): ed vero. O si pu ritenere un buon antipsichiatra (qualunque sia il significato del termine): ed altrettanto vero. Io preferisco ritenere una persona come si deve che pone il rispetto per il cosiddetto malato mentale al di sopra del rispetto per la professione. Per questo gli mando un saluto.

Syracuse, (N.Y.)

ottobre 1989.

INTRODUZIONE di Giuseppe Gozzini.

Questo libro parla di un argomento che non interessa a nessuno. E non perch l'argomento non sia interessante, ma perch tutti preferiamo ignorarlo. Niente ci pi estraneo della cosiddetta .malattia mentale/. E quando ci sfiora da vicino, quando un parente o un amico si trovano in difficult esistenziali, proviamo smarrimento, piet e talvolta paura ma sappiamo come ristabilire le distanze. Attraverso la psichiatria. Della quale tutti possono cadere vittime. Purch noi si possa vivere senza rimorso sui binari della normalit. La segregazione psichiatrica sta al di l di un muro alto come la nostra indifferenza. Nel 1963 la casa editrice Bompiani mi affid la revisione della traduzione di un libro intitolato "Qualcuno vol sul nido del cuculo". Leggendolo ne rimasi sconvolto. Ma lo dimenticai subito, come un incubo. Del resto il libro non usc , fece il giro delle case editrici e fu pubblicato una quindicina di anni dopo dalla Rizzoli per sfruttare il successo dell'omonimo coraggiosissimo film, l'unico che Antonucci sottoscriverebbe

interamente.

La tesi centrale di questo libro che la malattia mentale non è una malattia e la psichiatria non è una scienza. Ritengo - scrive Antonucci - che a ben poco serve attaccare l'istituto del manicomio se non si porta un attacco radicale allo stesso giudizio psichiatrico che ne è alla base, mostrandone l'insussistenza scientifica. Finché non sarà abolito il giudizio psichiatrico, la realtà della segregazione continuerà a fiorire dentro e fuori le pareti del manicomio/.

È un'affermazione dura, perentoria o addirittura incredibile.

È non solo una bella teoria ma il frutto della ventennale esperienza di Antonucci a diretto contatto con uomini e donne, in un modo o nell'altro segregati nell'universo manicomiale.

Ha lavorato a Gorizia con Basaglia e Pirella, a Reggio Emilia con Jervis e - dal 1973 - a Imola dove, ad uno ad uno, ha liberato/ tutti i pazienti, non più percosse, camicie di forza, celle chiuse con spioncino, letti di contenzione, elettroshock. Non più segregazione e normalizzazione repressiva/. I risultati sono sotto gli occhi di chi vuol vedere. Antonucci fonda la negazione della psichiatria su 250 certezze, tante quanti sono i suoi attuali pazienti di Imola liberati/.

Ma c'è anche una prova documentale/, di valore oggettivo, che smaschera la psichiatria come scienza: sono le cartelle cliniche di persone che attualmente vivono nei reparti aperti/ di Antonucci, esempi concreti di diagnosi e cura della cosiddetta malattia mentale, crimini autorizzati commessi su persone indifese. Esecutore lo psichiatra. Ma noi, cosiddetti normali, siamo i mandanti. La lettura di queste pagine che rappresentano, a mio avviso, il clou del libro, è così straziante da risultare intollerabile. Qui non si parla di malattie del cervello di pertinenza della neurologia. La cura di queste malattie, che hanno una spiegazione fisiologica, comincia proprio quando, superato il pregiudizio della malattia mentale, finisce la psichiatria. Qui, in queste cartelle cliniche, le diagnosi sono fasulle o affrettate, le cure immotivate e crudeli e celano storie di povera gente fatte di emarginazione e di sfruttamento sociale e culturale, di drammi familiari e affettivi. Non un caso che in apertura della maggior parte delle cartelle cliniche leggiamo: condizione sociale povera; cultura analfabeta; professione bracciante... disoccupato... casalinga. Gli emarginati in manicomio sono vittime proletarie della

discriminazione e della violenza della societ, sono .detenuti innocenti/ in attesa di liberazione.

Il fiume di parole e di immagini, che hanno accompagnato la celebrazione del decennale della legge 180, diventano - di fronte a queste cartelle cliniche - chiacchiere da salotto, difese di bottega, ipocrisie intellettuali. Nessuno - al di fuori di Antonucci (e del suo collega americano Szasz) - ha finora intravisto la necessit di passare dall'.istituzione negata/ alla negazione della psichiatria. La legge 180 del 1978 prevedeva, almeno formalmente, il superamento del manicomio ma, a distanza di 10 anni, ce ne sono ancora 60 in pieno funzionamento con oltre 40 mila internati, mentre cultura e costume sono rimasti favorevoli alla segregazione. E cos il potere medico-psichiatrico continua immutato in quello che rimane dei manicomi (che ancora troppo), nelle case di cura, nel territorio, nei Centri di igiene mentale (CIM) e negli ospedali civili. Per Antonucci l'unica alternativa alla psichiatria la soppressione della psichiatria. Solo questa convinzione, estesa nel tessuto sociale, pu ispirare reali riforme. Le forme di segregazione, e in particolare i manicomi, stanno alla psichiatria come nella conchiglia il guscio sta all'animale. Se elimini l'animale, il guscio inaridisce e muore. Per quanto possa sembrare paradossale, se non esistesse la psichiatria, non esisterebbe la cosiddetta malattia mentale.

Per chi aveva ancora dubbi sulla necessit e legittimit della cura psichiatrica, ecco qualcuno che riuscito addirittura a ridicolizzare la capacit diagnostica della psichiatria.

L'esperimento di Rosenham, riportato da Antonucci, un'autentica beffa. Lo scienziato americano, per dimostrare l'impossibilit di distinguere la salute dalla malattia mentale, ha condotto una .ricerca sul campo/, introducendo alcuni pseudopazienti in dodici ospedali di vario genere: malgrado il loro comportamento assolutamente normale, essi furono etichettati come schizofrenici, un appellativo che si conferma vuoto e privo di significato ma che autorizza una sottomissione forzata a programmi metodici di distruzione psicologica.

.Io, quando sono medico di guardia - scriveva Antonucci nell'83 - faccio decadere tutti i trattamenti sanitari obbligatori. Attribuisco a questo un valore fondamentale: in tal modo esco da qualsiasi tipo di psichiatria, perch essa (vecchia e nuova) basata sul controllo della volont altrui, sull'intervento violento nella vita degli altri. Vengo perci

attaccato da psichiatri, amministratori, partiti, pretori; forze che non sospettano neppure che il paziente debba prendere decisioni da s. Mi muovo nella prospettiva di una societ libera dove siano risolti i bisogni della casa, del lavoro, dove ciascuno abbia diritto ad un ambiente non di rifiuto ma di collaborazione con la propria volont, di partecipazione con la propria individualit originale, con la propria storia. Questo da sottolineare: sono ostile ad una visione liberistica che sanziona la vittoria del pi forte socialmente. Cancellando la psichiatria si cerca di difendere i pi deboli. Il liberismo per chi ha pi potere (economico, culturale, eccetera) Si tratta di lottare con chi non ha potere, per quelli che, non solo attraverso la psichiatria, vengono o sottomessi o demoliti/.

La verit di Antonucci e tutto il suo pensiero sono basati sull'osservazione della realt. Senza barare. Non un visionario o un ingenuo: sa che la posta in gioco, per superare l'oppressione psichiatrica, una societ che abbia come fondamento la rinuncia a unificare pensieri e comportamenti degli individui per ridurli a modelli precostituiti, la rinuncia a regolare la vita sociale tracciando non solo i confini (legittimi e necessari) tra permesso e vietato ma i confini tra normale e patologico, sano di mente e pazzo.

Antonucci si schiera con gli anelli deboli e spezzati della catena sociale, sta dalla parte di chi nella vita quotidiana, nel lavoro, negli affetti, nelle aspirazioni, non adattandosi a questi modelli, diventa un .caso clinico/ e finisce condannato dal pregiudizio psichiatrico, finisce o sottomesso o demolito. A meno che non incontri un Antonucci che compia il .miracolo/ della liberazione.

Sono stato a trovarlo a Imola un giorno in cui il manicomio era stato aperto alla cittadinanza per una .festa di protesta/ contro l'interdizione di massa dei pazienti avviata dalla magistratura. Se ne parla diffusamente nel libro. Quel giorno c'era un enorme striscione sull'entrata con la scritta: .Libert per tutti/. Peccato che lo striscione fosse legato alle sbarre di reparti ancora chiusi. A Imola i reparti aperti di Antonucci sono come giardini in un lager, sono la pietra dello scandalo (1).

Mite e granitico, dolce e intransigente Antonucci ha condotto finora la sua battaglia da solo. Solo sul lavoro, dove i risultati della sua azione sono ignorati o manipolati e sfruttati per fini politici. Solo di fronte al potere di

giudici, poliziotti, funzionari sanitari e politici, dai quali deve difendersi e che in 20 anni di lavoro gli hanno creato sicuramente pi problemi dei pazienti. Solo di fronte a una cultura che autorizza la psichiatria come un universo separato dove lecita la violenza dell'uomo sull'uomo.

Le ingiustizie pi gravi sono quelle coperte dall'ipocrisia o ingabbiate nella legalit. .C' un modo di uccidere - scrive Antonucci - che pi preciso e pi terribile dell'assassinio degli individui e del massacro dei popoli; ed , a livello dei singoli e delle moltitudini, il non riconoscere gli altri come uomini/. Pur essendo profondamente laico, Antonucci un uomo di fede, come tutti i precursori. E' una voce che grida nel deserto. E il deserto siamo noi.

Nota 1. Con l'arrivo, negli ultimi tempi del nuovo coordinatore del SIMAP (Servizio Igiene Mentale Assistenza Psichiatrica), il dottor Ernesto Venturini, e con l'arrivo di giovani medici, anche gli altri reparti si sono avviati verso l'apertura.

"E perch poi dovrei acconciarmi
a quella calamit che sono i pregiudizi umani
e lasciarmi spogliare del mio ad arbitrio
dei costumi e delle legislazioni?"

Shakespeare, "Re Lear", Atto primo, Scena seconda.

1. LA PSICHIATRIA NON E' UNA SCIENZA.

.Il cervello umano, - scrive il neurologo americano Richard Restak - una massa del peso di meno di 1600 grammi, non assomiglia nel suo stato naturale a nulla pi che a una noce molle e rugosa. Eppure, nonostante questo aspetto modesto, che non lascia trasparire niente di straordinario, esso pu contenere pi informazioni di tutte le biblioteche del mondo. Al nostro cervello dobbiamo anche gli impulsi primitivi, gli ideali pi elevati, il modo in cui pensiamo e persino la ragione per cui, a volte, anzich pensare, agiamo/. Scrive ancora Restak: .NOI SIAMO IL NOSTRO CERVELLO o, per usare le parole del ricercatore Eric Harth, il potere di determinare il proprio comportamento non il potere di una entit (la mente) su un'altra (il corpo), bens l'influenza che il cervello ha su se stesso/ (Restak, 1986).

E' compito di questo libro, nel riferirsi alla struttura e alle funzioni di tale organo, di respingere gli angusti limiti culturali di coloro che attribuiscono a disfunzioni del cervello tutte le scelte e tutti i comportamenti che non corrispondono ai pregiudizi sociali. Non voglio qui rispolverare i discorsi politico-sociali che negli ultimi 20 anni hanno alimentato la questione psichiatrica. A grandi linee ci sono state in Italia in rapporto alla psichiatria tre posizioni, che corrispondono a tre fasi storiche.

La prima, la pi nota sia in Italia che all'estero, la posizione anti-istituzionale sostenuta a Gorizia da Franco Basaglia, con il quale ho lavorato qualche mese, che si proponeva di trasformare ed aprire gli ospedali psichiatrici allo scopo di eliminarli e che ha portato alla legge 180, del 13 maggio 1978.

La seconda posizione, che possiamo chiamare antipsichiatrica - in un certo modo collegata con l'anti-psichiatria inglese (Laing, Cooper) - un tentativo di interpretare le concezioni psichiatriche in maniera diversa limitando la funzione repressiva dello psichiatra senza tuttavia negarne il ruolo professionale.

La terza posizione, quella che io sostengo, rappresentata dal

peniero non-psichiatrico, che considera la psichiatria un'ideologia priva di contenuto scientifico, una non conoscenza, il cui scopo di annientare le persone invece di provare a capire le difficult della vita sia individuale che sociale per poi difendere le persone, cambiare la societ e dar vita a una cultura veramente nuova. Coloro che sono vittime della violenza sociale, e in particolare di quella psichiatrica, devono tornare ad essere persone libere di scegliere la propria vita.

Sono d'accordo, come mi dicono molti, che un'utopia se con questa parola si intende non ci che irrealizzabile ma ci che ancora non stato realizzato. Altri mi chiedono: ma che cosa pensi della legge 180? come dovrebbe essere cambiata? quali sono le alternative al manicomio? i Centri di igiene mentale, le comunit terapeutiche o l'assistenza domiciliare sono una soluzione? che cosa fare quando un parente o un amico .d fuori/?

Sono domande alle quali non so dare una risposta nell'attuale sistema psichiatrico, che mi assegna il ruolo di carceriere. Non un modo per sfuggire ai problemi del .qui e ora/ (e infatti dal 1968 esercito la professione di non carceriere). La mia convinzione, convalidata dai fatti, che - sia per i cambiamenti di struttura come per i casi di sofferenza personale necessario demolire la logica psichiatrica. Si prova stanchezza a leggere da 20 anni le stesse vuote affermazioni sulla ricerca di nuove tecniche e di nuove terapie psichiatriche mentre, al di l delle buone intenzioni, si torna inevitabilmente al controllo sociale e alla repressione normalizzatrice.

Questo libro vuol essere un'introduzione alla non psichiatria, un contributo alla diffusione della cultura e della pratica non psichiatrica. Ho pensato che la scelta di un linguaggio comprensibile potesse servire a profanare lo scrigno di parole difficili, tipico dei detentori di discipline specialistiche o di pensieri esoterici. Soprattutto nella psichiatria, il linguaggio esclusivo da essa prodotto un esempio di come la realt dei fatti possa essere modificata gi con l'uso di una parola invece di un'altra. Le parole complicate e astruse degli psichiatri come quelle dei giuristi, e ancor pi quelle dei politici e dei medici in genere, hanno la funzione di non far entrare facilmente gli altri nel loro mondo, dato che buona parte del potere passa per l'accesso alle parole e al loro significato.

Ma le ragioni di questa profanazione sono ancora pi forti. Il

potere della parola di uno psichiatra paragonabile solo a quello di un giudice. Superiore, direi, perché il giudice solo uno degli attori in un processo a più voci. Invece il giudizio di uno psichiatra può condannare un uomo direttamente alla segregazione senza bisogno di processo.

Il mio pensiero e il mio lavoro, critici nei riguardi della psichiatria, non hanno origine da convinzioni teoriche, elaborate a tavolino, ma sono il risultato di anni di esperienza diretta con uomini e donne in un modo o nell'altro implicati in trattamenti psichiatrici (e che spesso nel libro faranno sentire la loro voce). Il ricorso ad episodi della mia esperienza non risponde ad esigenze autobiografiche, ma all'obiettivo di portare il lettore a contatto diretto con i fatti.

2. A CIVIDALE E GORIZIA.

Polizia e carabinieri all'assalto.

Nel gennaio del 1968 ero andato a Castelvetro, nella Sicilia occidentale, con un gruppo del servizio civile, di cui facevano parte anche Alberto L'Abate, studioso di sociologia e animatore di gruppi non violenti, e il sacerdote fiorentino don Mazzi, parroco dell'Isolotto. Era nostro scopo aiutare le popolazioni colpite dal terremoto. Mi trovai così a organizzare servizi medici di emergenza, in un ambiente che era già difficile prima del disastro. Avemmo a che fare con la mafia, che voleva impedirci di lavorare per le persone più bisognose, e pretendeva che ci occupassimo dei ricchi rifugiati nelle ville sul mare, nella zona di Mazara del Vallo. Fu allora che cominciai a riflettere sul rapporto tra le funzioni della psichiatria e una società divisa in classi.

Durante quel periodo di lavoro fra le popolazioni terremotate

ricevetti da Edelweiss Cotti l'invito ad andare a lavorare a Cividale del Friuli, in un nuovo reparto dell'ospedale civile della città, istituito come alternativa agli internamenti in manicomio, d'accordo con Franco Basaglia che lavorava a Gorizia.

Cotti, che allora seguiva le teorie di Szasz, conosceva le mie idee e il mio modo di lavorare. Da Gorizia arrivarono il dottor Leopoldo Tesi e tre giovani assistenti sanitarie, tutti del gruppo di Basaglia. L'entusiasmo e la dedizione che mettemmo nel lavoro ci dettero momentaneamente l'illusione di intravedere il tramonto della psichiatria. Ma la differenza sempre più grande tra i nostri criteri e i pregiudizi dell'ambiente circostante provocarono in breve l'intervento del governo e la chiusura del reparto.

Racconta Roberto Vigevani su *.Il Ponte/* del settembre 1968:

[...] Chi si fosse trovato a Cividale il 2 settembre di quest'anno avrebbe avuto l'impressione di una grande agitazione. Si formulava addirittura l'ipotesi che Leone avesse deciso di liberare la Cecoslovacchia; da Udine affluivano infatti in direzione del confine, cioè in direzione di Cividale, forze di polizia e carabinieri in numero mai visto, i posti chiave della città, compresa la bacheca nella quale di solito esposta *.L'Unit/* erano presidiati da agenti in divisa o in borghese.

L'ospedale civile di Santa Maria dei Battuti era completamente circondato da poliziotti e carabinieri con jeeps, furgoni e cellulari: il senatore Pelizzo aveva deciso di chiudere il reparto neuro-psichiatrico. I nemici designati erano l'equipe del professor Cotti e i dodici degenti che a quella data rimanevano nel reparto; tra questi molti anziani e un invalido del lavoro.

Nel corso del mese di settembre il Consiglio di Stato avrebbe dovuto riunirsi per decidere sulla continuazione o meno della vita di quel reparto, la costruzione del quale era costata allo Stato qualche centinaio di milioni. La vertenza era ufficialmente di carattere amministrativo: l'amministrazione dell'ospedale dopo soli tre mesi dall'apertura del reparto, aveva deliberato che il reparto stesso venisse soppresso in quanto economicamente non autosufficiente. Il professor Cotti aveva invece mostrato valide ragioni per la continuazione del reparto, non solo il suo bilancio era almeno paritario ma in più

si sapeva che l'afflusso dei degenti era stato limitato dagli amministratori che avevano bloccato il convenzionamento INAM e avevano scoraggiato i ricoverati, facendo circolare fin dall'inizio voci sulla cessazione della attivit in quel luogo di cura.

Questi i motivi ufficiali. In realt i metodi applicati dal professor Cotti e dai suoi collaboratori nella cura dei degenti sconvolgevano la falsa tranquillit della valle del Natisone. Nel vicino manicomio di Gemona vi sono celle di segregazione con panche lunghe quanto basta a far sdraiare 3/4 di una persona, vi una donna rinchiusa dall'et di quattro anni alla quale nessuno ha insegnato a parlare.

Insomma un cronicario dal quale presumibilmente non si esce se non da morti. Questa la psichiatria che tranquillizza gli amministratori e forse anche i fabbricanti di psicofarmaci, ma cosa dire di quel professor Cotti che parla con .schizofrenici/ e .catatonici/ dei loro problemi, che ha abolito nel suo reparto non solo ogni mezzo di contenzione sia fisico che farmacologico, ma ha persino evitato - a ribadire la non pericolosit delle persone alle prese con problemi anche gravissimi - di assumere personale infermieristico maschile? Che dire soprattutto di quelle riunioni dei degenti nelle quali i problemi sociali e quelli affettivi emergono nella loro drammatica consistenza spostando l'accento dalla .follia/ di chi parla ai problemi delle famiglie, a quelli della miseria, a quelli del lavoro o della disoccupazione?

Agli amministratori cividalesi non importava se gli schizofrenici non erano pi schizofrenici ma uscivano dal reparto in grado di riorganizzarsi - nei limiti concessi dall'ambiente - una vita diversa e migliore, non importava se a Cividale le degenze duravano un mese invece di venti anni e soprattutto se esse conducevano spesso alla guarigione. Se le degenze nel reparto Cotti avessero avuto la durata media soltanto di un decimo di quella di un normale ospedale psichiatrico italiano, il reparto Cotti sarebbe stato completo dopo un mese dalla apertura, forse le lunghe degenze avrebbero spuntato persino i pretesti degli amministratori.

Ci che turbava i sogni del perito tecnico Cantarutti, presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Civile, e del senatore Pelizzo, sottosegretario alla difesa, era anche questo: che il professor Cotti ed i suoi collaboratori per curare un degente andassero anche nella sua casa, che

chiamassero in causa i familiari perch i problemi di una persona nascono sempre in rapporto con altre persone, che i familiari venissero all'ospedale e partecipassero alle discussioni, che guarire significasse appunto capire i propri problemi e quelli dell'ambiente. Questo occorre impedire. Di qui la soppressione del reparto, per poi presentare le denunce pretestuose contro il professor Cotti e i suoi collaboratori per violazione di domicilio aggravata, a loro che aspettavano la decisione del Consiglio di Stato; per danneggiamento, mentre avevano soltanto costruito e arricchito con il loro lavoro il vuoto di un padiglione di ospedale; per usurpazione di pubblico impiego, mentre rimanevano, ormai senza stipendio, solo per poter mandare a casa gli ultimi degenti.

Dal 1943 non si era vista una cosa cosa del genere. Il terrore dei degenti, la minaccia che venissero condotti con la forza al manicomio di Udine per mezzo dei cellulari della polizia, la distruzione di quel reparto che per il lavoro intenso di Cotti, Antonucci, Tesi, delle signorine Campadelli, Bruni e Tusulin, assistente sociale la prima, assistenti sanitarie le ultime due, era divenuto un modello di convivenza civile, sono state dimostrazioni memorabili di quel progresso all'inverso che i nostri governanti ogni giorno ci offrono. [...] Nonostante la minacciosa irruzione poliziesca, Cotti ed i suoi collaboratori, coerenti ai loro principi, hanno impedito che i degenti fossero condotti in manicomio e sono riusciti a dimetterli in modo che potessero tornare alle loro case. [...] Se oggi, dopo la chiusura del reparto Cotti, un cittadino del mandamento di Cividale del Friuli si trova nella necessit di una cura psichiatrica, ottterr per mezzo della sua assicurazione la possibilit di ricoveri di contenzioni, di terapie di shock, di maltrattamenti e forse anche di una lobotomia: tutto gratuito.

Ho ritenuto utile riportare questo lungo brano di cronaca contestuale agli eventi, perch meglio di ogni altra considerazione pu fornire un'informazione vivace su quanto accadde allora. Dopo Cividale fui invitato da Tesi a lavorare con lui nel gruppo di Agostino Pirella e Franco Basaglia nell'ospedale psichiatrico di Gorizia. Fu l che cominciai a frequentare Giovanni Jervis che, poco dopo, mi avrebbe invitato a Reggio Emilia.

Intanto infuriava la polemica sul significato dell'esperienza di Cividale, che divenne famosa anche all'estero, se non altro per

la singolarit dell'intervento con cui era stata stroncata. L'11 ottobre 1968 il settimanale culturale comunista .Rinascita/ pubblicava un significativo articolo sulla nostra esperienza, dal titolo "I poveri sono matti?" In seguito sullo stesso giornale veniva pubblicata un'intervista a Cotti dal titolo "La pazzia una invenzione"; il 25 ottobre usciva una lettera firmata da me e da Roberto Vigevani che metteva in discussione il significato della psichiatria nella sua totalit e che si intitolava: "La polemica attorno alla esperienza del Neuro di Cividale - Anche nella psichiatria ci sono gli aristotelici". Dopo pochi mesi cominci a prevalere la tesi che inquadrava l'esperienza di Cividale in un discorso di riforma della psichiatria, invece di considerarla, come io ritenevo, l'inizio di un distacco completo da quella disciplina. Anche Cotti aveva cominciato a dichiararsi pubblicamente e ad agire in pratica come un riformatore della psichiatria.

Il 20 aprile del 1969, quando gi lavoravo a Gorizia, in una lettera al periodico .Sette giorni in Italia e nel mondo/ precisavo il mio pensiero su Cividale e sulla psichiatria:

Ho letto il vostro articolo sui problemi dell'assistenza psichiatrica: l'ho trovato ben documentato e interessante, uno dei migliori fra quelli usciti finora. Vorrei in questa lettera, sia pur in poche righe, chiarire il punto di vista fondamentale che ha guidato l'azione del gruppo di Cividale.

Noi non riteniamo possibile separare la negazione delle istituzioni psichiatriche dalla negazione della psichiatria come scienza, perch per l'appunto la psichiatria che ha costruito i manicomi, che li costruirebbe ancora, e che continua a giustificarne l'esistenza non solo in Italia, ma purtroppo nella maggior parte delle nazioni del mondo. La psichiatria - noi affermiamo - nella sua essenza una ideologia della discriminazione, e tutti i suoi concetti sono scientificamente inconcludenti e infondati e praticamente dannosi. Lo affermiamo e siamo sempre disposti a dimostrarlo.

Sul piano politico si potrebbe fare un parallelo molto significativo. Non possibile apprestarsi a distruggere i lager e i ghetti senza negare e distruggere l'ideologia della razza, di cui i lager e i ghetti sono una logica e inevitabile conseguenza.

Nel periodo feudale della nostra civiltà, la ragazza esasperata, che gridava o aveva svenimenti o si dibatteva o aveva convulsioni, era considerata indemoniata e esisteva una tecnica precisa per giudicarla e per liberarsene. Oggi una ragazza in condizioni simili considerata isterica o schizofrenica, spesso a seconda delle condizioni sociali. L'ideologia psichiatrica ha sostituito l'ideologia demonologica con le stesse identiche funzioni. Esorcizzare o eliminare. Se al contrario si affrontano sul serio i difficili problemi della esistenza umana individuale nei suoi continui concreti e reali rapporti con la realtà sociale, si collabora con la persona interessata mettendo in discussione tutto, e tutto sotto critica. Allora non abbiamo più bisogno di parlare di isterici o di schizofrenici, per lo stesso motivo che non abbiamo più bisogno di parlare di indemoniati.

E' logico che mettere in discussione tutto l'ultima cosa che l'ordine costituito disposto ad accettare, specialmente quando questo mettere in discussione tutto non teorico ma operativo. Cosi lavorava a Cividale, e per questo arrivata la polizia.

Siamo anche noi medici e sappiamo benissimo che oltre a malattie dei reni, dello stomaco e dei polmoni esistono anche malattie del sistema nervoso centrale ma proprio questo che ci permette di distinguere gli effetti di un processo morboso (ad esempio l'encefalite o la paralisi progressiva) dagli effetti terribili dovuti alla disperazione di vivere in una società disumana.

Per questi motivi lavoriamo non per riformare la psichiatria ma perché la psichiatria, insieme alle orribili istituzioni che ha distribuito per il mondo, sia finalmente, come direbbe Hegel, attraversata dalla furia del dilagare/.

La scienza del mal di madre/.

Appena arrivato a Gorizia nell'aprile del 1969 mi furono affidati come medico di sezione due reparti di donne, uno di osservazione e l'altro di lungodegenti. In questo compito prendevo il posto di Jervis.

Nell'ospedale psichiatrico di Gorizia i mezzi di contenzione erano appena stati aboliti, le porte erano aperte, il lavoro si svolgeva sulla base di discussioni e riunioni tra medici, tra medici e infermieri, tra medici, infermieri e degenti. Tuttavia l'uso di psicofarmaci non era stato interrotto o diminuito: i neuroplegici continuavano a essere usati in gran quantit. Fatto singolare, l'elettroshock era stato abolito nei reparti degli uomini, mentre era usato ancora nei reparti delle donne. Per toglierlo ebbi dei contrasti con Pirella, che in quel periodo svolgeva le funzioni di direttore in sostituzione di Basaglia.

La differenza di trattamento delle donne rispetto agli uomini non casuale ma intrinseca alla storia della medicina nella nostra civilt, e ripropone tutti i pregiudizi di cui abbiamo parlato finora. Scrivono a proposito Barbara Ehrenreich e Deirdre English nel libro "Le streghe siamo noi. Il ruolo della medicina nella repressione della donna":

L'attenzione di questo scritto focalizzata sulle donne e i loro rapporti con la pratica e le credenze mediche. L'argomento per supera l'ambito della medicina in quanto tale, e interessa anche i problemi comuni a tutte le categorie degli oppressi. Nel periodo storico che abbiamo studiato, la scienza in generale stata usata per giustificare le ingiustizie sociali imposte non soltanto dal sesso ma anche dalle differenze di classe. La tecnologia industriale, servendosi del lavoro di milioni di lavoratori, ha creato la ricchezza della classe dirigente che ancora oggi governa l'America. Se la tecnologia ha potuto dare ricchezza e potere ad alcuni uomini, certamente la .scienza/ ha potuto giustificare il loro potere. Cos il razzismo e il sessismo si sono allontanati dal regno del pregiudizio per passare nella luce delle scienze .oggettive/. Gli immigrati neri ed europei sono stati descritti come congenitamente inferiori rispetto ai protestanti anglosassoni; si detto che hanno un cervello pi piccolo, muscoli pi sviluppati, e molti altri caratteri sociali .ereditari/. L'oppressione razzista e quella di classe, cos come l'oppressione sessuale, non erano considerate quindi antidemocratiche, erano semplicemente naturali.

Durante questo periodo di transizione il moralismo era ancora mescolato alla scienza nella ideologia della classe dominante. Gli scienziati credevano veramente che alcuni aspetti del

carattere - come la supposta inettitudine dei neri e la turbolenza degli immigrati irlandesi - fossero ereditari. I pubblici ufficiali della sanità parlavano di leggi sanitarie divine/ e i medici si ritenevano custodi della salute morale, oltre che fisica, delle donne. Oggi il periodo di transizione sembra proprio finito: la scienza non ha più bisogno di consensi dal pulpito. Quando formula giudizi sul quoziente di intelligenza dei neri o sulle differenze psicologiche tra i sessi determinate prima della nascita, essa vuole essere soltanto .oggettiva/. L'ideologia scientifica da quando ha perduto anche le ultime vestigia del moralismo religioso diventata anche più mistificante e più efficace come strumento del potere.

Nell'ambito dei pregiudizi sulla donna e nella convinzione della sua inferiorità biologica i medici e gli psichiatri hanno coniato il termine di isterismo. Isterismo o isteria, di cui poi gli autori danno le descrizioni e le interpretazioni più diverse e contraddittorie, deriva nel suo significato etimologico dal greco "hysterikos" che vuol dire proprio dell'utero. Si trova anche scritto che l'isterismo . epiteto particolarmente di una malattia a cui vanno sovente soggette le donne, volgarmente detta 'mal di madre', perché credevasi proveniente da vizio della matrice/ (Cortellazzo - Zolli, 1983). In seguito gli psichiatri, per comodità di professione, estenderanno il concetto, per lungo tempo usato soltanto per le donne, anche a problemi maschili.

3. REGGIO EMILIA: LE .CALATE/.

Dopo aver lavorato per qualche mese a Gorizia con Basaglia e con Pirella, fui invitato da Giovanni Jervis ad andare a lavorare con lui a Reggio Emilia. Jervis e io sapevamo che, entro certi limiti, le nostre idee e i nostri metodi avrebbero potuto procedere parallelamente. Quando nel 1970 divenni responsabile del gruppo di lavoro del Centro di igiene mentale di Castelnuovo

ne' Monti in provincia di Reggio, la nostra attivita era essenzialmente diretta a evitare tutti gli internamenti in manicomio, occupandoci naturalmente dei problemi sociali relativi.

Il nostro metodo era la discussione dettagliata e approfondita delle questioni, non solo con la persona interessata (dal pericolo dell'internamento), ma con tutti quelli che erano o potevano essere implicati nella situazione: i familiari, i datori di lavoro, i sindaci, i sindacati, i medici generici e quanti avevano rapporti importanti con la persona di cui ci occupavamo.

Una volta Jervis, che gi cominciava a non essere del tutto d'accordo con me, mi disse: .Se non li ricoveri tu, quando tu non ci sei, li ricoverano gli altri/. Al che risposi: .Sarebbe come se mi dicessi a proposito degli ebrei durante la persecuzione razziale che se tu non li denunci non serve a nulla, tanto li denunciano gli altri".

Il fatto che si delineava una divergenza di fondo. Jervis ragionava in termini psichiatrici e di tutela dell'ordine pubblico e distingueva pertanto i casi gravi pi pericolosi, da internarsi, da quelli meno gravi e meno pericolosi, da assistere a casa. Io invece ragionavo in termini di conflitto tra individuo e societ, e di diritto dell'individuo ad essere rispettato nella sua libert nel contesto di una societ pi aperta e meno intollerante.

In accordo con questa linea teorica, il gruppo della montagna da me diretto, diversamente dagli altri gruppi che operavano nel territorio di Reggio Emilia, cominci a organizzare nei paesi e nei villaggi assemblee popolari per discutere i gravi problemi di una zona economicamente sottosviluppata e ad alto tasso di emigrazione, del disagio sociale e dell'internamento in manicomio. Il lavoro in montagna, per i casi individuali e nell'attivita delle assemblee popolari, fu portato avanti, oltre che dal mio gruppo, anche dalla dottoressa Eugenia Omodei Zorini, una intelligente interprete del pensiero freudiano pi avanzato.

La prima assemblea popolare si svolse a Cervarezza, una borgata a 900 metri d'altitudine, fra Castelnuovo e Busana. Mentre esponevo i miei punti di vista, un contadino mi interruppe: .Tu dici che in manicomio non ci sono matti, ma i nostri compagni pi sfortunati che sono stati internati per motivi di

produttività e di ordine sociale. Altri invece ci dicono diversamente. Come facciamo noi a sapere chi ha ragione?/. Allora intervenne un altro: .Perché non andiamo a vedere?/

Cos ebbero inizio le calate dalla montagna della popolazione interessata a rendersi conto direttamente della realtà e del significato del manicomio. Durante il periodo delle visite popolari all'Istituto psichiatrico .S. Lazzaro/ di Reggio Emilia vi furono discussioni, dibattiti e documenti, tra cui uno dei più interessanti fu pubblicato su .Il Ponte/ con il titolo:

"Ancora sulle visite al San Lazzaro.

Perché un giorno questi muri cadranno e noi ritorneremo alle nostre case. Alcide Cervi."

Questo documento è stato redatto da un comitato popolare eletto pubblicamente dai cittadini della montagna reggiana, che hanno sentito il dovere civile di interessarsi alla salute dei ricoverati all'Istituto neuropsichiatrico S. Lazzaro [...]

Ci siamo sentiti qualificati di volta in volta come perturbatori dell'ordine costituito incoscienti, sabotatori; ed ora, con un piccolo capolavoro di ipocrisia, come .persone che si sono aggirate fra i reparti come se fossero allo zoo/ - termini che suggeriscono al lettore di attribuire una morbosa e divertita curiosità a chi cerca di compiere il suo dovere di cittadino. A questo punto ci riteniamo ingiuriati e denunciemo il tentativo di bloccare queste iniziative democratiche a vantaggio del mantenimento di interessi nocivi per la salute dei nostri concittadini e lesivi della economia della nostra comunità [..]

Lo statuto regionale prevede la possibilità, anche per un singolo cittadino, di avere copia e controllo di atti amministrativi; la creazione di commissioni di inchiesta e di studio su materie e problemi che comunque interessano la regione; spetta agli elettori, alle organizzazioni dei lavoratori di proporre atti amministrativi, misure e provvedimenti che la Regione può adottare nell'ambito dei suoi poteri. Noi chiediamo e vogliamo controllare come sono spesi i

soldi per questo servizio. Noi chiediamo gi da ora come mai i ragazzi ricoverati al De Sanctis, che costano alla comunit 14000 lire al giorno, erano rinchiusi senza assistenza e senza libert in stanze dove spesso era messa a repentaglio anche la loro incolumit fisica. Chiediamo perch i gabinetti erano intasati e spargevano feci e urine fino nei corridoi; chiediamo perch i bambini mangiavano carne in scatola quando la retta giornaliera pensiamo permetta un trattamento diverso.

Queste cose non possono venire accertate da chi visita il S. Lazzaro guidato dagli .addetti al traffico/; in questo modo il cittadino vede soltanto ci che la direzione vuole mostrare. Ma se qualcuno si perde per la strada, in queste visite guidate, ed accerta personalmente le condizioni dei degenti fuori della .pista ciclabile/, ecco allora scoprire gente legata da anni, persone obbligate a letto per mesi da fratture mai composte o curate; cittadini rinchiusi perch dopo anni e anni di lavoro al servizio di padroni che mai hanno pagato contributi, si ritrovano nella miseria, nella fame e con la compagnia della silicosi.

A.A. fu costretto dai nazisti, mitra puntato nella schiena, a seppellire i suoi compagni, precedentemente fucilati. Uno di questi era proprio un suo amico, non era morto; A.A. dovette seppellirlo vivo. Uno spaventoso senso di colpa ha devastato la vita di quest'uomo, che venne rinchiuso al S. Lazzaro.

Questa nostra linda e organizzata societ, condotta dai potenti e moralizzata dai benpensanti, ha come scopo lo sfruttamento dell'uomo per produrre denaro o potenza: come risultato, l'eliminazione del lavoratore che non regge il ritmo di produzione, il cottimo, la catena di montaggio, il lavoro pendolare, la disoccupazione, l'emigrazione e lo sfruttamento. Queste persone, i lavoratori ed i loro figli, riempiono gli istituti psichiatrici, dove il sistema compie il secondo grande delitto contro di loro. Poich non servono pi alla societ dei consumi, poich sono uno specchio fastidioso per la coscienza del benpensante, vengono isolati e ridotti al silenzio; vengono posti in condizione di non difendersi (mezzi di contenzione, psicofarmaci) e di non turbare il sonno dei colpevoli. Questi nostri fratelli vantano un credito molto pesante verso la societ, cio verso tutti noi. E per questo che siamo andati al S. Lazzaro e che ci torneremo; perch ci sentiamo responsabili, anche noi, e colpevoli nell'accettare una societ ingiusta senza lottare [...]

Non crediamo che le nostre visite siano di danno ai ricoverati. Durante una visita al reparto Morel, dove vengono rinchiusi le degenti piú esasperate e agitate, una donna ha affrontato una visitatrice percuotendola e tentando di strapparle la borsetta. E' bastato che la visitatrice non perdesse la calma e le cedesse di buon grado l'oggetto della sua attenzione per smontare ogni animosit. La degente ha aperto la borsetta, ha estratto un fazzoletto che ha usato, richiudendo poi con cura la borsetta e restituendola con un grazie. Ogni atteggiamento aggressivo era scomparso lasciando il posto ad una meravigliata soddisfazione, forse soltanto perch invece di farle una iniezione le si era dimostrata fiducia.

Siamo stati abbracciati festosamente dai ragazzi ricoverati e siamo stati tratti in considerazione perch la nostra visita era un regalo prezioso per loro. Alcuni degenti piangevano di commozione al vederci, e ci guardavano con una riconoscenza che ci riempiva l'animo di rimorso per tanta inerzia nei loro confronti. Con aria scandalizzata il Resto del Carlino/ del 21 aprile 1971 chiede: Si mirerebbe a smantellare un'antica e illustre istituzione psichiatrica come il S. Lazzaro. Addirittura! E dove andrebbero a finire i millecinquecento ricoverati?/. Il problema da rovesciare. Bisogna evitare i ricoveri con una efficace azione di politica preventiva. Disperati e ricoverati si finisce per cause ben individuabili e quindi evitabili. Non basta distruggere una prigione come quella del manicomio: bisogna evitare che il sistema violenti la libert degli individui fino a condurli al ricovero [...].

Contemporaneamente alle visite popolari al S. Lazzaro/ e al lavoro per evitare gli internamenti psichiatrici, il gruppo del Centro di igiene mentale di Castelnuovo ne' Monti, in collegamento con gli altri Centri di igiene mentale della provincia di Reggio Emilia, e in rapporto con i gruppi di Medicina del lavoro, organizzava incontri culturali e dibattiti politici con i sindacati, i consigli di fabbrica, e con le altre organizzazioni operaie, in particolare quelle collegate col Partito Comunista. Si discutevano i rapporti tra le condizioni di vita e di lavoro in fabbrica e gli eventuali rischi per i lavoratori di divenire clienti degli psichiatri o ospiti del manicomio.

Si era arrivati così, in una riunione a Casina, a un progetto di visita al .S. Lazzaro/ concertato tra gente della montagna e operai delle fabbriche metalmeccaniche di Reggio Emilia. Intanto Jervis, che nel frattempo aveva preso contatti con il direttore del .S. Lazzaro/ Piero Benassi e con burocrati del Partito Comunista, che vedevano con ostilità il movimento dei lavoratori contro il manicomio, stava cercando le forze necessarie per fermare tutto e liquidarmi. In breve fummo allontanati dal lavoro di Reggio sia io che la dottoressa Eugenia Omodei Zorini, con il pretesto di un concorso che noi avevamo contestato come inutile.

Nella battaglia culturale contro il manicomio e di critica alla psichiatria anche gli operai avevano espresso in varie occasioni il loro parere e la loro posizione politica. Esempio a questo proposito un documento del Consiglio di fabbrica della Bertolini, in cui le istituzioni manicomiali sono viste .come sacche di contenimento, come luoghi di emarginazione sociale dei 'disadattati', di tutti coloro cioè che non hanno potuto adeguarsi ai ritmi di sfruttamento fisico e psichico imposti dal sistema capitalistico, e che quindi vengono considerati come 'forza improduttiva', come individui 'inutili' e 'pericolosi' per la società/.

Il clima politico di quegli anni era indubbiamente favorevole a una presa di coscienza della realtà di classe della segregazione psichiatrica. Del resto chiunque poteva constatare che la totalità dei ricoveri aveva un'origine economica e sociale. In manicomio non c'erano i ricchi ma i ceti meno privilegiati cioè gli operai, i contadini e il sottoproletariato, persone cioè nelle quali era facile specchiarsi per chi veniva dalle montagne e dalle fabbriche.

Continua infatti il documento del Consiglio di fabbrica della Bertolini: .Nei 'disadattati', negli emarginati, nei vecchi degli ospizi, i lavoratori vedono se stessi o meglio il loro futuro, degli individui cioè che, dopo essere stati spremuti fino all'estremo limite della tollerabilità, vengono rifiutati da un sistema economico e sociale che accetta solo chi in grado di produrre secondo le esigenze del capitale e di adeguarsi ai modelli di vita civile che gli vengono imposti/.

Lo stesso Jervis, che in quel periodo aveva fatto con alcuni collaboratori del Centro d'igiene mentale un viaggio in Cina, mi aveva detto che i miei concetti di una riappropriazione del controllo della salute da parte dei lavoratori erano simili a

quelli dei .medici scalzi/ dei villaggi cinesi; e che le mie critiche ai concetti di malattia mentale ricordavano le .contraddizioni in seno al popolo/ di cui si parlava nelle comuni ai tempi della rivoluzione culturale. Una testimonianza simile sulle vicende cinesi fu raccolta da me e da Piero Colacicchi ad Alassio durante una conversazione con Carlo Levi. Lo scrittore ci raccontava di avere assistito in Cina a interventi collettivi per la risoluzione di difficili problemi legati al mantenimento della salute e della integrità dei singoli individui. Episodi simili si trovano anche nel libro di autori vari "Medicina preventiva e sociale nella città e nelle campagne vietnamite" pubblicato nel 1972 dall'editore Bertani e tratto dalla rivista di Hanoi .Etudes vietnamiennes/.

Il movimento dei lavoratori reggiani di quegli anni ('70, '71, '72), che stato l'unico movimento popolare contro le istituzioni manicomiali, poneva problemi complessi di carattere politico (1). All'inizio vi avevano partecipato con entusiasmo personaggi del Partito Comunista, come il senatore Lusoli, i sindaci Bombardi, Battistessa e Valcavi, il vicesegretario della federazione reggiana Bernardi, e altri. Poi via via molti di loro si erano ritirati. Veniva in luce la contraddizione fra una sinistra libertaria e democratica e una sinistra burocratica e autoritaria.

La seconda finiva per abbracciare le idee e condividere le preoccupazioni del direttore dell'istituto psichiatrico .S. Lazzaro/, professor Piero Benassi. Il quale, per tagliare la testa al movimento e fermare le .calate/ dai Comuni di Castelnuovo ne' Monti, Ramiseto, Carpineti, Montecchio scelse la forma pi burocratica e autoritaria: l'esposto alla Procura della Repubblica. Invece di parlare con la gente, .ragguagliava/ il Procuratore della Repubblica di Reggio Emilia trovando un capro espiatorio nel sottoscritto, .in quanto arringava e aizzava malati e malate contro l'istituzione, impartiva consigli ed esprimeva arrogamente pareri sulle modalit tecniche di comportamento e di assistenza ai malati rivolgendosi ad infermieri ed a medici e svolgeva un'opera chiaramente denigratoria e diffamatoria nei confronti dell'ospedale che in quel momento lo ospitava/.

La realtà era ben diversa. Quando, durante le visite di cui Piero Benassi si lamenta col Procuratore della Repubblica, alcuni gruppi di gente della montagna entrarono nei reparti dei bambini, ci fu un momento di grave tensione, che poteva anche risolversi in vie di fatto. I medici e gli infermieri del .S.

Lazzaro/ vissero momenti di paura. La gente diceva: .Avreste potuto forse convincerci che gli adulti qui rinchiusi sono pericolosi, ma perch i bambini di quattro, dieci anni legati alle seggiole?/.

La dottoressa Letizia Jervis Comba e il dottor Stefano Mistura si erano prodigati senza risultato per fermare la gente, che aveva poi cambiato atteggiamento in seguito al mio intervento, passando dal furore alla discussione. Letizia Comba arriv a dirmi che ero .un capo carismatico/, mentre Stefano Mistura afferm che si trattava di una .roba da garibaldini/. L'intervento diretto dei cittadini non piaceva nemmeno agli psichiatri democratici.

La storia del trattamento dei bambini nell'intero arco della civilt borghese, dall'Ospedale degli Innocenti del Brunelleschi ai nostri giorni, richiederebbe uno studio dettagliato. Il manicomio, accanto all'orfanotrofio e al collegio, uno dei principali recipienti di raccolta. La moralit della gente perbene richiede che una parte dell'infanzia sia trattata come immondizia.

Nel periodo trascorso a Reggio Emilia ho imparato molte cose: prima vivendole fino in fondo, senza preconcetti, e poi ragionandoci sopra, usando insomma il metodo induttivo delle scienze sperimentali, che gli psichiatri purtroppo non hanno mai applicato.

Prima di fare la diagnosi, bisogna partire dai fatti e allora ci accorgiamo che i cosiddetti .casi clinici/ di clinico non hanno niente.

Ecco, ad esempio, una storia esemplare, quella di Maria Musi, che ho registrato e trascritto:

Sono nata a Castelnuovo ne' Monti e ho 51 anni. Ho passato la vita in manicomio, tolto quest'ultimo anno, da quando cio vivo in questo appartamento. Mia madre si spos dopo la mia nascita ed io fui ricoverata da piccolissima nell'Istituto De Sanctis, il reparto bambini del manicomio, perch a casa non mi volevano. Quando avevo circa dodici anni mi mandarono a casa da mia madre per provare a farmi vivere con lei. Il mio patrigno per non mi voleva assolutamente e sia lui che mia madre mi scacciavano sempre. Mio patrigno mi dava sempre tante botte, col bastone,

con le molle del focolare, col soffietto, con quello che gli capitava in mano; e poi invece di punire lui mi hanno fatto passare la vita in manicomio. Per mangiare chiedevo l'elemosina e spesso sono stata costretta dalla fame a raccogliere il cibo destinato ai porci... Per dormire dovevo andare in capanne, nei boschi. Per trovare qualcuno che mi desse una mano dovevo cercare tra i vicini, alcuni dei quali si muovevano a piet e mi aiutavano un po'.

Dopo qualche tempo di questa vita un medico che viveva a Castelnuovo ne' Monti e lavorava all'ospedale civile di Castelnuovo Sotto si accorse di come vivevo, si interessò al mio caso e dopo qualche tempo mi fece ricoverare in manicomio, al S. Lazzaro. Hai capito: fino a 12 anni sono stata al De Sanctis, poi ho passato 38 anni al S. Lazzaro. Cio ho passato tutta la mia vita in manicomio.

Al De Sanctis se qualcuno diceva una parola che non andava bene ci facevano le punture di bromuro e ci chiudevano in cella senza mangiare per tre giorni. Una volta che dissi una parola sporca le suore mi tennero quindici giorni legata. Questo era il modo di condurre il reparto; questo era la normalità, al De Sanctis. Al S. Lazzaro non mi davano medicine - in genere allora di medicine ne davano poche - e ci tenevano sempre chiuse in reparto ma, almeno in quel reparto in cui ero (e in cui sono stata quasi sempre) non c'erano persone legate.

Quelle che si comportavano male le mandavano in un altro reparto, il Morel-agitate. Lì ci mandavano quelle che facevano a botte o, specialmente, se una cercava di picchiare un'infermiera. Al Morel ho visto con i miei occhi le ricoverate legate a cui chiudevano il naso per farle mangiare. C'era gente a cui tenevano il corpetto per mesi e mesi.

Una volta portarono una mia amica, una del mio reparto, al Morel-agitate. Mi ordinarono di aiutare e di portare i suoi vestiti. La chiusero in cella legata al letto con le fasce alle mani, ai piedi e intorno al petto. La tenevano chiusa da sola perché quella per difendersi mordeva. La tennero al Morel per mesi, in queste condizioni: non ricordo neppure per quanto. Io ogni tanto andavo a trovare questa donna e un'altra mia amica, una che era stata la serva della Cianciulli - e che ancora lì - e quando le andavo a trovare erano sempre legate come tantissime altre.

Voglio aggiungere un'altra cosa, perché si capisca com'è la vita

nel manicomio: finch lavoravo le infermiere erano buone, ma quando non lavoravo mi trattavano come una bestia. La mattina, quando mi alzavo, spesso mi sentivo svenire e dovevo restare a letto. E quelle mattine che non me la sentivo di lavorare le infermiere mi offendevano. Magari non picchiavano ma offendevano e le offese fanno pi male delle botte. Mi facevano lavorare per forza ma pagare non che mi pagassero: mi sfruttavano e basta.

Ora ti voglio cantare una canzone che ho inventato io sulla vita del manicomio. Quando ero l dentro la cantavo sempre e quando la cantavo le infermiere mi picchiavano dicendo che non era vero nulla quel che cantavo. E invece tutto vero, ogni cosa che racconto vera. Ho sofferto moltissimo, io, e quello che racconto la storia di quello che ho passato e di quello che ho visto. Come lo racconto a te sono pronta a dirlo a chiunque.

Ma la vita del manicomio

una vita dura dura

che ci porta alla sepoltura

e rovina la giovent.

Maledette maledette quelle fasce

maledetti quei corpetti

maledette quelle fasce

che rovinan la giovent

Ma la vita del manicomio

una vita dura dura

che ci porta alla sepoltura

e rovina la giovent.

Ora il S. Lazzaro fa schifo, tutto cambiato. Ora peggio di prima perch danno tante medicine che fanno dormire. Tanti anni fa era pi vivace, ci portavano addirittura a fare delle gite - parlo del 1945 o gi di l e ora invece non fanno pi niente. Adesso mettono tutti quieti con le medicine e ora di vivacit non ce n' pi. Prima nei rapporti fra ricoverati e infermieri era questione di botta e risposta: da parte degli infermieri era una cattiveria aperta. Ora invece danno le punture e tutto finisce. Prima fra noi c'erano amicizie, si stava insieme, si passeggiava insieme, si chiacchierava: ora non c' pi niente. Ora son tutti pieni di medicine e non si parlano pi.

A partire dal '68 ci sono stati molti casi di .manicomi aperti/ ma, che io sappia, solo a Reggio Emilia stato stabilito un legame non puramente strumentale e occasionale .fra il dentro e il fuori/ fra i ricoverati e la popolazione. Anche se allora era pi facile superare resistenze e burocrazie sull'ondata del movimento, il legame purtroppo dur poco. E' gi importante tuttavia aver dimostrato come sia possibile diffondere a livello di base una consapevolezza sulle origini della aggressione e segregazione psichiatriche, che affondano le loro radici nella realt di vita degli uomini

Luciano Masini, un operaio agricolo di Fornolo di Ramiseto, stato uno dei pi attivi all'epoca delle .calate/ e convinto della necessit di intervenire sulle cause dell'emarginazione e segregazione. Mi sembra interessante riportare una conversazione che ebbi con lui:

La montagna ha delle tradizioni di lotta molto antiche. Battaglie continue per sopravvivere. [...] Quando capimmo che la malattia mentale non una cosa di natura, che non viene come le malattie ma la tristezza delle condizioni che la fa venire, decidemmo subito di muoverci. Qua, lo vedi da te, l'ambiente triste per i vecchi e per quelli che hanno qualche debolezza. I

vecchi, la sera: su e gi per pochi metri di strada, da qui alla curva e poi indietro, niente da fare, che possono fare, la sera? Vengono qua, si siedono, se hanno qualche soldo bevono, a volte non si ritrovano neppure abbastanza per fare una partita a carte. I giovani ora possono andare qualche volta verso i posti dove c'è da fare, a Castelnuovo o addirittura a Reggio. I vecchi no, sono nati qua e qua restano.

Prima, anni fa, qui c'erano delle tradizioni, si cantava, si ballava: adesso non c'è più nulla quass, non ci sono più le cose che c'erano prima e non abbiamo avuto niente in cambio. E quelli più sensibili, quelli che capiscono di più non sopportano, soffrono più degli altri: e sono quelli che vengono mandati al S. Lazzaro.

Noi l'ambiente lo si conosce, le condizioni in cui vive la gente le conosciamo. Prendi una qualsiasi di queste famiglie: i giovani si sposano e vanno a vivere in pianura: i vecchi restano soli, la vita sempre uguale, da fare non ce n'è, a quelli gli prende la tristezza. E' naturale. Di problemi ce n'abbiamo tanti. Ma laggiù di noi non se ne preoccupano, mandano tecnici che non capiscono. Ti faccio un esempio: viene uno a studiare una strada: vede un torrente con molta acqua e decide che lì ci vuole un ponte, poi ne vede uno con poca acqua e decide che lì basta un tombino. E così viene fatto. Ma a noi, che la montagna la conosciamo, non chiedono niente: e magari dove c'è il ponte bastava un tombino perché di acqua non ne viene mai più di tanta, e dove c'è il tombino ci voleva il ponte perché lì che quando piove forte si scarica tutta l'acqua.

Ma tu volevi sapere del movimento contro il S. Lazzaro. Venivano quelli del Centro di igiene mentale di Reggio e ci furono riunioni, parecchie. Bombardi, il sindaco di Ramiseto da cui noi dipendiamo, dette un grossissimo contributo: fu lui a mettere su tutte le riunioni. Veniva da Reggio una bionda, piccolina [Eugenia Omodei Zorini]: quella era bravissima. Attaccava, spiegava, discuteva. Spiegava, e tutto era subito chiaro. Si discuteva dei ricoverati e noi si pensava: domani potrei essere io, laggiù al S. Lazzaro.

Cos'abbiamo capito quale forma di repressione rappresentava il S. Lazzaro: o riesci a vivere qua o il tuo posto lì. Perci capimmo che la lotta doveva svolgersi su due fronti: contro il S. Lazzaro, da una parte, e quass perché la montagna cambiasse e diventasse un posto dove si può vivere. E' perciò che le .calate/ furono sentite subito, e profondamente, come forme di

protesta: si pretendeva per lo meno che i ricoverati fossero trattati meglio.

La partenza della prima .calata/ fu unitaria: parteciparono tutti i partiti. Ma gi arrivati a Reggio cominciarono i primi tentativi di rottura. Un consigliere provinciale socialdemocratico, Coselli, che in qualche modo aveva saputo della nostra intenzione di .calare/ e aspettava davanti al S. Lazzaro, chiese se erano venuti a farsi ricoverare (io a quelle .calate/ non andai, partecipai soltanto all'organizzazione). E dire che lui si diceva amico della montagna... Quando tornarono portarono racconti disastrosi, terribili: bambini legati, sporcizia, violenze di ogni genere. Era per questo che si era fatta la lotta partigiana? Non era per questo! Quelli del S. Lazzaro volevano soltanto far credere quello che volevano loro e fu necessario obbligare la gente con la forza ad aprire certe porte. Al S. Lazzaro, l'unica mentalit era quella inumana dell'emarginazione e della segregazione: altro non volevano.

Dopo la prima riunione ci furono altre riunioni e altra gente di qua scese insieme con la popolazione di altri paesi, non ricordo quante volte. Dopo le .calate/ il Centro d'igiene mentale di Reggio cominci a cambiare. All'inizio aveva rappresentato il primo passo della contestazione contro la malattia mentale e la gente aveva fiducia. Si aspettava molto perch quello che dicevano era veramente e profondamente rivoluzionario. Poi, dopo qualche mese dalle .calate/, le cose sono cambiate. Ora ci portano le pillole e se portano le pillole non risolvono nulla. Capisci: se si fa una strada questa resta, questa dopo c'...; se invece si d una pillola, dopo non c' pi niente...

Ci vorrebbe un legame delle forze politiche; ma serio. La riforma sanitaria dovrebbe essere fatta non da chi se ne intende ma da chi non se ne intende: non da tecnici, ma da chi deve usare la medicina, e sa a cosa serve. Per esempio il medico condotto, in montagna ora indispensabile: uno che sta qua, che pu sapere tutto delle famiglie e servire da intermediario per risolvere veramente i problemi, singoli e della comunit, cio i problemi della salute e quelli detti mentali. Ci sono tante cose da cambiare. E anche il Centro d'igiene mentale dovrebbe essere un organismo che aiuti a trasformare l'ambiente.

All'inizio, in collegamento col Centro d'igiene mentale noi della montagna avevamo chiesto tante cose e si pensava piano piano di arrivare a risolvere alcuni dei grossi problemi che ci impediscono di sopravvivere. Ma di queste cose solo poche sono

state attuate [...] Lo capisci che se non si risolvono i problemi della montagna per molti di noi il ricovero, al S. Lazzaro o negli ospizi l in pianura? E' cos . Non c' scampo.

Questo modo di ragionare - come dicono Marx e Engels in "L'Ideologia tedesca" - .muove dai presupposti reali e non se ne scosta per un solo istante. I suoi presupposti sono gli uomini, non in qualche modo isolati e fissati fantasticamente, ma nel loro processo di sviluppo reale ed empiricamente constatabile, sotto condizioni determinate. Non appena viene rappresentato questo processo di vita attivo, la storia cessa di essere una raccolta di fatti morti, come negli empiristi che sono anch'essi astratti, o un'azione immaginaria di soggetti immaginari, come negli idealisti. L dove cessa la speculazione, nella vita reale, comincia dunque la scienza reale e positiva, la rappresentazione dell'attivita pratica, del processo pratico di sviluppo degli uomini. Cadono le frasi sulla coscienza e al loro posto subentra il sapere reale/.

A Reggio Emilia il sapere reale si scontrato con l'ideologia psichiatrica disposta ad .aprirsi al sociale/ ma senza rinunciare alla specificita della sua azione. L'esperienza non psichiatrica di Reggio Emilia - unica forse in tutto il mondo va rivista nei suoi contrasti reali e nel significato che essi ebbero. Il Centro di igiene mentale era diviso in due impostazioni di lavoro diverse: quella di cui faceva parte la maggioranza dei medici (fra cui Jervis) e qualche infermiere, che - in palese contraddizione - non negava il ruolo professionale dello psichiatra ma solo la sua funzione repressiva e quindi separava il buono (la funzione terapeutica, la tecnica neutra) dal cattivo (l'uso del potere); l'altra di cui faceva parte il gruppo pi forte degli infermieri e soltanto un paio di medici (fra cui io), che - superando lo steccato fra addetti e non addetti, fra tecnici e incompetenti - mirava alla distruzione della psichiatria come tecnica separata attraverso il coinvolgimento della popolazione.

Jervis, sempre .all'avanguardia nel tornare indietro/, ha più volte tentato di rimuovere gli aspetti forti e qualificanti di questo contrasto. Quando ne ha parlato, ha accennato polemicamente ad una linea avventurista, spontaneista, di improvvisatori, di contro alla .vera/ linea tutta rinchiusa nel

suo carattere .sperimentale/, d'avanguardia nel campo terapeutico. E alla fine si appoggiato alle forze normalizzatrici per eliminare lo scomodo movimento che coinvolgeva, come protagonisti, operai e gente di montagna.

A Reggio Emilia per la prima (e purtroppo unica) volta non mi sono trovato solo a lottare contro il potere psichiatrico. Non mi è possibile citare qui tutti gli infermieri con i quali ho lavorato e le loro preziose testimonianze raccolte da Piero Colacicchi. Come quella di Giuseppe Garuti, con il quale andavo spesso a far visita in montagna ad ex-ricoverati del .S. Lazzaro/ o a persone in pericolo di ricovero. O come quella di Luciano Bartolini, di cui riporto qui un brano:

Ho passato quasi quattro anni all'ospedale civile e ne ho viste di tutti i colori: gente che veniva trattata male, fino a gente che veniva - in modo pi o meno coperto - ammazzata. Allora decisi di andarmene. Entrai a lavorare al Centro d'igiene mentale. Quando arrivai, Garuti e io facemmo subito gruppo con Antonucci nel senso che cercavamo di lavorare il pi possibile insieme e ci trovavamo sempre la sera a discutere... Ascoltavamo le persone, senza fare diagnosi: soltanto ascoltando veramente si capiscono le persone e cos si possono discutere i loro problemi. Questo modo di pensare molto diverso da quello di tanti che apparentemente dicono che la malattia mentale non c': per esempio, Jervis diceva che esistono persone con problemi, ma poi ci proponeva quando era qua, la terapia per elettroshock.

Voglio infine ricordare Marisa Bittasi, che nella sua testimonianza spiega molto bene cosa significa la trasformazione dell'infermiere tradizionale in operatore di base, questo infatti

mettendo a disposizione la propria personalit nel suo complesso, nella sua storia, con le sue imprecisioni verbali, con la sua cultura non impregnata di conoscenze psichiatriche, poteva instaurare rapporti diversi di quelli che esistono fra psichiatri e pazienti, cio poteva instaurare un rapporto di partecipazione [...], questo operatore psichiatrico, provenendo

da classi operaie o contadine e portando con s valori culturali e contenuti comuni a quelli delle persone che avevano bisogno di aiuto, non creava il rapporto di dipendenza che normalmente si instaura fra tecnico, detentore del potere, e paziente. Il rapporto, cio, restava alla pari.

Invece gli psichiatri gestiscono il rapporto con le persone con tutta una serie di momenti violenti, violentatori: e noi questo lo vedevamo di continuo. Ti posso dire io quante persone ci trovavamo davanti distrutte, demolite, persone che oltre ad avere una difficile storia di classe erano poi state in manicomio. Ce le trovavamo di fronte imbottite di farmaci. Allora dovevamo fare in modo che ci sentissero vicini come individui che fanno parte della stessa classe, e che quindi capiscono cosa vuol dire essere messi da parte, non avere mai potuto dire n s n no, cosa vuol dire essere persone che non hanno mai deciso della loro stessa vita. Ce le trovavamo l , schiere di donne mute e che non avevano mai parlato. E cos , di momento in momento, affrontavamo un tipo di cultura che noi stessi non conoscevamo e non conosciamo bene. In quei momenti l prendevamo coraggio, sentendo che in un modo o in un altro questa cultura comune c'era, e ci ponevamo su un terreno comune: questo significava per noi essere operatori di base.

Ci muovevamo in tal senso anche sapendo che questa cultura era proprio quella che la psichiatria tendeva a smontare dimostrando che non era cultura. Anche nel Centro c'era chi definiva le nostre posizioni come .psichiatria della portinaia/: per quei personaggi che tutto sommato tendevano a gestire il Centro, noi eravamo i buoni, i bravi, quelli che provenivano dalla classe operaia, che potevano fare un po' quello che volevano, tanto grossi guai non ne potevano combinare perch lavoravano su persone appartenenti al manicomio. Spesso si arrivava a discussioni feroci sul concetto di malattia mentale. Ai medici che erano contro di noi, dicevamo che bastava che una persona si trovasse di fronte ad un medico di cui aveva soggezione per assumere atteggiamenti che per quel medico erano anormali, per ingarbugliarsi, per non riuscire a tirar fuori una parola o per eccitarsi. Contestavamo in questo modo le posizioni degli psichiatri del Centro d'igiene mentale, dei "santoni" [...].

Noi rifiutavamo la diagnosi, e ancora la rifiutiamo: cerchiamo di capire la storia delle persone. Fare la diagnosi significa schematizzare tutti i rapporti, significa inquadrare le persone. Il rifiuto della diagnosi (che quei .santoni/ di cui parlavo prima definivano rifiuto moralistico) molto importante in

quanto non ha un valore, come dire, letterario, ma un valore politico: la diagnosi impedisce di tener conto della persona nella sua totalità, con tutta la sua storia, ed da questa storia che bisogna sforzarsi di cominciare [...].

Imperversano invece tuttora le etichette-diagnosi per cui i .deboli/, i .riottosi/, i .ribelli/ e in genere chi non ce la fa pi deve essere tolto di mezzo, magari anche con il massimo di ipocrisia pietistica: a un certo punto, .poveretto, non colpa sua/, aiutiamolo a levarsi di torno perch non diventi "pericoloso" a s e agli altri.

L'esperienza di Reggio Emilia purtroppo non si ripetuta, ma nella sua esemplare validità rimane un punto di riferimento per chiunque voglia lottare contro il potere psichiatrico.

NOTE.

Nota 1. Vari documenti dell'epoca testimoniano l'interesse per analisi socio-politiche da parte della gente della montagna reggiana e di gruppi di base. Ricordiamo, tra gli altri, il lungo e dettagliato "Rapporto sulle condizioni socio economiche e culturali della zona montana della provincia di Reggio Emilia", a cura del Centro di igiene mentale, dell'ottobre 1970, con importanti ricerche sul rapporto fra emigrazione e ricovero psichiatrico.

4. IMOLA: IL REPARTO 14.

Dopo aver lavorato per evitare gli internamenti, per molti anni e in luoghi diversi, nel 1973 mi ritrovai all'Istituto psichiatrico .Osservanza/ di Imola, nel reparto 14 delle agitate schizofreniche pericolose irrecuperabili (1).

Fui io a decidere di prendere la direzione del reparto, considerato dagli psichiatri dell'Istituto come il pi difficile e pericoloso. Era l'ultimo in fondo, vicino alla chiesa, di fronte al reparto agitati degli uomini. L'istituto era strutturato per gradi successivi, dall'osservazione fino ai reparti da cui non si esce pi, se non in casi rari ed eccezionali.

Nel documento "Processo dei medici di Norimberga", a proposito dei programmi di eutanasia dei nazisti, si legge: .Nella sua deposizione l'imputato principale, dottor Karl Brandt, ha fatto presente che al congresso del partito nazista del 1935 l'allora Reichsrztefrer Gerhardt Wagner sollev il problema dell'eutanasia e fece proiettare una pellicola che mostrava quale vita erano condannati a condurre gli internati in manicomio/ (Mitscherlich e Mielke, 1967). I nazisti traevano le conseguenze logiche del pensiero kraepeliniano e bleuleriano davanti a situazioni simili a quelle che trovai a Imola.

Il reparto 14 delle agitate comprendeva al mio ingresso 44 donne segregate, con periodi pi o meno lunghi di detenzione, senza prospettive di uscita. I muri alti, le inferriate alle finestre, le porte di ferro, i vari settori dell'abitato separati e controllati, le celle con lo spioncino, i letti inchiodati al pavimento, erano le principali caratteristiche della struttura. Le 44 donne internate, tutte con diagnosi di schizofrenia, vivevano rinchiuso, isolate, legate, sorvegliate di continuo e costantemente sottoposte a tutti i trattamenti pi brutali della psichiatria.

Situazioni simili le avevo gi viste dappertutto, ma ora mi trovavo nella condizione particolare di doverle affrontare di persona e praticamente da solo. Nel reparto 14, se si eccettuano la lobotomia e la lobectomia, erano in atto su ogni singola persona tutti gli interventi teorizzati dagli psichiatri, in modo per cos dire concentrato. Esistevano mezzi di contenzione fisica di ogni genere, dalla camicia di forza alla maschera di plastica per impedire alle pazienti di sputare; venivano usati i tre fondamentali tipi di shock, vale a dire le iniezioni endovenose di acetilcolina secondo il metodo di Fiamberti, le

applicazioni di elettroshock secondo il metodo di Cerletti (2), la provocazione di comi insulinici secondo il metodo di Sakel; si usavano tutti i tipi di psicofarmaci; si praticava l'alimentazione forzata; si tenevano le degenti e le infermiere continuamente soggiogate dai ricatti e dalla paura dei superiori gerarchici.

Le terapie psichiatriche si possono suddividere in tre gruppi: contenzione fisica, contenzione chimica, contenzione psicologica.

I mezzi di contenzione fisica sono chiaramente definibili nelle loro funzioni e non hanno bisogno di commento.

Gli psicofarmaci sono definiti neurolettici, cio sostanze chimiche che hanno la propriet di abbassare il tono intellettuale ed emozionale di chi le prende; o neuroplegici, che significa - letteralmente - paralizzanti delle funzioni nervose.

Il coma, di qualunque origine o comunque provocato , come noto, un grave stato organico premortale. Per quanto riguarda gli shock, Edoardo Balduzzi, che ne un sostenitore, nel suo libro "Le terapie da shock" (Balduzzi, 1962), scrive: .Oggi infatti, se nella letteratura si torna a parlare di shock, lo si fa solo per lumeggiarne genericamente gli aspetti negativi: per elencarne i pericoli assoluti e relativi, premendo soprattutto sul concetto della progressiva invalidazione dell'efficienza psichica da parte di chi li subisce; per denunciare infine l'irrazionalit empirica di coloro che li proposero e - peggio ancora - di coloro che insistono nell'applicarli/.

Si assiste a una discussione, lugubrementemente umoristica, in cui gli specialisti che usano gli shock denunciano l'inefficacia e i danni degli psicofarmaci, e gli specialisti che prescrivono gli psicofarmaci denunciano i danni e l'inefficacia degli shock.

Per quanto riguarda poi il concetto stesso di terapia, esso legato logicamente, come scrive Don D. Jackson in "Eziologia della schizofrenia" (Jackson, 1964), alla definizione del concetto di malattia mentale. .La stessa definizione della schizofrenia come 'malattia' - osserva l'autore - presuppone che essa sia analoga alle 'malattie' e pertanto riconducibile ad una spiegazione fisiologica/. E Jackson cos prosegue: .Al tempo della definizione della 'demenza precoce' verso la fine del 1800, la medicina e, in genere, la cultura europea erano intensamente interessate alle teorie della degenerazione

sociale, basate sul concetto di 'inferiorità protoplasmatica'. Ci non sorprende se si tiene presente che questa società aveva una struttura sociale piuttosto rigida, fondata sulla teoria dei ceppi ereditari ed era al vertice dell'illusione della 'superiorità naturale' della 'razza bianca'. Gli studi antropometrici del Lombroso si fondavano sulla teoria che, quanto più un uomo rassomiglia a una scimmia, tanto più pensa come una scimmia e tanto meno anima possiede/. Conclude Jackson argutamente: .E' un campo pieno di folklore e di profezie facili ad avverarsi poiché se gli individui dai capelli rossi non hanno un temperamento più caldo degli altri, possono acquistarlo in breve tempo se qualcuno li tratta come se l'avessero/.

Così nel reparto 14 mi trovavo di fronte non solo a persone prigioniere e fisicamente provate da efficaci trattamenti di demolizione ma, quel che peggio, davanti a individui classificati da anni come esseri biologicamente inferiori che dovevano essere messi in condizione di riacquistare la parità con gli altri.

La distinzione fra gruppi etnici superiori e gruppi etnici inferiori ha avuto durante la seconda guerra mondiale gli effetti che tutti conosciamo. Per quanto riguarda gli individui in conflitto con la società, il medico franco-americano Alexis Carrel, del Rockefeller Institute di New York, premio Nobel per la fisiologia nel 1912 e precursore degli studi sui trapianti di organi, nel suo libro "L'uomo questo sconosciuto", pubblicato nel 1939, con un cinismo apparentemente più accentuato di quello del dottor Wagner al congresso nazista del 1935, scriveva:

Abbiamo già parlato delle forti somme di denaro che vengono attualmente spese per mantenere le prigioni e i manicomi, istituti che esistono per proteggere il pubblico dai soggetti antisociali e dai pazzi. Ma perché manteniamo in vita queste creature inutili e pericolose? [...] In Germania il governo [di Hitler] ha preso energiche misure contro il diffondersi dei tipi inferiori, dei pazzi e dei criminali. La soluzione ideale sarebbe l'eliminazione di questi individui appena si rivelano pericolosi. [...] La filosofia ed i pregiudizi sentimentali non hanno diritto di interferire in questo problema (citato in Pappworth, 1971 e Illich, 1977).

Per quanto riguarda la non conoscenza dell'uomo e dei suoi problemi, sembra che l'autore abbia scelto per la sua opera il titolo pi appropriato. Cos in quegli anni, traendo spunto dalla cultura medica e biologica cui si accennato, sull'onda del nazismo si traevano conseguenze politiche come la soppressione degli internati di ogni tipo (prigioni, manicomi) o la loro utilizzazione come cavie (Pappworth, 1971). Ancora oggi molti, pi o meno esplicitamente, sono della stessa opinione di Wagner e Carrel e operano nella medesima direzione.

Racconta Frantz Fanon nel libro "I dannati della terra": .Tra le caratteristiche del popolo algerino, come il colonialismo le aveva stabilite, consideriamo la sua criminalit strabiliante. Prima del 1954 i magistrati, i poliziotti, gli avvocati, i giornalisti, i medici legali erano tutti d'accordo nel dire che la delinquenza dell'algerino costituiva un problema. L'algerino, si affermava, un delinquente nato. Una teoria fu elaborata, prove scientifiche furono addotte. Questa teoria fu oggetto, per oltre vent'anni, di insegnamento universitario. Gli algerini studenti in medicina assorbirono quell'insegnamento e, a poco a poco, impercettibilmente, accettarono il colonialismo; le lites accettarono tranquillamente le tare naturali del popolo algerino. Fannulloni nati, bugiardi nati, ladri nati, delinquenti nati/. E la pseudo-scienza degli psichiatri entra di tutta prepotenza a confermare questo discorso. .Per il professor Porot - continua Fanon - la vita dell'indigeno nordafricano dominata dalle istanze diencefaliche. Ci equivale a dire che l'indigeno nordafricano in certo modo privo di corteccia". Ci che forse sarebbe troppo perfino per un Lombroso. Ma non basta. .Per farsi capire bene, il dottor Carothers - scrive ancora Fanon - stabil un paragone molto vivo. E' cos che propose che l'africano normale fosse un europeo lobotomizzato/ (Fanon, 1962). Per ammissione di uno psichiatra, sia pure esplicitamente razzista, un indigeno dell'Africa sarebbe quindi a livello cerebrale e psicologico altrettanto mal ridotto di un paziente europeo su cui per terapia sia passato il chirurgo.

Altri psichiatri pi romantici, come lo scrittore italiano Mario Tobino, si dilettono, lavorando e avendo lavorato in manicomio, di problemi di estetica e di misticismo, e scrivono opere o ispirano film di carattere sentimentale e umanitario. Al manicomio per ci sono affezionati. Chi vuol segnare la distanza tra il nuovo senso comune (ancora da sviluppare) e la buona coscienza dello psichiatra negli anni '50, non pu che rileggere

quel suo terribile e cinico libro, cinico anche nel titolo, "Le donne libere di Magliano" (Tobino, 1953). Questo libro, in cui D'Annunzio e Lombroso si sposano, pu rappresentare il manuale del buon psichiatra-custode e repressore con la falsa coscienza del buon terapeuta, che estende il suo sguardo-potere oggettivante su tutto il suo regno separato, assoluto dove ogni pi vigliacca violenza appare normale esplicazione del ruolo. (Le vittime son .bestie/, .puzzano/, .a volte feroci, a volte mansuete/ ma lontane dall'umanit; animali e quasi piante sono anche gli infermieri, contadini).

Lo psicologo forlivese Gianni Tadolini, nel rispondere con una lettera aperta a un articolo di Tobino ("Vedo il ghigno della follia", .Il Resto del Carlino", 7/5/1978), parla del mio lavoro al reparto 14 delle agitate e conclude: .Mi dispiace, caro Tobino, forse sei rimasto indietro, perch ti sei fossilizzato sul sintomo. Ti sei fermato ad ancora prima di Freud: s , perch gi Freud ci insegnava che il sintomo solo l'epigono di una storia, e solamente dalla conoscenza di questa nasce quel sapere che decifra il delirio e che pu spaccare e distruggere il sintomo stesso/ ("Lettera aperta a Mario Tobino", .Il Ponte", n. 10, settembre 1978).

NOTE.

Nota 1. Vedi a questo proposito P. Colacicchi, "Psichiatria e politica: una notizia da Imola", .Il Ponte/, n. 11, novembre 1973.

Nota 2. L'elettroshock invenzione di uno studioso italiano. Nello stesso tempo in cui si sviluppava il movimento nazista in Germania, dal 1932 al 1938 in Italia U. Cerletti e L. Bini conducevano a Genova e a Roma i loro esperimenti su cavie umane scelte fra i ricoverati in cliniche psichiatriche. Nel '38 Cerletti espose all'Accademia di Roma i principali risultati dei suoi studi: dopo aver avuto notizia che al mattatoio era stato sperimentato un nuovo sistema elettrico per stordire i maiali prima di ucciderli, aveva pensato di usare lo stesso trattamento per i suoi ricoverati. Vedi "Enciclopedia medica italiana", vol. VIII, Sansoni, Firenze, 1956, alla voce: "Shockterapia

(elettroshock)".

5. LA LIBERAZIONE DI TERESA B. (Questo capitolo stato tratto da un'intervista registrata da Paola Cecchi).

Nel capitolo seguente, che documenta attraverso le cartelle cliniche la storia di alcuni ricoverati all'.Osservanza/ di Imola, c' anche quella di Teresa B. L'ho incontrata quando nel 1973 sono diventato responsabile del reparto agitate.

Il reparto era tutto chiuso come un cubo: c'erano muri, che in seguito ho fatto demolire, porte di ferro che sono state sostituite con porte a vetri. Dalla sala d'ingresso attuale si passava a un piccolo corridoio, che portava alle stanzine delle pazienti. Le varie parti erano chiuse, vale a dire che da una stanza all'altra si passava solo aprendo le porte con le chiavi: in ogni locale c'era un'infermiera con le chiavi pronte, un certo numero di persone stava in una sala con l'infermiera, poi porta chiusa, altra sala con infermiera e chiavi.

Un cortile recintato con alte mura era l'unica possibilit per poter stare all'aria. All'interno c'erano le stanze (le celle) a due letti, in alcuni casi, come per Teresa, per una persona sola, quando era ritenuta particolarmente pericolosa. Dunque arrivavi e ti trovavi la porta chiusa con lo spioncino. Si possono ancora vedere le impronte delle unghie, all'interno, delle persone che erano slegate e tentavano di uscire, di aprire.

Teresa era ritenuta la persona pi pericolosa nel reparto delle pericolose. Era considerata .il mostro di Imola/.

Al mio arrivo dunque dovevo passare tutte queste barriere. Anche Noris, mia moglie, mi disse: .Da questa situazione sar difficile che tu riesca a liberarne anche soltanto una/. Arrivato davanti alla porta, potevi guardare solo dallo spioncino: di Teresa dallo spioncino vedevi solo gli occhi e i capelli, perch aveva la maschera (denominata museruola nella cartella, all'annotazione del 17/4/71), poi aveva la camicia di

forza toracica che la teneva fissa al letto e cinture di contenimento alle gambe e ai polsi, per cui era come una mummia.

La maschera per impedirle di sputare le copriva la bocca e quasi tutto il viso, come quando i banditi fanno le rapine. Nel caso di Teresa, la maschera era fissata con delle cinture di cuoio al letto. Quindi io vedevo solo gli occhi di Teresa.

Ho cominciato a slegarla, ho cominciato da una mano. A volte, anche prima che arrivassi io, tentavano di slegarla. Tutti i giorni dovevano slegarla per pulirla. Naturalmente andavano diverse infermiere, perch quando veniva slegata faceva quello che poteva, picchiava; anche una donna forte.

Una delle prime difficult sta nel rendersi conto che gli stessi degenti finiscono con il rifiutare essi stessi di essere slegati. Ad esempio nel caso di Teresa, le slegavano una mano e mentre l'infermiera tentava di darle da mangiare lei le graffiava il viso; a quel punto la rilegavano e la picchiavano. Cos molte di loro che sono state legate non hanno pi denti, sia a causa dell'elettroshock, sia perch le alimentavano con la sonda. Mi hanno raccontato le infermiere che se le degenti rifiutavano di aprire la bocca, venivano forzate e nell'operazione/ partiva anche qualche dente.

Si trattava di cominciare a slegarla contro il parere dei medici. Anche se il reparto dipendeva interamente da me, il medico al quale subentravo si ritir subito. Le infermiere avevano paura e si capisce perch l'avessero, data la situazione, il modo di pensare e il fatto che sembrava di agire contro la stessa volont della paziente. Ho trascorso un mese intero nel reparto, notte e giorno, perch nel reparto non c'era solo Teresa, c'erano quarantaquattro donne, di cui una trentina legate in continuazione, mentre le altre stavano slegate qualche ora al giorno. Cos c'era anche tutto questo lavoro di legarle e slegarle.

Dopo un mese ho consegnato alla direzione i mezzi di contenzione in un sacco accompagnato da un biglietto: .Questi strumenti di tortura devono uscire da un reparto ospedaliero/.

Ogni volta che prendevo in mano un reparto facevo questo lavoro, slegavo tutti e poi consegnavo i mezzi di contenzione. Perch consegnarli? Perch fino a che si tengono l , anche se non si usano, hanno gi una potenzialit terroristica. Quando mandai tutto via, lo feci sapere ufficialmente a infermiere e degenti:

era finita!

Teresa quella che si rifiutata per pi tempo di essere slegata perch aveva paura di quello che avrebbe fatto lei stessa, sapeva che una volta slegata avrebbe picchiato gli altri, e gli altri l'avrebbero punita duramente; allora preferiva .stare tranquilla/.

Tante volte ho sentito dire dagli psichiatri che .i pazienti stessi vogliono stare legati/, senza spiegare il perch. E' un po' come gli imputati di Stalin che dicevano di avere torto e che aveva ragione Stalin. Bisogna capire il perch. Teresa ora ognuno la pu vedere, purtroppo non se ne andata via - una persona con cui si riesce a comunicare. Dal punto di vista biologico c' da dire che, a parte la muscolatura rovinata e i denti che non ha pi, altri seri disturbi fisici, per i quali in genere si interviene chirurgicamente, sono spariti quando passata dalla condizione di donna legata costantemente al letto a quello di donna libera che pu camminare, parlare, vestirsi, uscire, andare dove vuole. Altre donne sono state addirittura dimesse e reinserite socialmente. Sembra paradossale ma il 14 oggi il reparto forse pi tranquillo dell'ospedale. Si trattato di buttare gi le porte e i muri, di togliere i mezzi di contenzione - la costrizione fisica; di convincere le infermiere a tenere le porte aperte e contemporaneamente togliere gli psicofarmaci. E' stata effettuata un'opera di educazione delle infermiere, perch smettessero di fare ricatti. Vanno tolte le strutture fisiche di repressione ma anche le strutture farmacologiche e le strutture psicologiche: questo il vero lavoro che bisogna fare contro il manicomio. Partendo dalla .camera di tortura/ arrivare alla .residenza/, come ora. Teresa una delle tante, ma era quella che ha fatto pi paura. I primi mesi che ero all'.Osservanza/ i medici non parlavano della liberazione di quarantaquattro persone del reparto 14, parlavano del fatto che Teresa B. non era legata, tanto che un medico che la conosceva bene mi disse: .Sta' attento, ch qualche volta ti pu saltare addosso e staccarti i coglioni/. Questo pensava di Teresa B uno dei medici responsabili del manicomio Lei non ha fatto male a nessuno, salvo nei primi tempi, quando c'erano molti litigi; adesso non succede pi.

Talvolta va anche fuori, gira per Imola, ma non le interessa molto, anche se ci pu andare quando vuole. Ora vuole soprattutto essere lasciata in pace, molto contenta quando viene a trovarla qualche familiare; ha una figlia, che per viene raramente a trovarla. Teresa fu ricovera a 21 anni dopo la

nascita di questa figlia, durante il puerperio. Una donna attraversa dopo il parto un periodo difficile in cui pu star male e deve essere curata, perch c' un cambiamento di situazione ormonica, fisica, psicologica. Lei era una contadina povera: faceva la casalinga e lavorava nei campi; era in un periodo di debolezza fisica e con problemi psicologici normali in una donna, e probabilmente non riusciva a lavorare come prima. A quel punto avranno chiamato un medico. Magari era sufficiente un semplice periodo di riposo, ma il medico ricorse allo psichiatra. L'hanno presa e mandata al manicomio. Un primo ricovero a Bologna, dove stata sottoposta a elettroshock e insulinoterapia, e il secondo a Imola, dove si trova ormai da trentatr anni.

6. LE CARTELLE CLINICHE.

Contro la psichiatria c' una .prova documentale/ impressionante e inconfutabile nella sua nuda eloquenza: sono le cartelle cliniche, di cui voglio qui riportarne alcune, scelte fra oltre 150 e trascritte da Paola Cecchi. Sono storie di trattamento psichiatrico riferite a persone che attualmente vivono nei reparti .aperti/ di Imola, quelli sotto la mia responsabilit.

Raramente documenti di questo tipo vedono la luce. Ritengo invece importante che il maggior numero di persone conosca queste storie e si confronti con esse. Sono documenti che si commentano da soli e dimostrano NEI FATTI la funzione repressiva della psichiatria. Dietro le pi assurde e immotivate diagnosi c' sempre una storia fatta di emarginazione e di sfruttamento sociale e culturale, di drammi familiari ed affettivi. La malattia di mente o malattia mentale non va confusa con le malattie del cervello di pertinenza della neurologia. Queste sono malattie reali, che hanno una spiegazione fisiologica, e la loro cura comincia appunto quando finisce la psichiatria, quando si supera il pregiudizio della malattia mentale.

Ogni altro commento mi sembra superfluo. Dico solo che non si pu cadere nel solito tranello: .ma queste cose non si fanno

pi/, perch non solo si fanno ma sono inserite nelle metodologie di cura mai rinnegate, anche nei moderni manuali di psichiatria.

Da quando, nell'agosto 1973, sono entrato a Imola, ho sospeso qualsiasi annotazione sulle cartelle dei degenti dei miei reparti, rifiutandole come schedature. Le storie, che si concludono con date pi recenti, riguardano persone trasferite successivamente nei miei reparti.

Italo R.

Ammesso il 28/6/1951. Data di nascita dicembre 1922. Celibe. Professione autista. Titolo di studio quarta elementare. Diagnosi schizofrenia (catatonica).

Anamnesi: riferiscono il fratello e la madre che il ragazzo era perfettamente normale prima di andare nei soldati tanto che fu fatto subito abile al servizio militare, ha fatto l'Albania, l fu fatto prigioniero e portato in Germania nel campo di concentramento di Hannover e fu preso da deperimento organico [...]. Tornato a casa non era pi lui: taciturno, privo di energia [...].

Decorso e cura. 29/6/51. Ammesso ieri alle 16,15. Entra in barella, aiutato a mettersi in piedi barcolla, pare sotto l'azione di qualche sedativo, si lascia spogliare passivamente, si mette in letto e non si muove pi, standosene ad occhi chiusi estraneo a tutto. Ha riferito il fratello che da qualche giorno si era fatto taciturno, inerte, incurante del suo lavoro: ad intervalli usciva per aggirarsi in bicicletta senza scopo, mostrando di non curare alcun pericolo: ultimamente ha tentato improvvisamente di buttarsi sotto una automobile, senza dire parola. Dubbio se abbia avuto malattie veneree, non bevitore. Da ultimo rifiutava anche il vitto ed ha avuto qualche reazione contro i parenti. Ha dormito poco nella notte: andava sospirando, ha parlato qualche po' da solo, afferma che non ricorda nulla degli ultimi giorni, ha poi avuto atteggiamenti

manierati, si va coprendo il capo con il lenzuolo, a momenti si irrigidisce ed ha rapidi cambiamenti di posizione: una breve crisi di pianto, non motivata [...].

30/6/51. Ha dormito pi a lungo: pi ordinato, ma ad intervalli gesti o atteggiamenti manierati, dice che ha bisogno di far ginnastica per stare meglio, ha accusato senso di stiramento al collo ed alle spalle, va sorridendo fra s, si nutre volentieri, dice che non ha nulla da chiedere [...].

2/7/51. E' un po' meno smanioso, pi accessibile, riferisce egli stesso di avere la testa meno .invanita/ risponde con buona volont alle domande che gli vengono rivolte ed in genere tranquillo e ubbidiente. Pi che immagini deliranti sistemate egli presenta piuttosto interpretazioni morbose ed assurde in relazione a sensazioni varie per il corpo. Per esempio riteneva che animaletti gli girassero fra le scapole. Di notte non dorme molto. Si nutre.

5/7/51. Iniziata la piroterapia che sopporta bene. Dal punto di vista mentale non si rilevano modificazioni apprezzabili. Comunque comportamento tranquillo. Si nutre. Di notte riposa abbastanza.

10/7/51. Si nota qualche miglioramento della terapia instaurata. Il paziente insiste meno relativamente alle sensazioni del suo corpo. E' di umore pi sollevato e si interessa dell'ambiente e delle persone che lo avvicinano. Si nutre. Di notte riposa.

21/7/51. Persistono le buone condizioni di cui sopra.

4/8/51. Visitato dal professor Zanelli di Bologna per conto di una assicurazione. Si mostrato mentalmente ordinato, ma alquanto disaffettivo, fatuo, dissociato, un po' manierato.

28/9/51-28/10/52 [Note impossibili da leggere]

10/6/52. Seconda ammissione. Dopo le dimissioni il paziente ha trascorso due mesi di relativo benessere in cui ha tentato di riprendere il proprio lavoro di autista; ma tosto ha dovuto abbandonarlo, dato che il paziente si sentiva inceppato nel pensiero e soprattutto nell'azione. Infatti il paziente, aggravandosi tale stato, si ridotto ben presto in casa, inerte, abulico, ostacolato in ogni sua azione da una forza interiore. Cosciente del suo stato, il paziente avrebbe desiderato farsi subito ricoverare di nuovo, se un fratello non

si fosse opposto. Anche i familiari infatti notarono tale inceppamento, dato che il malato se ne stava inerte, mutacico, rifiutava il cibo, non voleva uscire di casa, riposava poco, tanto che dovettero convincersi e ricondurlo qui. All'ingresso infatti il paziente presentava uno stato di parziale arresto psicomotorio con mutacismo, lentezza nei movimenti, assenza di iniziativa nell'azione, senso di malattia presente e vivo desiderio di cura.

13/6/52. Sempre chiuso e scarsamente accessibile, inerte nell'azione, risponde stentatamente alle domande rivoltegli, accusa modico stordimento del capo, dorme e si nutre con regolarità.

16/6/52. Sostanzialmente invariato. Persiste lo stato di parziale arresto psicomotorio.

17/6/52. È trasferito al padiglione 17.

10/3/54. Attualmente sta meglio. Gli è stato effettuato un ciclo di cura con elettroshock che ha diminuito un poco in lui lo stato di parziale arresto psicomotorio. Attualmente ancora chiuso, poco accessibile, quasi sempre silenzioso, ma sta alzato e aiuta gli imbianchini a raschiare i letti, dimostrando sufficiente buona volontà e destrezza.

11/5/55. Persiste l'arresto psicomotorio a carattere catatonico, per il malato sta alzato ed è abbastanza pulito e ubbidiente. Mutacico, anaffettivo, inerte, conserva il senso dei bisogni organici e si nutre con appetito. Passa al padiglione 7.

14/5/55. Per ragioni di posto passa al padiglione 9.

15/5/55. Passa al padiglione 13.

19/7/56. Notandosi un peggioramento dello stato psicofisico passa al padiglione 17.

7/8/56. Passa al padiglione 14.

28/8/57. Viene trasferito al padiglione 9 per le condizioni di arresto psicomotorio.

29/4/59. In stato di avanzata demenza. Adattato all'ambiente, anaffettivo, apatico, mutacico, inerte. Ideazione rallentata, non esprime alcun concetto o ragionamento compiuto.

29/4/59. Indifferente a tutto. A tratti allucinato. Abbastanza corretto nel contegno. E' tranquillo, e non ha impulsi. Si nutre regolarmente. Condizioni fisiche generali buone.

2/4/60. Ha presentato improvvisamente un atto impulsivo e precisamente ha tentato di colpire con una panca altri ricoverati, ed ha invece colpito il muro piuttosto violentemente tanto da rompere la panca stessa. Viene pertanto in data odierna trasferito al padiglione 11.

2/10/60. Non ha pi presentato atti impulsivi e si mantiene calmo e passivamente adattato all'ambiente, mostrandosi indifferente a tutto, inerte, un poco rallentato in ogni manifestazione psicomotoria. Condizioni generali fisiche buone.

?/7/62. Notevolmente rallentato, ma calmo ed abbastanza accessibile. Si nutre e riposa sufficientemente

?/4/63. Si molto accentuato lo stato di arresto psicomotorio. Tanto che non ha pi voluto alzarsi ed anche appare qualche resistenza nel nutrirsi. Deve essere parzialmente fermato in quanto scende improvvisamente dal letto e si scaglia contro gli altri ricoverati o contro il personale.

?/12/63. Pressoch invariato. Sono state praticate cure ricostituenti, in quanto fisicamente deperito

?/?/64. Relativamente accessibile, a tratti sporadici stato di arresto psicomotorio. Persiste talora impulsivit.

?/?/65. Sostanzialmente immodificate le condizioni psichiche.

?/5/66. Dopo breve periodo di trattamento con Talofen e successivamente [illeggibile] [...]. Condizioni lievemente migliorate.

?/?/67. [Illeggibile].

?/?/68. Contegno immodificato, le condizioni fisiche sono scadute.

20/12/69. Attualmente assume 2 Melleril 50 al d . Nessuna modificazione apprezzabile dello stato psichico e del contegno.

70-71-72. [Brevi note quasi illeggibili con riferimento alle

terapie farmacologiche].

15/3/73. Tranquillo, ambientato: sufficientemente lucido e ordinato. Si potrebbe tentare una dimissione.

15/9/73. Condizioni psichiche immodificate. Non presenta attualmente spunti di pericolosit.

11/1/74. Stazionario.

31/3/74. Ha presentato una impulsivit ed ha aggredito un altro paziente, poi un infermiere che cercava di calmarlo. Interrogato in proposito non ha risposto per giustificare il proprio gesto. Crisi psicosensoriale? Inizia Neoleptil.

24/4/74. Non ha pi presentato manifestazioni impulsive. Sempre appartato, taciturno, in atteggiamento catatoneggiante.

7/7/74. Appartato, taciturno, rimane ore intere immobile, col capo chino quasi sempre in corrispondenza con angoli del cortile o del refettorio. Interrogato in merito a tale suo atteggiamento o non risponde o risponde con un .non so/.

12/9/74. Invariato il comportamento. Non parla spontaneamente, risponde invece a tono, anche se dopo molta insistenza, se interrogato, mostrando lucidit mentale.

28/11/74. Sempre rallentato nelle attivit psicomotorie, per lo pi in atteggiamento catatonico. Talora allucinatorio. Non manifestazioni impulsive.

3/3/75. Condizioni fisiche buone. Si alimenta con regolarit e sufficienza. Normale il ritmo sonno-veglia.

18/5/75. Non sostanziali modificazioni del quadro psichico.

13/8/75. Terapie attuali: Neoleptil (10 gt). Talofen 25 mg [...].

25/9/75. Passivamente adattato all'ambiente, solitamente taciturno appartato, ma tranquillo.

15/10/75. Non manifestazioni impulsive o aggressive.

7/11/75. In considerazione della non pericolosit attuale del Paziente viene proposta la trasformazione del ricovero coatto in volontario.

2/4/76. Immodificato.

24/9/76. Prima vaccinazione antitetanica a scopo profilattico.

27/10/76. Seconda f H Atetal.

10/12/76. Praticate gammaglobuline per profilassi epatite (complessivamente tre fiale). Sul piano psichico continua a restare chiuso in s, rallentato, ma calmo e corretto.

10/2/77. Stamani non d adito a particolari rilievi.

14/3/77. Taciturno, tuttavia se interrogato risponde abbastanza a tono, si mantiene tranquillo, corretto, impoverito negli interessi e nella iniziativa.

26/4/77. Non modificazioni di rilievo da segnalare.

4/6/77. Invariato.

30/7/77. Quadro di rilevante impoverimento mentale, ma comportamento tranquillo e corretto. I parenti venuti a trovarlo o invitati a conferire non si sono mostrati sostanzialmente disposti per una dimissione in famiglia del paziente.

12/9/77. Sempre chiuso, appartato, con evidenti note di impoverimento della personalit, come rallentato, ma corretto e governabile.

11/10/77. Avendo causato disturbi piuttosto maldefiniti, variabili, fra cui dolenzie in sede precordiale, ha praticato un E.C.G. di controllo: non patologico. Condizioni generali di nutrizione buone. Esame obiettivo sostanzialmente negativo.

14/10/77. Non ha pi accusato i disturbi di cui sopra. A volte si fa pressoch inaccessibile ai colloqui; sempre corretto nel comportamento.

30/11/77. Stazionario.

10/1/78. Usuale quadro psicopatologico.

9/3/78. Ha iniziato una compressa... fino a questo momento senza risultati apprezzabili.

14/4/78. Sempre scarsamente accessibile, chiuso in s, appartato, tuttavia corretto nel comportamento. Ha iniziato un tentativo di cura con... conf. 200 mg.

16/5/78. Non modificazioni di rilievo da segnalare.

30/6/78. Usuale quadro dissociativo di vecchia data, con scarsissima accessibilit e rallentamento psicomotorio.

15/7/78. Disordinamento nella cura della persona, indifferenza, abulico, poco accessibile al colloquio. E' mentalmente lucido, ma povero di idee, carente nel ragionamento e nella critica.

12/8/78. Condizioni fisiche buone.

9/9/78. Terapie in atto: Equilid 200 mg (2 c.); Disipal (2 c.); Talofen (30 gt); Neoleptil (20 gt); Effortil.

23/10/78. Comportamento tranquillo anche se il paziente rimane appartato, taciturno e verosimilmente allucinato.

5/11/78. Invariato.

20/12/78. Il paziente rimane alzato il giorno, passeggia sempre da solo fuori del reparto. Alla notte riposa.

10/1/79. Contegno stazionario.

15/2/79. Episodicamente scontroso, irascibile, anche impulsivo; durante queste manifestazioni chiede spesso di essere contenuto con fasce ai polsi.

24/3/79. Non modificazioni di rilievo.

8/4/79. Condizioni fisiche buone.

18/5/79. Taciturno, appartato, tranquillo.

20/6/79. Privo di iniziativa, interessi, volont; limitato e incoerente nelle idee.

12/7/79. Invariato.

27/8/79. Rallentato nelle attivit psicomotorie, a volte in atteggiamenti catatonici o allucinatori.

11/9/79. Stazionario.

21/10/79. A volte impulsivo.

11/11/79. Terapia invariata.

13/12/79. Condizioni fisiche buone.

5/1/80. Spesso in atteggiamenti catatoneggianti; meno impulsivo.

17/2/80. Invariato.

30/3/80. Sempre poco accessibile al colloquio; spesso le risposte sono a tono.

11/4/80. Stazionario.

15/5/80. Vaccinoprofilassi antitifica.

20/6/80. Comportamento autistico immodificato.

2/7/80. Non si segnalano dati di rilievo.

4/8/80. Taciturno, appartato, allucinato, meno impulsivo.

14/9/80. Rallentato nelle attività motorie, abulico, vorrebbe spesso rimanere a letto per l'intera giornata.

22/10/80. Invariato.

12/11/80. Non si segnalano dati di rilievo.

10/12/80. Stazionario.

8/1/81. A volte in atteggiamenti catatonici, negativisti.

24/3/81. Mutacico, appartato, ma tranquillo.

10/4/81. Condizioni fisiche buone.

7/5/81. Scontroso, a volte allucinato, ma non impulsivo.

18/6/81. Senza motivo ha colpito un degente con una sedia procurandogli una lieve ferita.

1/7/81. Tranquillo, disordinato.

20/8/81. Invariato.

16/9/81. Non si segnalano dati di rilievo.

Luciano C.

Amnesso il 23/3/57. Data di nascita settembre 1946. Celibe. Professione: inabile. Cultura analfabeta. Diagnosi: oligofrenia cerebropatica.

Anamnesi: il ricoverato da anni dimostra lento sviluppo mentale. Piuttosto violento e irritabile. Il padre suicida. La madre stata ricoverata in questo istituto all'atto del suicidio del marito. Estrema indigenza familiare.

Decorso e cura. 23/3/57. Il bambino entra notevolmente eccitato, necessario contenerlo. Denutrito e di scadenti condizioni.

25/3/57. Continuamente irritato. Passa al padiglione 16.

4/3/59. E' insorta influenza febbrile (denuncia 7/3/59).

17/4/59. La malattia infettiva si esaurita in 40 giorni, attualmente le condizioni fisiche vanno migliorando. Psicicamente grave l'arresto di sviluppo, non si sa esprimere, ha comportamento disordinato e talora necessario contenerlo per la continua masturbazione. Passa alla C.E.

25/11/59. Frenastenico, stolido, sudicio, disordinato, non possiede linguaggio articolato. Condizioni fisiche mediocri. Passa al padiglione 15.

23/11/60. Per necessit di posto passa al padiglione 1.

6/12/60. Padiglioni 1-15.

20/7/61. Padiglione 15, oligofrenico in discrete condizioni

fisiche, a tratti subeccitato. Sviluppo fisico normale. Viene tenuto alzato pressoché costantemente.

30/12/62. Immodificato. Condizioni di sviluppo somatico normale. Si nutre regolarmente.

20/10/63. A tratti viene prescritto qualche sedativo; sempre molto irregolare il comportamento. Linguaggio articolato pressoché assente. E' mal governabile. Condizioni fisiche buone.

30/11/64. Immodificate le condizioni psicofisiche. Il comportamento sempre vivace e irregolare. Si riesce a tenerlo alzato anche nella stagione fredda nelle sale superiori. Nel soggiorno non possibile in quanto disturba gli altri pazienti.

25/1/65. Inizia la vaccinazione antipolio [Non decifrabile]. Terapia antiepilettica.

7/3/65. E stato affetto da influenza febbrile. Attualmente [...] lo sviluppo somatico normale. A tratti irrequieto e viene allettato e curato con neurosedativi (Largactil).

30/10/65. Pressoché immodificato. E' sempre malgovernabile, con scarse percezioni. A tratti disturba gli altri pazienti e si costretti a porlo a letto. Terapie neurosedative.

20/11/66. Si ferito al polso cadendo nel reparto. [Illeggibile].

15/4/67. Padiglioni 15-19.

15/4/67. Condizioni fisiche buone. Stato psichico e comportamentale invariato. Per necessit di posto passa al padiglione 19.

18/3/68. Grave quadro frenastenico. Crisi di eccitamento durante le quali necessita contenerlo.

4/2/69. Non vi sono varianti degne di note.

4/4/70. Vita vegetativa, disordinato, sudicio. Deve essere accudito in tutto.

28/3/71. Invariato il quadro frenastenico. Condizioni fisiche discrete.

25/9/71. Acritico, fatuo e stolido nel contegno, disordinato laceratore. Manifesta agitazione motoria, vociferazione notturna. Terapia Largactil, Gardenal.

27/9/71. (Da circa venti giorni pi eccitato del solito). Viene facilmente a diverbio. Passa al reparto 9.

5/10/71. Perdurando l'agitazione motoria, viene trasferito al padiglione 11.

6/11/71. Irrequieto, disordinato, specie se isolato, laceratore, sudicio. Passa al padiglione 15.

7/1/72. Sempre in eccitamento, laceratore con grave disordine del comportamento specie se allettato.

9/4/72. Alzato presenta problemi di custodia in quanto disturba a tratti e d spinte agli altri pazienti. [Illeggibile].

20/10/72. Vaccinazione anti-influenzale. Condizioni stazionarie.

15/3/73. Ha sofferto di bronchite catarrale. Attualmente migliorato. Disordinato ma non aggressivo. Terapia attuale Neoleptil + Largactil.

4/8/73. A letto per qualche giorno per un foruncolo al piede sinistro, si alza in condizioni di nutrizione buona. Disordinato ma poi governabile, terapia [Illeggibile].

28/8/73. Praticata seconda f Anatetal.

15/11/73. In complesso meno irrequieto e disordinato.

9/2/74. Spesso a tratti irrequieto e disordinato. Condizioni fisiche generali discrete.

31/3/74. Praticata profilassi con gammaglobuline contro l'epatite virale.

10/5/74. Non modificazioni di rilievo da segnalare.

3/8/74. Gammaglobuline.

12/8/74. [Illeggibile].

20/1/75. Disordinato, non manifesta nessuna aggressivit, se

opportunamente guidato relativamente ubbidiente. Condizioni fisiche buone.

8/3/75. Condizioni stazionarie e per necessit di ristrutturazione del reparto passa al padiglione 11.

24/4/75. Deficit psichico di notevole grado. Al momento non presenta pericolosit alcuna. Necessita comunque essere accudito in tutto non essendo per nulla autosufficiente.

22/12/75. Richiesta trasformazione in ricovero non coatto.

20/2/76. Non si presentano varianti degne di note.

21/5/76. Disordinato, sudicio, necessita di assistenza. Ma non presenta pericolosit alcuna.

12/11/76. Non modificazioni di rilievo da segnalare.

10/12/76. Praticata gammaglobulina.

15/1/77. Stazionario.

10/3/77. Sostanzialmente invariato.

20/4/77. Sempre piuttosto disordinato, tendendo a nutrirsi pi del normale e in modo improprio, talora transitoriamente irrequieto, ma non aggressivo, n impulsivo.

2/6/77. Non fatti nuovi di rilievo da segnalare.

30/7/77. Dopo un periodo in cui si mostrato maggiormente irrequieto, ritornato pi o meno nelle abituali condizioni.

12/9/77. Stazionario.

10/10/77. Non modificazioni di rilievo da segnalare.

30/11/77. Usuale quadro frenastenico di grado rilevante, con episodiche manifestazioni di irrequietezza, senza fatti di aggressivit o impulsivit. Condizioni generali di nutrizione buone.

4/1/78. Sostanzialmente invariato.

14/2/78. Non modificazioni di rilievo da segnalare.

26/5/78. [Illeggibile].

1/7/78. Stazionario, non d adito a nuovi rilievi.

12/8/78. Grave frenastenia, non si presta assolutamente al colloquio, tranquillo, sudicio.

21/9/78. Condizioni fisiche buone. Tiene in bocca e mastica oggetti vari, che per non ingerisce.

5/10/78. Conduce vita esclusivamente vegetativa.

18/11/78. Disordinato, sudicio, ma non impulsivo.

20/12/78. Alla notte riposa. Si alimenta abbondantemente.

15/1/79. Terapia in atto Neoleptil (10 gt), Valium (15 gt x 2).

19/2/79. Comportamento sostanzialmente invariato.

24/3/79. Tranquillo non impulsivo, ma molto disordinato.

16/4/79. Invariato il quadro mentale di grave frenastenia.

4/5/79. Condizioni fisiche buone.

11/6/79. Molto sudicio, disordinato.

28/7/79. Spesso fuori del reparto, ma non manifesta tendenze ad allontanarsi.

13/8/79. Non si segnalano dati di rilievo.

22/9/79. Solito frenastenico con la perdurante tendenza a tenere in bocca oggetti vari (carta, pezzi di legno, eccetera).

18/10/79. Invariato.

21/IV79. Buone le condizioni generali di nutrizione.

1/12/79. Alla notte riposa, durante il giorno tranquillo.

14/1/80. Molto sudicio, disordinato.

9/2/80. Conduce vita esclusivamente vegetativa.

17/3/80. Invariato.

15/5/80. Vaccino-profilassi antitifico.

2/6/80. Il paziente affetto da diarrea, senza sintomi obiettivi a carico dell'apparato digerente.

4/6/80. E' comparsa febbre, per cui agli antisettici intestinali si associano gli antibiotici.

5/6/80. Poich la sintomatologia non tende a regredire ed comparso sangue frammisto alle feci, il paziente viene ricoverato all'O.C. di Imola.

10/6/80. Dimesso dall'O.C. rientra in reparto con diagnosi di colica addominale per intasamento fecale causato da alimentazione impropria (bacche, arbusti, radici e pezzi di legno).

20/6/80. Il paziente va meglio. Segue la terapia prescritta all'O.C. semicupi 2-3 volte al d di emulsione di olio di vaselina.

15/7/80. Condizioni fisiche buone.

10/8/80. Invariato il quadro di grave frenastenia.

30/6/84. Visita chirurgica. Asportazione dall'ampolla del retto di materiale fecale con pezzi di legno frantumato.

Vittoria M.

Ammissa 3 dicembre 1954. Data di nascita 16 settembre 1923.
Nubile. Professione: dottoressa in medicina e chirurgia.
Diagnosi: schizofrenia.

Anamnesi: [impossibile decifrare le parole].

Decorso e cura. 3/12/54. La paziente entra nell'istituto apparentemente calma, al medico che l'interroga risponde con senso logico, parla abbastanza particolareggiata dei suoi disturbi, afferma avere propriet telepatiche. Alle domande del medico insiste nel confermare il suo disordine mentale, dimostrandosi fiduciosa in un rapido ripristino. Aspetto normale, contegno composto e calmo.

4/12/54. La notte passata calma, la paziente ha riposato, il contegno e il pensiero si mantengono invariati. Ha mangiato.

14/12/54. Passa al padiglione 8 per la terapia insulinica.

15/12/54. Inizia in data odierna insulinoterapia.

29/12/54. Mostra notevole resistenza ad entrare in coma. Con 320 ui. ha solo profonde sensazioni di irrequietezza.

12/1/55. Con 420 ui. ha raggiunto il coma. Al risveglio, forse dato l'alto dosaggio, si sente molto spossata. Scontrosa con il personale che ritiene le possa propinare cibi e sostanze avvelenate.

3/2/55. Data la difficult a raggiungere il coma, si inizia combinato con elettroshock.

11/3/55. Mentalmente sopita e progressivo decadimento. Acritica, stolidia, con idee deliranti di persecuzione e di influenzamento. Spesso se la prende con i medici e con il personale. Continua insulinoterapia combinata con elettroshock.

7/5/55. Sono stati eseguiti complessivi 18 accessi convulsi combinati con altrettanti coma. In totale entrata in coma profondo solo 18 volte raggiungendo per il precoma quasi ogni giorno. All'inizio della combinata con l'elettroshock s'era notato un notevole miglioramento che per stato di breve durata.

11/6/55. E' mentalmente molto decaduta ed in preda ad accessi psicosensoriali che la rendono scontrosa, diffidente, totalmente priva di critica. Passa al padiglione 10.

22/10/56. Lo stato mentale dell'inferma non subisce che scarse variazioni in seguito ad applicazioni di elettroshock. E' spesso disordinata, stolidia, sconnessa, sitofoba [avversione per il

cibo].

1/3/57. Sono stati fatti altri elettroshock con miglioramento transitorio. Sottoposta ad iniezione di Largactil. Sempre stolidità, sconnessa, sudicia.

5/12/57. Notevole decadimento mentale. Passa al padiglione 8.

4/12/58. Sempre sotto l'influenza di idee deliranti crede che i cibi siano avvelenati, teme di tutto, si sente contagiosa e per questo sta appartata. Condizioni fisiche buone.

20/2/59. Da parecchi mesi sta sempre a letto. Si nutre solo di liquido (brodetto). A volte sudicia e disordinata. Non si interessa, non risponde ad alcuna domanda. Condizioni fisiche in netto e progressivo peggioramento.

14/5/59. Sitofoba, negativista, a volte sudicia. Condizioni fisiche molto decadute (vengono, oltre le cure, praticate ipodermoclisi di vitamine, a giorni alterni).

20/11/59. Solite condizioni mentali. Sempre sitofoba. Condizioni fisiche molto decadute.

20/1/60. Attualmente si nutre spontaneamente. Le condizioni fisiche sono migliorate. Spesso clamorosa e allucinata.

26/2/60. Non modificazioni dello stato mentale. Si nutre spontaneamente.

5/5/60. Di nuovo sitofoba. Di notte clamorosa a tratti. Condizioni fisiche decadute.

13/5/60. Sputa continuamente ed scomposta. Passa al padiglione 14.

14/10/60. Alterna periodi di discreto benessere a periodi di eccitamento e sitofobia.

8/2/61. L'ammalata pare più riordinata ed equilibrata dopo che si inizia terapia con Serenase.

14/4/61. Va nettamente meglio. Le condizioni intellettive sono discrete nonostante le facoltà fisiche siano nettamente indebolite. Passa al padiglione 16.

28/7/61. Dopo un discreto periodo di relativo benessere, da ieri ricaduta in uno stato delirante-ansioso: essa sente un fluido uscire dal suo corpo che strega le persone che le stanno vicine.

15/12/61. Ultimamente continua a presentare le sue idee deliranti, da una settimana fa terapia con Faseina (3 compresse al di) e con psicoterapia; la paziente dice .di non essere pi stregata e di non stregare/. Un po' pi riequilibrata anche come umore. Fisicamente sta benino, un po' anemica, fa terapia con estratto epatico.

25/6/62. E' stata benino per qualche mese, andava a lavorare in guardaroba. Non presentava pi idee deliranti, critica buona, ora ricaduta, ogni tanto necessario tenerla a letto. Faseina e Talofen.

5/8/62. Da qualche giorno peggiorata; anoressia, bisogna alimentarla con la sonda. Subeccitata, necessario contenerla. Viene inviata al padiglione 14.

18/3/63. In questo periodo stata sottoposta a diversi brevi cicli di elettroshock, che la riordinano abbastanza. L'altro giorno ha avuto uno scatto impulsivo improvviso e immotivato. Nel complesso nessun miglioramento dello stato mentale sempre allucinato e delirante.

13/9/63. Nessuna modificazione apprezzabile dello stato mentale, vi in lei un vuoto completo delle cognizioni di medicina e chirurgia e della specializzazione in pediatria. Spesso inerte, indifferente, talvolta con manie religiose.

7/6/64. Attualmente abbastanza calma, ma senza cognizioni del proprio essere, adattandosi talvolta ad umili servizi.

[Illeggibili 20 righe della cartella].

30/2/68. Abbastanza calma. Sempre dissociata. Orientata nello spazio e nel tempo. Non disturba. Si nutre regolarmente.

4/6/70. Quadro psico-fisico invariato. Terapia Largactil 100 + 100 + mezzo Letargin alla sera.

?/20/71. La paziente orientata nello spazio e nel tempo. Sembra abbastanza coerente, ma durante il colloquio si evidenziano spunti deliranti e allucinazioni auditive. Afferma di essere a volte dominata da impulsi demoniaci che riesce a

respingere. C' anche un certo grado di allucinazione mentale.
Terapie in corso Largactil 100 + 100 Letargin 1/2 compressa sera.

15/1/72. Sospesa ogni terapia psicofarmacologica per 10 giorni
in attesa di iniziare nuovo trattamento con farmaco MD 7 332.
Richiesti esami di routine.

10/2/72. Riprende terapia con Largactil per mancato trattamento
con farmaco MD 7 332. La paziente pi agitata ed impulsiva.

17/8/72. Solite condizioni mentali: dissociata, allucinata,
delirante, impulsiva (a tratti). Comportamento stereotipato ed
infantile. Largactil 100 +100 Letargin 1/2 alla sera.

1/2/73. P.A. 200. E' stata colta da malore, ma si ripresa
subito. Condizioni mentali invariate.

2/3/74. Essendo la paziente da tempo istituzionalizzata ed
abbastanza calma, non presenta attualmente segni di
pericolosit, si propone quindi per la trasformazione in
volontaria.

19/4/75. Stato febbrile. Catarro su tutti gli [...] polmonari
[...] Sobrepin [...].

23/4/75. In data odierna viene ricoverata all'ospedale civile
per broncopolmonite (esami vari in reparto).

Seconda ammissione (Rientro dall'Osp. Civ.).

7/5/75. Rientra dall'Osp. Civ. psichicamente invariata, terapia
consigliata [...].

16/4/77. Psichicamente invariata. Paziente istituzionalizzata.
Glicemia 135. Azotemia 10.

8/7/78. Di umore estremamente variabile: ora accessibile e
cordiale, ora estremamente scontrosa. Non accetta suggerimenti
circa le limitazioni qualitative della dieta, in quanto
diabetica.

13/8/78. Glicemia: 104, condizioni stazionarie.

12/9/78. Non dati di rilievo da segnalare.

9/10/78. Glicemia 108 [...].

19/10/78. Inviata per visita specialistica all'O.C. [...]

[Troviamo sette annotazioni che si riferiscono esclusivamente alle condizioni fisiche di Vittoria e un ricovero in ospedale civile per blocco renale acuto].

3/4/79. Esame schermografico di controllo. Pi calma.

25/5/79. Non accetta limitazioni nella dieta.

14/6/79. Spesso scontrosa, a volte aggressiva.

[La cartella continua con molte annotazioni sugli esami della glicemia e della azotemia e termina].

24/3/82. Sostanzialmente invariato il quadro di decadimento mentale.

Bianca B.

Ammissa 8 novembre 1927. Data di nascita 16 agosto 1910. Nubile. Analfabeta.

Diagnosi: non verificata pazzia-epilessia motoria con carattere epilettico e frenastenia cerebropatica con insufficienza mentale di medio grado (soggetta a violenza carnale, era tale da poter resistere? S . Vedi perizia).

Decorso e cura. 9/11/27. Entrata ieri mattina proveniente da Cesena accompagnata da un agente di Questura con ordinanza del signor Giudice Istruttore del tribunale di Forl per essere sottoposta a perizia psichiatrica. All'ingresso era tranquilla e docilmente ha acconsentito a spogliarsi e mettersi a letto. Quivi rimasta, calma, ordinata, guardandosi attorno con una certa meraviglia nervosa, ma senza mostrarsi preoccupata d'essere in tal posto, n impressionata dallo spettacolo poco comune di ammalate scomposte od agitate. Alle domande risponde

volentieri ma con qualche incertezza, stenta talora ad esprimersi per difficoltà di linguaggio, inquantoch essendo stata per moltissimi anni in America (Stato di San Paolo del Brasile) fino da bimba e soltanto da 8 mesi ritornata in Italia, parla l'italiano con qualche difficoltà e stenta a trovare le parole adatte. Appare per dalle risposte date che essa lucida e all'ingrosso bene orientata; sa dire il proprio nome e cognome e l'età, sa il nome del padre ed il nome (fu Angelina) ma non il cognome della madre. Sa che abita a Cesena, via degli Albizzi (essa dice Alpizzi) numero 2; non sa dove si trovi, perché, dice, nessuno glielo ha detto, quando comprende che in ospedale sembra molto meravigliata. Dice d'aver fatto la seconda elementare ma per non sa quanti mesi ha un anno, non conosce le stagioni, non sa in che mese ci troviamo. Interrogata sommariamente sul suo passato narra di aver passato molti anni in Brasile, e d'essere tornata con suo padre circa 8 mesi fa, ma non sa per quale ragione, dice che presto dovranno tornare in America. Per ora non viene interrogata sul fatto sessuale che motivò la perizia, ed essa nulla dice spontaneamente. Racconta invece spontaneamente che per il passato andata soggetta a mali di capo e a [parola incomprensibile] per i quali talvolta cadeva a terra se era in piedi. Di più non sa dire. Ha dormito tutta la notte. Stamane tranquilla, docile, risponde come ieri alle domande, di umore sereno, non preoccupata di trovarsi qui, neppure ne domanda il perché. Per ora sembra un po' impressionata dalla vista di certe malate agitate e domanda di alzarsi, d'uscire in cortile, d'essere messa in altra camerata. Ha mangiato volentieri.

11/11/27. Contegno tranquillo e composto. Sta alzata durante il giorno trattenendosi con le compagne di sala con discreta socievolezza.

A volte per appare di malumore, scontrosotta, di poche parole, altre volte invece comincia a dire una data cosa e la ripete con insistenza specialmente con le infermiere ed il medico, fino a diventare noiosa. Adesso si lamenta di dover stare qui, dice che si annoia e che vorrebbe andare a casa dal suo babbo, per aiutarlo a fare i lavori di casa. Qui per non vuole far nulla e non si occupa di alcun lavoro, si provato con la calza o con il lavoro di cucito, ma non se ne cava nulla, un po' perché non ne ha voglia, un po' perché sembra incapace. Nelle risposte si mostra lucida, orientata, ma incerta nelle date e spesso tardiva a comprendere, appare di intelligenza piuttosto torpida, non di rado irrazionale di fronte a situazioni pur semplici.

Ha sonno regolare, appetito buono.

14/11/27. Si mantenuta in questi giorni tranquilla, composta, pulita, ma sempre indolente, inerte, oziosa, dice bens che vorrebbe lavorare e che si annoia qui, ma poi messa al punto d'attendere a qualche lavoretto non conclude nulla. Si scusa dicendo che lavorerebbe a casa, aiutando il babbo, ed in questi giorni ha insistito ripetutamente di essere mandata a casa presto, ch non sa per quale ragione debba star qui e non ci vuole pi stare. Alle obiezioni che necessario che ella rimanga qualche tempo per essere studiata, sembra non comprendere e ripete con la solita insistenza che non intende ragione: voglio andare a casa, mi mandi a casa subito. Oggi si lamentata anche di mal di capo e stamattina era piuttosto irrequieta, non trovava pace, girava di qua e di l senza scopo ma con evidente irrequietudine. Appariva anche un po' intontita, pi torpida nel comprendere e nel rispondere, nel pomeriggio era pi calma e pi pronta.

17/11/27. L'a. pur essendo tranquilla e composta nel contegno, continua a mostrarsi fatua e strana, sempre indolente e oziosa, non si riesce a farla occupare di alcun lavoretto, anche semplice; ripete pi e pi volte la stessa cosa, monotonamente, insistentemente, senza risentire effetto di richiami o di ragioni. Soprattutto insistente nel chiedere di tornare a casa, e per quanto si cerchi di farle comprendere che questo sar possibile presto, ma non subito, essa non si persuade e risponde ripetendo la sua richiesta con le solite parole cadenzate e come in cantilena. Mangia e dorme regolarmente.

19/11/27. Chiamata nell'ufficio del medico e interrogata. - Come va? - Risposta. Poco bene - Che cosa hai? - Risposta. Niente. - E allora cosa dici? - Risposta. Che sto bene - (A domanda risponde) - Il babbo si chiama B. Francesco, la mamma non ce l'ho, morta, si chiamava Angelina T.; morta che io ero piccinina; eravamo in America, Brasile, a Belo Horizonte, io ho 17 anni; compiuti il 15 agosto, non so in che anno sono nata, sono stata a scuola al Brasile, insegnavano anche l'italiano; ho fatto la prima e la seconda classe; non ho fatto la terza perch mia zia mi ha tenuto a casa; ho due fratelli, uno di 22 anni e uno di 15; essi sono ora in Brasile, con gli zii; io sono tornata in Italia col babbo, il 16 marzo di quest'anno, ora siamo nel 1900..., non ricordo... siamo nel mese di ottobre, ne abbiamo 22 ed sabato, domani domenica, il giorno in cui sono venuta qui non ricordo, credo mercoled , era al principio del mese di ottobre, non ricordo di preciso, venivo

da Cesena; mi ha accompagnato un signore che sposato e conosce il mio babbo, tiene uno "scrittoio che scrive", non mi disse niente perch mi portava qui; questo luogo... non so... un ospedale di malati, mi pare che sono malati di nervosia. - Sono matti? - Risposta. Pu essere. Io sto bene, non faccio niente. Anch'io tenevo la nervosia, ma non adesso, in America quando ero con la zia, mi arrabbiavo; tenevo male alla testa e mi davo i pugni nella testa, e delle volte dalla rabbia cascavo per terra, ma adesso non ho pi niente e voglio andare via con il mio babbo. Ora il mio babbo lavorava da muratore, a Cesena dalla mattina alle 6 fino a sera. Non so che citt questa. Ma se mi lascia andare sola vado a casa a piedi. Non so quanto ci sia da qui a Cesena, mi disse quel signore che c' un kilometro solo.

Quant' un kilometro? quanti metri? - Risposta. Non so, non ricordo. - Pi di 100 metri? - Risposta. No, no. Mi lasci andare a casa, ch vado a piedi. - Quante ore ci vogliono per andare a Cesena? - Risposta. A venire ho preso il treno di mattina alle 7 e sono arrivata qui alle due. Io a piedi ci metter una giornata; sono costumata a andare a piedi anche tutto il giorno. - In un giorno quante ore? -Risposta. Non so. Mezzogiorno che ora ? - Risposta. Si dice le 12. - A mezzanotte ci si vede come a mezzogiorno? - Risposta. S che ci si vede. - Anche senza lume? - Risposta. S , senza lume. Un anno quanti mesi ha? - Risposta. Un anno tiene... sono... non ricordo... 8... 9... 10... non so. - Sono 12 e si chiamano? - Risposta. Gennaio, eccetera... (li dice bene in ordine). - I giorni della settimana quanti sono? - Risposta. Una settimana tiene trenta?... no... mah... - Come si chiamano? - Risposta. Luned , mercoled , marted , gioved , sabato, domenica. - Come si chiamano le dita di una mano? - Risposta. Le dita... l in Brasile dicono le dita... senza un nome... qui come dicono? - Pollice, indice,... non conosci? - Risposta. No, non conosco. - Prova a contare. - Risposta. 1, 2, 3, eccetera. (Bene fino a venti, e anche oltre). - Prova a contare per due, ad esempio 2, 4,6 eccetera. - Risposta. 2. 4. 6. 9. 10. 12. 15. 16. 19. 21. 23. 26. 27. 28. 30. 32. 39. Va bene? - $2+2?$ - $= 4$; - $3+3?$ - $=6$; - $4+4?$ - $= 8$; - $8+8?$ - Risposta. $=...19...$ $17...$; - $7+7?$ - $=...18$; - $6+5?$ - $=...10$; - $5+6?$ $=... sono... 12?... s 12.$

Il Natale viene nel dicembre... il 20... 20... non ricordo; la festa di Pasqua nel mese di... non ricordo... non so se gennaio, febbraio; l'orologio lo conosco. (Gli si fa vedere) l sono le 4,30 (sono le 4,20). Invitata legge esattamente le cifre del

quadrante. Conosce le monete italiane abbastanza bene; monete da 2 lire, da 1 lira, da 4, 2 e 1 soldo; capace di fare piccole somme coi soldi; fino a meno di 20 e non sempre esattamente; non sa quanti centesimi siano un soldo, 2 soldi, 4 soldi; non sa quanti soldi siano una lira. Dice che a casa sua (in Brasile) andava a fare la spesa, ma senza soldi, con un foglietto in cui era scritto ci che occorreva, e senza pagare.

22/11/27. Nei due giorni ultimi, pur mantenendosi tranquilla, si mostrò più del solito querula e insistente nel chiedere di vedere il suo babbo e di tornare a casa. Appare di umore piuttosto depresso e più appartata e scontrosotta del solito. Oggi ha avuto visita dal padre, a due riprese. Stamane stette in sua compagnia poco tempo (circa 15-20 minuti). Lo accolse con gioia, ma subito si mise a lamentarsi con lui di dover star qui, si lagnò del vitto, del luogo, della compagnia, eccetera. Voleva andarsene con il padre. Persuasa da questi che egli sarebbe tornato, si rassegnò. Ma poco dopo mezzogiorno, fu colta d'un tratto da grande impazienza; voleva addirittura uscire subito per andargli incontro; all'opposizione delle infermiere entrò in uno stato di vivissima agitazione; picchiò, graffiò, tentò di mordere le infermiere, messa a letto continuò a dimenarsi, tentando di fuggire, reagendo alle infermiere che erano costrette a trattenerla. Ci durò circa 10 minuti. La ragazza ha continuato in questo tempo a gridare e strepitare e non ha mai perduto coscienza, neppure in forma di assenza o vertigini. Nel pomeriggio ebbe di nuovo la visita del padre, fu calma; raccontò essa stessa la crisi di rabbia presentata qualche ora prima, ne chiese scusa alle infermiere. Col padre ha poi discorso di cose banali, più che tutto insistendo nella richiesta di tornare a casa con lui. Con la promessa che ci accadrebbe fra una settimana o due, si convinse a lasciar partire il padre senza far scenate.

23/11/27. Interrogata nel pomeriggio si mostra tranquilla, remissiva, ricorda perfettamente l'episodio di ieri, la reazione violenta avuta contro le infermiere che volevano ricondurla in padiglione, lo stato protratto di irritazione provocato dal fatto che il personale si era opposto al suo desiderio di attendere il padre stando fuori, afferma che statura una delle solite crisi alle quali già molte altre volte è andata soggetta quando statura contrariata in qualche cosa dai familiari. Dice di trovarsi bene qui, ma desidera di tornare presto a Cesena dal padre, poi in America; vuol tornare presso i suoi fratelli e suoi zii, mentre qui non ha nessun parente; a suo dire ha cominciato a piangere per tornarsene subito al primo giorno del

suo arrivo in Italia. Ricorda di averli fatti arrabbiare i suoi parenti; voleva tutto a modo suo, si arrabbiava facilmente, voleva andare a spasso, spesso non aveva voglia di lavorare e allora scappava o piangeva o si picchiava al capo o si strappava i capelli e vesti o si buttava a terra; se torner vorr invece essere buona con tutti. Le sue mestruazioni sarebbero cominciate nello scorso anno, ma non ricorda di preciso il mese, e da allora sono sempre state regolari: in America non ha mai avuto fidanzati, non ha baciato nessuno che non fossero i suoi parenti. Poco tempo dopo il suo arrivo in Italia ha conosciuto il calzolaio B. Paolo, suo vicino di casa: egli era buono, le voleva bene, l'invitava spesso a casa sua dove stava a lavorare: presto cominci a carezzarla, a darle dei baci, a dirle che era bella, che le voleva pulire ed accomodare bene le sue scarpe senza per questo volere dei soldi; poi le passava le mani sul petto, sulle .tettine/ dicendo che erano belle grandi: poi le mise le mani sotto nella .patacca/ arrivando anche a introdurre il dito in vagina, dicendole che non le avrebbe fatto male, che .aveva volont di fare un pochettino/: lei non lo lasciava fare tutte le volte, ma qualche volta s , dandogli anche lei qualche bacio. Finalmente, una volta sola, la mise sul suo letto, le tolse le mutande, le introdusse il membro in vagina almeno in parte, giungendo fino all'eiaculazione ed asciugandosi poi con una tovaglia; essa non avrebbe provato n dolore n piacere, non avrebbe notato emorragia n in seguito dolore. L'avrebbe cos posseduta una volta sola, carezze, baci, atti di masturbazione li avrebbe invece ripetuti molte volte. Il F. non l'aveva mai visto; sapeva per che era un amico del suo babbo; egli la segu su per le scale per veder se il babbo c'era, si introdusse in casa, volle entrare mentre ella non avrebbe voluto dicendo anzi che gi c'era una ragazza che l'aspettava, poi lui cominci ad avvicinarsela, a carezzarla, a dirle che voleva mettersi a letto con lei, a prometterle soldi, caff e gelato; essa voleva sottrarsi ma egli insistette, fino a che si avvicin alla finestra chiudendo gli scuri, chiuse la porta, la prese di peso mettendola sul letto, le tolse le mutande, le divaric le gambe. Essa prov a gridare ma egli le disse di tacere, che non le avrebbe fatto male; egli si sbotton, ed essa per non vedere si mise le mani sugli occhi; egli arriv ad introdurre il membro in parte in vagina, ma non fece in tempo a compiere l'atto sessuale quando arriv il padre che cominci a gridare. Anche questa volta essa non avrebbe sentito alcun dolore. Verso le ore 10,45, dopo essere stata per qualche tempo un po' noiosa (ripeteva pi volte la stessa cosa, chiedeva alle infermiere ora una cosa ora l'altra, si lagnava di male al capo, chiedeva con insistenza una purga, eccetera) caduta improvvisamente a terra, senza urlo,

diventando intensamente pallida e presentando contrazioni cloniche diffuse a tutti i muscoli, con rigidità completa dei muscoli della schiena e del collo, senza arco di cerchio, con scosse cloniche diffuse alle palpebre ed ai muscoli della faccia, senza bava alla bocca, senza morsicatura alla lingua, senza perdita delle feci e delle urine, con apparente abolizione completa della coscienza. Quando è stata colta dall'accesso era seduta ad un tavolo e stava facendo qualche po' di calza, caduta violentemente all'indietro, per senza prodursi in contusioni e altre lesioni.

Le scosse generali si sono prolungate solo per 15 - 20 minuti secondi, poi la malata si è alzata da sola ed ha cominciato a girare per la sala confusamente, borbottando fra s parole confuse, forse in lingua portoghese, e come cercando qualche cosa; le infermiere le hanno chiesto che cosa cercasse, ma essa ha continuato a girare sempre borbottando fra s, e mostrando di non capire le domande e di non conoscere chi gliele rivolgeva. Ha continuato così per una decina di minuti all'incirca, poi ha ripreso il suo colore, si è seduta nuovamente un po' in disparte dalle altre con fare tranquillo: all'ora di pranzo lo ha consumato regolarmente. Anche nel pomeriggio è stata con le infermiere di nuovo buona, ha detto che non aveva più male alla testa, ed ha mostrato di non ricordare affatto l'accesso avuto e il conseguente stato confusionale: ricordava soltanto di aver avuto mal di testa e di aver chiesto la purga.

24/11/27. Ieri mattina, alle 10,30, subito dopo la visita del medico, ebbe un accesso convulsivo, così descritto dall'infermiera presente: la B. che era seduta in una panca, di colpo perse coscienza cadendo a terra senza precedente, quindi subito entrò in una fase di contrazione generale, seguita da scosse cloniche pure generalizzate, non si morse la lingua e non presentò bava sanguigna. Tutto l'accesso durò 20 - 30 minuti; poi si rialzò per confusa per circa 10 minuti. Poi ritornò come prima, ma diede a vedere che non si era accorta di quanto le era accaduto, e che non sapeva di aver avuto una convulsione. Oggi tranquilla, anzi più calma dei giorni precedenti l'accesso, più serena e di buon umore. Non ricorda l'accesso, o meglio non sa di averlo avuto.

24/11/27. Stanotte ha riposato regolarmente: stamane di umore buono, accessibile, buona con le infermiere e con le altre malate, per lo più inerte, mostrando poca o nessuna capacità per i comuni lavori femminili più che altro si presta volentieri in qualche lavoro di pulizia. Si mostra sempre fiduciosa in una

prossima dimissione.

29/11/27. In questi giorni tranquilla, composta, pi docile e pi di buon umore che nei giorni prima dell'accesso. Per sempre oziosa, mostrandosi incapace tanto di fare la calza che di cucire; mostra altres grande svogliatezza se le infermiere cercano di insegnarle ci che non sa.

30/11/27. Continua ad essere tranquilla, remissiva, inerte, senza crisi di malumore o di irritabilit, n impazienza di sorta: al solito dice per che aspetta di tornare a casa presto, che vuole tornare a fare i suoi lavoretti in casa sua con il suo babbo; poi dopo vuol tornare in America dove ha i parenti cui pi affezionata.

4/12/27. In questi giorni sempre tranquilla, inerte apatica; inutilmente le infermiere hanno ancora tentato di occuparla e di insegnarle qualche lavoretto, spesso vorrebbe fermarsi in letto mostrandosi pigra e freddolosa. Non accenna mai spontaneamente a quanto le avvenuto: ripetutamente ha espresso il desiderio che tutto sia finito in modo che essa possa arrivare a trascorrere il Natale col padre. Durante la notte sonno tranquillo: come non ha pi presentato fatti di irrequietudine, cos non si pi osservato accenno di sorta a manifestazioni accessuali di natura convulsiva o a tipo vertiginoso.

7/12/27. Racconta il fatto sempre allo stesso modo che il giorno 23 novembre il F. non sarebbe giunto a compiere per intero l'atto sessuale. Circa i suoi rapporti col B. si esprime pure nello stesso modo: l'ha baciata e accarezzata mille volte, soltanto tre volte sarebbe stata a letto con lui, era lui che aveva .volont di fare/ mentre lei non avrebbe voluto ma nello stesso tempo non si opponeva. Compiuto l'atto sessuale come lui le aveva insegnato si asciugava la .patacca/ e si lavava coll'acqua. Ora capisce che ha fatto male, e non lo farebbe pi: il B. per lei troppo vecchio e non lo sposerebbe mai; non conserva verso di lui alcun rancore per quello che le aveva fatto, anzi pensa che sia stato buono con lei. Dice che a Cesena viveva vicino a .signore cattive/ che di giorno e notte stanno con uomini e fanno con loro del male; una volta una di queste signore l'aveva invitata ad andare con lei al caff, ma essa aveva rifiutato comprendendo che non era una buona compagnia per una ragazza onesta. Nei giorni scorsi sottoposta all'esame fisico si prestata con un misto di vergogna e di compiacenza; scoprendosi diceva che era brutta alle gambe, al petto, eccetera, forse per provocare una smentita o un complimento; pi

volte mentre quello di noi che seguiva l'esame si voltava per scrivere o altro (cos ha detto l'infermiera che assisteva) la B. faceva l'atto di mandare un bacio al medico o si baciava nel punto dove era stata toccata o punta durante l'esame. Oggi invece afferma che non voleva dar baci, e con fare serio o quasi offeso dice che non voleva dar dei baci ma che era portata a fare cos sentendo qualcosa di molesto nell'interstizio fra due denti. Poi chiese scusa, dice che non una scostumata, n cos poco seria da dare baci ad un medico che ha bisogno di esaminarla. Mostra di essere a conoscenza del pericolo che ha corso di restare incinta; si lavava dopo i rapporti col B. appunto per portare via tutto per non restare incinta, ci che sarebbe stato per lei .una cosa brutta/: sarebbe stato bello avere dei bambini se fosse stata sposata, ma non essendo sposata non sarebbe certamente stata contenta. Ed afferma che non cosa bella per nessuna ragazza mettersi con uomini ed avere bambini. Quando si sposer le piacer molto avere dei bambini, che le piacciono come le sono sempre piaciuti i bambini delle sue zie con cui ha convissuto.

7/1/27. Da quando ebbe l'accesso convulsivo del 24 u.s., si mantenuta calma, ordinata, di umore sereno, all'infuori dell'insistenza del voler andare a casa dal babbo. Continua a mantenersi oziosa, inerte, sciocchina, mostrando in tutte le manifestazioni verbali del contegno una congenita deficienza mentale.

9/1/27. Per un motivo molto futile (un battente di porta che casualmente l'ha urtata alla faccia senza nessuna conseguenza) si fortemente irritata contro un'altra malata, l'ha investita violentemente con minacce ed offese, ha tentato di colpirla con pugni e graffiarla; si frenata soltanto dopo parecchio tempo in seguito all'intervento delle infermiere, ma ancora stasera col medico che l'ha interrogata ha mostrato di essere sempre vivamente risentita per la presunta offesa ricevuta. Nel restante del tempo mantiene sempre lo stesso contegno apatico ed inerte.

10/1/27. Cessata la sfuriata e cessato il risentimento protrattosi per tutta la giornata rimasta nel suo stato abituale: apatica, inerte, non si occupa di nulla, dicendo che non sa lavorare, che non ha mai fatto nulla.

22/12/27. Ieri ebbe una vertigine. Del resto condizioni solite.

23/12/27. Viene dimessa per ultimata osservazione e siccome il

padre ha scritto di non volerla si manda a casa a mezzo della Vice Ispettrice la quale incaricata di consegnarla direttamente al padre o al Signor commissario di polizia quando il padre si rifiuti di accoglierla. Nel piazzale della stazione di Cesena incontrano il padre, il quale, sebbene a malincuore, la prende con s.

Seconda ammissione.

3/2/28. Viene oggi ricondotta al manicomio coi documenti di legge; nel modulo informativo scritto: affetta da istero-epilessia con crisi subentranti. Nei momenti antecedenti all'accesso e susseguenti la B. perde il controllo delle proprie azioni e diventa pericolosa per s e per gli altri. [Illeggibile].

Il padre non voleva la ragazza, [illeggibile] la pericolosit delle crisi: crisi che ha avuto anche durante la prima degenza qui ma che veramente non offrivano grande pericolosit. La terremo in osservazione di un mese poi decideremo.

5/2/28. L'a. pi tranquilla e composta nel contegno e capace di rispondere correttamente alle domande comuni mostrando per la solita deficienza intellettuale; in tutti i suoi atti e discorsi anche spontanei, fatuit [illeggibile] carattere sciocco e frivolo, smancerie di colorito isteroide, mangia e dorme regolarmente.

7/2/28. Molto noiosa, ripetendo insistentemente le stesse... che vuole andare a casa, che vuole andare in America.

Di notte dorme, di giorno riesce molesta alle sue compagne per il suo contegno...

12/2/28. Nessun accesso o vertigini in questi giorni. Contegno solito: abbastanza composto e pulito ma fatuo, scriteriato con tendenza alla ripetizione stereotipica e irragionevole delle stesse frasi e delle stesse domande per tutta la giornata. Non sa fare alcun lavoro muliebre e non si riesce a farle imparare nulla per la sua svogliatezza e riluttanza ad attendere a qualsiasi cosa.

13/2/28. Ieri verso sera un forte accesso convulsivo generalizzato; l'a. colta all'improvviso da perdita della coscienza sarebbe certamente caduta se non si fosse tenuta in quel momento fra una panca e il muro e una infermiera vicino a

lei non l'avesse prontamente sorretta. Dopo rimasta un po' confusa per circa un quarto d'ora, poi di nuovo lucida ma un po' intontita e pi noiosa e querula del solito. Stamani come di consueto.

19/2/28. Nei giorni decorsi una vertigine; ieri sera di nuovo una vertigine. Negli ultimi due giorni pi noiosa e scontrosa del solito; stamani poi insistentissima nel chiedere di essere mandata a casa, intollerante ai richiami, facendo diversi tentativi di fuggire quando l'infermiera apriva la porta. Alle ore 10,30, presente il medico, fu colta da un accesso con perdita completa della coscienza. L'a. che era seduta su una panca cadde di colpo per terra, entrando poi subito in uno stato di contrazione tonica, prevalente nel lato destro. Il viso era volto verso gi e i bulbi oculari girati fortemente verso destra e verso l'alto. Dopo alcuni minuti alla fase tonica succedette non la fase di scosse cloniche ma atteggiamenti semipassionali di tipo isteroide, con borbottio di frasi da parte dell'a. Dopo circa 1 minuto, rilassamento generale, poi graduale ripresa della coscienza.

29/2/28. Nei giorni decorsi nessun accesso, contegno pi calmo, ma sempre la B. si mostra fatua, scriteriata, debole di intelligenza, incapace di occuparsi di qualsiasi cosa o di apprendere anche i lavori pi semplici.

3/3/28. Oggi nel pomeriggio un accesso con perdita della coscienza non per seguito da scosse cloniche, ma da attitudini passionali.

5/3/28. Oggi dopo un lieve accesso per futili motivi stata colta da eccitamento fortissimo: ha picchiato con una scarpa una compagna che le era accanto, poi si scagliata contro le infermiere e per un paio d'ore si mantenuta cos violenta e aggressiva che si dovette fermarla.

Dopo quanto stato osservato si chiede... ammissione definitiva.

8/3/28. In questi giorni due nuovi accessi vertiginosi seguiti da atteggiamenti isteroidi, periodo di malumore, irritabilit con irascibilit impulsiva e aggressiva.

12/3/28. Non accessi in questi 4 giorni e contegno pi calmo. Trasferita al padiglione 2.

13/3/28. Dal 2 trasferita al 10.

28/3/28. E' impulsiva, attaccabrighe, in continui [illeggibile] con le compagne in padiglione. La si passa in padiglione 8.

5/4/28. Ha di quando in quando stati di... confusione forti... durante i quali abbastanza insolente, subtollerante...

15/4/28. Il Presidente del Tribunale di Forl decide che per la causa indispensabile la sua presenza per il 25 c.m. ore 9. Dato che la malata da due giorni abbastanza calma e ordinata, dato che non si abbiano a verificare mutamenti notevoli del contegno attuale si mander al processo accompagnata da una infermiera. (Vedi corrispondenza agli atti).

15/4/28. E' pi calma da qualche tempo. Passa al padiglione 2.

26/4/28. Ieri si presentata accompagnata da una infermiera al tribunale di Forl . Ha avuto un contegno ottimo.

10/7/28. Da qualche tempo l'a. era divenuta pi irrequieta, molestava le altre degenti, anche impulsiva. Ieri poi ha sorpreso all'improvviso una malata ed riuscita a produrle alcune escoriazioni al viso. Per questo stata trasferita al padiglione 8.

3/12/28. Condizioni mentali a un di presso invariato. Passa al padiglione 2.

14/4/29. Ha avuto un periodo abbastanza lungo in cui si portata bene, lavorava ed era in complesso abbastanza tranquilla. Da circa un mese tornata nuovamente irascibile, scontrosa, aggressiva e molesta verso le altre malate. Ieri poi ebbe un momento di eccessiva impulsivit verso le compagne, infermiere e medico, fu necessario contenerla ed in seguito stata trasferita al padiglione 8.

19/10/29. Abbastanza calma e composta. Si occupa di lavori di cucito. Passa al padiglione 2.

11/12/29. Ha dei brevi periodi in cui relativamente tranquilla e va a lavorare di cucito; presenta di tanto in tanto delle convulsioni o degli equivalenti (forti dolori di testa) rimanendo poi irascibile, scontrosa ed anche impulsiva.

31/7/30. Durante questo periodo gli accessi convulsivi sono stati piuttosto rari, frequenti equivalenti con violente

reazioni impulsive. Trasferita al padiglione 8.

12/11/30. E' abbastanza calma e composta. Per aderire a un suo desiderio si passa al padiglione 2.

16/1/31. Durante questo tempo non si sono verificati veri fatti convulsivi, ma frequente il ripetersi di equivalenti: spesso l'ammalata colta improvvisamente da un senso di malessere generale, o da un mal di testa; contemporaneamente diviene irritabilissima, reagisce violentemente a qualsiasi contrarietà anche non sussistente, ad un semplice richiamo benevolo; poi ha crisi di pianto convulso. Al di fuori di questi episodi mantiene ancora una spiccata irritabilit, e al minimo intoppo sono calci e graffi per le compagne, verso le quali conserva rancore per qualche tempo. E' buona soltanto quando ha da chiedere di andare a messa e al ballo; privarla dell'una o dell'altra cosa significa non lasciare in pace nessuno. Sempre oziosa, incapace di occuparsi di un qualsiasi lavoruccio.

Fisicamente sta bene.

17/1/31. Si trasferisce al padiglione 8 perch litigiosa e attaccabrighe.

14/4/31. E' pi calma e ubbidiente. Si passa al padiglione 2.

21/7/31. Mentre in altri padiglioni si mantiene calma e remissiva, tanto che dorme sempre fuori guardia, in questo si mostra irritabilissima, prepotente, aggressiva. Si trasferisce perci al padiglione 8.

13/9/31. Passa al padiglione 14 perch irritatissima.

27/9/31. [Illeggibile].

217/33. Condizioni invariate. Alti e bassi di relativa calma e di irritamento e irrequietudine. Per necessit di posti passa al padiglione 6.

15/1/34. Sempre lo stesso carattere, irritabilit, aggressivit. Pi volte ha litigato venendo a vie di fatto. Oggi per futili motivi ha picchiato con un corpo contundente un'ammalata. Si trasferisce al padiglione 8.

14/6/34. Per suo desiderio passa al padiglione 6. Le condizioni mentali sono pressappoco invariate.

31/12/34: Durante questo tempo le condizioni mentali dell'inferma si sono mantenute pressappoco invariate: ha avuto qualche vertigine (4-5) ed una convulsione carattere irritabile, contegno stolido e puerile.

4/4/35. Solite condizioni mentali: avendo litigato due volte con la stessa ammalata viene trasferita al padiglione 8.

6/5/35. Condizioni invariate. Passa al padiglione 6.

29/1/36. Solite condizioni mentali, solito carattere. Passa al padiglione 10 per necessit di posti.

?/2/36. Per necessit di posti passa al padiglione 10.

24/6/36. Ha litigato con una sua compagna e alle parole sono seguiti i fatti. Si passa al padiglione 14.

16/7/36. Pi buona. Si passa al padiglione 10.

11/9/36. Ha litigato con la ricoverata F. Ricomincia a essere un po' irrequieta. Passa al padiglione 2.

5/10/36. Passa al padiglione 10.

18/10/36. Irrequieta, impulsiva. Passa al padiglione 8.

30/10/36. Litigio e vie di fatto con una ricoverata. Passa al padiglione 14.

16/11/36. Passa al padiglione 8 sempre per la solita storia di litigi.

9/11/37. Rare convulsioni e vertigini. Spesso cefalee. In [illeggibile] litigiosa, prepotente e spesso clamorosa e irrequieta. Fisicamente bene.

5/3/39. Indocile, attaccabrighe. Passa al padiglione 8.

15/10/40. Impulsiva, noiosa, litigiosa. Passa al padiglione 14.

30/3/40. Da qualche tempo pi calma e ordinata. Ha rare ma gravi convulsioni epilettiche. Passa al padiglione 10.

3/7/40. E' tornata ad essere impulsiva. Passa al padiglione 8.

19/7/40. Passa al padiglione 14 continuando nelle stesse condizioni.

7/8/40. Si fatta un po' calma e ordinata. Salute buona. Passa al padiglione 10.

31/1/41. Da qualche tempo si fatta molesta, prepotente e minacciosa contro tutti ed insubordinata. Passa al padiglione 14.

7/7/41. Si fatta pi calma e ordinata. Passa al padiglione 10.

18/12/41. La solita prepotente, molesta e impulsiva. Passa al padiglione 14.

12/1/42. Per necessit di posti passa al padiglione 10.

29/3/42. Impulsiva, tornata ad essere prepotente. Passa al padiglione 14.

8/4/42. E' pi buona. Passa al padiglione 8.

23/5/42. Composta, obbediente, passa al padiglione 10.

20/12/42. Inquieta, indocile, passa al padiglione 8.

17/11/43. Ha avuto impulsi contro altre ricoverate. Passa al 14.

10/12/43. E' calma. Per suo desiderio si rimanda al padiglione 8.

29/4/44. Stolidi nel contegno e nei discorsi con frequenti crisi di irrequietudine e litigiosit, specialmente come prodromi e postumi di accesso epilettico.

25/5/45. Solite condizioni mentali. Gli accessi epilettici si ripetono in media due-tre volte al mese.

17/4/46. Solita deficiente, monotona, noiosa. Va soggetta a frequenti accessi e vertigini epilettiche.

29/6/47. Condizioni mentali pressappoco invariate.

7/4/48. Nessuna modificazione apprezzabile dello stato mentale: si lamenta frequentemente di cefalea specialmente prima e dopo gli accessi convulsivi e vertiginosi.

25/5/48. Durante un accesso convulsivo caduta producendosi una frattura non scomposta ma scheggiata della metafisi distale del radio come da esame radiografico. Nell'ambulatorio chirurgico stato fatto apparecchio gessato.

1/7/48. La frattura pu considerarsi ottimamente consolidata. Da un po' di tempo l'ammalata appare meno litigiosa.

4/9/48. In circa due mesi comparso un solo accesso convulsivo. Quasi scomparsa la cefalea che accompagnava i precedenti accessi. L'ammalata abbastanza calma.

18/10/48. In questi ultimi tempi c' stato un solo accesso per cui si ha l'impressione che si siano notevolmente diradati. Si mantiene sempre calma.

2/1/49. L'ammalata accusa un violento dolore all'emitorace destro. All'ascoltazione rumori di sfregamento pleurico. Si inizia una cura calcica e con vitamina D 2. E' comparsa pure febbre alta.

7/1/49. Viene inviata allo specialista per un esame radiologico del torace (vedi referto).

15/2/49. La febbre notevolmente diminuita ma quasi sempre presente. Si invia per un controllo xlogico (vedi referto).

22/2/49. Poich evidente una netta cavit nel terzo inf. del polmone destro viene trasferita nel reparto isolamento del padiglione 4 (ricerca bacillo di Koch negativa).

11/7/49. Nessuna modificazione dello stato mentale; solita deficiente con rari accessi convulsivi. Febbricola intermittente.

2/7/50. Solita deficiente con qualche accesso convulsivo. Noiosa, petulante, facilmente irritabile. Stato generale buono nessuna manifestazione a carico dell'apparato respiratorio.

12/12/51. Condizioni pressappoco invariate.

20/4/52. Solite condizioni mentali.

16/9/54. Stamane mentre accudiva ai lavori in padiglione caduta riportando la frattura parcellare del capitello prossimale del radio destro. Viene applicato apparecchio gessato.

20/10/54. Tolto il gesso l'articolazione del braccio bene funzionale. [Illeggibile].

16/6/57. Solita deficiente con accessi convulsivi. Noiosa. [Illeggibile], lavora in padiglione. Fisicamente sta bene.

7/8/58. Da qualche giorno eccitata, impulsiva e aggressiva. Passa al 14.

20/12/58. Abbastanza calma sempre noiosa. Passa al padiglione 10.

10/10/59. La p. aiuta nei padiglioni; la solita petulante.

26/3/61. Le condizioni dell'ammalata permangono stazionarie. E' sempre volenterosa e lavora in padiglione. E' sempre molto noiosa ma in complesso calma. Per necessit di posti passa al padiglione 4.

7/9/61. Ha aiutato per un poco poi si rifiutata di lavorare. E' noiosa, intollerante per l'ambiente, passa al 16.

24/4/62. Epilettica frenastenica spesso litigiosa e intollerante. Si presta per i lavori in reparto ma saltuariamente deve essere messa in letto perch subeccitata e impulsiva specialmente verso le altre ammalate.

13/1/63. Solite condizioni mentali. E' pi litigiosa e impulsiva e i periodi di letto e cure sono pi lunghi e frequenti. Protestataria.

24/4/64. E' stata sorpresa mentre picchiava un'ammalata. Viene trasferita al 14.

3/2/65. Alterna periodi ben contenibili ad altri di scontro e malumore durante i quali deve essere allettata. Qualche raro accesso epilettico.

15/6/67. Invariate le condizioni psicofisiche.

16/10/68. Litigiosa, disordinata e ostile, spesso impulsiva.

4/9/69. Invariate.

20/10/70. Scontrosa, sudicia, protestataria, priva di qualsiasi iniziativa.

6/3/71. All'iniziale sindrome frenastenica (di modico grado) con epilessia sovrapposta (non si sa bene da quanto tempo) anche una sintomatologia ipercinetica agli arti di sinistra e movimenti di mulinazione della lingua, su verosimile base vasculopatica. Attualmente dal punto di vista psichico si sovrapposto anche un decadimento mentale con disorientamento temporale, disturbi della memoria, di fissazione e perseverazioni.

2/4/71. Fa sempre le stesse richieste, tornare in America! Scade al comportamento iterativo anche sul piano degli atteggiamenti motori. Persistono i movimenti di mulinazione mentre le ipercinesie si sono attenuate a sinistra, a destra, nel movimento indice-naso compare tremore.

9/4/71. I movimenti ipercinetici sono adesso pressoché scomparsi. I movimenti di mulinazione persistono. La p. disorientata nel tempo e formula le stesse iterative richieste senza nessuna tensione partecipativa.

17/4/71. Alla prova indice-naso, compare tremore...

30/4/71. A tratti ancora presenti movimenti a tipo iterativo paleocinetico arti di sinistra. Canticchia tra s e s e mulina sempre la lingua.

8/5/71. Invariata.

26/5/71. Psicicamente invariata.

9/6/71. Presenti i movimenti ipercinetici di tipo paleocinetico arti di sinistra. Grave deterioramento mentale.

24/6/71. Sempre ben evidenti i tremori extrapiramidali arti di sinistra, tremori complicati da una componente intenzionale. Stato mentale di progressivo deterioramento.

3/7/71. Iterante e perseveratrice; immutata la situazione neurologica di fondo.

12/7/71. Persistono i movimenti di mulinazione, canticchia continuamente.

19/7/71. Iterazioni verbali e motorie, oggi i movimenti paleocinetici sono solo evidenziabili alla lingua.

27/7/71. A destra, alla prova indice-naso compare tremore... frengere; le ipercinesie agli arti di sinistra rivestono i caratteri di iterazioni paleocinetiche.

3/8/71. Tende sempre al dispetto insulso ed irrefrenabile.

11/8/71. Oggi non si evidenziano i tremori all'arto di sinistra. Permane la mulinazione della lingua. Disorientamento apatico-amnestico.

23/8/71. Ripete sempre le stesse cose e nello stesso modo. Null'altro di rilevante.

6/9/71. Le ipercinesie all'arto superiore di sinistra ricadono insieme i movimenti paleocinetiche e le stereotipie di movimento.

14/9/71. Persistenti i movimenti di mulinazione del cavo orale. Disorientamento temporale su base... amnestica e su base apatica.

27/9/71. Invariata nelle sue solite richieste; le ipercinesie paleocinetiche a sinistra sono evidenziabili solo a momenti.

9/10/71. Umore sereno; meno disturbata dalle ipercinesie motorie arto di sinistra.

19/10/71. Continuano i movimenti di mulinazione della lingua. Nei movimenti intenzionali compare tremore all'arto superiore di destra.

30/10/71. Iterante nelle solite risposte.

8/11/71. Umore gaio e stolido; ripete sempre che lei americana e non sa niente.

16/11/71. Perseverazioni sui vari piani espressivi e comportamentali. Non sa rendersi conto della differenza che passa tra varie et espresse sui simboli numerici.

2/12/71. Ogni volta si ripresentano gli stessi moduli iterativi psicobiologici.

15/12/71. Costantemente euforica, si esprime sempre alla stessa maniera, ripetendo i medesimi temi.

7/1/72. Iterante e perseverante anche sul piano motorio, continui movimenti di mulinazione.

24/1/72. Umore euforico fatuo. Immutata nelle sue interrogazioni verbali rivolte al medico.

8/2/72. Nessuna coscienza di anomalie del suo comportamento; assicura di essere venuta in Italia ed in ospedale per fare pulizie.

3/3/72. Condizioni invariate.

20/3/72. Ripete sempre le stesse cose sul fondo di uno stato d'animo euforico demenziale.

6/4/72. I movimenti di mulinazione non si sono minimamente attenuati.

31/5/72. Condizioni invariate. Tranquilla.

29/8/72. Stato mentale e comportamentale immodificato.

21/11/72. Poco dell'umore euforico, contegno fatuo. Mentalmente decaduta. Presenta movimenti continui alla labbra. Ripete con monotonia uniformata le stesse frasi (sono venuta dall'America e mi hanno mandata in ospedale) terapia...

12/5/73.... coerente, tono dell'umore sereno. Presenta tremori localizzati alle estremità distali degli arti inferiori. Continua terapia prescritta. Presenta tendenza alla iterazione verbale insistendo con monotona uniformità nelle stesse richieste.

14/2/73. Si richiede la trasformazione del ricovero coatto in ricovero volontario.

5/7/75. La paziente stata urtata accidentalmente dalla ricovera B. e si procurata una contusione alla mano destra.

20/11/75. Prima dose vaccino H Atetal.

20/12/75. Seconda dose vaccino H Atetal.

25/9/76. Terza dose vaccino H Atetal.

10/9/76. La paziente curata per disturbi di natura epilettica, potrebbe anche essere curata fuori dell'istituto se avesse un ambiente in cui vivere e se volesse uscire. E' ricoverata fin

dal lontano 1927 e non ha pi nessun parente che la possa accogliere fuori.

6/4/77. Non ha pi avuto disturbi epilettici. Non pu uscire perch non ha nessuno da cui andare. Continua il trattamento terapeutico antiepilettico.

25/8/81. Ricovero urgente in ospedale civile per edemi di natura cardiaca.

5/12/84. Dose di richiamo Atetal.

Teresa B.

Ammessa il 13 marzo 1952. Data di nascita 15 marzo 1931. Coniugata. Professione: casalinga. Licenza elementare.

Diagnosi: schizofrenia. Sindrome reattiva a seguito di ricovero per difficult puerperali.

Anamnesi: coniugata con un figlio. Nel giugno 1951 fu ricoverata per circa un mese in clinica neurologica a Bologna ove fu praticata insulinoterapia ed elettroshock. Ebbe temporaneo giovamento della sintomatologia iniziata alcuni mesi prima, ed infine ora ricaduta nelle condizioni precedenti. Rifiuta il cibo, impulsiva, manifesta anche idee a contenuto deliranti di danno.

Decorso e cura. 13/3/52. Giunge questa sera proveniente dal domicilio. E' piuttosto sconvolta e disorientata, timorosa. Riferisce alcuni dei propri precedenti, ma in maniera disordinata e poco coerente, si guarda intorno, rispettosa, non dimostra affettivit al ricordo dei congiunti. E' in condizioni fisiche generali soddisfacenti.

14/3/52. Nella notte scorsa ha riposato abbastanza spontaneamente ed oggi si nutrita spontaneamente. Sta seduta sul letto in apparenza indifferente, guarda verso la porta come

se attendesse o aspettasse l'arrivo di qualcuno. Risponde incompiutamente alle domande e ricordando il figlio non dimostra particolare emozione.

15/3/52. Incerta, disattenta, poco orientata, si nutre poco e si dovuta alimentare. Si trasferisce al padiglione 10.

12/1/53. Sono state fatte oltre 40 applicazioni di elettroshock senza apprezzabili miglioramenti. L'ammalata si nutre poco ed ha frequenti scatti impulsivi. Passa al padiglione 14.

28/2/53. Pi calma passa al padiglione 10.

6/3/54. Sono state fatte altre applicazioni di elettroshock: sempre stolidi, sudicia. Passa al padiglione 4.

12/3/54. Per rendere possibile alla paziente di restare alzata si trasferisce al padiglione 2. Sempre sudicia e disorientata. Condizioni fisiche buone.

20/3/54. E' necessario trasferirla di reparto perch molto sudicia e a volte un poco irrequieta. Viene pertanto passata al padiglione 4.

16/9/55. Dissociata, sempre a letto, a volte scontrosa. Passa al padiglione 14.

23/10/55. Invariata, passa al padiglione 12.

4/11/55. Per necessit di posti, passa al padiglione 10.

7/12/55. Passa al padiglione 4.

18/12/56. Due giorni fa stata colpita da una vicina di letto col vaso riportando due ferite profonde in regione frontale e parietale, si sutura. Onde prevenire altri fatti del genere viene trasferita al padiglione 14.

27/4/58. Stolidi, sconnessa, sudicia.

13/7/60. Condizioni invariate.

416/62. Sudicia e dissociata, a volte impulsiva. Laceratrice deve essere a volte contenuta. Fisicamente in buone condizioni.

14/8/64. Deve essere contenuta perch in continuazione lacera

[le due righe seguenti sono illeggibili].

4/7/68. Sempre a letto, spesso contenuta, perch lacera continuamente. Sudicia.

6/10/69. Condizioni mentali invariate.

4/11/70. Decadute le condizioni fisiche. E' sempre in letto. Autolesionista, sudicia.

8/3/71. Accetta il colloquio sul piano del divertimento, nonostante le sue condizioni di laceratrice ed autolesionista emergono tratti di spontaneit anche se subito ricoperti da una situazione che al limite dell'umano. Si propone un'intensa terapia psicofarmacologica al fine di limitare il pi possibile lo stato di contenzione.

2/4/71. Nonostante si sia giunti ad alti livelli di terapia (11 mg di Serpasil e 3Q mg di...) la condizione di impulsivit laceratrice non si attenuata quasi affatto. La paziente ha dei momenti in cui formalmente capace di fare osservazioni e di porsi con una certa, sia pure momentanea ed effimera, distanza verso il proprio stato.

9/4/71. Ieri stata alzata senza lacerare, ma seguita da un'infermiera che ha incominciato a rieducarla alla vita di relazione. Si giunti a 13 mg di Serpasil, pi 20 mg di... [illeggibile]. Da 100-105.

17/4/71. Alterna giorni in cui riesce a stare alzata senza lacerare a giorni in cui l'impulsivit laceratrice si fa inarrestabile. Comunque riesce a passare molte ore senza museruola.

30/4/71. .Ho rotto solo un vestito/ fa questa affermazione fra il serio e il faceto. D delle risposte paralogiche. Lo sguardo spesso estatico nel vuoto. Notevole (...) della muscolatura striata.

8/5/71. Alterna periodi in cui pi accessibile al comportamento comunitario a periodi in cui continua a lacerare sia pure in maniera pi ridotta. Comunque tutto il giorno alzata ed esce nel parco.

26/5/71. Va bene nei giorni in cui il personale riesce a seguirla con accuratezza.

7/6/71. Ieri uscita con i familiari per un'intera giornata: si comportata adeguatamente.

22/6/71. Nuova uscita con i parenti con buon risultato; se non la si distrae tende sempre a lacerare, specie la roba dell'Ospedale.

3/7/71. Nei giorni scorsi c'è stato un modico peggioramento anche in relazione a un'atmosfera di reparto scarsamente permissiva.

12/7/71. La paziente appare astenica per cui si diminuisce momentaneamente la terapia.

19/7/71. Abbastanza governabile, non ha ritegno o pudore, ma avvicinabile in modo sufficientemente corretto se presa in buone maniere.

27/7/71. Attraversa un periodo di relativa tranquillità senza eccedere in laceramenti.

6/9/71. In questi ultimi tempi per ragioni indipendenti da corrette impostazioni mediche la paziente ha dovuto subire delle restrizioni nello spazio dei liberi interventi: ci ha portato una certa regressione rispetto ai mesi scorsi.

14/9/71. Ieri ha manifestato stolide idee di fine in rapporto per al fatto di essere stata sorpresa dal medico imbrattata di feci.

27/9/71. Tre giorni fa crisi neurodislettica con substrutturazione tematica costituita da idee di morte.

9/10/71. È stata vista dal ginecologo il quale ha prescritto indagini ormonali sulle urine.

8/11/71. Ambivalente nelle decisioni, comportamento infantile con atteggiamenti da .Alice nel paese delle meraviglie/.

16/11/71. Situazione invariata.

2/12/71. Oggi ha presentato una grave crisi dislettica che si estrinseca con vomito e malessere generale espresso dalla malata come paura di morire e con uno stato d'ansia e paura.

15/12/72. In questi giorni presentato ascesso nella regione glutea sinistra con lieve rialzo termico.

7/1/72. Nei giorni scorsi frequenti crisi dislettiche sotto forma di malessere generale che si esteriorizza con lamentele infantili.

24/1/72. Ha superato un episodio influenzale.

8/2/72. Sostanzialmente invariata; comportamento sufficientemente socializzato quando presente il medico. Il suo lacerare un modo di esprimersi divertendosi.

3/3/72. La percezione degli oggetti si concentra su aspetti parziali e del tutto secondari. Fatuit marcata.

20/3/72. Quando la si porta fuori, frequentemente si accascia a terra: l'atto per da vedersi nel campo delle bizzarrie comportamentali.

6/4/72. Da qualche giorno spesso di malumore: in questo periodo lacerata e tende a farsi del male.

31/5/72. Ha iniziato la terapia con Anatenzol dosaggio attuale 500 mg al d . Fino ad ora non si sono avuti risultati apprezzabili anzi la paziente pi instabile e scomposta. Raramente emergono elementi imputabili a impregnazione farmacologica per cui si ha la possibilit di salire ulteriormente coi dosaggi. Continua a lacerare. E' pure stata in primavera a casa e i familiari hanno riferito di aver faticato parecchio a tenerla costantemente sotto controllo. Hanno riferito, e la paziente lo conferma, di aver preso la madre per i capelli. Il racconto dell'ammalata in proposito fatuo e privo di adeguata partecipazione affettiva.

29/8/72. Continua a lacerare coperte e lenzuoli. Ha smesso di lacerare i materassi da quando stata informata che il materasso su cui giaceva era l'ultimo e che in magazzino avevano finito la scorta.

17/11/72. Manifesta pulsioni clastiche con tendenza a lacerare lenzuoli e materassi. (.Non so cosa fare, quando ho rotto la roba sto bene/); sputa saltuariamente sulle pareti della camera. Presenta tendenze masturbatorie.

20/1/73. Stolidità e fatua nel contegno, puerile in tutte le sue

manifestazioni.

Lacera pressoché in continuazione materassi e lenzuola, si masturba frequentemente. Terapia: Letargin tre fiale al d , Becozym 3 comp., Pineale 1 fiala intramusc.

18/2/73. La paziente presenta fatuit e stolidità nel contegno, lacera vestiti, lenzuola e materassi, sputa in continuazione per terra e sui muri, si masturba frequentemente. Viene inviata in data odierna presso la clinica ginecologica per metrorragia di natura da determinare. Terapia...

14/5/73. La paziente appare fatua, stolidità, esterna un sorriso puerile, lacera saltuariamente lenzuola e vestiti. Tono dell'umore indifferente. Si nutre e riposa regolarmente.

5/12/73. Si richiede la trasformazione del ricovero coatto in ricovero volontario.

21/11/75. Primo vaccino h. Atetal.

21/12/75. Secondo vaccino h. Atetal.

25/9/76. Terzo vaccino h. Atetal.

5/12/84. Dose di richiamo Anatetal.

8. VALERIO V., L'ULTIMO DEGLI SLEGATI (Questo capitolo stato scritto in collaborazione con Giulia Zani).

A Imola dopo il reparto 14, quello delle .agitate/ dell'Istituto .Osservanza/, mi sono dedicato al graduale smantellamento di altre divisioni psichiatriche. Tra i degenti liberati dalla reclusione l'ultimo stato Valerio V., 31 anni, che ha passato 23 anni della sua vita legato a un letto, intrappolato da un giudizio psichiatrico che l'ha voluto oligofrenico, cerebropatico, pericoloso verso se stesso.

I genitori di Valerio erano agricoltori, ora sono pensionati (minimo INPS) e si sono trasferiti in un paese a pochi chilometri da Rimini. Valerio il penultimo di cinque fratelli, uno dei quali morto in un incidente sul lavoro. Gli altri hanno tutti un'occupazione e sono sposati. Le condizioni del figlio, la sua vicenda, hanno pesantemente influito sulla madre, che si sottopone da qualche tempo a cure per .disturbi nervosi/.

Dalle informazioni del padre risulta che n durante la gravidanza n durante il parto ci sono stati problemi per Valerio. Anche la sua prima infanzia stata normale. I genitori hanno iniziato a preoccuparsi solo quando, all'et in cui i fratelli gi pronunciavano le prime parole, lui ancora non parlava. La situazione non mut negli anni successivi: Valerio non riusc mai a parlare, canticchiava solamente .una nenia sempre uguale/.

Non giocava con gli altri bambini, i quali spesso lo deridevano, o con i fratelli. Era sempre in movimento, gli piaceva correre e camminare.

Ma il lavoro nei campi non lasciava molto tempo ai genitori per accudire e sorvegliare un bambino considerato .ritardato/. Per questo, quando Valerio ebbe circa 8 anni, decisero di rivolgersi a un istituto, consigliati in questo dalla moglie del veterinario del paese, la quale .vedendolo in quelle condizioni/ si interess personalmente del suo ricovero all'Istituto psicopedagogico di Ficarolo (Rovigo). Da questo luogo Valerio uscito dopo circa 6 anni per entrare all'Ospedale psichiatrico di Rovigo. Di questi 6 anni non esistono documentazioni. Si conoscono per le condizioni di Valerio al momento del suo ingresso all'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Rovigo, avvenuto nel novembre del 1970 senza nemmeno avvertire la famiglia.

23/11/70. Il paziente, di cui non si conoscono i precedenti anamnestici, proviene dall'Istituto psicopedagogico di Ficarolo (RO). Appare in gravi condizioni di nutrizione. E' molto irrequieto e tende a graffiarsi. Trattasi di un cerebropatico con grave deficit intellettivo e not. rallentamento dello sviluppo.

28/11/70. Non si segnalano novit. Il paziente un po' pi sedato: si nutre a sufficienza.

12/12/70. Si osserva un certo miglioramento della condotta. E'

stato fatto alzare. Anche le condizioni fisiche appaiono migliorate.

13/1/71. Trasferito al Primo reparto. Fisicamente appare ancora in scadenti condizioni, non si nutre a sufficienza.

18/2/71. A volte presenta crisi di eccitamento durante le quali tende a graffiarsi il volto.

16/3/72. Da qualche tempo appare particolarmente irrequieto, autolesionista.

La discesa di Valerio nell'inferno psichiatrico continua con il suo trasferimento a Imola.

Cartelle di decorso e cura dell'O.P. S. Maria della Scaletta (Osservanza).

19/10/72. Entra in data odierna proveniente dall'Ospedale Psichiatrico di Rovigo. Trattasi di un idiota cerebropatico Completamente incapace di stabilire il bench minimo contatto, sudicio, irrequieto, gesticola senza senso con evidenti manierismi e stereotipie, emette grida inarticolate, presenta un evidente erotismo sessuale e cerca di masturbarsi di continuo. Date le condizioni psichiche passa al padiglione 15.

21/10/72. Frequentemente irrequieto, presenta crisi di eccitamento percuotendosi violentemente il volto [illeggibile] procurandosi estese ecchimosi. Condizioni di nutrizione scadenti.

23/10/72. Viene alzato e riesce a camminare. E' necessario tenergli i guanti (di contenzione) alle mani e contenerlo in qualche modo per evitare che si percuota.

20/12/72. Profonda ulcerazione alla mucosa.

29/1/73. Si nutre con difficult. Appena riesce a liberare le mani si procura ecchimosi al volto. Difficile la custodia del paziente alzato... [illeggibile].

12/2/73. Condizioni di nutrizione mediocri. Sempre autolesionista.

13/5/75. [Illeggibile].

18/6/73. Da qualche tempo presenta scariche diarroiche frequenti.

27/7/73. Vaccinazione antitetanica. E' alzato ma necessario contenerlo ai polsi.

4/8/73. Rari gli episodi di eccitamento. Pi frequentemente irrequieto: se lasciato libero si percuote violentemente il volto.

20/10/73. Nonostante i neurolettici ha frequenti episodi di irrequietezza durante i quali si schiaffeggia il volto e non si arresta spontaneamente. E' necessario trattenerlo e contenerlo.

11/2/74. Il paziente si ferito al capo urtando, negli abituali [illeggibile] contro uno spigolo del portavivande applicato al letto riportando una ferita l.c. che stata suturata. Di solito ha l'abitudine di battere il capo contro il muro senza eccedere nella forza dell'urto e senza riportare lesione alcuna.

Le successive annotazioni fino alle pi recenti continuano a ribadire la necessit dei mezzi di contenzione e contemporaneamente a segnalare le lesioni che Valerio si procura.

5/7/83. Presenta tumefazione all'orecchio sinistro, tipo di otoematoma viene richiesta visita chirurgica.

7/7/83. Oggi ha subito incisione a carico del padiglione auricolare, ad opera di un chirurgo dell'O. Generale, con fuoriuscita di materiale ematico, forse anche lievemente e [illeggibile] suppurativo.

10/8/83. Malgrado trattamento anche ripetuto, otoematoma si in parte organizzato.

10/9/83. Durante i pomeriggi viene in genere alzato in carrozzella.

15/11/83. Presenta sempre tendenza a percuotersi eccetera, per cui deve, pi o meno di continuo essere fermato, peraltro allo

scopo di eliminare la contenzione, si pensa di usare un letto speciale con sponde imbottite e tuta resistente con maniche formate in modo da limitare i movimenti del p. verso il capo.

Gli artieri e le guardiarobiere dello stabilimento stanno pertanto allestendo l'occorrente.

30/12/83. Ha fatto rilevare cromaturia macroscopica e tumefazione circoscritta scrotale.

[Trascurabili le annotazioni del 3/1-15/1-1/2 -15/2/ 84.]

25/2/84. Ha fatto rilevare tumefazione scrotale rilevante, senza fatti traumatici noti e rilevabili e senza febbre.

E' fatta diagnosi di orchite epididimite ac. sn.

L'infermiere Gilberto Bertonello, che ha seguito Valerio dall'83 all'87 e gli aveva provato a slegarlo sotto la sua responsabilità e contro il parere del medico, si era rivolto a me visto che tutti gli altri reparti non ne volevano sapere: addirittura gli infermieri avevano minacciato di lasciare in blocco il posto di lavoro se Valerio veniva trasferito nel loro reparto.

.Trattasi di un idiota cerebropatico, completamente incapace di stabilire il minimo contatto/. Questa era la diagnosi che inchiodava Valerio al letto e a una poltroncina, progettata dalla bizzarra fantasia di uno psichiatra. Che cosa c'è di scientifico in questa diagnosi? La terminologia psichiatrica nega l'obiettività scientifica, non parte da un giudizio ma da un pre-giudizio. Che cosa vuol dire infatti che un essere vivente .incapace di stabilire il minimo contatto/? Qualsiasi organismo , nell'ambito del suo spazio vitale, in grado di interagire con ciò che lo circonda, di ricevere stimoli e di reagire a questi, attraverso un proprio sistema di comunicazione.

Definire un essere vivente, sia esso cellula, ameba o vegetale o addirittura, come in questo caso, un essere umano, con una organizzazione ben più complessa e strutturata, incapace di interagire, un non senso. Se corrispondesse al vero, ci troveremmo di fronte a un essere inanimato, morto, a un oggetto.

Non Valerio a non essere in grado di percepire e rispondere a

stimoli esterni, .a non essere in contatto/ con gli altri, ma piuttosto gli altri che non sono in grado non solo di stabilire un contatto con lui, ma neppure in grado di riconoscere il suo modo di comunicare. Negano cos la sua capacit relazionale, cio anche ci che gli proprio in quanto essere vivente. La psichiatria pu fare questo: coprire un'incapacit di chi osserva con una incapacit di chi oggetto di questa osservazione, giungendo a proposizioni ascientifiche.

Prima che Valerio fosse trasferito, cio quando viveva per la maggior parte del tempo con gli arti immobilizzati, mi ero recato pi volte a trovarlo, provvedendo a slegarlo. Il rapporto di forze era impari: Valerio era pronto a usare contro di s la forza, fino a quel momento tenuta costretta, delle sue braccia e delle sue gambe. Trattenerlo contando su una pari forza muscolare e un pari impeto non era pensabile. Ma nemmeno necessario. Interponevo la mia mano tra quella di Valerio e la parte che stava per essere colpita: e Valerio si fermava. Riconosceva la presenza di una parte del corpo di un altro e soprattutto decideva e comunicava di non volere colpire questo .altro/.

In accordo con il coordinatore dei servizi psichiatrici, dottor Ernesto Venturini, prendemmo Valerio nel nostro reparto autogestito nel novembre 1987 e venne a darci una mano anche l'infermiere Bertonello.

Ecco la cronaca dei primi cinque giorni di Valerio slegato, scritta dagli infermieri del reparto:

20/11/87. Valerio abbastanza agitato (ha forse captato la novit del reparto?). Difficile l'opera dell'infermiere per distoglierlo dall'autopunizione. Nutrito e accompagnato nella sala T.V. dove si addormentato rannicchiato su una poltrona. E' stato nutrito imboccandolo. E' stato seguito costantemente perch come gi si sapeva tenta di picchiarsi.

21/11/87. Valerio ha dormito tranquillamente fino alle ore 10. Sta volentieri nella vasca da bagno, rifiuta le scarpe e le coperte e cerca di evitare i nostri interventi con scatti in piedi e piccoli passi. Dopo pranzo mostra una certa irrequietezza.

22/11/87. Alterna periodi di calma a momenti di agitazione.

Rimane per un po' seduto sulla poltrona poi si butta per terra. Si toglie continuamente scarpe e calzini.

23/11/87. Mostra riluttanza ad alzarsi, avrebbe preferito restare a letto. Lo abbiamo portato fuori nel cortile ed è stato particolarmente calmo. Viene distratto dai rumori provenienti dalla strada, si rilassa se sente cantare o fischiare. Gli piace giocare con l'acqua.

24/11/87. Si svegliato da solo, alle h. 8,30, agitato e dopo colazione si calma: probabilmente reagiva allo stimolo della fame. Ha proseguito la mattinata con calma. Pomeriggio abbastanza tranquillo, interessato alla musica proveniente dalla T.V. Accenna a sorrisi mentre gli accarezza la mano. L'ospite Orlanda S. molto disponibile verso Valerio, gioca con lui, lo accompagna nel cortile e lo accarezza continuamente. Improvvisamente verso le 18,30 comincia ad agitarsi e picchiarsi, forse ancora a causa della fame.

25/11/87. Dimostra di avere molto appetito, ha incominciato ad imboccarsi da solo. Nei rari momenti di agitazione dimostra di reagire a piccoli schiaffetti sulle mani. Dopo cena aumento dell'agitazione fino al parossismo psicomotorio. Ci parrebbe dovuto a stanchezza: nel pomeriggio non ha mai riposato.

Nei giorni successivi crisi di agitazione si alternano a periodi di tranquillità sempre più lunghi. Migliorano le sue condizioni fisiche e si notano minori tendenze autolesioniste, maggior sicurezza nel mantenersi in posizione eretta, nel camminare, nel salire le scale. Incomincia a usare il cucchiaio, tiene senza problemi le scarpe, non rifiuta più le coperte. Valerio quindi, già dopo pochi giorni, ottiene un parziale recupero dell'attività muscolare e riprende ad usare il proprio corpo per muoversi ed agire, per toccare ed esplorare.

Ai primi di dicembre, durante una passeggiata nel parco vicino al recinto degli animali, Valerio si mette a battere le mani e a ridere. Ha sempre tenuto per mano l'operatore cercandolo quando gli si sottraeva, dimostrando di gradire le sollecitazioni tattili.

È evidente che, dal momento in cui viene trattato come un essere umano, Valerio manifesta la sua umanità: ha reazioni di piacere, di fame, di fastidio. Mostra interesse per l'acqua, gli

animali, la musica. Cerca il contatto con le persone. In questo modo gli è stata aperta una strada verso un recupero considerato impossibile.

Attualmente cammina da solo senza problemi, senza bisogno di qualcuno cui appoggiarsi e, se inciampa, in grado di rialzarsi da s. Non si picchia quasi pi, non ha pi croste, graffi, contusioni. Mangia con appetito e di tutto. Di notte dorme tranquillamente mentre prima era agitato e spesso si svegliava. Si distende sull'erba e vi si rotola. Tocca avidamente e porta alla bocca erba, sassi, rami, tutto ci che gli ricorda la sua infanzia contadina e che per tanto tempo gli è stato impedito di avvicinare. Sorride se trova qualcosa che lo interessa: un nuovo oggetto, una caramella, una gita, un nuovo gioco o un nuovo contatto affettuoso.

Il lavoro delle persone che lo seguono costantemente, infermieri e obiettori di coscienza volontari, ha richiesto impegno e pazienza. I risultati comunque hanno ripagato gli sforzi e cos pure la consapevolezza di aver contribuito a rendere migliore la vita di questo ragazzo, che ha passato 23 anni nella totale privazione affettiva e sensoriale.

Rimane purtroppo l'handicap della cecità. Ho fatto visitare Valerio da alcuni specialisti, che hanno riscontrato il distacco della retina. A questo proposito importante rilevare che in nessuna pagina delle cartelle di Valerio appare qualche riferimento alle condizioni della sua vista, ad eccezione di una breve nota del 13/12/77: .visita specialistica: riscontrata cataratta occhio destro/. Eppure le osservazioni riguardanti le sue condizioni fisiche abbondano ed è stato sottoposto a pi esami clinici. E' difficile pensare che nessuno si sia accorto della sua cecità. Dalle testimonianze dei genitori sappiamo che Valerio non solo non aveva nessun problema alla vista mentre era ancora in famiglia ma che fino a qualche anno fa ci vedeva ancora. E' certo che Valerio è divenuto cieco durante il suo ricovero all'Osservanza/ ed è certo che non compare nessuna notizia al riguardo.

Ho inoltre fatto sottoporre Valerio al primo E.E.G. (elettroencefalogramma). Benché infatti gli sia stata diagnosticata una grave cerebropatia non esistono referti di precedenti E.E.G. Né da questo né dal secondo esame risulta alcuna particolare lesione o anomalia.

Referto E.E.G. 30/11/87: modeste anomalie aspecifiche diffuse dell'attività di fondo.

E.E.G. 22/12/87: tracciato con attività di fondo un po' lenta ma sprovvista di anomalie ben caratterizzate.

Ho portato Valerio dai genitori dicendo loro la verità, che del resto era lì sotto i loro occhi: e ciò che il trattamento riservato a Valerio poteva essere evitato. La madre aveva un'espressione molto triste e parlava lentamente e a fatica, intorpidita, come lei dice, dagli psicofarmaci. È rimasta colpita dalla vista del figlio che non incontrava più da parecchio tempo. Era diventato troppo doloroso trovarlo sempre legato, sempre a letto, fino al punto di preferire non vederlo più.

È lei che ricorda di quando andava a Imola da Valerio e gli portava qualche cosa da mangiare, lui le apriva la borsa dove sapeva che avrebbe trovato dei dolci, dei biscotti, e li mangiava golosamente. È sicura che allora ci vedesse. Ricorda la disperazione di quei momenti: si chiedeva perché gli infermieri se ne stessero lì senza fare niente e lasciassero suo figlio in quel letto per tutto il giorno, tutti i giorni. Dice il padre: «io quando vado a lavorare, lo so quello che devo fare e lo faccio, ma loro, questi medici e infermieri, lo sanno quello che devono fare? Ogni volta trovavamo Valerio in condizioni peggiori.../».

Ora Valerio in condizioni sempre migliori, ma gli infermieri del reparto 19, che lo conoscevano bene, non credono che lo teniamo sempre libero, slegato, che cammina e che non si picchia e si rifiutano perfino di venirlo a vedere. Per loro Valerio era una specie di vegetale prima e lo tuttora. Senza appello.

La storia di Valerio - come quella di tutte le altre persone che ho slegato - ha invece il valore di una dimostrazione scientifica che attende di essere confutata. Casi come Valerio ne esistono ancora a centinaia in altri manicomi. Ma soprattutto ci sono migliaia di persone che subiranno la sorte di Valerio. Finché la psichiatria viene ritenuta una scienza e il trattamento psichiatrico una terapia, potremo aprire o smantellare tutti i manicomi ma rinasceranno sotto altre forme.

8. INTERDIZIONE: LA MORTE CIVILE.

Nel reparto 14 dell'Ospedale Psichiatrico .L'Osservanza/ di Imola, in cui presi servizio il 1 agosto 1973, ero il solo medico di reparto che intendeva cambiare le cose: tutt'altro che facile, dato l'atteggiamento contraddittorio del direttore sanitario e l'ostilit o l'indifferenza degli altri medici e del personale paramedico e amministrativo.

Il processo di liberazione dei ricoverati, esteso dal reparto 14 ad altri padiglioni, sfociato tra l'altro, nel 1984, nella discussione, anche pubblica, sulla capacit e il diritto dei lungodegenti psichiatrici di utilizzare in proprio il denaro delle loro pensioni accumulato in banca. Balzava agli occhi ormai la differenza del trattamento riservato ai degenti dei padiglioni da me diretti rispetto a tutti gli altri. Infatti una vecchia regola affida ai primari o ai medici responsabili dei reparti il compito di autorizzare, mediante firma su moduli predisposti a tal fine, i prelievi di denaro dai conti dei degenti per le loro spese. I ricoverati che dipendevano da me avevano cominciato a spendere il denaro per le necessit quotidiane, per migliorare la situazione personale, vestendosi con abiti propri in luogo di quelli dell'ospedale - tutti uguali come quelli delle colonie penali e delle carceri -, per rendere decenti e abitabili gli ambienti in cui, per mancanza di altre prospettive o per propria scelta, avrebbero dovuto vivere ancora a lungo, e infine per scegliere in modo autonomo attivit culturali o di svago. Negli altri reparti invece i degenti, privati dell'uso del proprio denaro (salvo poche eccezioni), continuavano a vestirsi come forzati e a chiedere l'elemosina, perch i medici non si assumevano la responsabilit di autorizzare le spese.

Nello stesso periodo indirizzai una lettera aperta al presidente dell'Unit sanitaria locale numero 23 di Imola e al direttore sanitario dell'Ospedale, denunciando il loro disinteresse riguardo alla sorte dei lungodegenti psichiatrici. Mi ero rivolto anche ai sindacati denunciando il fatto che i ricoverati

venivano utilizzati in guardaroba, in lavanderia e in cucina, oltre che in altre attività lavorative nei reparti, in condizioni di lavoro nero/, senza garanzie e praticamente in cambio di una mancia, che a volte veniva usata come ricatto. Questo stato di cose non solo non è stato modificato a tutt'oggi, nel 1989, ma non viene neppure preso in considerazione.

Sempre in quel periodo, il pretore iniziava un procedimento giudiziario contro il direttore sanitario dell'ospedale, per l'ipotesi di reato di omissione di atti d'ufficio, a causa delle condizioni di incuria in cui si trovavano i servizi igienici dell'istituto. Questi erano stati in parte risanati solo nei reparti da me diretti, per iniziativa e con il contributo finanziario dei degenti, dopo che se ne era discusso anche con i loro familiari.

La mia lettera aperta al presidente dell'Unit sanitaria veniva letta alla locale Radio Santerno dal titolare Bruno Poli, che da molti anni mi aiuta a far conoscere alla città i problemi dei ricoverati. Ripresa sui giornali, suscitava discussioni, anche negli ambienti politici, non solo sull'opportunità o meno delle iniziative mie, dei degenti e del personale, ma anche sull'insensibilità dell'amministrazione riguardo alle condizioni di vita dei ricoverati. Tutte le spese da me autorizzate avvenivano sotto il controllo dell'economato, erano registrate e se ne conservavano le ricevute, per regolarità amministrativa e anche per evitare dispersioni di denaro e ogni equivoco o strumentalizzazione. D'altra parte, le spese dei degenti erano modeste, e i loro depositi in banca continuavano ad aumentare, giacché le entrate per le pensioni e per gli interessi erano di gran lunga maggiori delle uscite.

Un rappresentante del Movimento Sociale Italiano e uno della Democrazia Cristiana presentarono un esposto contro questa mia iniziativa all'autorità giudiziaria, e precisamente alla Pretura di Imola. Il pretore convocò i medici dell'Istituto, fra i quali anche me, per consultarci sulla capacità dei degenti di decidere dei propri interessi. Con il pretore ebbi una lunga discussione a proposito dei concetti di capacità o incapacità di intendere e di volere, nella psichiatria e nella giurisprudenza. Sostenevo che l'eventuale difficoltà dei lungodegenti a provvedere ai propri interessi economici va attribuita non a cause biologiche, ma più che altro all'analfabetismo della maggioranza di loro, come risulta dalle cartelle cliniche, e ai lunghi periodi di reclusione. Mentre il pretore, nel fondare quei concetti su basi

biologiche, oltre che delle tradizioni scientifica e giuridica, si faceva forte del giudizio degli altri medici dell'Istituto, basato sulle teorie psichiatriche.

Il pretore di Imola trasmise gli atti alla Procura della Repubblica di Bologna, la quale iniziò i procedimenti per l'eventuale interdizione o inabilitazione dei degenti per incapacità di intendere e di volere. Nel giugno 1986 ebbero luogo le prime convocazioni dei degenti e dei loro familiari per essere interrogati. Nel condurre l'inchiesta la Procura fece riferimento al dettato del Codice Civile, senza tener conto della successiva legge numero 180 del 13 maggio 1978.

Cominciarono gli interrogatori, uno dopo l'altro, nella stanza del direttore sanitario o, su richiesta dei ricoverati o dei medici, direttamente nei reparti. Riguardavano la maggioranza dei cinquecentocinquanta ricoverati nei due Istituti imolesi .Lolli/ e .Osservanza/. I magistrati venivano una o due volte alla settimana. Mostravano ai lungodegenti biglietti di banca di varia taglia per vedere se erano riconosciuti con la prontezza usuale nel commercio quotidiano. Persone, che per tanti anni sono state private della possibilità di usare il denaro perché segregati ed espropriati perfino del loro corpo, proprio mentre stavano riacquistando la capacità di disporre di se stessi e dei loro beni, venivano umiliate con interrogatori privi di significato ma non di conseguenze. Comparire davanti ai magistrati fa paura a tutti; tra i ricoverati e tra i parenti crescevano l'inquietudine e il timore. Il giorno in cui doveva essere interrogata una degente del reparto 10, uno di quelli da me diretti, fu colta da malore nel parco davanti al padiglione. Decisi allora di presentare ai magistrati un certificato in cui, come medico responsabile di quattro reparti, dichiaravo che, a mio parere, i procedimenti in corso potevano essere di grave pregiudizio per la salute dei degenti. Gli altri due medici presenti quel giorno agli interrogatori, pur dichiarandosi contrari alle interdizioni, non si associarono al mio intervento. Comunque, in conseguenza della mia dichiarazione scritta, i magistrati interruppero gli interrogatori per qualche mese. Ripresero poi, in seguito a un incontro nella Pretura di Imola tra i magistrati, i medici e il presidente dell'Unità sanitaria locale.

L'amministrazione dell'Ospedale, da me più volte interpellata, non ritenne opportuno procurare avvocati ai degenti. Con l'aiuto di amici milanesi presi contatto con l'avvocato Carlo Ezechieli di Bologna che, gratuitamente, insieme con altri avvocati si

occupato del problema, fornendo ai degenti l'assistenza legale e valutando l'opportunità di mettere in discussione la costituzionalità e la legittimità delle sentenze che venivano via via pronunciate. Il gruppo parlamentare di Democrazia Proletaria il 7 giugno 1988 ha presentato un'interrogazione al Presidente del Consiglio e ai Ministri della Sanità e della Giustizia per chiedere chiarimenti su quanto si sta verificando negli Istituti psichiatrici per lungodegenti di Imola, ma finora non risulta vi sia stata alcuna risposta. Ho cercato attraverso la solidarietà di amici e conoscenti di far parlare i mass media della questione e sensibilizzare l'opinione pubblica. Purtroppo, malgrado un bellissimo servizio di Piero Scaramucci su RAI 3, un mio intervento alla rubrica radiofonica di padre Davide Turollo e un articolo di Giuliano Campioni su *Il Manifesto*, l'interdizione di massa passata nell'indifferenza generale.

È un precedente molto grave, che favorisce la pratica restauratrice degli psichiatri e segna il ritorno alla situazione manicomiale che c'era prima del 1968, anno in cui il ministro della Sanità, Luigi Mariotti, modificando la vecchia legge, diede alla Procura della Repubblica gli strumenti per la restituzione dei diritti civili e politici a tutti gli internati psichiatrici col loro passaggio da *coatti* a *volontari*.

L'interdizione, privando i degenti di questi diritti, li degrada a ex-cittadini e ne decreta la morte civile. Non dimentichiamo che c'è un modo di uccidere più preciso e più terribile dell'assassinio degli individui e del massacro dei popoli ed, a livello dei singoli e delle moltitudini, il non riconoscere gli altri come uomini. Questo il vero significato dell'interdizione.

9. IDEOLOGIA E STRUMENTI DEL TRATTAMENTO PSICHIATRICO (I primi quattro paragrafi di questo capitolo sono stati scritti in collaborazione con Alessio Coppola).

L'intervento autoritario.

Bisogna anzitutto dire che non vi sarebbe la psichiatria con gli strumenti ad essa collegati se alla sua base non vi fosse l'intervento autoritario. Finché c'è una libera discussione tra diversi punti di vista e comportamenti si resta all'interno di un incontro tra persone che si cercano liberamente per aiutarsi a capire i propri problemi. Si possono avere discussioni anche vivaci, ci si può scontrare anche con accanimento. Fin qui ovviamente non c'è psichiatria.

La psichiatria inizia il suo trattamento quando qualcuno pensa che ti deve indurre con la forza a cambiare le tue idee.

Si può essere certi che la psichiatria non si sarebbe sviluppata se non fosse esistito l'istituto del ricovero obbligatorio. Un esempio. Poniamo il caso che a te piacciono le ragazzine di quattordici anni, e lo riferisci allo psichiatra. Se lo psichiatra pensa che queste siano fantasie antisociali, stabilisce che il tuo interesse per le ragazzine di quattordici anni è morboso/. Interesse morboso è già una diagnosi di malattia mentale. Questa diagnosi è necessaria per lo psichiatra e la società che richiede il suo intervento. Infatti, senza questa diagnosi come farebbe a impedirti di desiderare le quattordicenni? Ti deve togliere dalla circolazione! Ecco allora, ti fa un bel ricovero obbligatorio. Il medico del territorio fa il certificato. Il sindaco conferma. Ti prendono con la forza e ti portano al Centro di Diagnosi e Cura. Sono almeno in quattro: due infermieri e due guardie municipali. In quattro ti prendono con la forza e ti portano dentro. Tu ora stai lì e non hai alcuna intenzione di rinunciare subito alla tua idea. La porta è aperta? No, la porta è chiusa. Se l'avessero lasciata aperta saresti già scappato. Tu, con quell'idea, non potrai uscire da quella porta. Ecco, pian piano si sta costruendo il manicomio...

Una volta chiuso lì dentro, se sei una persona energica e forte, cominci a spaccare tutto quello che c'è nella stanza. Dici: io voglio andar fuori, perché mai non dovrebbero piacermi le ragazze di quattordici anni? Spacchi tutto. E loro, loro che fanno? Ti legano al letto! Ti hanno legato stretto, ma pure cosa fai casino, ti metti ad urlare e, se sei forte, puoi darsi pure che ti svincoli, che ti sciogli dal letto.

Allora ti fanno la puntura! Ti fanno un bel punturone. Tu chiedi: ma cos', non voglio. Loro dicono - se ti dicono qualcosa - che in questo modo tu ti .rilassi/. Dormi. Dormi molto. Quando ti svegli ti senti la lingua gonfia e meno forza in tutto il corpo. A questo punto loro si rifanno vivi: .Allora, che ne dici delle ragazze di quattordici anni?/. E tu, pur con la lingua tutta attaccata, gli fai: .Be', sono molto attraenti/. Loro pensano: pi rilassato, ma non guarito. Quindi? Quindi un'altra puntura. Questo si ripete fino a quando tu non ricordi pi che esistono le ragazze di quattordici anni. Almeno momentaneamente. Oppure cominci a riflettere e ti dici: .Qui se continuo a dire che mi piacciono le raga... questi mi massacrano/. Allora gli fai: .No, a me le ragazze di quattordici anni non m'interessano pi. Trovo del tutto sbagliato e fuori luogo un interesse sessuale nei loro confronti/. Praticamente ritratti.

Allora ti dimettono, ti mandano finalmente a casa. Con la cura: una puntura al mese oppure una serie di punture a ondate successive.

Ecco come nasce il manicomio e il suo prolungamento domestico.

In una certa logica necessario, indispensabile. Chi pretende di tenere sotto controllo le idee e le fantasie altrui ha bisogno dei manicomi e delle cure psichiatriche. L'alternativa quella di eliminare fisicamente i soggetti sgraditi, ma questo neppure a Hitler era sempre possibile.

La camicia di forza dentro la siringa.

A un certo punto, si diceva, ti fanno un bel punturone. Ma cos' la sostanza che viene iniettata? Di psicofarmaci si sente parlare molto, ma l'informazione al riguardo molto superficiale. Pur essendo uno dei pi grossi affari dell'industria farmaceutica e crescendo di giorno in giorno il numero di quelli che hanno bisogno di .rilassarsi/, saperne di pi da chi li vende non possibile. Sappiamo per che il Tavor,

un ansiolitico, in assoluto il farmaco pi venduto in Italia con 22,5 milioni di pezzi; seguono l'Aspirina con 17,1 milioni di pezzi e gli omogeneizzati Plasmon (dietetici) con 12 milioni (.Il Mondo/, 17 luglio 1989, pagina 5).

Secondo l'analisi farmacologica, lo psicofarmaco viene classificato come neurolettico, oppure neuroplegico. Si tratta, in parole pi semplici, di un paralizzante delle funzioni nervose. Lo Zingarelli, greco alla mano, non smentisce: "neurolettico", farmaco capace di sopprimere particolari funzioni nervose, efficace soprattutto negli stati di agitazione e aggressivit.

Cosa succede esattamente quando ti fanno quel famoso punturone che ti .rilassa/? Ti iniettano sostanze chimiche che attaccano direttamente i collegamenti nervosi. Sono sostanze tossiche che avvelenano le cellule nervose nelle loro congiunzioni (sinapsi). Quando ti legano al letto o ti mettono una camicia di forza, ti impediscono dei movimenti muscolari che tu potresti fare. Pur cos legato, tu senti la forza nelle braccia e nelle gambe e la tua volont fortemente tesa contro quello che ti fanno. Sei solo "esternamente" impedito. Almeno agli inizi, se qualcuno ti scioglie tu schizzi via, come una molla gi compressa.

Ovviamente, l'avvelenamento del sistema nervoso proporzionale al dosaggio e alla frequenza. I ricoverati parlano a volte degli effetti da loro avvertiti dopo essere stati sottoposti a pratiche iniettive o al consumo di pillole. Le gambe tremano, la lingua gonfia e si attacca, le mucose perdono colore, i tessuti adiposi cominciano a gonfiarsi. Dato che l'intossicazione generale, si possono avere blocchi intestinali e disfunzioni cardiache anche mortali.

Scollegando i tuoi nervi da dentro, possono anche scioglierti di fuori. Ti tolgono la camicia di forza. Non hanno pi bisogno di legarti al letto. Ma ora sei tu che non riesci pi a concentrarti. "Decidere" in qualche modo raccogliersi, "concentrarsi". Ora invece ti difficile decidere qualcosa, sei tu che non trovi una presa su te stesso.

Tornando al caso delle ragazzine di quattordici anni, dopo un trattamento prolungato di questo tipo, anche se non possono essere sicuri che tu non nutra pi, nel profondo, alcun interesse nei loro confronti, certamente la tua vita sessuale si appanna, la tua voglia diminuisce sensibilmente, ma non per via di un tuo ripensamento, soltanto della neurointossicazione. A

questo livello, quindi, gi il comune trattamento con psicofarmaci ha ottenuto il suo scopo.

ESK e insulina.

Non per detto che da soli gli psicofarmaci sortiscano tutti i loro effetti. A volte si incontrano persone molto resistenti alle intossicazioni. Si tratta di una resistenza sia di tipo chimico sia di tipo psicologico; prima della legge 180, a persone cos resistenti poteva succedere di essere trattenute in manicomio anche per quarant'anni, per una vita. Ora sono obbligati a mandarti via. Ma tu pensi sostanzialmente ancora come prima. Trascini le parole, fai gesti pi lenti, guardi pi stancamente ma esprimi la stessa opinione di prima. Pian piano ricordi quello che hai fatto, quel che successo, quello che hai detto. Tu per loro sei ancora "quello di prima". Non sei quindi realmente guarito. In manicomio non ti possono tenere (ma stanno cercando di riaprirli!) e a casa cos non ti possono mandare. Allora dicono: proviamo con l'elettroshock (ESK)! Ma possibile, ancora oggi?

Certo, ancora oggi. In tutto il mondo. Questo strumento classico della psichiatria fiorente negli USA come in URSS, in Francia come in Germania. In Italia, per fare un esempio, molte cliniche universitarie ne sostengono ufficialmente la validit come si trattasse di una conquista irrinunciabile.

Vediamo in breve come funziona l'ESK. Consiste nel far passare correnti elettriche con determinate intensit attraverso la corteccia cerebrale. Naturalmente, questo passaggio di corrente sconvolge, almeno momentaneamente, l'equilibrio cerebrale. Si perde quindi coscienza e si hanno delle convulsioni. Ci pu essere distruzione di cellule nervose. Quando non c', comunque lo sconvolgimento molto grave. E' scientificamente accertato che il passaggio delle correnti elettriche attraverso i centri nervosi principali pu provocare l'arresto del cuore e della respirazione, con conseguenze mortali.

Insomma, ogni volta i rischi sono enormi. Ci sono poi sicuri effetti sconvolgenti: chi ne oggetto perde coscienza completamente. Quando si risveglia ha come dei difetti di memoria. Nei primi tempi pu anche dimenticare chi . Non ricorda come mai sia l . Chiede al padre, alla moglie, al fratello chi lui, e chi sono loro. A volte si vergogna e non chiede, sta zitto. Vengono fatte prove strane e raccapriccianti. Gli si domanda di cose importanti della sua vita, se sposato, se ha figli; lui niente. Non sa pi. Gli si mette in braccio o davanti un figlio e lui lo tratta come un estraneo.

Questi episodi, che visti al cinema - come nell'ottimo film di Milos Forman "Qualcuno vol sul nido del cuculo" - o alla T.V. sconvolgono gli spettatori, per la stragrande maggioranza degli psichiatri dimostrano l'efficacia dei loro strumenti. Sotto il profilo del controllo e del condizionamento dei comportamenti c' poco da obiettare. Secondo alcuni psichiatri l'ESK ha la capacita di ridare la gioia/ ad uomini tristi e melanconici.

Questo certamente possibile. Se infatti tu dimentichi i motivi della tua tristezza, sei meno triste. Eri triste e angosciato perch il ragazzo o la ragazza ti aveva lasciato? Ora non lo sei pi. Gi. Non esiste neppure pi il ragazzo (o la ragazza). Non ricordi pi il suo nome. Ecco, non sai pi neppure il tuo. E tu, ci sei ancora? Guardiamo allora da vicino cosa questa gioia del non ricordo: solo perdita di presenza, un vagare inebetito e stupido di un corpo svuotato. L'impossibilit di pensare, di concentrarsi viene presentata come la soluzione di un grande problema. Quel tale si voleva suicidare? Ecco, adesso non lo vuole pi! La verita che la volont stata ridotta al minimo. Ed insieme con la volont, anche la necessaria forza muscolare...

La camicia di forza in pillole.

Possiamo dire che la psichiatria moderna diventata ormai una raffinatissima "tecnica della repressione" tramite farmaci. Da questo punto di vista siamo di fronte ad un capolavoro. La

domanda : .Ma allora, a che serve togliere la camicia di forza, quando si continuano ad usare simili strumenti?/. Questa sarebbe la domanda di una persona sensibile. Ma la domanda pu anche essere: .Perch ostinarsi tanto ad usare ancora letti di contenzione e camicie di forza, quando oggi basta qualche pillola e una buona siringa?/.

La psichiatria illuminata ha preso sul serio questa seconda domanda e le ha dato una risposta. Diversi psichiatri, anche di grido, hanno conquistato troppo facilmente la fama di .antipsichiatri/ e di .democratici/ per il solo fatto di aver eliminato letti e camicie di forza. Troppo facilmente, perch la psichiatria nella sua sostanza una tecnica di repressione dei comportamenti e non sar certo l'abbandono di uno strumento antiquato in favore di uno nuovo il criterio per stabilire se ci troviamo di fronte ad un suo reale superamento.

Oggi, il progresso della farmacologia repressiva rende del tutto inutile - e tra l'altro faticoso - l'uso del bloccaggio fisico ed esterno del soggetto inquieto. L'uso della violenza fisica un approccio appariscente e pi rumoroso. E' sempre possibile che venga considerato dai familiari o dalla stampa come qualcosa di barbaro e di scandaloso, roba da Medio Evo...

Ecco perch preferibile una tecnica farmacologica, silenziosa, praticamente incontrollabile, diluibile. Anche pi assimilabile come autopratICA: molto pi facile convincere qualcuno a prendere pillole o a farsi iniezioni che a farsi legare a un letto. (E' interessante verificare come in qualche caso di quelli riportati nelle cartelle cliniche si pu arrivare a desiderare di essere legati; si pu indurre quindi un meccanismo autorepressivo anche con sistemi antiquati; ma ovviamente una autocontenzione farmacologica un traguardo molto pi semplice e socializzabile).

La costrizione fisica sul corpo estremamente dannosa perch indebolisce i muscoli e paralizza la mobilit vitale dell'intero organismo. E' sperimentato che molti animali muoiono se gli si impedisce di muoversi. I danni della costrizione fisica sono notevoli ed evidenti. Ma ben peggiori sono i danni causati dalle correnti elettriche nella corteccia cerebrale, dal coma insulinico e da massicce dosi di psicofarmaci.

Prima di dire qualcosa di pi esplicito sulla natura degli psicofarmaci, vale la pena di fare qualche rapida osservazione sulle iniezioni di insulina. Bisognerebbe fare una coraggiosa

indagine in merito per vedere in quante case di cura ancora usata. Perch si inietta insulina? Perch l'insulina una sostanza che regola la presenza di zucchero-glucosio nel sangue. La regolazione del glucosio di vitale importanza per le cellule, a cominciare dalle cellule nervose. Se la quantit di zucchero non quella sufficiente e scende sensibilmente di livello, alle cellule nervose viene a mancare immediatamente il nutrimento, per cui si entra in coma. Ebbene, le iniezioni di insulina hanno lo scopo di spingere l'"indomito" ricoverato in uno stato comatoso, che a tutti gli effetti riconosciuto scientificamente come stato premortale. Ti mettono in coma e poi ovviamente cercano di tirartene fuori, di riportarti cio in vita dopo aver causato un forte squilibrio nelle tue facolt cerebrali e nella regolazione endocrina dell'organismo; cosa che lascia comunque le sue tracce, come si pu notare nel caso di qualche ricoverata del reparto 14. E non c' nessuna sicurezza assoluta che dallo stato di coma si possa far sempre tornare la vittima allo stato di conoscenza.

Vorremmo che almeno per un attimo fosse messa in discussione la .ragionevolezza/ di questo trattamento diretto a ridare la .ragione/ a quelli che vengono chiamati "pazzi". E' lo stato di coma la soglia miracolosa dove la psichiatria .scientifica/ spinge il .folle/ per .ridurlo a ragione/? E' il prosciugare l'alimento cellulare di un cervello uno dei ritrovati della civilt moderna contro i comportamenti indesiderati o incomprensibili? Non siamo di fronte a un sostituto scientifico dell'antico sospendere un condannato su un precipizio?

Ed quasi incredibile che il gioco continui pur essendone nota l'alta percentuale di rischio. E' tale la necessit di cambiare il pensiero del ricoverato che il rischio che ne muoia messo in conto, coscientemente. Si sa benissimo che il malcapitato potrebbe morire, ma si va avanti lo stesso. Ci si limita a premunirsi legalmente e vigliaccamente da eventuali responsabilit facendo firmare ai parenti l'autorizzazione a questo trattamento, come a quello dell'ESK. La firma serve agli psichiatri, che in caso di morte si sentono tranquilli in quanto la responsabilit non loro ma dei parenti. La qualit dell'informazione che in genere si d in questi casi ai parenti bassissima e molto sbrigativa. Pi o meno si dice loro: .Non possiamo procedere senza la vostra autorizzazione; per queste cure ci vuole la vostra firma/. Siamo convinti che la stragrande maggioranza non sa bene cosa firma ma, postegli le cose in questi termini, firma. Se sapessero come stanno le cose, pochissimi firmerebbero. Resta comunque da contestare il diritto

di chiunque, anche parente ad autorizzare questo gioco mortale.

La connivenza con la piovra psichiatrica purtroppo estesa. A volte, per ragioni di immagine sociale e di personale tranquillità, gli stessi familiari sono in prima fila contro "la pazzia". Ad un certo punto subentra come un codice di guerra. Psichiatri e collaboratori sanno che .ci pu scappare il morto/, ma per loro si tratta di effetti sgraditi di una guerra giusta: meglio un cervello distrutto che un cervello anormale.

Se per l'ESK e l'insulina-coma necessaria la firma di qualcuno, per la somministrazione dei neurolettici, chiamati psicofarmaci, non necessaria alcuna autorizzazione.

E' indubbio che con gli psicofarmaci la psichiatria ha raggiunto il massimo di perfezione e di elasticità nelle sue "cure". Cure redditizie soprattutto per il grande lucro che se ne ricava.

Sull'invenzione della terapia del sonno, ad esempio, sono state costruite tante cliniche più o meno modeste, più o meno lussuose. Sofferamoci un attimo sulla capacità fascinosa di questa invenzione. Terapia del sonno. Pare proprio una cosa bella, una cosa innocente. Un gran rimedio contro lo stress e gli affanni della vita moderna. .Ecco vedi, caro, tu ragioni così perché sei stanco, sei oppresso dalle preoccupazioni, hai bisogno di dormire, di dormire tanto, di dormire tranquillo e rilassato.../.

Vediamo cosa in realtà questo rimedio che ha fatto costruire tante .ville fiorite/. La terapia del sonno non altro che una somministrazione massiccia e prolungata di diversi tipi di psicofarmaci.

L'effetto di questa cura differisce notevolmente dagli effetti già disastrosi di una qualsiasi somministrazione intensiva. Qui la persona, invece di essere semplicemente stordita, con la lingua gonfia e le gambe tremanti, dorme del tutto. Non ce la fa a svegliarsi e dorme per lunghissimi periodi.

Non entriamo nei dettagli di quello che avviene per quanto riguarda lo squilibrio persistente dei ritmi circadiani che regolano l'alternanza delle fasi di veglia e sonno nell'uomo. Raccontiamo solo quello che sappiamo e che abbiamo visto di persona.

Il trattamento prolungato, basato su un intreccio di neuroparalizzanti di diversa qualità, porta a un rapido avvelenamento cellulare. Quali sono gli effetti subito evidenti di questo avvelenamento? Primo: gli effetti consueti su memoria, identità personale, inebetimento, di cui si è già parlato a proposito della somministrazione semplice, vengono drasticamente aumentati con questa somministrazione massiccia e intrecciata di psicofarmaci. Secondo: le cellule invecchiano precocemente e rapidamente. Questo invecchiamento è evidente a occhio nudo: la persona stanca, traballante, incerta nei movimenti. Ci sono ragazze di 20/25 anni che ritornano ripetutamente ai Centri di Diagnosi e Cura. Ebbene, sembra che abbiano quarant'anni. Approssimativamente si può dire che in sei mesi di internamento e di cura intensiva si invecchia di vent'anni.

Chi ha avuto occasione di visitare un manicomio, una clinica o una corsia psichiatrica, avrà certamente notato che molti ricoverati hanno un'aria imbambolata, ciondolano, non riescono a mantenere un portamento retto e un'andatura sicura, hanno lo sguardo stravolto o completamente inebetito, manifestano un'assoluta incapacità di seguire un ragionamento anche breve, sono tristi, accasciati, smozzicano frasi se non parole, si incontrano tra di loro ma si ignorano, ripetono mille volte la stessa povera cosa o povera storia. Ora, a chi ha fatto queste visite va detto che non ha visto come si comportano i pazzi o i malati di mente, ma come si muovono e parlano delle persone psichiatrizzate.

Data la completa ignoranza degli effetti delle cure psichiatriche, molti pensano che se si comportano così, sono veramente pazzi ed in fondo bene che siano reclusi e curati; senza sapere che stanno guardando proprio i risultati delle cure/. Da cartelle cliniche come quelle che abbiamo riportate emerge che le persone che hanno subito le cure psichiatriche più lunghe, intensive e coercitive sono quelle che hanno una vita di relazione più scarsa. Pur avendo il cervello umano possibilità straordinarie di recupero in un ambiente sociale libero e pur essendo i reparti aperti già da anni si possono ancora vedere gli effetti.

Si è parlato di camicia di forza in pillole a proposito degli psicofarmaci, cioè di una coercizione interna tramite il blocco del sistema nervoso. È chiaro che questo blocco non può che agire sulla tensione naturale a relazionarsi con le cose esterne e con altre persone. Nei manicomi, all'effetto interno va anche

sommato quello del blocco esterno. Non che questo non conti nulla sull'esercizio delle capacità di relazioni sociali. E' come se la capacità di relazione a poco a poco si atrofizzasse. Ma anche qui possibile supporre che vi sia una autoriduzione di attività relazionale per ragioni di .convenienza/.

Un comportamento .sconveniente/ oppure derelazionato (si dice .ridotto allo stato vegetale/) pu essere messo in atto non solo passivamente, perch ormai si diventati come degli automi, ma anche volontariamente nei momenti di luce che ancora provengono da funzioni cerebrali non del tutto neutralizzate dalla psichiatria coattiva. Episodi quotidiani chiariscono questo concetto. Una volta, ad esempio, ci siamo fatti aprire la porta di uno dei reparti chiusi che si trovano a pochi metri da quelli aperti. Abbiamo notato comportamenti apparentemente strani che nei reparti aperti non si vedono pi. Qualche recluso ad esempio girava nudo. La domanda da farsi : a che serve vestirsi quando si resta tra quattro pareti tutta una vita e gli altri con cui sei obbligato a vivere sono persone ridotte a oggetti con cui non ci si .incontra/ pi?

Non va quindi dimenticato che la reclusione fisica, l'obbligo cio a vivere in spazi ristretti e con le stesse persone, in una parola la restrizione della libert personale di movimento, oltre alla ben nota aggressivit, comporta una riduzione netta di quelle modalit di comportamento che costituiscono il patrimonio sociale di riconoscimento reciproco.

La castrazione come terapia.

Nel maggio 1971, con una delegazione del Partito Comunista di Reggio Emilia ebbi occasione di fare un viaggio in Cecoslovacchia come rappresentante del Centro di Igiene Mentale reggiano. C'erano anche specialisti di medicina interna, chirurgia, medicina del lavoro.

All'ospedale psichiatrico di Olomouc ci fu una discussione con gli psichiatri dell'istituto.

Chiesi: .Chi sono gli internati qui dentro?/. Risposero: .Sono schizofrenici/. .Cosa significa schizofrenici?/. .Sono persone contraddittorie/.

Allora domandai: .Non pensate che le contraddizioni individuali siano in rapporto con le contraddizioni sociali?/. Il direttore dell'istituto tagli corto: .Nei Paesi socialisti non ci sono contraddizioni sociali/.

Il capo delegazione, che era un funzionario dell'Ospedale Civile di Reggio Emilia, un comunista ortodosso che teneva in gran conto il modello del socialismo reale, parlava bene la lingua cca: a un certo punto interruppe la conversazione con il direttore del manicomio di Olomouc per chiedermi: .Che cosa significa 'pulpectomia'?/. .Significa castrazione/, gli dissi. Cos Soncini scoperse che a Olomouc la castrazione faceva parte delle terapie.

Ero stato incaricato dalla delegazione di scrivere le mie impressioni sulle istituzioni visitate, cosa che feci; ma un giorno mi fu richiesto ufficialmente, attraverso il capo di delegazione, di smettere di scrivere critiche contro lo Stato. Risposi che avrei continuato a scrivere quello che pensavo.

Vorrei che non si pensasse, a proposito della castrazione, che la psichiatria dei Paesi dell'Est particolarmente feroce. Nel testo di Bernard De Frminville, "La ragione del pi forte - trattare o maltrattare i malati di mente", nel .Piccolo inventario degli strumenti della terapia e della coercizione fisica immaginati e messi in atto dagli alienisti del Diciannovesimo secolo come segno della presa di un potere assoluto sul corpo dei malati/ si legge alla voce castrazione:

Verosimilmente poco praticata dagli autori francesi, la castrazione viene menzionata da Esquirol (insieme alla .caduta sulla testa, taglio dei capelli, operazione della cateratta/) solo come mezzo terapeutico aleatorio di nessuna utilit.

In compenso, gli autori anglosassoni parevano pi decisi a non indietreggiare di fronte a questo intervento. Fu ad esempio praticato nel 1861 dal dottor Rooker di Castleton su un epilettico .dedito alla masturbazione/. Negli otto mesi successivi all'operazione .l'epilessia non ricomparve, ma ci

furono di tanto in tanto ulteriori tentativi di masturbazione/. Visto che l'operato era diventato .indolente, grasso e pigro/, chi aveva praticato quell'intervento smise di interessarsi a lui [...].

Tale operazione fu praticata negli Stati Uniti su .alienati dediti alla masturbazione/ pi o meno durante tutto il Diciannovesimo secolo (il dottor Crosby nel 1843, il dottor Wilkerson nel 1881, il dottor Goodell dai 1878 al 1880).

Il dottor Goodell ha completato il rapporto sugli interventi da lui compiuti con una esposizione generale dei motivi che l'avevano indotto a ricorrervi: .Innanzitutto una donna, se pazza, non fa parte del corpo sociale, pi di qualsiasi criminale. E poi la sua morte sempre una grande consolazione per gli amici pi cari/ [...].

In realt non sono affatto sicuro che, a seguito dei progressi che il futuro ci riserva, gli uomini di Stato col tempo non riconosceranno che una buona politica sociale deve proporsi di far sparire la follia prescrivendo la castrazione di tutti folli e l'asportazione delle ovaie di tutte le donne folli (De Frminville, 1979).

Nonostante i progressi del secolo successivo, probabilmente nemmeno Hitler, tra i capi di Stato, ha avuto tanta immaginazione quanta ne avrebbe auspicata il dottor Goodell.

C' poi da chiedersi come mai, secondo alcuni psichiatri americani contemporanei, la masturbazione diventata una terapia.

10. GIUDIZIO PSICHIATRICO COME SEGREGAZIONE.

Nonostante che in Italia sia stata approvata nel maggio 1978 una legge che prevede il superamento dei manicomi, a tutt'oggi ne

abbiamo ancora sessanta in pieno funzionamento. Se vero che le vecchie istituzioni, in maggioranza sostanzialmente immodificate, non possono pi accogliere nuovi degenti, a questo compito sono adibiti reparti di ospedale civile che svolgono in tutto e per tutto le funzioni repressive degli istituti di una volta. Il fatto che la cultura e il costume restano sostanzialmente favorevoli alla reclusione e all'internamento.

La realt manicomiale, che si pu toccare con mano perch fatta di pareti e di costrizione fisica, ben poca cosa di fronte alla diffusione del concetto stesso di manicomialit, che si fonda esclusivamente sulla persistenza del giudizio psichiatrico. A poco serve attaccare l'istituto del manicomio se non si sferra un attacco radicale al giudizio psichiatrico che ne alla base, mostrandone l'insussistenza scientifica. Finch non sar abolito il giudizio psichiatrico, la realt della segregazione continuer a svilupparsi dentro e fuori le mura dei manicomi.

Per fare un paragone all'interno della stessa cultura, chiaro che non possibile abolire la segregazione razziale senza superare il razzismo. Il tutore dell'ordine costituito o il sostenitore della moralit dei costumi tradizionali che giudica deviante una persona che non rispetta l'attuale tipo di organizzazione sociale (avendo pensieri o comportamenti differenti da quelli prescritti) legittima di fatto la segregazione. Diversa la cultura di chi pensa che per la nostra specie sono ammissibili pensieri e comportamenti indipendenti dalle convenzioni.

La parola "deviante" deriva dal verbo deviare, che significa .allontanarsi dalla via/ o pi precisamente, come dice il Boccaccio, .uscire dalla via diritta, per dirigersi altrove/ o .allontanarsi dalla norma, dal giusto/. Il verbo viene dal latino tardo. Da esso stato tratto il termine politico deviazionista. Ma pi tradizionalmente per definire la divergenza dalle norme di pensiero o di costume si usano, anche nel linguaggio popolare, le parole matto, pazzo e folle.

La parola "matto" di significato e di origine incerta, ma questo la rende pi utile nella sua indeterminazione: la si pu usare liberamente ogni volta che fa comodo. Cos pu significare .bizzarro e difficile da trattare/, oppure .ottuso/, oppure .chi ha perso l'uso della ragione/. Lombroso si anche diletta di coniarne la variante di "mattoide". Quando si parla di .perdita di uso della ragione/ sarebbe utile precisare a quale ragione ci

si riferisce.

Anche la parola "pazzo" di etimologia incerta. Nel linguaggio di tutti i giorni viene usata spesso per definire una passione entusiastica, come nelle espressioni .pazzo di gioia/, .pazzo d'amore/. C'è anche un'altra definizione: .chi si comporta in modo insensato/.

La parola "folle" viene dal latino e aveva il significato di .mantice, sacco di cuoio, pallone/, da cui deriva il significato di .testa vuota/. In termini più attuali si dice di .organo ruotante quando gira a vuoto, senza trasmettere movimento/ (Cortellazzo-Zolli, 1983). La si usa per indicare pensieri, comportamenti e azioni che si allontanano apparentemente o realmente dalle abitudini e dai modi di pensare più usuali.

La tradizione psichiatrica che si viene formando, dal Seicento in poi, negli ospizi aggiunge al linguaggio comune nuovi termini di giudizio negativo sulle persone rinchiusi, legati all'ipotesi che i pensieri e i comportamenti che non ci piacciono dipendono da un difetto del cervello.

Se proviamo, al contrario, a considerare opinioni e comportamenti dei singoli individui senza tenere come punto di riferimento quello che pensa o fa la maggioranza, cominceremo ad avere uno scambio libero di punti di vista personali e di modi di fare individuali. L'intolleranza nasce dal fatto che alla generalità delle opinioni si attribuisce il carattere di norma obbligatoria per tutti. Per questo preferibile parlare di "generalità" e non di "normalità" degli atteggiamenti.

Così, ad esempio, posso affermare che a me personalmente non piace avere rapporti omosessuali, ma non devo considerare deviante o anormale un'altra persona che invece li predilige. Una volta che si tolga alla generalità (o a quella che per moralismo si finge che sia la generalità) dei comportamenti sessuali il carattere di normalità e di verità, l'altra persona potrebbe considerare deviante me e normale se stessa.

Ricordo al riguardo uno degli episodi più interessanti che mi sia capitato. Era venuta da me per consulenza psicologica una giovane donna, che mi aveva raccontato di aver rapporti sessuali sia con uomini che con donne. Ad un certo punto mi chiese se a me piacessero i rapporti omosessuali, ed io le avevo risposto di no. Allora mi disse: .È segno che ha dei problemi!". Aveva rovesciato il discorso.

La semplificazione nella vita individuale e nella storia dei popoli non serve alla conoscenza né allo sviluppo della creatività, ma è stata ed è utile alle ideologie del controllo sociale e alle dottrine del dominio e dell'aggressione (1).

La ricchezza della vita dell'individuo non deve essere ridotta a schemi, né a quelli della psichiatria, né a quelli della psicologia e della psicanalisi. D'altra parte, uno studio corretto della repressione non deve valutare i vari mezzi usati dalle diverse organizzazioni di potere come se fossero equivalenti. Il determinismo ha allontanato il pensiero dalla conoscenza e dalla complessità dell'individuo, riducendo la società a caserma e stimolando la cultura dell'imperialismo.

Nella "Genealogia della morale" Nietzsche si propone di dimostrare che i concetti di buono e cattivo, come gli altri giudizi legati alla moralità dei costumi, sono imposti dall'alto, cioè sono modelli di cui le classi dominanti si servono per soggiogare e controllare le classi subalterne.

Così pure i concetti di saggio e di folle, normale e anormale, sano o malato di mente, sono variamente usati - secondo i loro interessi - da coloro che sono delegati a mantenere stabile l'ordine costituito. Gli psichiatri consulenti del Tribunale d'Israele al processo Eichmann, esecutore di ordini del governo, lo considerarono colpevole e sano di mente; mentre gli specialisti statunitensi giudicarono più volte malato di mente Heatherly, il pilota di Hiroshima, critico nei riguardi del governo.

La psichiatria, specie negli ultimi anni, ha elaborato teorie sempre più numerose anche sui bambini quali oggetto di studio clinico di malattie mentali. Dal patrimonio cromosomico al concepimento, alla vita fetale, all'embrione, alla nascita, ai primi giorni di vita, alle prime comunicazioni fonetiche, tutto è stato messo sotto processo per identificare le ipotetiche origini della cosiddetta schizofrenia infantile.

In questo sforzo M. J. Boatman e S.A. Szurek (1964) dicono tra l'altro che nel loro lavoro psicoterapeutico ambulatoriale, svolto con famiglie di bambini nevrotici e con impulsi aggressivi, furono colpiti dal fatto che non trovarono alcun bambino disturbato, i cui genitori non fossero in conflitto fra loro. Non perderemo tempo qui a contraddire la banalità di questa affermazione, anche se ci preme sottolineare la

genericità, l'improprietà e la sostanziale mancanza di significato di concetti come .nevrotico/, .aggressivo/, .disturbato/. Il fatto che una educazione autoritaria fondata sul ricatto, la paura, le ambiguità e l'ignoranza (si consideri ad esempio l'intero problema della sessualità) non ci pare certamente la migliore per trasformare dei bambini in adulti sicuri di sé e contenti di vivere.

Nonostante tutto per, negli ultimi anni, tanto in Italia che all'estero, mentre la timidezza critica degli antipsichiatri si traduce sempre più in conformismo, il potere e la cultura degli psichiatri si consolidano. Scrive il .New York Times/, in un'ampia inchiesta condotta in più puntate tra famosi intellettuali e specialisti: .Nella maggior parte dei Paesi dove stata svolta l'inchiesta, la schizofrenia sembra più che altro diffusa fra le classi povere. Non si sa se la malattia colpisca particolarmente i poveri, oppure se i poveri, colpiti da tale malattia, risultino più facilmente individuabili di quanto lo siano i non poveri, tanto più che la diagnosi psichiatrica, il più delle volte, viene considerata un marchio. Inoltre la schizofrenia spesso debilita a tal punto le sue vittime da renderle incapaci di guadagnarsi da vivere/ (.The New York Times", 16 marzo 1986).

Si potrebbe obiettare che relativamente facile criticare le dottrine di controllo sociale, ma che il problema vero risiede in quei casi che si verificano nell'esistenza quotidiana di persone, famiglie, comunità.

Come ti comporti - mi si può chiedere - di fronte a una famiglia che viene da te e ti dice: il nostro Giovanni uscito pazzo, fa cose che prima non faceva, si vuole buttare dalla finestra, ci aggredisce, dice che lo perseguitano, oppure ritiene di essere il Primo ministro?

Siamo qui di fronte al caso in cui, almeno apparentemente, un comportamento risulta nuovo non soltanto rispetto a un modo di vivere in generale, ma anche rispetto agli atteggiamenti consueti della stessa persona. Insomma, si tratterebbe di un individuo che ad un certo punto, come si dice, .d i numeri/, .d di testa/, e per questo sorprende parenti, vicini di casa, compagni di scuola e amici.

C'è da rispondere prima di tutto, sulla base dell'esperienza, che l'emergere improvviso di una diversità non mai veramente improvviso. La diversità si impone drammaticamente e

violentemente all'attenzione solo quando tentativi meno drammatici e violenti sono gi stati ripetutamente fatti e disattesi. E come l'estremo appello per trovare qualcuno che stia a sentire, che ascolti, che comprenda, che almeno accetti di discutere. Ma per lo pi, una comunicazione di questo tipo risulta inutile e anzi dannosa: un appello che viene completamente evaso facendo rinchiudere la persona

Buona parte dell'internamento psichiatrico e dell'intervento autoritario dello psichiatra viene socialmente legittimata sulla base di questi casi limite.

In questi anni mi sono trovato di fronte a molte situazioni del genere. Esemplicher qui con una storia accaduta a Firenze nel novembre '66, ai tempi dell'alluvione, quando ero gi conosciuto da alcuni anni come medico contrario a internare le persone. Devo premettere che non si tratta della storia di un intervento psicologico n della storia psicologica di un uomo, ma del tentativo da parte mia (riuscito) di evitare l'ingiustizia di un internamento.

In quei giorni la citt aveva un aspetto biblico. La sera del 4 novembre dall'alto delle colline sembrava di vedere solo corsi d'acqua, e la valle trasformata in un lago. Diversi giorni dopo, verso la fine del mese, mi telefona la madre di un uomo di quarant'anni, artigiano fiorentino. Mi dice concitatamente che suo figlio, il quale vive con lei e con la sorella, in uno stato preoccupante e vuole ucciderle: almeno cos dice. Aveva sentito parlare di me come uno che non interna e, bench avesse paura e fosse molto preoccupata, n lei n la figlia volevano internare il congiunto. Andai a casa di quell'uomo. Lo trovai che girava intorno al tavolo della sala da pranzo e mi apparve subito in uno stato di ansia terribile, che non gli dava requie. Fu molto difficile cominciare a parlare e per un'ora e pi rimanemmo in silenzio. Quando finalmente si cominci a comunicare mi disse di sentirsi come un Anticristo e che tale condizione non lo garantiva da nessuna possibile conseguenza pericolosa. Avrebbe anche potuto uccidere la madre e la sorella.

Io gli risposi che questa indubbiamente era una sua paura, di cui occorreva capire alla svelta le radici. Non ho intenzione di riportare nei dettagli tutto il nostro discorso, n servirebbe. Affrontammo il problema del significato dell'Anticristo e dei termini in cui lo stava vivendo. Diceva che si sentiva contro il Vangelo per il suo comportamento sessuale e metteva in dubbio l'intera sua personalit etica. L'Anticristo pu fare qualsiasi

cosa, diceva.

Le acque dell'alluvione avevano distrutto il suo laboratorio artigiano e lo avevano sballato completamente dal punto di vista economico. Pensava che per lui e per molti altri questo avesse un significato superiore, come nella storia biblica di Sodoma e Gomorra. Discutemmo cos da diversi punti di vista la problematicità dei rapporti tra l'etica sessuale e la tradizione religiosa.

Quell'uomo non fu mai ricoverato n curato dagli psichiatri. Super la sua crisi esistenziale discutendone in termini reali.

NOTE.

Nota 1. Basti citare alcuni testi classici del genere: Cesare Lombroso, "Gli anarchici", 1894; "Genio e follia", 1864.

11. L'ORIGINE DEI MANICOMI.

Nelle appendici alla "Storia della follia nell'et classica" Michel Foucault ci lascia un'accurata documentazione dell'origine dei manicomi in Francia. Nel Seicento il potere politico provvede ad organizzare lo Stato secondo le nuove esigenze. Lo spostamento di masse umane in misura senza precedenti determina problemi di convivenza e contraddizioni sociali a causa dello squilibrio tra il numero delle persone che arrivano nelle città e le possibilità di utilizzarle sul mercato del lavoro (1). Ci sono poi gli invalidi, conseguenza del modo in cui la manodopera viene utilizzata e alloggiata. Si racconta in un opuscolo anonimo del 1676 che:

In quel tempo alcune persone di alta virt furono toccate dal deplorevole stato in cui si trovavano le anime di quei poveri infelici cristiani. I primi tentativi e i successi iniziali (gli ospizi di carit fondati nel 1651) fecero credere che non era impossibile trovare i fondi necessari per rinchiudere e contenere nel dovere un popolo libertino e fannullone che non aveva mai ricevuto delle regole.

Si comunic ufficialmente, in tutte le parrocchie di Parigi, che l'Hpital Gnral sarebbe stato aperto il 7 maggio 1657 per tutti i poveri che avessero voluto entrarci spontaneamente, e i magistrati proibirono con grida ai mendicanti di chiedere l'elemosina in Parigi, mai ordine fu cos ben eseguito

Il 13 una messa solenne dello Spirito Santo fu cantata nella chiesa della Piti e il giorno 14 la reclusione dei poveri fu condotta a termine senza alcun turbamento.

L'editto reale per la fondazione dell'Hpital Gnral dichiarava: ... di modo che il libertinaggio dei mendicanti giunto all'eccesso a causa di uno sciagurato abbandono a tutti quei tipi di crimini che attirano la maledizione di Dio sugli Stati quando restano impuniti. Infatti l'esperienza ha fatto conoscere alle persone le quali si sono occupate di questa attivit caritatevole che molti di costoro dell'uno e dell'altro sesso e molti dei loro fanciulli, sono senza battesimo e vivono quasi tutti nell'ignoranza della religione, nel disprezzo dei Sacramenti e nell'abitudine continua a ogni sorta di vizio. E per questo, siccome noi siamo debitori alla misericordia divina di tante grazie, e di una visibile protezione, che essa fece apparire sulla nostra attivit dalla nostra ascesa e nel felice corso del nostro Regno per il successo delle nostre armi e la fortuna delle nostre vittorie, noi crediamo di essere ancor pi obbligati a testimoniare la nostra riconoscenza mediante una regale e cristiana applicazione alle cose che riguardano il Suo onore e il Suo servizio consideriamo questi poveri mendicanti come membri viventi di Ges Cristo e non gi come membri inutili dello Stato, agendo nel compimento di cos grande opera non per motivo di polizia, ma per sola ispirazione di carit/ (Foucault, 1963).

Diranno poi gli psichiatri: noi li rinchiudiamo e li

sottoponiamo a trattamento non per repressione ma per terapia.

Per quel che riguarda gli ospizi inglesi c', tra le altre, una testimonianza singolare, bella come una poesia e precisa come un documento, molto significativa riguardo al problema di cui ci stiamo occupando e che vale la pena di riportare:

Ho sentito proclamare il mio bando: e chiuso nella provvidenziale cavit di un albero, sono sfuggito alla canizza. Non un porto sicuro, non un sito dove non sia una guardia a posto fisso o qualche pattuglia volante per catturarmi. Ma io, finch posso restar fugastro, voglio fare ogni sforzo per uscirne fuori; deliberato di prendere l'aspetto pi squallido e volgare che mai la povert abbia assunto a dilleggio di un uomo per degradarlo fino alla bestia. Voglio impiasticciarmi la faccia di pattume; avvolgermi i lombi di stracci; scaruffarmi i capelli e inglopparmeli; e con questa pelle scoperta sfidare i venti e l'infuriare del cielo.

Il paese me ne offre buoni modelli e precedenti insigni negli accattoni di Bedlam, i quali si ficcano ruggendo nelle misere carni delle braccia stecchite e intirizzate spilli, schegge di legno, chiodi, stecchi di rosmarino, e in tale orrendo arnese vagano per fattorie disperse e terre magre, per ovili e mulini, e strappano, ora implorando ora imprecando, quel poco d'elemosina (2).

In questo modo William Shakespeare nel "Re Lear" racconta dell'asilo londinese di Santa Maria di Bedlam e della condizione umana dei suoi ospiti. Shakespeare, come Dostoevskij, tra quegli scrittori i cui personaggi sono a tutto tondo, senza la distinzione artificiale fra saggezza e follia.

Nel quattordicesimo secolo a Firenze (come in alcuni altri grandi comuni d'Europa) sta nascendo e si sta sviluppando la cultura delle industrie, dei commerci e delle banche con la formazione della borghesia e del proletariato come nuove classi sociali.

In una casa d'angolo, all'incrocio di via Guelfa con via Nazionale, non lontano dalla stazione centrale e dal quartiere di Santa Maria Novella, c' una iscrizione che ricorda l'ultima riunione dei Ciompi in fuga nell'anno 1378, quando il tentativo dei primi operai della civilt capitalistica di ottenere

condizioni di lavoro meno svantaggiose era fallito sotto l'azione militare delle corporazioni delle arti, che negavano ai lavoratori dipendenti ogni possibilit di contrattare.

Questo fatto ricordato anche da Marx ed generalmente conosciuto. Invece non molti sanno che, immediatamente dopo quei giorni, alcuni organizzatori della rivolta, che venivano da diverse parti d'Europa e in particolare dalle Fiandre, dopo essere fuggiti, furono ricercati dovunque e uccisi con un metodo e con un criterio che anticipa e ricorda molto da vicino il modo di agire dei killer contemporanei.

La rivolta dei Ciompi rappresentava insieme una novit politica e un rinnovamento dei costumi. A quei tempi era uno scandalo incredibile che dei lavoratori manuali dipendenti rivendicassero anche solamente il diritto di trattare coi padroni e con le arti. La repressione avvenne secondo uno stile che nei secoli successivi diverr sempre pi abituale. "Business is business".

Quando, negli sviluppi ulteriori, la civilt industriale fondata sulla accumulazione di capitale si allarga e si organizza sempre pi rigorosamente, nascono nuove forme di controllo e di repressione, alimentate da specifici pregiudizi e appoggiate da apposite costruzioni culturali. Scrive Franz Mehring nella sua "Storia della socialdemocrazia tedesca":

La grande industria e il grande commercio cominciavano a creare grandi citt, a sgretolare l'artigianato, ad accoglierne una infima minoranza in seno alla ricchezza e ad una morale sazia e solvente, a gettarne la grande maggioranza nell'abisso della miseria e della delinquenza, a distruggere le forme di vita della societ piccolo-borghese nelle quali aveva fino allora vegetato la popolazione cittadina. Nella campagna la grande propriet fondiaria diventava borghese, si gettava sempre pi sulla distillazione delle patate e sulla coltivazione della barbabietola da zucchero, espropriava grandi masse di piccoli proprietari non protetti, e inchiodava in modo feudale alla terra le forze lavorative che le occorreivano, creando un proletariato indifeso quanto miserabile. Nel fetore della sua decomposizione, il feudalesimo si rivoltava spasmodicamente nella tomba: non meno spasmodicamente irrompeva alla luce del giorno l'industrialismo; in questa lotta all'ultimo sangue la popolazione lavoratrice era calpestata come se su di essa si fossero scatenati i cavalieri dell'Apocalisse (Mehring, 1961).

In questo periodo e in questa situazione si sviluppano interpretazioni arbitrarie della biologia, secondo le quali alcuni popoli sarebbero superiori e altri inferiori (il razzismo) e alcuni individui sarebbero superiori e altri inferiori (da cui la psichiatria). Tutte e due queste ideologie, che hanno un'unica radice, sono la base dei vari tipi di campo di concentramento. Dalla medesima cultura vengono sostenuti sia gli ospizi che i campi di sterminio e i diversi tipi di internamento per motivi politici.

Con l'aggiornamento e lo sviluppo delle conoscenze scientifiche i cultori della discriminazione sociale vanno a caccia di nuovi appigli e pretesti. Si cercherà la discriminazione su basi fisiologiche, poi su basi biochimiche, oggi si cerca di utilizzare anche la moderna biologia molecolare, sempre nel ridicolo tentativo di dare contenuti scientifici ai pregiudizi. Dalle origini ai nostri giorni, dalla biologia classica a quella molecolare, molti studiosi della materia, sia in Europa che in America, si sono prestati alle strumentalizzazioni più retribuite. Alcune ipotesi delle teorie dell'evoluzione sono state di volta in volta arbitrariamente estese o ristrette per adattarle ai differenti pregiudizi politici. Ci si è dilettati di definire geneticamente inferiori singoli individui, categorie di persone, popoli e gruppi etnici, a seconda delle necessità della repressione interna o per fini bellici. Tutto questo spesso favorito dalla presunzione degli scienziati di settore, che pretendono di spiegare tutto con i concetti del loro specifico campo di ricerca, più assetati di potere che di conoscenza.

Lombroso discriminava i popoli e gli individui riferendosi essenzialmente a caratteristiche anatomiche (Lombroso, 1876,1893). Molti reparti di manicomio in Italia portano ancora il nome di discepoli di tanto maestro. Se la teoria lombrosiana nei suoi aspetti più grossolani non viene più sostenuta da nessuno, l'"ideologia" pesantemente naturalistica da lui promossa ben presente sotto aggiornamenti "scientifici", soprattutto nel campo della psichiatria e della giurisprudenza. Viene poi diffusa nel senso comune a livello giornalistico, quando i fatti di cronaca nera sono risolti in modo sensazionale ed emotivo col rimandare a .mostri/ e .degenerati/ di vario tipo. Come nella cultura di fine secolo, la permanenza di una ideologia semplificatrice proprio dalla semplificazione trae la sua forza.

Altri modi per tentare di distinguere individui e popoli in superiori e inferiori (concetto indispensabile all'imperialismo) sono legati a metodologie storiche e psicologiche. Come diceva Einstein, pi difficile superare un pregiudizio che dividere l'atomo.

Prima di diventare un rivoluzionario ed essere ucciso, Malcolm X dalle esperienze di sottoproletario della metropoli americana aveva ricavato alcune intuizioni molto chiare sui molteplici poteri di controllo e di distruzione da parte dell'ordine costituito. Nell'"Autobiografia" racconta:

Alla fine mia madre ebbe una crisi completa e il tribunale sanzion definitivamente la decisione di ricoverarla all'ospedale psichiatrico di Kalamazoo.

... La mia ultima visita, quando sapevo che non sarei mai pi tornato l a vederla, fu nel 1952. Avevo 27 anni. Mio fratello Philbert mi aveva detto che l'ultima volta che lui era andato a visitarla lo aveva a malapena riconosciuto: .A tratti/ aveva detto. Me non mi riconobbe affatto. Stette l a guardarmi senza sapere chi fossi.

Quando cercai di parlarle, di prenderle la mano, la sua mente era altrove. .Mamma - le chiesi - sapete che giorno oggi?/. .Tutti se ne sono andati/ rispose con lo sguardo perduto nel vuoto.

Non so descrivere quello che provai. La donna che mi aveva fatto nascere, che mi aveva nutrito, consigliato, castigato ed amato, non mi riconosceva pi. Fu per me come se avessi cercato di dare la scalata a una montagna di piume. La guardai e stetti ad ascoltarla mentre parlava, ma non potevo fare niente.

Credo che se mai un ente assistenziale di Stato ha distrutto una famiglia, questa la nostra. Noi volevamo stare insieme e avevamo cercato di raggiungere questo obiettivo. Il nostro focolare non doveva essere distrutto, ma l'ente assistenziale, i tribunali e il loro dottore ci dettero il colpo di grazia. Inutile dire che il nostro non fu il solo caso di questo genere.

Sapevo che non sarei pi tornato a vedere mia madre perch questo avrebbe potuto trasformarmi in una persona spietata e pericolosa. Sapevo che loro ci avevano considerati dei puri e semplici numeri, un caso per la loro amministrazione, e non come degli essere umani; e che mia madre era l come una cifra statistica, mentre non avrebbe dovuto esserlo, e che tutto ci esisteva per colpa del fallimento della societ, della sua ipocrisia, della sua avidit e della sua mancanza di piet e compassione. Per questo io non ho n piet n compassione per una societ che schiaccia la gente e poi la punisce per non essere stata capace di rimanere in piedi sotto il suo peso (Malcolm X., 1967).

Dal Ku Klux Klan all'istituto psichiatrico il ciclo della madre di Malcolm, sottoproletaria nera della metropoli americana, era stato completo e il figlio aveva potuto capire il problema fino in fondo, sperimentandolo direttamente sulla sua pelle.

Nella metropoli contemporanea si incontrano sempre di pi uomini di provenienza culturale differente, spesso lontanissimi tra di loro. Come in un palinsesto si sovrappongono le pi diverse fortune e le pi diverse condizioni sociali. Nello stesso tempo, i rischi per la vita degli individui e per la sopravvivenza dei gruppi e delle collettivit appaiono e sono ogni giorno maggiori. Di qui la paura, la convivenza difficile e le superstizioni. Gli psichiatri, per tranquillizzare l'opinione pubblica, evocano mostri, come nell'antica mitologia e nelle culture medievale e rinascimentale, e li forniscono di una struttura genetica difettosa, diversa da quella di tutti gli altri. .Il sonno della ragione genera mostri/.

NOTE.

Nota 1. Secondo lo studioso Eric Williams, all'origine del commercio triangolare sul quale si fondava economicamente la tratta degli schiavi si deve collocare la tratta dei bianchi, cio dei contadini inglesi del '600 e del '700 che dopo aver lasciato le loro terre per avvicinarsi alle metropoli

industriali, si ritrovavano senza lavoro e venivano deportati in massa nelle colonie americane. Fu in seguito all'espansione di queste colonie che iniziò l'importazione forzata di mano d'opera africana, prima come aggiunta ai deportati europei, poi in loro sostituzione (E. Williams, 1971).

Nota 2. William Shakespeare, "Re Lear", atto secondo, scena terza.

12. L'USO DELLA PSICHIATRIA NELLE PERSECUZIONI.

Quanto all'argomento, oggi così dibattuto, dell'uso delle idee psichiatriche nella persecuzione e l'internamento di dissidenti intellettuali o di avversari politici, occorre ricordare che in Italia ne abbiamo una vecchia esperienza. Da Passanante a Bresci fino ai nostri giorni, gli psichiatri italiani non sono rimasti indietro a nessuno in questo singolare capitolo della repressione politica. Ultima nel tempo la vicenda di Carlo Sabattini, su cui tornerò.

Quando Gaetano Bresci il 29 luglio del 1900 uccise il re Umberto Primo, vi fu sui giornali e sulle riviste un vivace dibattito sul problema della normalità o anormalità del militante anarchico responsabile del regicidio. Nessuno però aveva messo in discussione le facoltà mentali del generale Bava Beccaris che nel 1898 a Milano aveva sparato coi cannoni sulla folla affamata.

Negli avvenimenti tumultuosi del nuovo secolo la psichiatria sempre più utile. In "Opl noi viviamo!" di Ernst Toller, il professor Ludin tocca l'essenza del problema quando dice a Karl Thomas: .Sia prudente. Dovrebbe averne abbastanza, mi pare/. L'essenza della saggezza la capacità di non scontrarsi col potere, vale a dire essere il più possibile sottomessi. Infatti Karl risponde: .E' logico che lei parli così, dato che dalla parte dei padroni/.

D'altra parte, il problema dello psichiatra Ludin non è certo la pazzia, che solo un pretesto per mantenere stabile il potere

dello Stato: .Un granello di pazzia rende gli uomini buoni padri di famiglia. Due granelli li rendono utili alla societ.../. Invece il rivoluzionario definito sbrigativamente .brutta razza/. Toller, uno dei protagonisti nel 1919 della Repubblica bavarese dei Consigli, forse non avrebbe immaginato che i seguaci di Lenin, costruito un nuovo potere gerarchico, avrebbero perfezionato le idee di Bleuler inventando la "schizofrenia torpida", cio sonnolenta, ovvero .che dorme/ e non si vede. Cos si sarebbero assicurati la possibilit di internare rapidamente chiunque, senza doverne render conto in alcun modo.

Scrivono la dottoressa Pecernikova e il dottor Kosacev, specialisti dell'istituto Serbskij: .Nella maggior parte dei casi, le idee di lotta per la verit e la giustizia compaiono in personalit a struttura paranoica/ (Bukovskij-Gluzman, 1979). Poich paranoico vuol dire dissennato, dobbiamo dedurne che le persone di senno, a detta di questi illustri specialisti sovietici, sono affezionate alla menzogna e alle ingiustizie, il che forse per loro vuol dire anche essere buoni cittadini. C' da pensare che Ges Cristo invece della croce, strumento contro gli schiavi in rivolta, oggi si sarebbe beccato l'intervento della scienza psichiatrica, strumento contro i pazzi pericolosi.

Quello che per mi sembra singolare nella questione dei dissidenti internati in manicomio non tanto il pensiero degli psichiatri, prevedibile e scontato, quanto l'ingenuit delle vittime, persone spesso di notevole livello culturale, che pur protestando per il trattamento che subiscono, non mettono mai in discussione il significato della psichiatria nel suo insieme.

Mi sembra utile e illuminante riportare la "Conversazione con uno psichiatra" di Evgenij Nikolaev, del marzo 1974.

D. - (Dmitrievskij) Quali sono i motivi del suo ricovero?

N. - (Nikolaev) Non lo so. Non ho mai fatto del male a nessuno. Gli psichiatri hanno disposto il mio ricovero in modo tale che per me stato come un fulmine a ciel sereno. Non ne conosco il motivo.

D. - Non potrebbe essere successo in seguito alle sue critiche?

N. - Quali critiche?

D. - Critiche alla nostra societ, per esempio.

N. - Non lo so. In organizzazioni ufficiali non ho mai fatto critiche.

D. - E in quelle non ufficiali?

N. - Non conosco organizzazioni che non siano quelle ufficiali.

D. - Per quale motivo lei stato ricoverato nel 1970?

N. - Non lo so. Anche quella volta per il ricovero si sono comportati in maniera identica. Lei certamente pi informato di me su di esso.

D. - Ma insomma, queste sue testarde opinioni si erano gi manifestate molto tempo prima, quando lei aveva diciannove anni.

N. - Le mie opinioni con la psichiatria non hanno niente a che vedere. E le opinioni sbagliate non sono sempre un sintomo di malattia. Per esempio, un'opinione sbagliata pu derivare da una carenza di informazioni.

D. - Io ho saputo che lei stato espulso dal Komsomol.

N. - Non sono stato espulso. Mi sono ritirato io.

D. - Perch si ritirato? L'ha fatto per le sue opinioni?

N. - Questo non c'entra niente con la psichiatria.

D. - No, vero. Per questa la quarta volta che lei viene ricoverato in un ospedale psichiatrico. Insomma, non tutti quelli che si ritirano dal Komsomol vengono mandati in manicomio.

N. - Ho lasciato il Komsomol diciotto anni fa. E' una storia vecchia.

D. - Certo. Non che voglia darle un'importanza speciale. Qual la sua professione?

N. - Biologo.

D. - Conosce lingue straniere?

N. - S .

D. - Molte?

N. - Qualcuna.

D. - Dove ha lavorato?

N. - Per quattro anni ho lavorato all'Istituto generale di informazione tecnica e scientifica, poi un anno all'Istituto di disinfezione.

D. - Perch ha avuto contrasti con i colleghi di lavoro?

N. - Non ho mai avuto contrasti con i miei colleghi.

D. - Che cos'altro ha studiato oltre la biologia e le lingue?

N. - Tutto quanto mi poteva interessare.

D. - Lei si interessa di filosofia? Di problemi politici e giuridici?

N. - No. Naturalmente ho studiato queste cose all'universit, ma dopo di allora non me ne sono pi occupato.

D. - E per la filosofia, non ha avuto nessun particolare interesse?

N. - No.

D. - Quali sono le sue opinioni sulla nostra societ?

N. - Se lei vuole parlare della nostra societ, farebbe meglio a interpellare persone pi competenti di me. Le ho gi detto che, dopo aver superato all'universit gli esami di argomento politico, non ho pi aperto quei libri. Le mie critiche potrebbero non aver alcun valore.

D. - Non mi interessa quanto lei ha imparato nei corsi universitari. Quello che mi interessa sono le sue opinioni. Al medico che l'ha mandato in ospedale era stato riferito per telefono che lei ha idee sbagliate sulla nostra societ.

N. - Qualunque sia la mia opinione, non ha niente a che vedere con la psichiatria.

D. - Se cos fosse, lei ora non sarebbe qui. Se le sue idee sulla societ non costituissero un pericolo sociale, non sarebbe stato ricoverato in ospedale... E' vero o no che lei stato gi prima in ospedali psichiatrici, per tre volte, e per lunghi periodi?

N. - E' vero.

D. - E allora sa come funziona la nostra macchina di governo. Siamo tutti sottoposti a determinati organismi e quando ne riceviamo istruzioni siamo obbligati a seguirle.

N. - Ed per questo che dimostra tanto interesse alle opinioni che ho io sulla societ?

D. - S . Ma lei ha messo come un muro tra di noi. E mi creda, questo non le conviene. Quanto pi si ostina a non rispondere alle nostre domande, tanto pi a lungo rester in ospedale. Io le faccio queste domande per il suo bene. Si sar certamente accorto che non prendo appunti.

D. - Per di pi, lei pu essere classificato come individuo socialmente pericoloso. In tal caso, prima di qualche anniversario dello Stato sovietico, come misura preventiva verrebbe chiuso in ospedale psichiatrico, che le piaccia o no.

N. - So che qui c' questa usanza.

D. - E si ricordi che lei non una persona famosa come Solgenicyn. Se lui stato espulso perch aveva certe opinioni e faceva certe critiche, lei, per le sue opinioni e le sue critiche, sar soltanto ricoverato in ospedale psichiatrico.

N. - E senza scopo, perch le mie opinioni non rappresentano un pericolo sociale. Quanto a coloro che non sono d'accordo con le mie idee e fanno telefonate in clinica per parlarne, dico solo che hanno tendenza a esagerare - probabilmente perch gente piena di paura. E' vero che io non sono famoso come Solgenicyn, tuttavia il mio nome abbastanza noto a chi studia lingue straniere. E ogni volta che vengo ricoverato in ospedale, ci pu avere soltanto un effetto negativo, dato che non posso dare la mia cultura e la mia esperienza a quella societ per la cui sicurezza lei si preoccupa tanto.

D. - Mi dica, dove ha fatto le sue critiche sbagliate al

nostro sistema sociale?

N. - Credo che lei farebbe meglio a chiederlo a quelli che hanno telefonato alla clinica.

D. - Pu darsi. Ma mi piacerebbe di pi rifarmi alla fonte originale.

N. - In tal caso, la fonte originale la persona che mi ha denunciato. Non so chi sia e non posso nemmeno fare delle congetture perch non ho mai fatto nessuna critica sleale.

D. - Ma lei qui. Dunque, quelle critiche alla nostra societ le ha fatte e quelle critiche rappresentano un pericolo sociale.

N. - Lei si sbaglia. Mi dica una cosa: in reparto stata fatta qualche lamentela nei miei riguardi?

D. - No, non c' stata nessuna lagnanza da parte del personale. La sua condotta stata irreprensibile.

N. - Ora, se davvero fossi socialmente pericoloso, la mia condotta non avrebbe potuto essere irreprensibile.

D. - Non la sua condotta ad essere socialmente pericolosa, ma le sue opinioni.

N. - Non credo. Qualunque sia il mio atteggiamento nei confronti di questa societ, non per questo essa cambia. Se la condanno, non peggiorer, e se l'approvo non diventer per ci migliore. Quello che dico io, non pu cambiarla in meglio e neanche in peggio. Perci le mie idee non possono essere pericolose per la societ.

D. - E lei che cosa preferisce fare: approvare la nostra societ o condannarla?

N. - Preferisco ribadire il principio che la cosa non mi riguarda.

D. - Anche questo atteggiamento nei riguardi della societ rappresenta un pericolo sociale. Se lei continuer a seguire tale principio sar sempre ricoverato in ospedali psichiatrici.

N. - Lo so. Ne ho avuto la prova. Quanto tempo avete ancora intenzione di tenermi in ospedale?

D. - Non glielo posso dire. Tutto dipende da lei. Non se la caver con un mese soltanto.

N. - Sono qui da tre settimane.

D. - Sar dimesso da una commissione medica appositamente convocata. Se lei davanti alla commissione continuer ad eludere tutte le domande, non torner a suo vantaggio.

N. - Quanto mi successo in passato mi ha convinto del contrario. Un medico dell'ospedale psichiatrico numero 15, dopo che ho parlato con lui del mio atteggiamento nei confronti della societ, mi ha spedito all'ospedale suburbano di Stol' bovaja dove sono poi rimasto otto mesi. Come vede, pericoloso esprimere le proprie opinioni. Adesso da lei ho imparato che pericoloso anche non dire niente. A quanto pare, quello che mi tocca scegliere il minore dei mali.

D. - Cerchi di capirmi bene. Ho buone ragioni per farle queste domande.

N. - Sono sano di mente e le mie opinioni non hanno niente a che fare con la psichiatria.

D. - Ma tutti i medici che l'hanno avuta in cura nei vari ospedali e - ci che pi conta - che sono stati turbati dalle sue idee, certamente non possono essersi tutti sbagliati.

N. - Pu essere che i medici non si siano sbagliati. Del resto, stato proprio lei a dirmi poco fa che chi occupa posizioni ufficiali sottoposto a determinati organismi ed obbligato a seguire le loro direttive.

D. - In che rapporti con la famiglia?

N. - Non questione che interessi ora.

D. - Lei, a varie riprese, ha pubblicato molti articoli.

N. - S . Sul .Moskovskij Komsomolec/ e su alcuni giornali della regione di Mosca - a Kaluga e Obninsk. Gli articoli pi recenti sono stati pubblicati nel Kamciatka.

D. - In tali articoli, parlava delle sue idee sulla societ?

N. - Quegli articoli riguardavano un metodo intensivo per l'apprendimento delle lingue. Erano destinati a coloro che si interessano di queste cose.

D. - Dove e in quali occasioni lei ha fatto propaganda alle sue idee sbagliate?

N. - In nessun posto. E, in ultima analisi, mettere uno in ospedale psichiatrico a causa delle sue opinioni un trucco comodo, indegno della professione medica.

D. - Adesso devo fare il mio giro di visite, ma pi tardi continueremo questa discussione. Devo accertarmi quale sia il suo atteggiamento verso la societ. Pu darsi che tra poco le prescriva un'altra cura.

In questa conversazione c' tutto. Potrebbe essere un compendio di storia della psichiatria. Dmitrievskij potrebbe scrivere un .elogio del conformismo/ cos come Erasmo scrisse "L'elogio della follia". Questo Erasmo al contrario odia la cultura nella misura in cui ama lo Stato. Nikolaev, nel tentativo di sfuggirgli, deve far finta di non pensare.

13. IL CASO SABATTINI.

A proposito del problema del dissenso politico sottoposto attualmente in Italia a persecuzione psichiatrica riferir del caso, gi accennato, di Carlo Sabattini, di cui mi sono occupato come perito della difesa (1).

Nell'estate del 1985, quando Carlo Sabattini era internato nel manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere, in seguito a denuncia pretestuosa del sindaco di Modena e per ordine del pretore Persico, appoggiato dalla perizia di tre psichiatri, che avevano dichiarato Sabattini malato di mente pericoloso, in qualit di perito della difesa andai pi volte a trovarlo, con

lo scopo di conoscerlo e preparare con lui gli strumenti della difesa.

In quel periodo la stampa nazionale italiana parlava molto del caso Sacharov e poco o nulla di Sabattini, capolista dei Verdi nel Comune di Modena, una persona che godeva la fiducia dei cittadini, oltre che degli amici e collaboratori, tanto che era stato eletto con il maggior numero di preferenze. Le sue iniziative per denunciare le condizioni ecologiche e altri aspetti della vita modenese, erano molto ponderate e precise, frutto di convinzioni profonde. Sabattini era diventato un punto di riferimento non solo per i Verdi ma per chi voleva cambiare le cose. Cos l'hanno fatto passare per matto, sono andati a prenderlo a casa e l'hanno internato in un manicomio.

Sono andato a trovarlo, ho parlato con lui e l'ho trovato persona estremamente consapevole e cosciente di quello che era accaduto. Con serenità mi ha detto: .Non guardate chi Sabattini. Stando qui dentro al manicomio giudiziario potrebbe anche innervosirsi. Guardate piuttosto i documenti delle vertenze giuridiche di cui mi sono occupato/. Cos mi ha fatto vedere i documenti con i quali ha formato un .libro bianco/ mandato alla Federazione provinciale del Partito Socialista di Modena, che a sua volta lo ha trasmesso al presidente Pertini perch lo sottoponesse all'esame del Consiglio Superiore della Magistratura.

Sabattini ha infine ribadito: .Guardate i documenti e decidete, invece di mettere da parte me con dei pretesti/.

Non una novità che la psichiatria si serva dei suoi strumenti per eliminare i cittadini che dissentono: tutti lo sappiamo bene perch si parla molto in Italia, e in tutto l'Occidente, della psichiatria come repressione in Unione Sovietica e in altri Paesi a socialismo reale, giustamente criticando quello che vi accade. Ma la verità che queste cose accadono anche da noi. Anzi storicamente proprio in Italia che è nata la psichiatria come strumento repressivo del dissenso. Si deve a Lombroso l'elaborazione di queste teorie, che in Unione Sovietica vengono usate magari con qualche perfezionamento.

Chi conosce la storia del movimento anarchico italiano sa che in Italia molti dissidenti sono stati eliminati grazie alle teorie sociologiche e psichiatriche lombrosiane. Cos Sabattini non un caso nuovo. Per non dire di tutti quelli che vengono eliminati giorno dopo giorno, senza che se ne abbia notizia,

perch non hanno rilievo presso l'opinione pubblica.

Sabattini un caso chiarissimo: un cittadino che nella Modena dei nostri anni - ritenuta una delle citt pi progredite e pi ricche d'Italia, dove tutti sembrano orgogliosi dell'andamento delle industrie e dell'agricoltura - presenta esposti e denunce che dimostrano come in realt l'intera economia si sviluppi a scapito degli interessi collettivi e dell'equilibrio ambientale. Ci troviamo davanti a un dissenso radicale, che ha messo le autorit in condizioni difficili.

Questa difficult delle autorit costituite spiega l'internamento di Sabattini. Se per ipotesi Sabattini fosse stato uno che diceva sciocchezze, forse non sarebbe stato internato, perch non ci voleva molto a smentirlo. Ma proprio perch era difficile smentirlo, l'unico modo era internarlo in manicomio e farlo dichiarare pazzo dagli psichiatri che svolgono appunto questo compito al servizio del potere.

Quelli che mi conoscono, o che conoscono il mio lavoro, sanno che ho sempre sostenuto e sostengo che la psichiatria non una scienza. Secondo me la psichiatria stata costruita apposta per eliminare le persone scomode: la persona scomoda pu essere il dissidente il cui pensiero in conflitto con le autorit, ma anche il disoccupato o il mendicante. La stessa storia della psichiatria (vedi Michel Foucault) storia di eliminazione di persone che non rientrano nei programmi del potere costituito. Ritornando a Sabattini, questa caratteristica essenziale della psichiatria risulta chiaramente. Come si gi detto, Carlo Sabattini usa strumenti giuridici per porre problemi importanti alla cittadinanza e alle autorit politiche; invece i periti del giudice usano idee vuote di contenuto scientifico e piene di ambiguit, minacciando di fatto la libert del cittadino.

Dicono che Sabattini avrebbe, per usare le loro parole, un .delirio rivendicazionista/. Questo significherebbe che una persona che come il Sabattini fa delle precise, documentate rivendicazioni, non un cittadino che difende i suoi diritti, come penso io e come pensano i suoi elettori, ma uno che ha il difetto di protestare: cos si vede che per i periti psichiatri del giudice il protestare contro le autorit un difetto, che finisce per diventare una malattia.

Dicono ancora i periti del giudice che Sabattini soffrirebbe di .altruismo morboso/: sfiderei chiunque a spiegare il contenuto di questo concetto. Anche la capacit di Sabattini a formarsi

una cultura giuridica da autodidatta sarebbe secondo loro un sintomo di malattia. Infine lo accusano di proselitismo: vale a dire di farsi dei proseliti, come fa ogni politico e ogni cittadino che si occupa dei diritti collettivi.

Come si vede, ogni caratteristica positiva viene trasformata in un carattere negativo. Ma non basta: i caratteri negativi così arbitrariamente ottenuti vengono raccolti in un concetto immaginario di malattia.

In ogni modo anche se Sabattini si sbagliasse nelle sue critiche e nelle sue denunce, sarebbe un cittadino che fa degli errori nel difendere i diritti della collettività, non certo uno da definire matto e da mettere in manicomio giudiziario.

Sabattini è stato liberato dopo circa tre mesi d'internamento, con una modifica, da parte del tribunale, della formula con cui era stato internato. Ma ha dovuto aspettare più a lungo per essere liberato dal marchio che gli hanno applicato gli psichiatri (2).

NOTE.

Nota 1. La storia dell'internamento di Carlo Sabattini cominciò con una denuncia del sindaco di Modena per presunto danneggiamento di edifici pubblici in seguito ad affissione di manifestini che sarebbe stato difficile staccare.

Nota 2. Solo ora, nel settembre di quest'anno, in seguito al risultato della nuova perizia richiesta dalla Corte d'Appello di Firenze (Sezione Istruttoria), Carlo Sabattini viene liberato dai giudizi squalificanti di carattere psichiatrico e restituito alla sua integrità di cittadino e di uomo politico. Infatti il professor Giovan Battista Cassano dell'Università di Pisa, il professor Adolfo Pazzagli dell'Università di Firenze e il professor Romolo Rossi dell'Università di Genova, dopo aver ascoltato e esaminato Carlo Sabattini in presenza del suo perito di parte dottor Giorgio Antonucci, hanno respinto tutte le

conclusioni della perizia bolognese e hanno riconosciuto al Sabattini tutte le sue capacità/. (Dal comunicato della Lista Verde a Palazzo Vecchio, Firenze, 17.11.86).

14. IL CONFORMISMO E LA DIVERSITA'.

A Vienna si diceva che Beethoven fosse seminfermo di mente perché criticava le autorità a voce alta nei locali pubblici, non gradiva le divise militari, era diffidente, viveva solitario. Robert Schumann, dopo il tentativo di suicidio, fu confinato in manicomio dove morì. La stessa fine fu imposta a Hugo Wolf. Sulla pazzia di Vincent Van Gogh sono state scritte tante pagine. Anche Karl Jaspers, che considera la psicopatologia come parte della psicologia, nel suo saggio sulla vita di Van Gogh (1954) appare, a mio giudizio, estremamente contraddittorio.

Che Van Gogh soffrisse di un processo psicotico fuor di dubbio. Ci si chiede soltanto di che tipo fosse questo processo, quale sia la diagnosi. Trovo infondata la diagnosi di epilessia formulata dai medici di Van Gogh, perché mancano gli attacchi epilettici e la demenza caratteristica di questa malattia. Può trattarsi unicamente di schizofrenia o di paralisi generale; quest'ultima non si può escludere con certezza, perché l'occasione di una infezione sifilitica si deve essere presentata spesso nella vita di Van Gogh. La paralisi dimostrabile solo a partire da sintomi fisiologici e noi non ne abbiamo notizia. L'unica cosa che potrebbe suggerirla il carattere caotico di certe tele dell'ultimo periodo e un accenno del pittore all'instabilità della mano.

Il mantenimento del senso critico e della disciplina attraverso due anni di violente crisi psicotiche estremamente improbabile nel caso di una paralisi; nella schizofrenia sarebbe insolito, ma possibile. Mi sembra dunque più verosimile che si tratti di schizofrenia. Lo psichiatra, per scrupolo, deve richiamare

l'attenzione su una lieve possibilit  di dubbio, che non esiste a proposito di Hlderlin e di Strindberg. Il suicidio di Van Gogh ci priva di quella eventuale certezza che l'evoluzione ulteriore della sua vita avrebbe potuto darci.

Jaspers dunque prende in considerazione tre possibili ipotesi diagnostiche. La prima una diagnosi neurologica, secondo le indicazioni dei medici di Van Gogh, che attribuirebbero all'artista una sindrome di tipo epilettico. Per - come dice lo stesso Jaspers - mancano gli attacchi epilettici. E mancherebbe anche quella che Jaspers definisce, in modo tutt'altro che chiaro, la demenza caratteristica di questa malattia/.

La seconda ipotesi diagnostica ancora una ipotesi neurologica di paralisi generale, che secondo Jaspers non dimostrabile non essendo presenti, per quanto ne sappiamo, i sintomi caratteristici di questa malattia infettiva. Poich la sifilide allo stadio di infezione cerebrale compromette le funzioni della vita di relazione, Jaspers nota giustamente che in Van Gogh il senso critico e le capacit  di vita di relazione sono intatti.

Rimane l'ultima ipotesi diagnostica, che non pi, come le prime due, una ipotesi neurologica, ma un giudizio psichiatrico: la schizofrenia. Per Jaspers appare molto incerto: .Il mantenimento del senso critico e della disciplina... nella schizofrenia sarebbe insolito, ma possibile/. Infatti nella schizofrenia possibile tutto e nulla, secondo i pregiudizi di chi formula la diagnosi. .Lo schizofrenico capace di tutto, perfino di comportarsi bene/, diceva Mario Gozzano. In ogni modo, Jaspers dichiara che fuor di dubbio che Van Gogh soffrisse di un processo psicotico.

Secondo il "Dizionario etimologico della lingua italiana" (Cortellazzo-Zolli, 1983), il termine "psicosi" stato introdotto nel 1845 da E. von Feuchtersleben nel suo manuale di psicologia medica per designare la malattia mentale ("Seelenkrankheit"), mentre si definiscono nevrosi le affezioni del sistema nervoso, delle quali solo alcune possono dar luogo ai sintomi della psicosi.

Il termine composto dalla parola "psyche", che in greco significa anima (dal verbo "psychein", soffiare), e dal suffisso "osi" ("ose" in tedesco), usato nei trattati di patologia per

indicare le degenerazioni delle cellule, degli organi e dei tessuti. Applicato arbitrariamente alla psicologia ("psicosi", "nevrosi") non pertinente e generico, oltre che dispregiativo nei confronti delle persone.

Il termine "schizofrenia" venne introdotto in psichiatria e in psicologia dell'anormalit  da Eugen Bleuler. Eugen Bleuler, psichiatra svizzero (1857-1939) direttore dell'Ospedale psichiatrico di Rheinau e poi di Zurigo, giudicava i suoi reclusi in manicomio secondo un meccanicismo rozzo e semplicistico, degno delle tradizioni pi  mediocri del positivismo. Il termine psichiatrico da lui introdotto, schizofrenia, significa dissociazione, dal greco "schizein" che vuol dire scindere, dividere, e "phren" che vuol dire mente, senno. La concezione di Bleuler deriva dal meccanicismo semplificatore di G. Theodor Fechner, fondatore della psicofisica (1801-1887) e di Wilhelm Wundt, psicologo tedesco (1832-1920), autore tra l'altro dei nove volumi di "Psicologia dei popoli", che hanno avuto notevole influenza sulla formazione e lo sviluppo del pensiero razzista (Wundt, 1929). I concetti di Bleuler, che aveva studiato anche la psicoanalisi di Freud, sembrano meno statici di quelli di Emil Kraepelin (1856-1926), che aveva schedato gli internati in manicomio come libri di una biblioteca, da una parte i "depressi", dall'altra gli "agitati", da un'altra ancora i "tranquilli" e cos ragionando.

La malattia mentale - che, ripeto, non si deve confondere con le malattie del cervello, di pertinenza della neurologia - prima di tutto, secondo la teoretica degli psichiatri, un difetto della personalit , un'incrinatura dell'integrit  intellettuale e spirituale degli individui. Si parte da un giudizio negativo sul pensiero e sul comportamento della persona indiziata. Naturalmente l'arbitrariet  di questo tipo di giudizio apre la possibilit  a qualsiasi uso del concetto, molto simile a quello di malattia dell'anima. Ogni volta che conviene, tutti gli uomini possono essere inclusi o esclusi da questa definizione, che non ha nulla di scientifico, se non altro per la sua indeterminatezza.

Per esempio, il camorrista Cutolo potr  essere definito malato di mente o non a piacere, secondo le convenienze contingenti. L'indeterminazione del concetto pu  essere molto utile dal punto di vista pratico. Ma gli psichiatri non si fermano qui. Le persone indiziate sono sospette perch  ritenute non responsabili di s , cos da dover essere sequestrate d'autorit  e controllate con la costrizione. In Italia prima del maggio del '78 c'era il

ricovero coatto in manicomio, dal '78 in poi c' il trattamento sanitario obbligatorio nei centri ospedalieri di .Diagnosi e cura/.

La maggior parte degli psichiatri afferma che le persone cui viene diagnosticata la malattia mentale sono imperfette fin dalle origini, per probabili carenze strutturali o biochimiche del patrimonio genetico (Jackson, 1964). Questi pazienti sarebbero biologicamente difettosi dal concepimento fino alla morte. E' una trappola teorica da cui le vittime non possono uscire, indipendentemente dall'essere o non essere rinchiusi in manicomio. I teorici della biologia e della psichiatria dicono che il difetto genetico e cerebrale non è ancora stato individuato, ma è possibile che vi si riuscirà col perfezionamento degli strumenti scientifici di ricerca.

Ma il problema è un altro: in chi dobbiamo cercare questo difetto? Negli omosessuali, negli anarchici, nelle prostitute, nei dissidenti, nei disoccupati, nei giovani che si drogano? Oppure negli operai che non sopportano la fabbrica? Nei pensionati che non ce la fanno a vivere? Nei bambini che non vanno bene a scuola? Una volta a Firenze mi capitò di sottrarre all'attenzione delle assistenti sociali e degli psichiatri un bambino di otto anni, segnalato dagli insegnanti perché mancino. Dissi alla madre di riferire ai dottori che anche Leonardo da Vinci era mancino e generalmente scriveva procedendo da destra verso sinistra.

In una casa colonica vicino a Scandicci un vecchio contadino in pensione uccide la moglie, ormai quasi completamente paralizzato da una emorragia cerebrale, e poi si suicida. Sui quotidiani del 24 luglio 1984 vengono riportate, tra le altre, le dichiarazioni del professor Francesco Antonini medico gerontologo e del sacerdote Gino Ciolini.

Dice Francesco Antonini: .Io sono dalla parte di quest'uomo, se diventassi paralizzato mi ucciderei anch'io, se potessi/ e aggiunge, commentando lo stato di disperata solitudine in cui si trova una persona ormai ritenuta inutile: .Certo puoi pensare che vali per quello che hai fatto di buono nel passato. Ma voi credete che gli altri se ne ricordino? E allora che cosa c'è di meglio che morire? E' un'accusa per tutti, ma un'accusa giusta. Perché ormai siamo buoni solo a dare medicine e non siamo buoni ad altro/.

Padre Gino Ciolini, pur manifestando il suo dissenso di natura etica e religiosa sulla decisione di uccidere e uccidersi, consapevole dei motivi della tragedia: .Non lo giudico, nel senso che comprendo la forza del suo dolore. Cos come sono d'accordo nel dire che questa societ che spinge e non solo spinge ma insegna a sopprimere la vita, diventata inutile dal punto di vista produttivo. E allora non pi l'uomo che uccide, ma la societ che ha ucciso l'uomo ossessionato dall'idea di non servire pi a nulla e a nessuno. Ma questa una cultura nichilista, per la quale uno non vale pi perch non produce pi/.

Io mi domando per che cosa sarebbe accaduto a quest'uomo nel caso che non fosse riuscito a uccidersi. Sarebbe inevitabilmente caduto nelle mani degli psichiatri, che avrebbero completato il lavoro di svalutazione della sua esistenza e avrebbero gettato una cortina fumogena sul vero significato della vicenda.

Il cinquantenario della morte di Freud, che un gruppo di degenti dei miei reparti di Imola ha commemorato in anticipo, insieme a me, con un viaggio culturale a Vienna nell'autunno trascorso, con lo scopo anche di protestare contro le interdizioni, dev'essere motivo di riflessione sulla gravit della situazione che stiamo vivendo in questi anni, sempre pi ammantati di repressione.

Freud ha scoperto che la nostra societ ci fa paura anche in sogno. La nevrosi - diceva - ora quello che era una volta il rifugiarsi in convento.

Per capirla era ricorso innanzi tutto all'autoanalisi, mettendosi insieme agli altri, invece che stabilire le distanze, come fanno le persone per bene, di cui gli psichiatri sono i rappresentanti. Sul problema, dibattuto in particolare negli Stati Uniti, se gli psicanalisti hanno bisogno o no di essere medici, aveva risposto di no, perch la psicanalisi non avrebbe dovuto diventare un'ancella della psichiatria.

Si riteneva inoltre, in qualche modo, pi un biografo che un medico, nonostante che i suoi meriti di neurologo fossero grandi, e amava sentirsi allievo di Goethe piuttosto che di Helmholtz.

Quest'anno i pazienti di cui mi occupo, insieme alla compagnia teatrale Mazzolanza-Sagr di Imola (di cui alcuni sono attori dilettanti mentre altri attori professionisti), andranno a Parigi per recitare .Il malato immaginario/, per ironia verso i medici e la medicina, ma anche per festeggiare l'anniversario della rivoluzione francese che, almeno nelle intenzioni, ha stabilito l'uguaglianza dei diritti, per tutti, senza discriminazione.

Appendice A.

L'ESPERIMENTO DI ROSENHAM.

L'impostazione dell'esperimento.

Gli otto pseudopazienti costituivano un gruppo composito. Uno era un laureato in psicologia, di circa venticinque anni. Gli altri sette erano pi vecchi e .inseriti/. Tra di loro c'erano tre psicologi, un pediatra, uno psichiatra, un pittore e una casalinga: tre erano donne e cinque uomini. Tutti quanti ricorsero a pseudonimi per paura che le diagnosi loro attribuite potessero in seguito danneggiarli. Quelli di loro che esercitavano professioni appartenenti al campo della salute mentale finsero di avere un'altra occupazione, in modo da evitare le speciali attenzioni che avrebbero potuto essere loro prestate dallo staff, per motivi di rispetto, o di prudenza, nei confronti di un collega malato (1). A parte me (ero il primo pseudopaziente e la mia presenza era nota all'amministrazione dell'ospedale e al primario psicologo e, per quanto ne sappia, soltanto a loro), la presenza degli pseudopazienti e la natura del programma di ricerca erano sconosciuti allo staff dell'ospedale (2).

Anche i contesti erano assai vari. Per poter generalizzare i

risultati, si cerc di essere ammessi in vari ospedali. I dodici ospedali del campione si trovavano in cinque diversi Stati della costa atlantica e di quella pacifica. Alcuni erano vecchi e squallidi, altri erano nuovissimi. Alcuni avevano un orientamento sperimentale, altri no. Alcuni avevano uno staff numeroso, altri uno staff insufficiente. Solo un ospedale era privato: tutti gli altri ricevevano sovvenzioni da fondi statali e federali o, in un caso, universitari.

Dopo aver fatto una telefonata all'ospedale per prendere un appuntamento, lo pseudopaziente arrivava all'ufficio ammissioni lamentandosi di aver sentito delle voci. Alla domanda di cosa dicessero le voci, rispondeva che erano per lo pi poco chiare, ma per quel che poteva intendere gli dicevano .vuoto/, .cavo/ e .inconsistente/. Le voci non gli erano familiari ed erano dello stesso sesso dello pseudopaziente. La scelta di questi sintomi fu fatta per la loro apparente somiglianza con certi sintomi di tipo esistenziale.

Si ritiene solitamente che tali sintomi abbiano origine da uno stato di dolorosa ansiet che deriva dal prendere coscienza che la propria vita priva di significato. E' come se la persona allucinata stesse dicendo: .La mia vita vuota e inconsistente/. La scelta di questi sintomi fu anche determinata dall'assenza di qualsiasi testo scritto nella letteratura clinica su psicosi esistenziali.

Oltre ad inventare i sintomi e a falsificare il nome e l'impiego, non furono compiute altre alterazioni della storia personale o delle circostanze specifiche. Gli eventi significativi della vita dello pseudopaziente furono presentati nella forma in cui si erano realmente verificati. I rapporti con i genitori e i fratelli, con il coniuge e i figli, con i compagni di lavoro e di scuola, purch non risultassero incoerenti con le eccezioni qui sopra menzionate, furono descritti cos com'erano o com'erano stati. Furono descritte le frustrazioni e le sofferenze, cos come lo furono le gioie e le soddisfazioni.

E' importante che si ricordino queste cose, se non altro perch hanno influenzato nettamente i successivi risultati, tesi ad una diagnosi di salute mentale, dal momento che nessuna delle loro storie o dei loro comportamenti abituali era in alcun modo patologica.

Immediatamente dopo l'ammissione nel reparto psichiatrico, lo

pseudopaziente cessava di simulare ogni sintomo di anormalità. In alcuni casi, si verificava un breve periodo di nervosismo e ansia, dato che nessuno degli pseudopazienti davvero credeva che sarebbe stato ammesso in ospedale tanto facilmente. Invero, il timore che avevano tutti quanti era di essere subito identificati come impostori e di trovarsi quindi in una situazione estremamente imbarazzante. Inoltre molti di loro non erano mai entrati prima in un reparto psichiatrico e anche coloro che vi erano già entrati erano comunque sinceramente preoccupati di quello che sarebbe potuto accadere. Il loro nervosismo, dunque, era del tutto giustificabile, in relazione alla novità dell'ambiente ospedaliero, ma in seguito diminuiva rapidamente.

Se si esclude questo breve periodo di nervosismo, lo pseudopaziente si comportava in reparto così come si comportava normalmente, parlando con i pazienti e con lo staff così come lo avrebbe fatto abitualmente. Siccome in un reparto psichiatrico ci sono pochissime cose da fare, cercava di intrattenersi con gli altri conversando. Quando lo staff gli chiedeva come si sentisse, diceva che stava bene e che non aveva più sintomi. Si atteneva alle istruzioni che gli davano gli infermieri e consentiva alla somministrazione di farmaci (che per non venivano ingeriti), seguendo le indicazioni che gli venivano date quando si trovava in sala-pranzo. Oltre alle attività che gli era possibile svolgere nel reparto, accettava, trascorrendo il tempo scrivendo le sue osservazioni sul reparto, i pazienti e lo staff. Inizialmente queste annotazioni venivano scritte in segreto, ma non appena apparve chiaro che nessuno ci faceva molta attenzione, gli pseudopazienti si misero a scriverle su normali blocchi di fogli, in luoghi pubblici come ad esempio il soggiorno.

Lo pseudopaziente, proprio come se fosse stato un vero paziente psichiatrico, era entrato in ospedale senza sapere assolutamente quando sarebbe stato dimesso. Ad ognuno di loro fu detto che per uscire avrebbe dovuto contare solo sui propri mezzi, riuscendo soprattutto a convincere lo staff di essere guarito. Gli stress psicologici associati all'ospedalizzazione si rivelarono considerevoli e tutti gli pseudopazienti, fuorché uno, avrebbero voluto essere dimessi quasi subito dopo essere stati ammessi. Erano quindi motivati non solo a comportarsi da persone sane, ma anche ad essere presi come esempi di collaborazione.

Che il loro comportamento non sia stato in alcun modo distruttivo è confermato dalle relazioni degli infermieri,

secondo le quali i pazienti si comportavano in modo .amichevole/, .collaboravano/ e .non mostravano alcun segno della loro anormalit/.

I normali non sono identificabili come sani di mente.

Nonostante si mostrassero pubblicamente sani di mente gli pseudopazienti non furono mai identificati come tali. Ammessi con una diagnosi di schizofrenia (3), con una sola eccezione, furono tutti dimessi con una diagnosi di schizofrenia .in via di remissione/. L'etichetta .in via di remissione/ non deve in alcun modo essere liquidata come pura formalit, perch mai nel corso dell'ospedalizzazione era stata sollevata alcuna domanda su una possibile simulazione da parte loro, n per altro vi alcuna indicazione nelle cartelle cliniche dell'ospedale che fosse emerso alcun sospetto a proposito del vero status degli pseudopazienti.

Sembra invece evidente che, una volta etichettato come schizofrenico, lo pseudopaziente sia rimasto intrappolato in questa etichetta. Se lo pseudopaziente doveva essere dimesso, la sua malattia doveva naturalmente essere .in via di remissione/; ma non era del tutto sano, n mai lo era stato dal punto di vista dell'istituzione.

L'incapacit di rilevare la salute mentale nel corso del periodo di degenza in ospedale pu essere dovuta al fatto che i medici operano con forti pregiudizi nei confronti di quello che la statistica chiama errore di secondo tipo. Questo significa che i medici sono pi portati a chiamare malata una persona sana (un falso positivo di secondo tipo) che a chiamar sana una persona malata (un falso negativo di primo tipo). Le ragioni di questo fatto non sono difficili da immaginare: chiaramente pi pericoloso fare una diagnosi sbagliata su una malattia che su uno stato di salute. E meglio sbagliare per eccesso di prudenza, sospettare l'esistenza di una malattia anche in una persona sana.

Ma quello che pu valere per la medicina non vale nello stesso modo per la psichiatria. Le malattie mediche, bench siano eventi sfortunati per chi ne colpito, non comportano

solitamente un pregiudizio peggiorativo sull'individuo in questione. Le diagnosi psichiatriche, al contrario, portano con sè uno stigma personale, giuridico e sociale (4).

Era dunque importante vedere se la tendenza a diagnosticare malato di mente chi era invece sano potesse essere invertita. Il seguente esperimento fu messo in atto in un ospedale dove venivano svolte attività di ricerca e di insegnamento e il cui staff era venuto a conoscenza dei nostri risultati, ma non voleva credere che un errore così macroscopico potesse verificarsi nel proprio ospedale.

Lo staff fu informato che in un certo momento, nel corso dei tre mesi successivi, uno o più pseudopazienti avrebbero cercato di essere ammessi in questo ospedale psichiatrico. Ad ogni membro dello staff fu richiesto di classificare ogni paziente che si presentava in accettazione o in un reparto a seconda della probabilità che quest'ultimo aveva di essere un pseudopaziente. Si usò una scala divisa in dieci punti, dove il punteggio 1 o 2 rifletteva la convinzione quasi assoluta che il paziente fosse un pseudopaziente.

Si ottennero voti per 193 pazienti che erano stati ammessi per subire un trattamento psichiatrico. A tutti i membri dello staff che avevano avuto in prima persona responsabilità nei loro confronti - infermieri, psichiatri, medici e psicologi - fu richiesto di dare il loro giudizio. Quarantun pazienti furono considerati con un alto grado di sicurezza come pseudopazienti da almeno un membro dello staff. Ventitré furono considerati sospetti da almeno uno psichiatra. Diciannove furono considerati sospetti da uno psichiatra e da un altro membro dello staff.

In realtà, nessun vero pseudopaziente (per lo meno del mio gruppo) si presentò durante questo periodo in quell'ospedale.

L'esperimento istruttivo. Indica che la tendenza a designare malato di mente la gente sana può essere invertita quando la posta in gioco (in questo caso, il prestigio e l'acume diagnostico) è alta. Ma cosa si deve dire delle diciannove persone per le quali fu sollevato il sospetto che fossero sane/da parte di uno psichiatra e di un altro membro dello staff? Erano davvero sane/ queste persone, o si trattava piuttosto del fatto che lo staff, per evitare di incorrere nell'errore di secondo tipo, tendeva a commettere più errori di primo tipo, cioè definire sano/ il matto? Non c'è modo di saperlo, ma una

cosa certa: qualsiasi processo diagnostico che si presti ad errori così massicci non può essere considerato molto attendibile.

L'alto potere adesivo delle etichette psicodiagnostiche.

Oltre alla tendenza a chiamare malato chi è sano - una tendenza che appare più chiaramente nel comportamento diagnostico al momento dell'ammissione in ospedale che non dopo un periodo sufficientemente esteso - i dati stanno ad indicare il ruolo massiccio dell'etichettamento nelle diagnosi psichiatriche. Una volta etichettato come schizofrenico, lo pseudopaziente non può fare più nulla per far dimenticare la sua etichetta: questo influenza in modo profondo la percezione che gli altri hanno di lui e del suo comportamento.

[...] Oggi sappiamo che non siamo in grado di distinguere la salute dalla malattia mentale. È deprimente pensare in che modo questa affermazione sarà utilizzata. Non solo deprimente, ma anche spaventoso: quante persone, vien da chiedersi, sono sane di mente ma non sono riconosciute tali nelle nostre istituzioni psichiatriche? Quante sono state inutilmente spogliate dei loro diritti civili, della patente di guida, del poter disporre del proprio denaro? Quante hanno finto di essere inferme di mente per evitare le conseguenze penali del loro comportamento e, al contrario, quante vorrebbero essere processate piuttosto di dover trascorrere tutta la vita in un ospedale psichiatrico - ma sono erroneamente ritenute malate di mente? Quante sono state stigmatizzate da diagnosi ben intenzionate, ma ciononostante errate? A proposito di quest'ultimo punto, si ricordi ancora una volta che l'errore di secondo tipo nelle diagnosi psichiatriche non ha le stesse conseguenze che nelle diagnosi mediche. Una diagnosi di cancro che si scopre errata provoca molto scalpore. Ma raramente si scopre che diagnosi psichiatriche sono errate: l'etichetta resta attaccata, eterno marchio di inferiorità (Alla fine della relazione, Rosenham sconcertato: «È evidente che negli ospedali psichiatrici non siamo in grado di distinguere i sani dai malati di mente». Ma se Rosenham fosse un po' più distaccato dalla sua professione, concluderebbe con noi che questa distinzione è del tutto soggettiva anche fuori dagli

ospedali psichiatrici. Rosenham parte dal presupposto che accanto ai malati clandestini da lui introdotti (pseudopazienti) ci siano i .veri/ pazienti. Se la sorte dei falsi pazienti fosse stata lasciata al giudizio degli psichiatri curanti e non a quella di legali, notai e sperimentatori, essi sarebbero risultati .veri/ pazienti agli occhi della societ n pi n meno degli altri).

NOTE.

Nota 1. Oltre alle difficolt personali che lo pseudopaziente deve con ogni probabilit affrontare in ospedale, ci sono difficolt di ordine legale e sociale che, combinate insieme, richiedono di essere attentamente valutate prima dell'ingresso in ospedale. Per esempio, una volta ammessi in una istituzione psichiatrica difficile, se non impossibile, esserne dimessi con un breve preavviso, nonostante la legge statale preveda il contrario. Al momento di varare questo progetto non ero a conoscenza di queste difficolt, n di altri eventuali episodi personali o legati alle situazioni particolari che avrebbero potuto verificarsi, ma pi tardi fu preparato un documento di "habeas corpus" per ognuno degli pseudopazienti che si accingeva ad entrare in manicomio e un avvocato si tenne a disposizione giorno e notte nel corso di ogni ospedalizzazione. Ringrazio John Kaplan e Robert Bartels per i consigli e l'assistenza legale fornita su tali questioni.

Nota 2. Per quanto poco dignitoso possa sembrare questo tener nascosta la nostra identit, si tratt del primo passo necessario per poter procedere nell'esperimento. Senza restare in incognito non avremmo in alcun modo avuto la possibilit di sapere quale fosse il valore effettivo della nostra esperienza n se le scoperte fatte andassero attribuite all'acume diagnostico dello staff o alle voci che correavano in ospedale. Naturalmente, dal momento che mi occupo di questi problemi da un punto di vista generale, e non di ospedali o di staff particolari, ne ho rispettato l'anonimato ed ho eliminato ogni osservazione che avrebbe potuto fornirne l'identificazione.

Nota 3. Fatto interessante, dei 12 ricoverati 11 furono

diagnosticati schizofrenici e uno, con una sintomatologia identica a quella degli altri, come psicotico maniaco-depressivo. Questa diagnosi ha una prognosi pi favorevole e fu data dal solo ospedale privato del nostro campione. A proposito dei rapporti fra classi sociali e diagnosi psichiatrica, si veda A.B. Hollingsh - F.C. Redlich, "Social Class and Mental Illness", Wiley, New York, 1958 (traduzione italiana: "Classi sociali e malattie mentali", Einaudi, Torino, 1965).

Nota 4. J. Cumming, E. Cumming, .Community Mental Health/ 1, 1965, pagina 135; A. Farina, K. Ring, .J. Abnorm Psychol./, 70, 1965, pagina 47; H.E. Freeman, O.G. Simmons, "The Mental Patient Comes Home", Wiley, New York 1963; W.J. Johansen .Ment. Hygiene/, 53, 1969, pagina 218; A.S. Linsky .Soc. Psychiatr./ 6, 1970, pagina 166.

Appendice B.

CONVERSAZIONE CON THOMAS S. SZASZ.

Conversazione registrata da Piero Colacicchi a Zurigo il 28 giugno 1981 in occasione del Primo Congresso internazionale della Lega per i diritti dell'uomo sul tema .Psichiatria e diritti dell'uomo/. La traduzione integrale apparsa su .Collettivo R/, 26-28 maggio 1982.

P.C. - [...] In un articolo pubblicato recentemente su .Collettivo R/, Antonucci ha riconosciuto di dovere a lei e ai suoi libri vari aspetti del suo modo di pensare e di lavorare.

T.S. - C' senz'altro una concordanza, un accordo di fondo. Potrei semmai dire che Antonucci e io ci troviamo a sottolineare aspetti diversi di uno stesso punto di vista generale. Diciamo

che se stessi descrivendo una casa di sei o sette stanze, io potrei soffermarmi sull'importanza di una stanza pi che di un'altra, ma saremmo d'accordo sulla casa nel suo insieme: in questo caso, che la casa tutta da demolire. E ora riprendiamo il discorso punto per punto.

P.C. - La prima domanda : fino a che punto la nuova psichiatria rispetta i diritti umani?

T.S. - Vorrei dichiararmi subito d'accordo con quanto ha detto Antonucci, e cio che la nuova psichiatria, la vecchia psichiatria, chiamiamola come vogliamo, principio e pratica di violenza: quindi, se siamo contrari alla violenza, la psichiatria va abolita. Vorrei per aggiungere una precisazione, anche se pi semantica e in realt un po' complessa per una conversazione cos breve. Noi, parlando di psichiatria - dico noi per dire io ma penso anche ad Antonucci - intendiamo parlare di ci che tradizionalmente chiamato "asylum psychiatry", cio psichiatria ospedaliera, psichiatria dei manicomi, piuttosto che psicoterapia intesa come attivita privata, dato che io non considero tale pratica come psichiatria, e cio come medicina. Non questa la casa, per riprendere l'immagine di prima, di cui stiamo parlando.

P.C. - Infatti. Quanto lei dice mi fa venire in mente una frase di "Vicolo Cannery" di John Steinbeck: .il diritto che ha un uomo di uccidersi inviolabile, ma a volte un amico pu rendere non necessario questo atto/.

T.S. - E se amico ha il dovere di aiutarlo!

P.C. - Insomma il fatto che non si tratta di problemi medici, sono cose che non hanno nulla a che vedere con la medicina.

T.S. - Esattamente, non sono problemi medici. Ma c' di pi: bisogna che aiuto non significhi mai coercizione, n che una coercizione venga giustificata come aiuto. Con questo penso di aver risposto alla prima domanda.

P.C. - La seconda domanda : che cosa successo in Italia negli ultimi anni in rapporto alla psichiatria. La risposta di Antonucci prendeva in esame le varie posizioni, a cominciare da quella antiistituzionale di Basaglia...

T.S. - Ecco, esaminiamo queste posizioni una per volta. Per

quanto riguarda quelle legate alle istituzioni, in un certo senso ne abbiamo già parlato rispondendo alla prima domanda. Per anche qui vorrei fare una breve precisazione, ancora una volta estremamente concisa dato che si tratta di argomento che richiederebbe molto spazio.

Brevemente vorrei sottolineare il fatto, abbastanza ovvio, che esistono due specifiche situazioni che tradizionalmente portano la gente a finire in ospedale psichiatrico, dove diventano poi ricoverati fissi. I più vi sono stati trascinati, in un modo o nell'altro, contro la loro volontà e sono persone che, invece, la vita se la sarebbero potute organizzare da sole. Esiste per anche un altro gruppo di persone per le quali ritengo sia necessario prevedere un certo spazio, lasciando stare per ora il loro numero, che è una faccenda complessa che esula dal nostro tema. Ci sono stati individui, nel passato, e ci sono individui, oggi, in America ma, immagino, anche in Italia o qui in Svizzera, che, per qualche ragione - non mi interessa in questo momento esporle, queste ragioni: diciamo per questioni loro, per problemi o incapacità loro, delle famiglie o della società, per problemi di carattere economico o altro - semplicemente non ce la fanno ad andare avanti e sono più che contenti di ritirarsi in istituzioni che diano loro un rifugio. Un po' come una volta tanti si ritiravano nei monasteri o nel deserto oppure si arruolavano nella Legione Straniera. Ecco, io non sarei del tutto d'accordo sull'eliminare, attraverso leggi, tale possibilità di scelta. Una scelta che verrebbe a mancare nel momento in cui venissero chiusi tutti i cosiddetti ospedali psichiatrici, mentre a me piacerebbe lasciarla, purché NON sotto il controllo della medicina, NON sotto il controllo psichiatrico: questo è estremamente importante. Bisogna tener presente che questa è una necessità a cui dava risposta la psichiatria e che tale funzione degli ospedali non andrebbe eliminata... altrimenti si finisce, come si dice in America, con il .buttar via l'acqua sporca con il bambino/. Ripeto, la psichiatria manicomiale al novantanove per cento malvagità e violenza, per fra le sue funzioni c'era anche quella di dare un tetto e qualcosa da mangiare a chi non ne aveva. Bene, uno spazio che provveda a queste necessità va conservato, questione di coscienza e di buon senso.

P.C. - A questo proposito mi farebbe piacere che lei venisse a Imola a vedere quello che ha fatto Antonucci per rendere possibile l'esistenza a quei ricoverati che, dopo anni di violenza psichiatrica, non hanno mezzi e prospettive per vivere fuori.

T.S. - Lo so e sono ansioso di venirci. Ma per tornare a quanto dicevamo, ho l'impressione, da quanto ho letto e visto del lavoro di Basaglia - e non vorrei sbagliarmi, dato che non sono poi cos al corrente con quanto successo in Italia - ho l'impressione, dicevo, che lui fosse un po' troppo disinvolto nel chiedere che fossero abolite le istituzioni. Forse lasciava troppo spazio ANCHE all'abolizione di questa funzione che io considero positiva.

P.C. - A parte il fatto che non stata abolita mica tanto!

T.S. - Giusto, ottimo!

P.C. - Allora passiamo al secondo movimento, che quello antipsichiatrico, quello, per intenderci, collegato con l'antipsichiatria inglese di Laing, Cooper, eccetera, che Antonucci definisce .un tentativo di interpretare concetti psichiatrici in maniera diversa/.

T.S. - Sono completamente d'accordo con tale definizione e penso, spero, che Antonucci sia contrario a quel movimento.

P.C. - Naturalmente, quanto ha detto tante volte.

T.S. - Anch'io sono completamente contrario. L'antipsichiatria in errore esattamente come la psichiatria tradizionale. Anche se, in quanto ha rappresentato una critica alla psichiatria tradizionale, va anche difesa. Su questo punto bisogna essere molti chiari.

P.C. - Infatti l'ordine con cui Antonucci ha esposto i vari movimenti rappresenta un giudizio sistematico, un approccio critico alla situazione.

T.S. - Anche in questo caso mi sembra che Antonucci ed io siamo quasi - direi anzi completamente - d'accordo. Penso che quanto affermano gli psichiatri inglesi e cio, per dirlo con parole mie, che a) la schizofrenia non esiste e b) che loro sanno curarla, dimostri la loro disonest e stupidit. E questo proprio psichiatria... ed un peccato.

P.C. - La terza posizione, cio quella di Antonucci e quella che, secondo noi, anche la sua, rappresentata dal pensiero non-psichiatrico, che considera la psichiatria un'ideologia senza contenuto scientifico...

T.S. - Sono completamente d'accordo. Anzi peggio: un contenuto pseudoscientifico, il che peggio che non scientifico. Si tratta di una scienza fasulla.

P.C. -... che ha lo scopo di annientare le persone invece di capirne la storia.

T.S. - Giusto. Perci il nostro compito consiste nel passare dal gergo e dal linguaggio pseudoscientifico, dall'ideologia psichiatrica, al linguaggio di tutti i giorni, affrontando quei problemi di morale, quei problemi economici, politici e umani che la psichiatria nasconde.

P.C. - Ed su queste basi che Antonucci arrivato all'ultimo punto del suo intervento, quello propositivo, legato alla sua esperienza di Reggio Emilia, quando riuscito a convincere gruppi di persone ad entrare, in certo modo di forza, dentro il manicomio [...]. Antonucci ha proposto alla popolazione un intervento diretto nelle istituzioni non solo allo scopo di criticare la teoria e la pratica psichiatriche, ma perch tutti si rendessero conto dei problemi reali che sono alla base dei ricoveri. Conoscere i problemi veri della societ e degli individui significa far crollare le fondamenta stesse della psichiatria. Lei cosa pensa di questa proposta?

T.S. - Non so bene cosa dirne in cos poco tempo e non vorrei apparire troppo pessimista, ma quest'idea mi piace, diciamo cos , col cuore ma non con la testa. Le spiego perch: una delle ragioni per cui ci sono problemi di questo tipo - e dopo tutto ci sono tanti altri problemi nel mondo oltre quelli legati alla psichiatria - che la maggior parte delle persone, quasi sempre, non vuole sapere cosa veramente succede, anzi vuole negarlo; e usa proprio la psichiatria per negarlo.

Quando lei e Antonucci sostenete che le persone devono andare dentro gli ospedali psichiatrici e vedere quello che vi succede, date per scontato che lo vogliono sapere, mentre l'evidenza mi dimostra il contrario: non lo vogliono sapere affatto.

Le dir di pi, per precisare meglio il mio punto di vista: io non credo che sia necessario entrare in un manicomio per sapere quanto sia terribile, cos come non c' bisogno di andare ad Auschwitz o in una piantagione con gli schiavi per sapere quanto siano tremende. I manicomi ormai sono stati minuziosamente descritti da almeno cento anni, da Cechov, da Kean Keasey nel

suo libro "Qualcuno vol sul nido del cuculo", da me e da tanti altri. Se ne pu leggere in articoli, in libri; si possono leggere testi classici, per esempio quelli di Shakespeare, e rendersi conto attraverso tanti scritti che il termine .malattia mentale/ non significa niente. E' per questo che mi fa pi impressione l'ambivalenza della gente, della gente qualsiasi, di fronte a questo problema: da una parte si sente spinta a provare una certa compassione nei confronti dei cosiddetti malati mentali, o persone con problemi, ma, dall'altra, non vuole averci niente a che fare. In un modo o nell'altro tende a cercare un sistema comodo per mantenere le distanze fra s e chi sta male: cosa che ottiene tramite la psichiatria.

Vede, la gente qualunque, secondo me, il complice, anzi il MANDANTE dei crimini perpetrati dalla psichiatria: sono l'uomo e la donna qualsiasi - l'avvocato, il poliziotto, il legislatore, il giudice - i cospiratori anzi, come dicevo, i mandanti degli psichiatri. Lo psichiatra non altro che un esecutore.

E' per questo che secondo me il nostro compito, adesso, pi che altro quello di educatori morali, come coloro che sono vissuti nel momento culminante dell'Inquisizione o della schiavit, quando la maggioranza era favorevole a quelle istituzioni allora dominanti. Oggi la maggior parte della gente anche qui, in un Paese altrimenti piacevole come la Svizzera non vuole sapere che cosa succede negli ospedali. Ora stia a sentire: in questi ultimi due giorni, qui al convegno, non si fatto che descrivere ripetutamente i crimini della psichiatria. Bene: quando sono tornato, oggi dopo pranzo, era ancora presto e mi sono fermato a chiacchierare con le tre signorine addette al banco dei libri. Lo sa che cosa dicevano? Abbiamo fatto un po' amicizia e alla fine mi hanno confessato: .Sa, abbiamo sentito tutte queste critiche alla psichiatria eppure non ci sembra possibile che sia vero/.

P.C. - Lo so, lo so. Ma si tratta anche di conformismo.

T.S. - Certo, conformismo, non voler sapere. Ma c' un altro fattore molto, molto importante: la professione medica - psichiatri e dottori - ha in qualche modo il ruolo combinato di sacerdote e di genitore, e la gente non vuol sapere...

P.C. - E di protettori del moralismo...

T.S. - Certo, e di protettori del moralismo. Nessuno sa quanto

possano essere pericolose, addirittura malvage, persone con questo tipo di potere, morale e politico. Ora io penso che siano queste le cose che dobbiamo porre in discussione e cercare di far arrivare alla gente, e ci si pu fare sia educando sia nel modo seguito da Antonucci in Italia... Secondo me bisogna usare tutti i sistemi possibili, perch il metodo migliore pu essere diverso da un Paese all'altro, deve tener conto del temperamento e delle tradizioni locali. Io penso che gli italiani siano, in un certo senso, pi portati alla comprensione reciproca che non gli scandinavi, per esempio, o gli americani, e forse il vostro metodo va meglio in Italia che non qui in Svizzera.

P.C. - La cosa importante, in ogni modo, criticare fino in fondo tutto quel che la psichiatria rappresenta.

T.S. - E poi c' un'altra cosa: si d il caso che la nostra critica totale sia giusta al cento per cento e che la psichiatria sia al cento per cento menzogne. Tocca a noi sfruttare questo vantaggio.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.

AA. VV., "Medicina preventiva e sociale nelle citt e nelle campagne vietnamite", a cura del Collettivo di Medicina dell'Universit di Verona, Bertani, Verona, 1974.

BALDUZZI Edoardo, "Le terapie di shock", Feltrinelli, Milano, 1962.

BLEULER Eugen, "Trattato di psichiatria", Feltrinelli Milano, 1967.

BOATMAN, M. J. - SZUREK S.A., "Studio clinico della schizofrenia infantile", in "Eziologia della schizofrenia", a cura di Don D. Jackson, Feltrinelli, Milano, 1964.

BOOK Jan A., "Aspetti genetici delle psicosi schizofreniche", in "Eziologia della schizofrenia", a cura di Don D. Jackson,

Feltrinelli, Milano, 1964.

BROD Max, "Franz Kafka", Mondadori, Milano, 1956.

BUKOVSKIJ V. - Gluzman S., "Guida psichiatrica per dissidenti", L'erba voglio, Milano, 1979.

CECHOV Anton, "I capolavori", Mursia, Milano, 1966.

CECHOV Anton, "L'isola di Sachalin", Editori Riuniti, Roma, 1985.

CORTELLAZZO Manlio - ZOLLI Paolo, "Dizionario etimologico della lingua italiana", Zanichelli, Bologna, 1983.

EHRENREICH Barbara - English Deindre, "Le streghe siamo noi: il ruolo della medicina nella repressione della donna", La Salamandra, Milano, 1977.

FANON Frantz, "I dannati della terra", Einaudi, Torino, 1962.

FAVATI Giuseppe (a cura di), "Dossier Imola e legge 180", Idea Books, Milano, 1979.

FOUCAULT Michel, "Storia della follia nell'et classica", Rizzoli, Milano, 1963.

FREMINVILLE (De) Bernard, "La ragione del pi forte", Feltrinelli, Milano, 1979.

FREUD Sigmund, "Tre saggi sulla teoria della sessualit", Dall'Oglio, Milano, 1949.

ILLICH Ivan, "Nemesi medica: l'espropriazione della salute", Mondadori, Milano, 1977.

JACKSON Don D. (a cura di), "Eziologia della schizofrenia", Feltrinelli, Milano, 1964.

LOMBROSO Cesare, "L'uomo delinquente" (1876), Napoleone Editore, Roma, 1971.

LOMBROSO Cesare, "La donna delinquente" (1893), F.lli Bocca, Milano, 1915.

MALCOLM X, "Autobiografia", Einaudi, Torino, 1967.

- MAUDRON Robert, "Magistrati e streghe nella Francia del Seicento", Laterza, Bari, 1973.
- MEHRING Franz, "Storia della socialdemocrazia tedesca", Editori Riuniti, Roma, 1961.
- MITSCHERLICH Alexander - MIELKE Fred (a cura di), "Medicina disumana", Feltrinelli, Milano, 1967.
- PAPPWORTH M.H., "Cavie umane. La sperimentazione sull'uomo", Feltrinelli, Milano, 1971.
- POLIAKOV Lon, "Il mito ariano. Storia di una antropologia negativa", Rizzoli, Milano, 1976.
- POLIAKOV Lon, "Storia dell'antisemitismo", La Nuova Italia, Firenze, 1975.
- REICH Wilhelm, "La rivoluzione sessuale", Feltrinelli, Milano, 1963.
- RESTAK Richard, "Il cervello", Mondadori, Milano, 1986.
- SZASZ Thomas S., "Il mito della malattia mentale. Fondamenti per una teoria del comportamento individuale", Il Saggiatore, Milano, 1966.
- SZASZ Thomas S., "Il mito della psicoterapia. La cura della mente come religione, retorica e repressione", Feltrinelli, Milano, 1981.
- SZASZ Thomas S., "Sesso a tutti i costi", Feltrinelli, Milano, 1982.
- TOBINO MARIO, "Le libere donne di Magliano", Vallecchi, Firenze, 1953.
- TOLLER Ernst, "Teatro", Einaudi, Torino, 1971.
- VAN GOGH Vincent, "Lettere a Theo", con un saggio introduttivo di K. Jaspers, Guanda, Milano, 1954.
- WILLIAMS E., "Capitalismo e schiavit", Laterza, Bari, 1971.
- WUNDT Wilhelm, "Elementi di psicologia dei popoli", F.lli Bocca, Torino, 1929.

