

COLLETTIVO ANTIPSICHIATRICO ANTONIN ARTAUD

ELETTROSHOCK

LA STORIA DELLE TERAPIE ELETTROCONVULSIVE

E I RACCONTI DI CHI LE HA VISSUTE

SENSIBILI
ALLE
FOGLIE



Il Collettivo Antipsichiatrico Antonin Artaud consente la riproduzione parziale o totale dell'opera e la sua diffusione per via telematica purché non a scopi commerciali e a condizione che questa dicitura sia riprodotta, citando la fonte.

Info e contatti del Collettivo:
antipsichiatriapisa@inventati.org
www.artaudpisa.noblogs.org
tel: 335 7002669
Sede: via San Lorenzo, 38 – 56127 Pisa

Collettivo Antipsichiatrico Antonin Artaud
Elettroshock
Sensibili alle foglie, 2014
144 pagine
Collana Ospiti 107
ISBN 978-88-89-89883-85-3
© Edizioni **Sensibili alle foglie** Società cooperativa a rl.

Tel.: 0173742417 – 0774311618
Fax: 1782711717
E-mail: sensibiliallefoglie@tiscali.it
www.sensibiliallefoglie.it
www.libreriasensibiliallefoglie.com

COLLETTIVO ANTIPSICHIATRICO ANTONIN ARTAUD

ELETTROSHOCK

LA STORIA DELLE TERAPIE ELETTROCONVULSIVE
E I RACCONTI DI CHI LE HA VISSUTE



SENSIBILI ALLE FOGLIE

INDICE

PREMESSA

BREVE STORIA DEL COLLETTIVO ANTIPSICHIATRICO A. ARTAUD.....9

INTRODUZIONE17

NOTE ALL'INTRODUZIONE22

PRIMA PARTE

STORIA DELL'ELETTROSHOCK

NASCITA DELL'ELETTROSHOCK

PER CORRENTE ELETTRICA SI INTENDE

UN FLUSSO ORDINATO DI ELETTRICITÀ25

L'APPLICAZIONE DI CORRENTE ELETTRICA ATTRAVERSO IL CRANIO.....26

BREVE STORIA DELLE SHOCK TERAPIE

L'ORGANICISMO E LE SUE SPERIMENTAZIONI PRATICHE31

SHOCK TERAPIA DEL CERVELLO37

L'ELETTROSHOCK E IL SUO CONTESTO

IDEOLOGIA NAZISTA.....41

L'EUGENETICA.....43

CONSEGUENZE PRATICHE DELL'EUGENETICA45

TRATTAMENTI INTENSIVI E COMBINATI47

IL PERIODO CARSICO

L'AVVENTO DEGLI PSICOFARMACI, LE CONTESTAZIONI

E IL RITORNO DELLA TEC.....55

“SDOGANARE L'ELETTROSHOCK”59

L'ELETTROSHOCK NEL TERZO MILLENNIO.....61

NOTE ALLA PRIMA PARTE67

CONSENSO E FAMIGLIA.....	77
LA PRATICA DELL'ELETTROSHOCK.....	89
ELETTROSHOCK E FARMACI	94
L'ELETTROSHOCK COME TORTURA	99
RESISTENZE	105
ELETTROSHOCK E MEMORIA	
LA MEMORIA DI NON AVERE MEMORIA	115
RIMUOVERE È AZIONE DIVERSA DAL GUARIRE	119
NOTE ALLA SECONDA PARTE.....	121
CONCLUSIONI	123
BIBLIOGRAFIA.....	125
FILMOGRAFIA.....	127
COLONNA SONORA	128
RINGRAZIAMENTI	129
APPENDICE	
LEGGE 180/1978.....	131
CIRCOLARE BINDI DEL 02/12/1996.....	138
SENTENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE	
N. 338 DEL 2003.....	141

al compagno Roma...

PREMESSA

BREVE STORIA DEL COLLETTIVO ANTONIN ARTAUD

Nel 2000, il Ministro della Sanità Livia Turco promosse a Genova la Conferenza Governativa Nazionale sulle droghe, alla quale intervennero tutte le realtà del Movimento di Massa Antiproibizionista per fare da portavoce alle istanze dei consumatori, ovvero coloro che per primi pagano sulla propria pelle le politiche sulle droghe.

All'indomani di questo evento nacque anche a Pisa, in ambiente universitario, l'Osservatorio Antiproibizionista.

La prima iniziativa organizzata nel 2001 da questa neonata esperienza fu la conferenza dal titolo "Drugs: Farmaci&Droghe". Da questo evento mosse i suoi primi passi il discorso antipsichiatrico nella città di Pisa.

Furono organizzate varie attività culturali tese alla riflessione sulle sostanze ritenute legali o illegali, allargando il dibattito anche agli psicofarmaci, e più in generale al potere medico che consente alla psichiatria di mettere le mani sulla tossicodipendenza col meccanismo della doppia diagnosi. Questo dispositivo stringe un doppio nodo istituzionale che noi sintetizziamo con questa frase:

"Ti fai perché sei malato, sei malato perché ti fai".

Negli anni seguenti l'Osservatorio Antiproibizionista di Pisa ha sempre più approfondito la questione della critica alla psichiatria, grazie anche al contributo del Telefono Viola di Milano, del Collettivo Antipsichiatrico Violetta Van Gogh di Firenze e al sostegno del laboratorio antipsichiatrico all'interno del Collettivo Autonomo di Scienze Politiche di Pisa.

Questa sinergia condusse alla realizzazione di una ricerca/azione che si focalizzò sul fenomeno della psichiatrizzazione infantile.

In controtendenza a molti ripensamenti provenienti dagli Stati Uniti, pro-

prio nel 2001 il Ministero della salute attivò il Progetto Prisma nelle scuole dell'obbligo delle province di Lecco, Pisa, Cagliari, Rimini, Roma e Milano.

Questo progetto sperimentale prevedeva che insegnanti e genitori compilassero un questionario teso a individuare precocemente l'insorgenza di alcuni disturbi nei bambini, definiti psichiatricamente nel 1980 con la sigla ADHD (*Attention deficit/Hyperactivity disorder*) e trattati con un farmaco noto col nome commerciale di Ritalin, che in Italia era compreso nella stessa categoria di sostanze dell'eroina e cocaina e posto fuori commercio dal 1989.¹

Nel 2001 i centri specializzati in neuropsichiatria infantile potevano somministrarlo in via sperimentale; grazie al suo spostamento nella tabella delle sostanze nel 2007 fece la sua prima comparsa nelle farmacie, dove era possibile ritirarlo con la semplice prescrizione dei pediatri.

È dunque nello stesso periodo che le organizzazioni, attive e ben coscienti delle conseguenze sulla salute dovute all'utilizzo di sostanze, accesero il dibattito attorno al trattamento con metilfenidato (Ritalin) o altri psicofarmaci, che riguardava già sette milioni di bambine e bambini nel mondo.

A questo punto abbiamo approfondito e messo in dubbio la definizione di malattia mentale, tutta schiacciata sulla nosografia medica. La classificazione dei comportamenti umani è un limite che cerchiamo di superare aprendo ad un ascolto libero dai pregiudizi, che può dare significati molteplici ai segni che vengono esclusivamente riconosciuti come sintomi di malattia mentale.

Il nostro collettivo non vuole negare l'esistenza del dolore e del disagio, anzi nel corso della nostra attività ne abbiamo percepito un sensibile aumento, ma sempre più il malessere sociale viene condotto verso una soluzione psichiatrica.

La prima importante iniziativa antipsichiatrica a Pisa fu organizzata nel 2001 con un presidio, durante il quale si svolse anche una performance teatrale in strada, sotto la clinica psichiatrica in cui vengono praticati gli

elettroshock. Quello che ci premeva, allora come adesso, era sfatare la credenza che l'elettroshock fosse una pratica desueta e ormai dimenticata.

Il primo a suggerire il nome di Antonin Artaud per il nascente collettivo antipsichiatrico fu "Roma" del Telefono Viola di Milano.

Fu lui a raccontare della figura di Antonin Artaud come emblema dell'antipsichiatria, e successivamente venne approfondita la conoscenza della sua opera e anche della sua storia personale, grazie ad un testo in particolare: *Antonin Artaud nel vortice dell'elettroshock*, di Ida Savarino, edito da Sensibili Alle Foglie nel 1998. Il libro racconta di come già da bambino Artaud fu sottoposto a tentativi di cura che impiegavano l'elettricità e dei successivi e numerosi cicli di elettroshock terapia ai quali fu sottoposto negli anni della seconda guerra mondiale in Francia, in una condizione di assoluta privazione dovuta al conflitto in corso.

Antonin Artaud fu esponente del movimento surrealista, scenografo, attore, compositore, regista.

La sua grande curiosità lo spinse a viaggiare, a utilizzare varie sostanze psicotrope, a sperimentare lo sciamanesimo. Rimase per un anno con i Tarahumara in Messico, a Cuba invece entrò in possesso di un bastone che si credeva appartenuto a San Patrizio.

Ritenendo opportuno riconsegnarlo agli Irlandesi, è proprio in Irlanda che per circostanze poco chiare venne internato in manicomio.

Inizia così ad essere trattato con l'elettroshock in Francia e a passare da un manicomio all'altro.

Artaud, che aveva a lungo patito la fame, perso tutti i denti e subito varie fratture a causa delle scosse subite, muore a Ivry-sur-Seine nel 1948, seduto ai piedi del suo letto, come aveva predetto.

Il Collettivo Antipsichiatrico Antonin Artaud nasce a Pisa nel 2005.

Abbiamo cominciato a fare assemblee, discutere e ragionare insieme sulle varie tematiche legate alla psichiatria perché ci sembrava, e ci sembra tuttora, un argomento importante che bisognava affrontare e di cui non molte realtà in Italia si occupano.

Nessuno di noi fa lo specialista o il professionista della mente, o ha studiato per diventarlo. Nasciamo e rimaniamo ad oggi un collettivo di “movimento”, che si definisce antifascista, antisessista e antiproibizionista. Legato a battaglie per il diritto alla casa, agli spazi sociali, alla difesa del territorio da nocività e privatizzazioni, contrario alla guerra e preoccupato dell'impoverimento culturale.

Pensiamo che la psichiatria sia una disciplina che ha molto a che fare con il potere, la repressione e il controllo sociale. E anche per questo abbiamo deciso di occuparcene sapendo che l'argomento era ampio, contraddittorio e difficile. Un argomento nel movimento stesso considerato quasi un tabù; quando si ha a che fare con la sofferenza umana, il dolore e il disagio, difficile e faticoso è “metterci le mani” e troppo semplice delegare a professionisti o ad autorità.

In “Lettera ai direttori dei manicomi”, che Artaud scrisse durante la sua reclusione manicomiale, si ravvisa ciò che noi riteniamo uno degli aspetti peculiari della psichiatria: quello dell'obbligo di cura.

Un potere coercitivo che la differenzia dal tutto il resto della medicina, e che legittima l'esistenza del Trattamento Sanitario Obbligatorio.²

Se i trattamenti sanitari fossero solamente e veramente volontari,³ la psichiatria sarebbe una specializzazione medica come le altre: solitamente un paziente può cambiare medico nel caso ritenga di non ricevere cure adeguate, mentre in ambito psichiatrico, bisogna tenersi il medico assegnato, non c'è difesa reale, non c'è appello alla diagnosi, non c'è Cassazione, non ci sono avvocati. Si è gli ultimi degli ultimi, non si ha voce, si è una *non persona*.

La sensibilità delle persone che animavano questa prima fase ha portato nel 2005 alla nascita del Collettivo Antipsichiatrico Antonin Artaud, impegnato nell'intervento diretto, spontaneo e volontario contro gli abusi psichiatrici. Cerchiamo di sviluppare una cultura basata sul rispetto dei diritti umani e sulla libertà di autodeterminarsi.

Il lavoro del Collettivo si divide in due grosse macro aree: quella dell'informazione e quella dell'ascolto delle persone che hanno subito abusi e si sono viste rovinare la vita dallo stigma psichiatrico.

Viviamo in un territorio dove di gente shockata ne troviamo tanta.

Coloro che hanno subito l'abuso psichiatrico e che sono venuti in contatto, negli anni, col nostro collettivo sono tanti, dove per tanti significa centinaia. Il tentativo è quello di ascoltare le persone senza pregiudizi e di fornire un sostegno legale oltre che morale, quando possibile. Anche il solo ascolto e le semplici informazioni costituiscono il più delle volte un valido aiuto, sia al soggetto che alla sua rete familiare, che spesso, consapevolmente o inconsapevolmente, è attrice nel tragitto verso l'istituzionalizzazione psichiatrica.

La connotazione "antipsichiatrico" non esaurisce la nostra visione rispetto alla psichiatria in generale. Inoltre può far pensare a un'idea nostalgica legata a un retaggio culturale e politico ormai lontano di diversi decenni. Certamente ci auguriamo che le persone stiano in salute, che il ricorso ai trattamenti sia volontario, si verifichi quando è utile e che sia teso ad una guarigione che non li impieghi più. Questo, a nostro avviso, dovrebbe essere anche l'obiettivo dei medici psichiatri. L'etichettatura antipsichiatrica serve a orientare verso un incontro con chi sente di aver subito l'esercizio coercitivo permesso a questo e solo a questo ramo della medicina.

La psichiatria, come qualsiasi altra cosa, obbedisce al libero mercato⁴ ed è dunque sempre in cerca di nuovi clienti dappertutto.

Ogni anno vengono effettuati in Italia almeno 10.000 Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi che privano della libertà personale altrettante persone.⁵

Certo a 10.000 TSO non corrispondono 10.000 elettroshock, questo perché viene applicata diffusamente la cosiddetta contenzione farmacologica o shock chimico, tramite un forte utilizzo di cerebrofarmaci, già dagli anni cinquanta del secolo scorso. Ecco perché, a parte il residuo accademico che non ha voluto abbandonare questa pratica, l'elettroshock è stato quasi sostituito dai trattamenti psicofarmacologici, considerati meno invasivi e, a un primo sguardo, meno imparentati con i metodi di tortura anche per chi questi trattamenti li deve applicare.

Per darne solo un esempio riportiamo le parole che introducono il libro *Elettroshock. I guasti sul cervello* del dottor Peter Breggin:

«Desidero rivolgermi anche a quei medici che possono trovarsi di fronte a una difficile scelta morale. So di almeno tre medici, compreso John Friedberg, le cui carriere furono seriamente danneggiate quando gli psichiatri si rivoltarono contro di loro perché criticavano la terapia elettroconvulsivante. Io non ebbi il coraggio di rischiare la mia incipiente carriera professionale rifiutando di somministrare la terapia elettroconvulsivante durante il mio tirocinio ospedaliero.

Ho rimpianto per più di un decennio questa mia codardia.

Spero che questo libro fornirà ai medici elementi teorici e scientifici per opporsi al trattamento senza andare incontro a quel rischio.

Per finire, auguro che questo libro incoraggi coloro che, in ogni campo, si trovano agli inizi della professione. Perché guardino al di là “del parere degli esperti” e delle “autorità”, cercando di scoprire da sé i fatti e di elaborare teorie che si basino sulla loro razionale percezione della realtà. Quando gli uomini, in psichiatria come in ogni altro campo, si fonderanno sulla ragione, sulla ricerca e sull'esperienza anziché sul parere degli esperti e delle autorità, trattamenti come la terapia elettroconvulsivante cesseranno di esistere a causa della loro stessa irrazionalità».

Di non minore importanza è il discorso relativo all'enorme affare che sta dietro alla prescrizione di psicofarmaci, i quali in questi ultimi anni hanno visto un vertiginoso aumento di consumo. Un business che si rigenera con la crisi.

Quando facciamo delle iniziative pubbliche sulla psichiatria ci capita di parlare di elettroshock.

Molte persone pensano che sia una pratica non usata, se non addirittura vietata dalla legge.

Così raccogliere testimonianze, ascoltare le persone che hanno avuto quest'esperienza, scrivere un libro ci è sembrato un buon modo per fare sapere a più persone possibili che purtroppo questa pratica, molte volte simile ad una tortura, al giorno d'oggi in Italia viene ancora largamente praticata.

Le narrazioni che abbiamo raccolto coprono un periodo di tempo che va dagli anni sessanta del Novecento ad oggi.

È stato un percorso collettivo; abbiamo scritto e lavorato a questo progetto tutti insieme. Questo per noi è un valore aggiunto.

Il nostro intento era quello di mettere in discussione e in trasparenza i dispositivi del potere e del controllo psichiatrico attraverso la narrazione delle esperienze.

Abbiamo analizzato le testimonianze facendo luce su i vari dispositivi con cui l'istituzione psichiatrica pratica l'elettroshock, sulle mancanze, le paure e le risorse messe in campo dalle persone che abbiamo intervistato.

Convinti che l'istituzione psichiatrica per essere realmente terapeutica possa e debba operare senza manicomio, trattamenti obbligatori, pratiche punitive ed elettroshock.

Dopo otto anni rimaniamo convinti che se ci fosse in ogni territorio un gruppo sociale che interviene direttamente contro gli abusi, il potere psichiatrico sarebbe meno arbitrario e basato sul consenso.

Nelle istituzioni, entro le cui mura si consuma la totalità del tempo e del corpo dei soggetti, le cosiddette istituzioni totali, come gli ospedali, le case di riposo, i centri di identificazione ed espulsione, i centri d'accoglienza richiedenti asilo istituiti per i migranti, le carceri, gli ospedali psichiatrici giudiziari, ma anche nelle aziende e nelle scuole, che su di esse si sono modellate, le strategie adottate non sembrano neanche più totalizzanti, ma direttamente necrotizzanti. Proprio mortificanti.

INTRODUZIONE

Dare un nome alle cose è la grande e seria consolazione concessa agli umani.

(Elias Canetti, *La tortura delle mosche*)

Elettroshock è una parola che comprime i termini elettrico e shock.

Elettroshock terapia è invece un'espressione medica che per anni ha indicato la cura tramite shock elettrico fino al momento della sua rinominazione in TEC.

La sigla TEC, che sta per Terapie Elettro Convulsivanti, è un agglomerato di iniziali che delimitano la differenza e il distacco dal nome del più famoso di questi trattamenti: l'elettroshock.

Anche l'elettroshock terapia, nel precedente glossario medico veniva abbreviata con l'acronimo EST.

Anche in questo caso, l'uso delle sigle, proprio dei linguaggi tecnici, mette in atto una peculiare rinominazione diretta all'interno del campo di competenza, che, contemporaneamente, rende meno comprensibile il soggetto del discorso verso l'esterno.

Il nuovo e vecchio modo di chiamare lo shock elettrico con l'uso dei nomi TEC o EST, può portare a credere che ci si riferisca a un suono onomatopeico e a uno dei punti cardinali, ma non appena la parola elettroshock entra nella scena del discorso esso diviene immediatamente comprensibile.

Più in là vedremo i suoi significati, la sua storia dalla nascita ad oggi, meglio comprenderemo la sua evoluzione e forse anche perché questo tipo di trattamento sia sopravvissuto fino ai giorni nostri.

Per adesso fermiamoci a quelle che sono le immediate sensazioni che

si hanno pronunciando il nome che dette a questo tipo di cura il suo inventore: elettroshock.

Assieme a quel sentire che è individuale e intimo, parlando di elettroshock, è inevitabile imbattersi nella dimensione delle credenze collettive che riguardano questa pratica medica.

È giusto ribadire che, fin dalla sua nascita, l'elettroshock è un trattamento psichiatrico originariamente pensato per la cura della schizofrenia.

Volendo fare un esperimento alla portata di un click si possono cercare sul web le immagini collegate a questa parola e constatare che esse difficilmente rappresentano l'azione di prendersi cura di chi ne ha bisogno.

L'elettroshock evoca scene che rimandano a metodi di tortura e di controllo mentale, alle sofferenze umane, ai manicomi.

Ecco un primo motivo per cui il lessico medico è dovuto necessariamente intervenire per agire verso una messa a distanza dalla paura, dal dolore e da secolari colpe mediche. Si è dovuto ammettere un impiego diverso dalle sue indicazioni, un uso punitivo, e per sancire l'ammissione e la distanza da tali abusi si è cambiato nome allo stesso dispositivo medico. Ma se l'elettroshock evoca tortura e malvagità manicomiali ciò succede a buona ragione.

La tortura si è servita di questa pratica medica in tempi, modi e luoghi differenti. Ad esempio, il lavaggio del cervello, in inglese "*brain washing*", teso a ottenere un controllo dell'intera storia personale ricostruendo personalità complesse e strutturate, prevede l'uso delle terapie elettroconvulsive e provoca enormi sofferenze a chi lo subisce.

Il manicomio è stato il luogo prescelto affinché esclusione, dolore, sorveglianza e trattamenti estremi potessero convivere entro le stesse mura, ma i manicomi, che nel 1978 il nostro ordinamento giuridico ha reputato disumani e indegni di continuare ad esistere, non sono quei luoghi che crediamo estinti.

Chiudere e vietare non significa estinguere. La soglia manicomiale si può ancora valicare, ma la stessa soglia oggi è stata rinominata, come è capitato alla terapia con elettroshock.

E se una cosa non ha nome, non esiste.

Cambiare nome all'elettroshock ha aperto la via a due ordini di cambiamento: anzitutto si è assicurato un prosieguo al trattamento riconducendo il dibattito, nei soli ambiti medici e politici, per competenza e legittimità nel tracciare le linee guida per l'utilizzo; l'altro cambiamento è rappresentato dall'opinione diffusa che lo vede come pratica non più utilizzata, superata e obsoleta, allo stesso modo dei salassi per mezzo di sanguisughe.

Questo libro parla dell'azione di rinominazione che ha avuto per oggetto l'elettroshock, e tenta di raccontare almeno una parte della sua storia, partendo dal sapere di chi ha subito questo trattamento e restituendo a ciascuno voce, nomi, ruoli e azioni.

Parole come manicomio ed elettroshock – anche nella loro relazione di contenitore e pratica contenuta – oggi vengono recepite come simboli.⁶

Non più utilizzate nel loro significato proprio, ma come parti di una storia che sostituisce e riscrive la realtà. I 76 manicomi presenti in Italia nel 1978 sono stati sostituiti nel solo comparto pubblico con circa 320 reparti psichiatrici e oltre 3200 strutture psichiatriche residenziali e centri diurni. A questo numero vanno aggiunte le numerose strutture private, gli istituti competenti per le cosiddette tossicodipendenze che utilizzano tutti trattamenti psichiatrici, i centri detentivi per i migranti, la totalità delle carceri dove circa il 90% dei detenuti⁷ è sottoposto almeno a terapia psicofarmacologica e i sei manicomi criminali⁸ che rimangono tutt'oggi aperti, nonostante la legge ne imponga la chiusura.

Novantuno di questi luoghi, di cui è noto quasi nulla, sono attrezzati e utilizzati per effettuare l'elettroshock.

Da qui la nostra prima domanda: Ma le persone lo sanno? Ma la gente ne è a conoscenza?

Di fronte a questa immensa riproduzione dei campi di intervento psichiatrici, davvero si può pensare che i manicomi siano chiusi e la storia dell'elettroshock chiusa con essi?

Eppure, in tanti anni di attività del nostro collettivo, troppo spesso ci siamo trovati di fronte a questo convincimento.

L'esigenza condivisa di dare una risposta attuale circa l'esistenza e l'utilizzo dell'elettroshock è uno dei primi motivi che ci ha spinto a scrivere questo testo.

La nostra ricerca si è basata essenzialmente sull'incontro e il dialogo con persone che hanno subito l'elettroshock e che ci hanno volontariamente contattato per raccontarci la loro storia. I ricordi dei trattamenti subiti risalgono ad un periodo che copre circa un trentennio di trattamento elettroconvulsivo in diverse regioni d'Italia, dai primi anni sessanta a tutti gli anni novanta.

Nessuno che abbia subito l'elettroshock in epoche più recenti ha deciso di raccontarci la propria esperienza con questo trattamento. Questo aspetto è stato per noi fonte di copiose domande, alle quali ancora tentiamo di rispondere anche con questo nostro scritto.

Abbiamo comunque riportato, nella parte dedicata al consenso al trattamento, due testimonianze rese riguardo al rifiuto di questa cura che si riferiscono agli ultimi tre anni.

In passato avevamo già incontrato alcune di queste storie liberamente entrate in contatto col nostro collettivo; in seguito, nel 2009, abbiamo pubblicato in vari modi un annuncio in cui davamo la nostra disponibilità ad ascoltare chiunque volesse parlarci della sua esperienza con l'elettroshock terapia. Alcune di queste storie sono arrivate a noi già in forma scritta, mentre nei nostri viaggi per andare ad incontrare queste donne e questi uomini, portavamo con noi un piccolo registratore audio che veniva acceso solo dopo il loro consenso, anche se a dire il vero il desiderio di raccontare per testimoniare era così forte che questo permesso non ci è stato mai negato.

Precisiamo che in due casi l'esperienza relativa all'elettroshock ci è stata riferita da familiari o conoscenti delle persone che lo hanno subito.

Una volta ascoltate e scritte, queste narrazioni sono state lette collettivamente più volte a tutti i partecipanti del collettivo in modo da portare a conoscenza ogni storia anche a chi non era presente agli incontri coi narratori. Dall'estate del 2012 ad oggi, in queste lunghe giornate assieme dedicate alla conoscenza di queste esperienze sorgevano spontanee e intense discussioni.

Seguendo i metodi della socioanalisi narrativa – che utilizza come ana-

lizzatore le storie individuali – dai racconti biografici relativi alle sofferenze dovute all'esperienza dell'elettroshock, abbiamo tracciato un indice di questo testo, raggruppando gli aspetti ricorrenti delle testimonianze che possono fare luce circa la storia della psichiatria stessa.

Le comuni narrazioni sono riferite al ruolo della famiglia, l'aspetto legato al consenso, il suo utilizzo disciplinare, le paure, le resistenze verso l'elettroshock e le sue varie metodologie di applicazione.

Il libro si propone di essere un'espressione diretta delle storie narrate e un incontro comune che non è stato possibile mettere in pratica con la presenza dei narratori.

Coscienti dell'inestimabile valore delle storie che abbiamo conosciuto, è stata nostra cura rispettare le parole con cui le esperienze ci sono state descritte.

Ci siamo così avvicinati all'analisi storica del dispositivo elettroshock attraverso i segni lasciati sui linguaggi, sul vissuto e sui corpi delle persone che abbiamo incontrato, ed è a loro che anzitutto va la nostra dedica e l'augurio che il loro sapere venga considerato, compreso e rispettato.

Per quanto riguarda le questioni storiche, teoriche e scientifiche relative all'elettroshock desideriamo ringraziare immensamente, per averci messo a disposizione testi per lo più introvabili, lo storico pisano Roberto Barocchi, l'Archivio e la Biblioteca del Telefono Viola di Milano e in modo particolare *Roma*, Raffaele Bonaccorsi, che questa primavera ci ha lasciato, al quale questo nostro scritto è con amore dedicato.

Ottobre 2013

NOTE ALL'INTRODUZIONE

1. C. Gazzola, *Divieto di infanzia*, BFS Edizioni, 2008.
2. Il trattamento medico obbligatorio, in *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione* di M. Foucault, scritto nel 1975, viene descritto come misura di sicurezza non destinata a sanzionare l'infrazione, ma a controllare l'individuo, a neutralizzare il suo stato di pericolosità, a modificarne le tendenze e a non cessare fino a che il cambiamento non sia avvenuto. Prendersi carico di una punizione è azione molto distante dal prendersi cura.
3. Come previsto dall'articolo 1 della legge 180/1978 che regola i trattamenti sanitari psichiatrici.
4. Ad esempio l'apparecchio elettrotecnico chiamato "unità per le terapie elettroconvulsive" iniziò ad essere prodotto proprio nel 1938, dopo pochissimi mesi dalla prima applicazione sull'uomo. Ora è disponibile anche sul mercato web, si può acquistare on line scegliendo tra diversi modelli sia nuovi che usati con una spesa che va dai 300 ai 1000 dollari in media.
5. AA.VV., *La libertà sospesa. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio: psicologia, psichiatria, diritti*, Fefè editore, 2012
6. *Symbolon* nel mondo greco definiva un oggetto che si poteva dividere in almeno due parti, così da essere conservato da almeno due persone. Il fatto di poter possedere una parte del simbolo rievocava la presenza di chi aveva le altre parti proprio nella sua assenza.
7. S. Verde, *Il carcere manicomio*, Sensibili alle foglie, 2011.
8. Gli ospedali psichiatrici giudiziari, OPG, altra nuova etichetta per vecchie istituzioni, dovevano per effetto della legge 9/2012 art. 3, varata dal governo Monti, essere chiusi il 31 marzo 2013.

PRIMA PARTE

STORIA DELL'ELETTROSHOCK

NASCITA DELL'ELETTROSHOCK

PER CORRENTE ELETTRICA SI INTENDE UN FLUSSO ORDINATO DI ELETTRICITÀ

Oggi l'elettricità è parte del nostro fare quotidiano ed il sapere attorno ad essa è capace di misurarne e controllarne aspetti, utilizzi e applicazioni.¹

Essendo la sua storia più antica di quella umana, pur conoscendo il fulmine² e altri fenomeni elettromagnetici, i gruppi sociali più primitivi consideravano l'elettricità attributo divino e dunque la temevano.

Le prime civiltà iniziarono a comprendere meglio l'elettricità osservandola nel mondo vegetale e animale e furono i greci a dare il nome di *elektron* a un particolare tipo di resina che se strofinata riusciva ad attrarre a sé le piume degli uccelli. Proprio dall'*elektron* prende nome l'elettricità.

Per quanto riguarda il suo impiego in campo medico, gli Egizi, i Greci e i Romani già applicavano la corrente elettrica nella cura di alcune malattie utilizzando torpedini, anguille e altri pesci³ capaci di emettere correnti elettriche molto basse per comunicare tra loro, ma anche di trasmettere scariche potentissime per predare e difendersi.

Si può dire che anche la storia delle elettroterapie attualmente utilizzate nella riabilitazione fisioterapica e quella della stimolazione elettrica cerebrale⁴ inizia con l'utilizzo di questi animali.

Per un approccio scientifico e un utilizzo propriamente medico dell'elettricità bisognerà attendere i primi studi sui campi magnetici del 1500 e le successive ricerche del XVII secolo, poi ovviamente l'Illuminismo e le scoperte ottocentesche legate agli studi di Luigi Galvani⁵ sulla bioelettricità, quando i suoi famosi esperimenti sulle rane dettero ispirazione anche alla giovane Mary Shelley⁶ nella scrittura del suo *Frankenstein*. Poi la pila di Volta, l'invenzione della lampadina,⁷ le reti elettrificate e la nascita dell'in-

dustria moderna e del suo enorme bisogno di energia, hanno portato l'utilizzo della corrente elettrica nel quotidiano di tutti.

«Elaborare un sistema vasto di distribuzione di corrente, soddisfacente sia dal lato scientifico che da quello commerciale per rendimento ed economia. Questo significa un impianto analogo a quello dell'illuminazione a gas, comprendente una serie di conduttori collegati fra loro per alimentare in ogni quartiere le lampade da varie sorgenti».⁸

Già dall'inizio del XX secolo si percorre la via verso un definitivo superamento delle superstizioni attorno all'elettricità e alla moltiplicazione dei suoi utilizzi in tutti i settori.

All'avvio della tecnorivoluzione, iniziata il secolo scorso e ancora in atto, contribuirono l'introduzione degli elettrodomestici e di tutte le apparecchiature tecniche utili alla produzione e alla ricerca scientifica.⁹

L'APPLICAZIONE DI CORRENTE ELETTRICA ATTRAVERSO IL CRANIO

Quello che segue è il racconto scritto da Ugo Cerletti nel 1959 e riferisce del primo tentativo, riuscito, di provocare nell'uomo una convulsione epilettica mediante la corrente elettrica, durante la primavera del 1938 a Roma. A questo egli arrivò dopo anni di studi che Cerletti dedicò all'utilizzo dell'epilessia come metodo di cura della schizofrenia, ispirandosi per analogia ad altri precedenti trattamenti di shock¹⁰ che già praticava sui propri pazienti.

«Vanni mi informò che al macello di Roma i maiali venivano ammazzati con la corrente elettrica. Questa informazione sembrava confermare i miei dubbi sulla pericolosità dell'applicazione di elettricità all'uomo. Mi recai al macello per osservare questa cosiddetta macellazione elettrica, e notai che ai maiali venivano applicate alle tempie delle tenaglie metalliche collegate alla corrente elettrica (125 volt). Non appena queste tenaglie venivano applicate, i maiali perdevano conoscenza, si irrigidivano e poi, dopo qualche secondo, erano presi da convulsioni, proprio come i cani che noi usavamo per i nostri esperimenti. Durante il periodo di perdita della conoscenza

(coma epilettico), il macellaio accoltellava e dissanguava gli animali senza difficoltà. Non era vero, pertanto, che gli animali venissero ammazzati dalla corrente elettrica, che veniva invece usata, secondo il suggerimento della Società per la prevenzione del trattamento crudele degli animali, per poter uccidere gli animali senza soffrire.

Mi sembrò che i maiali del macello potessero fornire del materiale di grandissimo valore per i miei esperimenti. E mi venne inoltre l'idea di invertire la precedente procedura sperimentale: mentre negli esperimenti sui cani avevo tentato di utilizzare sempre la minima quantità di corrente, sufficiente a procurare un attacco senza causar danno all'animale, decisi ora di stabilire la durata temporale, il voltaggio e il metodo di applicazione della corrente, necessari a provocare la morte dell'animale.

L'applicazione di corrente elettrica sarebbe stata dunque fatta attraverso il cranio, in diverse direzioni, e attraverso il tronco, per parecchi minuti. La prima osservazione che feci è che gli animali raramente morivano, e questo solo quando la durata del flusso della corrente elettrica passava per il corpo e non per la testa. Gli animali ai quali veniva applicato il trattamento più severo rimanevano rigidi mentre durava il flusso di corrente elettrica, poi, dopo un violento attacco di convulsioni, restavano fermi su un fianco per poco, alcune volte per parecchi minuti, e finalmente tentavano di rialzarsi. Dopo molti tentativi di recuperare le forze, riuscivano finalmente a reggersi in piedi e fare qualche passo esitante, finché erano in grado di scappare via. Queste osservazioni mi fornirono prove convincenti del fatto che un'applicazione di corrente a 125 volt della durata di alcuni decimi di secondo sulla testa, sufficiente a causare un attacco convulsivo completo, non arrecava alcun danno.

A questo punto, ero convinto che avremmo potuto tentare di fare degli esperimenti sugli uomini, e diedi istruzioni ai miei assistenti affinché tenessero gli occhi aperti per selezionare un soggetto adatto. Il 15 aprile 1938 il commissario di polizia di Roma mandò nel nostro istituto un individuo con la seguente nota di accompagnamento: 'S. E., trentanove anni, tecnico, residente in Milano, arrestato alla stazione ferroviaria mentre si aggirava senza biglietto sui treni in procinto di partire. Non sembra essere nel pieno possesso delle sue facoltà mentali, e lo invio nel vostro ospedale perché venga posto sotto osservazione...' Le condizioni del paziente al 18 aprile erano

le seguenti: lucido, ben orientato. Descrive, usando neologismi, idee deliranti riferendo di essere influenzato telepaticamente da interferenze sensoriali, la mimica corrisponde al senso delle parole; stato d'animo indifferente all'ambiente, riserve affettive basse; esami fisici e neurologici negativi; presenta cospicua ipoacusia e cataratta all'occhio sinistro. Si arrivò ad una diagnosi di sindrome schizofrenica sulla base del suo comportamento. Questo soggetto fu scelto per il primo esperimento di convulsioni elettricamente indotte sull'uomo. Si applicarono due grandi elettrodi alla regione fronto-parietale dell'individuo, e decisi di iniziare con cautela, applicando una corrente di bassa intensità, 80 volt, per 0,2 secondi. Non appena la corrente fu introdotta, il paziente reagì con un sobbalzo e i suoi muscoli si irrigidirono; poi ricadde sul letto senza perdere conoscenza. Cominciò improvvisamente a cantare a voce spiegata, poi si calmò.

Naturalmente noi, che stavamo conducendo l'esperimento, eravamo sottoposti ad una fortissima tensione emotiva, e ci pareva di aver già corso un rischio notevole. Nonostante ciò, era evidente per tutti che avevamo usato un voltaggio troppo basso. Si propose di lasciare che il paziente si riposasse un poco e di ripetere l'esperimento il giorno dopo. Improvvisamente il paziente, che evidentemente aveva seguito la nostra conversazione, disse, chiaramente e solennemente, senza alcuna parvenza della mancanza di articolazione del discorso che aveva dimostrato fino ad allora: 'Non un'altra volta! È terribile!'

Confesso che un simile esplicito ammonimento, in quelle circostanze, tanto enfatico ed autorevole, fatto da una persona il cui gergo enigmatico era stato fino a quel momento molto difficile da comprendere, scosse la mia determinazione di continuare l'esperimento. Ma fu solo il timore di cedere a un'idea superstiziosa che mi fece decidere. Gli elettrodi furono applicati nuovamente, e somministrammo una scarica di 110 volt per 0,2 secondi". Come tutte le autorivelazioni oneste, il racconto di Cerletti sulla sua scoperta dell'elettroshock dice più cose di quanto l'autore pensasse o desiderasse dire»,¹¹

Con queste parole, scelte venti anni dopo, il padre di questo trattamento racconta del giorno in cui un commissario della polizia romana porta al suo laboratorio un uomo fermato su un treno perché non aveva il biglietto.

Racconta della scelta di dargli una terapia che fino a quel momento era stata provata solo sugli animali. Racconta questa sua paternità che porta il nome di elettroshock.

Cercando di comprendere il significato più stretto di questo nome ne riportiamo l'etimologia.

La parola *electron* in greco indicava l'ambra, una resina vegetale che aveva la proprietà di elettrificarsi, mentre la parola *shock* deriva dal termine militare francese *choquer* ovvero "offendere". Nell'elettroshock terapia l'offesa elettrica è la cura.

Diamo conto anche di una definizione tecnica di elettroshock riportando quella formulata dallo psichiatra americano Peter Breggin nel 1979.

«Per terapia elettro convulsivante (TEC) o elettroshock terapia (EST), si intende un trattamento psichiatrico con il quale viene applicata alla testa del paziente una corrente elettrica che, passando attraverso il cervello, produce una convulsione generalizzata».¹²

Questa definizione, data a distanza di quaranta anni dalla sua invenzione, equipara da subito i trattamenti elettroconvulsivanti al loro più vecchio modo di chiamarli ovvero elettroshock terapie. Sul finire del XX secolo si è progressivamente sostituita nel linguaggio medico la prima sigla con la seconda.

BREVE STORIA DELLE SHOCK TERAPIE

L'ORGANICISMO E LE SUE SPERIMENTAZIONI PRATICHE

L'organicismo è una dottrina del pensiero che si istituisce su una metafora: il corpo biologico e il corpo sociale sono uguali.

La metafora è una figura retorica e l'arte retorica è l'insieme delle teorie e delle pratiche che inseriscono nel linguaggio uno o più effetti speciali al fine di far raggiungere più chiaramente il messaggio contenuto in una comunicazione.¹³

Tale visione esiste sia nella cultura occidentale che in quella orientale sin dall'origine delle prime comunità e civiltà. La visione organicista è implicata nel processo che sta all'origine della biopolitica e nella gestione dei meccanismi di esercizio del biopotere: l'identificazione della società con il corpo anatomico suggerisce, in alcune sue interpretazioni di confine, che la società debba avere al suo comando una testa, un capo, al quale tutte le restanti parti del corpo debbono obbedire affinché il tutto resti in salute.

Sul finire dell'Ottocento e col copioso contributo medico scientifico all'organicismo, si radicalizza un'altra metafora che rappresenta il corpo sano perché la sua testa lo è, e definisce ciò che disfunziona come guasto da riparare, raddrizzare, ingessare, fasciare, torcere fino alla conformità e se ciò non fosse possibile si può e si deve amputare.

La visione di una diversità come cancro e cancrena ha ispirato i regimi totalitari e i sostenitori di quest'ultimi ad istituire poteri chirurgici per poter esercitare funzioni reali, e non metaforico speculative, di amputazione dal corpo sociale.

Come una disfunzione di un organo del corpo diviene malattia, un comportamento sociale non conforme è patologia della società stessa. Patologia che in epoche posteriori alla rivoluzione industriale ben si prestava

ad esser diagnosticata nei confronti di soggetti esclusi, malati e non produttivi. Tale visione, non più metaforica ma funzionale ed effettiva, è quella della biologicità del sociale come vero e proprio corpo vivente regolato letteralmente dalle stesse leggi che regolano i corpi degli individui. O meglio, società regolate da quel che si sa delle leggi che regolano gli organi del corpo, in un dato momento storico.

Sul finire dell'Ottocento una parte della medicina approfondì clinicamente tale visione organicista; si istituì accademicamente la tesi secondo la quale il pensiero e l'anima non sarebbero espressioni biologiche bensì vere e proprie parti anatomiche del corpo umano, precisamente situate nel cervello. Successivamente si provò anche a sostenere che già dall'aspetto esteriore degli individui si potesse scientificamente dimostrare, tramite precise misurazioni, la loro propensione innata al comportamento antisociale, in modo da poter intervenire con la prevenzione anche nella sua accezione medica.

Con la parola *iatrogenesi*,¹⁴ letteralmente “generata dal medico”, si indica l'insorgere di quei mali involontari, secondari e collaterali che sono provocati dall'intervento medico.

L'avvento delle terapie da shock non solo si colloca nel campo organicista, ma segna un cambiamento nel ruolo neutrale e indesiderato della iatrogenesi. Si provoca volontariamente, in modo primario e diretto, un trauma, un male, una sofferenza corporale, un'offesa terapeutica¹⁵ nel tentativo di curare un'altra malattia.

L'elettroshock, come abbiamo visto, nasce a Roma sul finire degli anni trenta, aggiungendo prospettiva a un panorama già vasto di terapie da shock. Ed è classificabile come l'ultima shock terapia propriamente detta.

Ritenendo che la storia dei progenitori racconti anche degli ultimogeniti, abbiamo volto lo sguardo alle prime terapie da shock classificate come tali dal progresso medico scientifico che ha attraversato il secolo scorso, passando per più conflitti e numerosi regimi totalitari, implicando tutto il pianeta.

Lo specifico progresso rappresentato dalle shock terapie consiste nell'infliggere volontariamente un trauma, un'offesa, ritenendo che il con-

trollo e la gestione dello shock così provocato possa raggiungere risultati terapeutici. Gli shock o crisi così procurati si differenziavano da tutti gli altri metodi di cura prima conosciuti anche per il fatto di procurare stati di incoscienza o di alterazione di coscienza nel soggetto, come ad esempio il sonno prolungato, lo stato epilettico, il coma.

Nella più ampia cornice dei muri manicomiali un primo momento delle terapie da shock si può trovare nel 1917 con l'introduzione della *malariaoterapia* per mano del medico psichiatra austriaco Julius Wagner Von Jauregg. Un altro momento è l'introduzione, per mano dello psichiatra svizzero Jakob Klaesi, della "cura del sonno a permanenza" tramite l'iniezione ciclica di barbiturici, datata 1921.

In Europa tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, le bioscienze – medicina, farmacologia e psichiatria – fanno passi da gigante.

Il primo Nobel per la medicina fu assegnato nel 1901 per la scoperta del vaccino contro il tetano e la difterite, e l'anno successivo premiò la scoperta del parassita della malaria. Nel 1904 il fisiologo russo Ivan Pavlov venne premiato per la scoperta dei riflessi psichicamente condizionati e l'anno dopo il Premio Nobel per la chimica lo vinse il tedesco Adolf Von Baeyer grazie ai suoi studi sui coloranti che comprendevano l'acido barbiturico, dal quale presto si ricavarono i primi sedativi.

Nello stesso periodo, in Austria, il dottor Von Jauregg aveva iniziato i suoi studi sulla malaria, sul suo parassita e l'uso che se ne poteva fare in campo psichiatrico. Giunse nel 1917 a un protocollo terapeutico che chiamò *malariaoterapia*¹⁶ dichiarandolo elettivo nel trattamento della cosiddetta "demenza paralizzante". Questo tipo di paralisi colpiva i malati terminali di sifilide e aveva riempito i manicomi durante il corso del XIX secolo. Von Jauregg condusse vari esperimenti sugli internati della clinica psichiatrica dell'università viennese già affetti da sifilide: inoculò loro il parassita responsabile della malaria e successivamente somministrò chinino per far regredire la febbre. Si provocava in questo modo una lunga serie di stati febbrili malarici, con un innalzamento controllato della temperatura oltre i 39°C, durante i quali si osservò un lieve miglioramento dei sintomi provocati dalla neurosifilide.

Anche se la malarioterapia restò in uso fino agli anni quaranta del Novecento, i passi in avanti compiuti dal progresso scientifico in campo industriale e medico resero presto la sifilide trattabile in campo immunologico e rapidamente non fu la neurosifilide ma la schizofrenia¹⁷ a riempire i manicomi. Fu proprio il fattore quantitativo a far divenire il trattamento degli schizofrenici mediante coma insulinico la prima shock terapia di massa.

Il dottor Sakel, già dal 1927, sperimentava l'uso dell'insulina nel trattamento delle astinenze da sostanze tossiche. Ad un giovane al suo cospetto perché in astinenza da morfina, accidentalmente iniettò un'overdose di insulina. L'altrettanto accidentale coma ipoglicemico che ne conseguì procurò, dopo un tutt'altro che scontato risveglio, una maggiore docilità di questo ragazzo al quale era stata precedente diagnosticata la schizofrenia.

Lo shock insulinico o ICT (*Insulin Coma Therapy*)¹⁸ prima del coma provocava gravi spasmi, difficoltà respiratorie e cardiache, dopo invece si registravano amnesie, tremori e riflessi patologici che talvolta portavano a crisi epilettiche che potevano anche essere fatali. La cura era piuttosto lunga e dolorosa: il coma veniva indotto una volta al giorno e comportava dalle novanta alle centoventi applicazioni di "dosi coma" per esser considerato efficace. La mortalità iatrogena e le resistenze dei pazienti a questi trattamenti erano assai notevoli, ma ciò non impedì la sua applicazione fino a pochi decenni fa e noi abbiamo conosciuto e ascoltato la storia di una donna che lo aveva subito in periodi precedenti a quando iniziarono a somministrarle l'elettroshock.

Ma se l'insulinoterapia fu la cura che negli anni trenta del secolo scorso conobbe più diffusa applicazione in ambito psichiatrico, negli stessi anni in molti sperimentavano altri tipi di shock chimico, sempre allo scopo di provocare il coma, il trauma o l'epilessia "terapeutici".

Nei manicomi, nelle cliniche psichiatriche universitarie e religiose prima e nei lager dopo, si perfezionò e proliferò l'induzione di stati di incoscienza con l'utilizzo delle più svariate sostanze e procedure. Tra le composizioni utilizzate ricordiamo il cloruro d'ammonio, la picrotossina, l'acetilcolina, l'anidride carbonica, l'adrenalina, l'indoklon, i barbiturici, le

anfetamine e finanche il congelamento ad alta quota e determinate stimolazioni luminose.¹⁹

In perfetta armonia con gli altri trattamenti della stessa decade, nel 1935, Joseph Ladislas Von Meduna di Budapest, mise a punto la terapia convulsiva mediante iniezioni di cardiazol.²⁰ Meduna seguiva il concetto di curare la schizofrenia con l'epilessia, sperimentando varie molecole chimiche capaci di indurla, stricnina e canfora comprese. Si arrivò al composto che porta il nome cardiazol in Europa e metrazol in America, proprio dall'applicazione della canfora disciolta in olio passando da processi chimici tesi a rendere il composto più facilmente iniettabile.

L'iniezione endovenosa di cardiazol provocava un acuto dolore psicofisico, un momentaneo arresto cardiaco e una sensazione di morte imminente. A differenza del coma insulinico, il cardiazol permetteva però di ricordare l'esperienza dell'applicazione dei trattamenti, di conseguenza i ricoverati non accettavano di buon grado di ripeterlo.

Queste notevoli complicazioni dovute al suo impiego comunque non dissuasero Sakel dal considerare la convulsione mediante cardiazol un metodo efficace contro la schizofrenia, almeno quanto la cura mediante coma insulinico, se non maggiormente.

Tre anni più tardi la storia ufficiale relativa alla creazione e all'introduzione dei trattamenti da shock si concluse a Roma con la prima sperimentazione dell'elettroshock.

Nonostante la brutalità del coma insulinico e della convulsione mediante cardiazol, entrambe le tecniche si diffusero immediatamente nelle istituzioni psichiatriche europee. In Italia le utilizzava il dottor Ugo Cerletti. Egli raggiunse un loro superamento grazie ad un vasto lavoro di equipe e al progresso culturale in campo elettromagnetico operato dalle bioscienze e dal concetto industriale di produzione elaborato da Edison, Ford e Taylor. Ma, come abbiamo già visto, neanche l'elettroshock, a suo proprio avviso, metteva al riparo dalla brutalità e dalla disumanizzazione.

La fuga di molti medici dal suolo europeo, nel periodo nazista, portò Oltreoceano questi e molti altri trattamenti, inaugurando una nuova stagione scientifica e uno sviluppo autonomo della psichiatria a stelle e stri-

sce, che tornerà modificata in Europa e nel resto del mondo soprattutto grazie al legame accademico con il Regno Unito.

Una sola decina d'anni dopo la sua nascita – e dopo che tutto il mondo aveva appreso l'abominio dei campi di sterminio nazisti e fascisti – negli Stati Uniti d'America, avviene la prima rinominazione dell'elettroshock terapia in terapia elettroconvulsiva, e attraverso le sue varie modificazioni arriva fino ad oggi.

Oggi, a differenza di tutte le altre terapie da shock, è ancora ampiamente utilizzata nel mondo.

LA SHOCK TERAPIA DEL CERVELLO

Ho subito 51 elettrochoc, durante uno dei quali sono stato dichiarato clinicamente morto e poi risuscitato e rigettato nel terrore del trattamento psicoanalitico... Dal più profondo della mia vita io continuo a fuggire la psicanalisi, la fuggirò sempre come fuggirò qualunque tentativo per imprigionare la mia coscienza in precetti o formule, in una organizzazione verbale qualsiasi.

«Signori,

le leggi e il costume vi concedono il diritto di valutare lo spirito umano. Questa giurisdizione sovrana e indiscutibile voi l'esercitate a vostra discrezione. Lasciate che ne ridiamo. La credulità dei popoli civili, dei sapienti, dei governanti dota la psichiatria di non si sa quali lumi sovranaturali. Il processo alla vostra professione ottiene il verdetto anzitempo. Noi non intendiamo qui discutere il valore della vostra scienza, né la dubbia esistenza delle malattie mentali. Ma per ogni cento classificazioni, le più vaghe delle quali sono ancora le sole ad essere utilizzabili, quanti nobili tentativi sono stati compiuti per accostare il mondo cerebrale in cui vivono tanti dei vostri prigionieri? Per quanti di voi, ad esempio, il sogno del demente precoce, le immagini delle quali è preda, sono altra cosa che un'insalata di parole? Noi non ci meravigliamo di trovarvi inferiori rispetto ad un compito per il quale non ci sono che pochi predestinati. Ma ci leviamo, invece, contro il diritto attribuito a uomini di vedute più o meno ristrette di sanzionare mediante l'incarcerazione a vita le loro ricerche nel campo dello spirito umano. E che incarcerazione!

Si sa – e ancora non lo si sa abbastanza – che gli ospedali, lungi dall'essere degli ospedali, sono delle spaventevoli prigioni, nelle quali i detenuti forniscono la loro manodopera gratuita e utile, nelle quali le sevizie sono la regola, e questo voi lo tollerate. L'istituto per alienati, sotto la copertura

della scienza e della giustizia, è paragonabile alla caserma, alla prigione, al bagno penale.

Non staremo qui a sollevare la questione degli internamenti arbitrari, per evitarvi il penoso compito di facili negazioni. Noi affermiamo che un gran numero dei vostri ricoverati, perfettamente folli secondo la definizione ufficiale, sono, anch'essi, internati arbitrariamente. Non ammettiamo che si interferisca con il libero sviluppo di un delirio, altrettanto legittimo, altrettanto logico che qualsiasi altra successione di idee o di azioni umane. La repressione delle reazioni antisociali è per principio tanto chimerica quanto inaccettabile. Tutti gli atti individuali sono antisociali. I pazzi sono le vittime individuali per eccellenza della dittatura sociale; in nome di questa individualità, che è propria dell'uomo, noi reclamiamo la liberazione di questi prigionieri forzati della sensibilità, perché è pur vero che non è nel potere delle leggi di rinchiudere tutti gli uomini che pensano e agiscono.

Senza stare ad insistere sul carattere di perfetta genialità delle manifestazioni di certi pazzi, nella misura in cui siamo in grado di apprezzarle, affermiamo la assoluta legittimità della loro concezione della realtà, e di tutte le azioni che da essa derivano.

Possiate ricordarvene domattina, all'ora in cui visitate, quando tenterete, senza conoscerne il lessico, di discorrere con questi uomini sui quali, dovete riconoscerlo, non avete altro vantaggio che quello della forza».

(Antonin Artaud)

Dell'idea che l'epilessia potesse curare la schizofrenia – comune a tutti i trattamenti per mezzo di shock da sostanze chimiche – lo shock elettrico condivide i presupposti, ma introduce due grandi ordini di cambiamento.

Il primo riguarda l'impiego in campo medico dell'elettricità come agente epilettizzante. In un periodo denso di quel che Cerletti chiama "superstizioni attorno all'elettricità e all'innovazione che rappresenta".²¹

Il secondo concerne il luogo dell'applicazione del trattamento: non più una cura che tramite l'iniezione, l'inalazione o l'inoculazione, riguarda l'intero corpo, ma l'applicazione diretta sul cranio e dunque sul cervello in esso contenuto, dell'agente capace di portare alla convulsione epilettica.²²

Fin dalla nascita dei trattamenti della psichiatria istituzionale,²³ mutuati

dai metodi in uso nel periodo della Santa Inquisizione, il corpo, inteso nella sua totalità, è stato il luogo dove applicare direttamente la cura:²⁴ colpi di frusta, uso di cinghie e di sedie girevoli, costrizioni in ceste di vimini o in armadi di legno, immersioni in acqua gelida o nei pozzi, immobilizzazioni su grate metalliche, avvelenamenti con agenti tossici, salassi, camicie di forza, isolamento.

Sul finire dell'Ottocento, l'epistemologia organicista applicata alla scienza medica ha portato ad una sempre maggiore localizzazione degli interventi terapeutici sull'organo specifico nel quale si manifestava la malattia mentale. Ad esempio, in quegli anni, quando la salute mentale vedeva nella masturbazione la sua più grave minaccia, la terapia si localizzava sui genitali.²⁵

Quando, attraverso un processo tutt'altro che repentino, tra l'Ottocento e il Novecento la schizofrenia va a sostituire la masturbazione come principale minaccia psichiatrica, si assiste definitivamente, con l'introduzione dell'elettroshock, alla localizzazione dei trattamenti verso il cervello.

Fu così che il passaggio dallo shock chimico allo shock elettrico si sovrappose a un altro storico passaggio ovvero non più l'applicazione dei trattamenti da shock al corpo degli individui, ma direttamente al cervello, ritenuto dalla medicina organicista il luogo in cui risiede la mente.

Si può dunque affermare che gli anni trenta si concludono con l'intento (riuscito) di trattare l'uomo con la convulsione epilettica ottenuta con l'elettricità.

Ugo Cerletti considerò questo un punto di partenza. Si preoccupò di seguire i pazienti così trattati a distanza di lungo tempo; egli conosceva gli studi effettuati su soggetti morti folgorati accidentalmente o giustiziati sulla sedia elettrica.²⁶ Era noto che oltre alle lesioni immediate, a distanza di mesi si riscontravano anche emorragie cerebrali, sclerosi disseminate, epilessie tardive, sindromi parkinsoniane, demenza, nevriti, labirintiti, lesioni oculari. Prima di proporre questo nuovo trattamento come metodo, questi nodi andavano risolti.

Cerletti perciò dispose ricerche relative alle lesioni oculari e non lesinò le osservazioni cliniche. Dagli esami autoptici dei tessuti cerebrali si notavano danni analoghi a quelli delle intossicazioni acute.

Egli, considerando che una cura mediante il coma ipoglicemico preveniva dalle ottanta alle novanta applicazioni e col cardiazol ne servivano almeno quaranta, comprese che anche l'elettroshock si doveva ripetere, ben sapendo che ciò significava ripetere decine di volte un'azione violenta. Divenne per lui indispensabile capire cosa si produceva nel cervello dell'uomo al passaggio della corrente elettrica.

Quindi continuò a praticare l'elettroshock, sebbene auspicandone il superamento mediante la sintesi farmacologica.

Cerletti era stato ufficiale medico durante la Grande Guerra, in quel periodo i molti proiettili inesplosi a terra gli ispirarono l'invenzione di un meccanismo che permetteva uno scoppio differito nel tempo,²⁷ era dunque avvezzo a brevettare continuamente nuovi dispositivi scientifici; la sua carriera non si era arrestata durante il ventennio fascista e nel dopoguerra continuò a condurre i suoi esperimenti, grazie alla fondazione di un centro studi per la fisiopatologia dell'elettroshock presso il Centro Nazionale delle Ricerche.

Comunque poteva contare sullo sviluppo di una rete di ricerca, basata sull'indagine clinica e la comparazione internazionale, possibile grazie all'alleanza con i propri collaboratori. In particolare, ci pare doveroso ricordare Lothar Kalinowsky, suo allievo emigrato dall'Italia negli Stati Uniti nel 1938 a seguito delle legge razziali italiane, e instancabile sostenitore delle "terapie elettroconvulsive" così rinominate dalla sua corrente.

Nel frattempo, presso il suo laboratorio del CNR, Ugo Cerletti testò su alcuni pazienti l'effetto di varie emulsioni cerebrali contenenti acrogonine, arrivando anche a sperimentarle su se stesso.

Le acrogonine erano sostanze che Cerletti supponeva si creassero nel cervello dopo l'attacco epilettico ed alle quali attribuiva anche un'efficacia antirabbica. Gli studi degli anni quaranta ebbero l'obiettivo di liberare l'uomo dalla sua stessa invenzione tramite la sintesi farmacologica. Cerletti dedicò il resto dei suoi anni di studio alla sintesi delle acrogonine, sulla stessa scala armonica che porterà la maggioranza della ricerca psichiatrica del dopoguerra a superare le cacofonie rese dalle terapie da shock tramite i cerebrofarmaci.

L'ELETTROSHOCK E IL SUO CONTESTO

IDEOLOGIA NAZISTA

Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens

ovvero

Il permesso di annientare vite indegne di vita

Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens è il titolo di un testo giuridico e psichiatrico pubblicato nel 1920. Nasce da qui l'espressione "vite indegne di essere vissute".

Scritto dallo psichiatra tedesco Alfred Hoche assieme al giurista Karl Binding, questo libro determinava i gruppi di persone che potevano e dovevano essere uccisi per "morte pietosa": i feriti a morte, i malati terminali, persone mentalmente idiote, i comatosi. Decidendo sul singolo caso si doveva poi avere il permesso di attuare l'"eutanasia sociale", ma ciò giuridicamente non era possibile. Nel testo, Binding si occupò delle questioni legate alle normative e alle prassi necessarie, ad Hoche toccò il compito di trovare giustificazioni scientifiche e sociali per uccidere chi riteneva malato di mente incurabile.

Questo testo fu poi ripreso dal Nuovo Ordine per giustificare e mettere in atto l'uccisione coatta di tedeschi inadatti al lavoro, compiendo così il primo passo verso la Soluzione Finale. Infatti nel 1939 Hitler ne colse gli aspetti utilitaristici autorizzando la messa a morte dei gruppi sociali che potevano essere ritenuti, a vario titolo, "indegni di vivere".

Lo sterminio di migliaia di malati tedeschi trovò compimento nel piano segreto denominato "Aktion T4".

Il progetto funzionava sulla base di questionari psichiatrici riempiti negli ospedali e poi esaminati a distanza da periti nella sede preposta dal Reich,

che si trovava in una villetta di Berlino al numero 4 di Tiergartenstraße, indirizzo che ispirò la sigla del progetto. Gli esperti emettevano un verdetto, i soggetti venivano prelevati dagli istituti psichiatrici in cui risiedevano e spostati in altri luoghi appartati per qualche giorno, in modo da non poter esser raggiunti dai parenti. Successivamente venivano uccisi con i primi esperimenti di eliminazione di massa tramite inalazione di gas.

Le camere a gas infatti erano già impiegate, sin dagli anni venti, nelle esecuzioni statunitensi dei condannati a morte. La morte per asfissia sopraggiungeva in circa dieci minuti sciogliendo pasticche di cianuro di sodio e acido solforico in una camera stagna, all'interno della quale il condannato era stato precedentemente legato.

Vari esperimenti sono stati poi condotti con altre sostanze come il monossido di carbonio, ma fu lo Zyklon B – dalla parola tedesca *ciclone* e B da una delle sue varie applicazioni come insetticida – a permettere la produzione di fumiganti tossici in quantità tali da poter uccidere centinaia di persone alla volta, in un'unica stanza.

Lo Zyklon B venne sperimentato per la prima volta nel 1941 ad Auschwitz. Qui, come in altri campi nazisti di sterminio, alla preparazione della camera, alla rimozione e alla cremazione dei corpi provvedevano unità speciali di deportati ebrei, i *sonderkommandos*. Essi, selezionati all'arrivo nel campo, ricevevano un trattamento migliore ed erano detenuti in sezioni apposite, separati dagli altri internati, dovendo occuparsi della loro eliminazione. Periodicamente queste unità speciali venivano a loro volta eliminate, garantendo un ricambio delle persone incaricate ad eseguire questi lavori.

Alcuni *sonderkommandos* sopravvissuti raccontano, nel film “Amen” del regista greco Konstantin Kosta Gavras,²⁸ che per questo programma di sterminio si usò anche la locuzione “morte per compassione”.

Così come la sedia elettrica aveva preceduto di molti decenni l'utilizzo dell'elettricità per prima stordire e poi uccidere, la camera a gas usata nel braccio della morte negli Stati Uniti fu messa a punto per altri scopi in Europa negli anni trenta e quaranta del XX secolo.

L'EUGENETICA

«Se dobbiamo tener conto – risposi – di ciò che abbiamo già ammesso, conviene che gli uomini migliori si accoppino con le donne migliori il più spesso possibile e che, al contrario, i peggiori si uniscano con le peggiori, meno che si può; e se si vuole che il gregge sia veramente di razza occorre che i nati dai primi vengano allevati; non invece quelli degli altri. E questa trama, nel suo complesso, deve essere tenuta all'oscuro di tutti, tranne che dei reggitori, se si desidera che il gruppo dei guardiani sia per lo più al sicuro da sedizioni». (Platone, *Repubblica*, V)²⁹

Nel racconto di Cerletti con cui abbiamo deciso di iniziare a parlare della nascita di questo dispositivo medico, leggiamo:

“In quei giorni la pubblica sicurezza aveva mandato in clinica un uomo sulla quarantina, fermato alla stazione ferroviaria mentre si aggirava sui treni senza biglietto. (...) Su questo soggetto fu fatto il primo esperimento di elettroshock (aprile 1938)”.³⁰

Noi ci chiediamo cosa abbia reso idoneo quest'uomo a diventare il primo umano a esser sottoposto all'elettroshock.

Vagabondare senza biglietto in una stazione è stata condizione determinante per l'utilizzo di questa terapia?

A nostro avviso, qualcosa che si avvicina a una risposta è da cercarsi nel contesto sociale, storico e culturale.

Lo stesso periodo conosce infatti la fase di maggior diffusione delle teorie e delle prassi eugenetiche. Inaugurata da Platone, l'eugenetica arriva ai contemporanei attraverso il cristianesimo.

Trova nome proprio e compimento filologico nell'opera dell'aristocratico britannico Francis Galton, cugino di Charles Darwin, che tentò di teorizzare l'analogia tra evoluzione biologica e evoluzione della razza. Tra fine Ottocento e inizio Novecento fu proprio lui a coniare il termine dal greco *eugenetes*, composto da *eu-* (“bene, buono”) e *genos* (“razza”), ovvero “buona razza”.

Questa tesi si diffuse inizialmente nel Regno Unito, ma arrivò rapidamente negli Stati Uniti, in Germania, in Francia e in Italia dimostrandosi subito un potente strumento di controllo sociale. L'Eugenetica concentrò su di sé, fin da subito, l'attenzione degli apparati psichiatrici, igienici e antropologici.

In Italia, una particolare attenzione psichiatrica alla bio-politica è da attribuirsi all'alienista Cesare Lombroso (1835-1909),³¹ fondatore dell'antropologia criminale, e ai suoi collaboratori.

Le sue idee posero le fondamenta per diverse teorie di inferiorità genetica; si prestarono all'utilizzo ideologico e al controllo sociale del brigantaggio, della condizione delle donne e dei militanti politici e sono tutt'ora fondamento delle conoscenze empiriche riguardo ai criminali e ai crimini da loro commessi. Lombroso era convinto dell'origine anatomica e genetica del comportamento criminale, basava il suo pensiero sul concetto del criminale per nascita. Nel carcere di Torino, dove era ordinario di medicina legale, condusse a lungo studi sui cadaveri dei detenuti, giungendo a costruire un campionario umano basato su determinate misure craniche corrispondenti a un reato preciso. In questa città si può ancora visitare il museo di antropologia criminale che porta il suo nome, nel quale è conservato questo macabro prontuario medico criminale.

Dal suo contributo, ritenuto scientifico, e dall'interesse politico che andava maturando, discendono, nel 1913, la nascita del Comitato Italiano per gli studi di Eugenetica, nel 1919 la pubblicazione della rivista "La medicina sociale" e la fondazione della Società Italiana di Genetica Eugenetica. Nel 1921 si inaugura invece l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale.³²

Precedentemente, in Germania, nel 1905, gli psichiatri Ernst Rüdin e Alfred Ploetz avevano fondato la Società tedesca dell'igiene razziale allo scopo di dare attuazione al piano per la superiorità razziale. Il Dr Ploetz proponeva la sospensione delle cure mediche per i soggetti che costituivano un peso per la società così che potessero morire. Rüdin invece riteneva la sterilizzazione degli "inadatti" lo strumento eugenetico più efficace e tali teorie lo resero, più tardi, uno dei principali architetti del programma di igiene razziale nazista.

Dunque, fin dai primissimi anni del Novecento si inaugura un articolato processo istituzionale antropologico e medico dedito all'eugenetica, e in Italia si elabora anche una sua alternativa cattolica. Si tratta della "biotologia umana" o "ortogenesi",³³ la scienza dell'architettura e dell'ingegneria del corpo umano individuale, fondata da Nicola Pende nel 1922 e anch'essa ispirata alle idee lombrosiane.

In Italia la biopolitica fascista, tesa alla bonifica dell'organismo sociale, si alimenta con la pressione esercitata dalle istituzioni religiose, dai medici e dai sociologi.

Nel 1924 nel già articolato panorama istituzionale eugenetico si aggiunge la Lega di profilassi e igiene mentale, e nel 1927 l'Archivio fascista di Medicina Politica. Nel 1934 fu la volta della rivista "Genus" e del Comitato Italiano per lo studio dei problemi della popolazione.

Istituti, studi e misure analoghe furono ben presto adottate nel resto dell'Europa, ad esempio in Svezia la sterilizzazione degli zingari iniziò nel 1935. Lo stesso si può dire per Giappone e Stati Uniti con l'approvazione della sterilizzazione obbligatoria dei detenuti, dei soggetti che facevano uso di determinate sostanze o semplicemente di senza dimora, poveri e analfabeti.

Difficile fare una stima, ma si presume che tali campagne abbiano condotto alla sterilità più di 2.000.000 di individui, di cui 375.000 cittadini tedeschi con lo *Sterilization Act* voluto dal Dr Rüdin.

Lo sfondo fascista e nazionalsocialista, fino al termine della seconda guerra mondiale, fu il vero palcoscenico del dramma a cui condussero i concetti di igiene e di pulizia della razza.

CONSEGUENZE PRATICHE DELL'EUGENETICA

Le campagne di sterilizzazione del 1933 aprirono il cammino storico verso l'Olocausto: dopo la sterilizzazione si passò allo sterminio.

Nello stesso anno in cui, in Italia, si inventa l'elettroshock, nell'istituto berlinese preposto alla salute e all'assistenza sociale si decise di uccidere, sperimentando i primi prototipi di camera a gas, duecentomila pazienti psichiatrici internati negli istituti di cura di Berlino.

Con la costruzione e deportazione nei campi di concentramento si avviò anche un lungo periodo di sperimentazione scientifica; l'immobilismo di un'intera classe medica permise a circa duecento medici di essere implicati in prima persona in quell'orrore estremo che si svelò sotto gli occhi di tutti alla fine del secondo conflitto mondiale.

Riguardo agli esperimenti scientifici compiuti nei lager nazisti riportiamo un frammento di una lettera inviata dal Professor August Hirt, capo dell'istituto anatomico dell'Università di Strasburgo, al Tenente Generale Rudolf Brandt, aiutante di Himmler.

Egli, nel dicembre del 1941, scrive:

«Abbiamo a nostra disposizione una grande collezione di crani di quasi tutte le razze e di quasi tutti i popoli. Però disponiamo solo di pochi esemplari di crani della razza ebraica... Ora la guerra nell'Est ci offre la possibilità di colmare tale lacuna. Procurandoci i crani dei commissari bolscevichi ebrei, i quali rappresentano il prototipo, ripugnante ma caratteristico, di quella razza inferiore, avremo l'opportunità di raccogliere un prezioso materiale scientifico».³⁴

Il professor Hirt non voleva crani di "commissari bolscevichi ebrei" già morti. Proponeva che i crani di costoro venissero prima misurati quando erano ancora vivi".³⁵

La concentrazione dell'attenzione scientifica sulla parte cranica dei corpi rese l'elettroshock uno degli strumenti utilizzati per compiere esperimenti medici e scientifici nei campi di concentramento nazisti.

In particolare il dottor Hans Wilhelm Koning sottopose molte donne internate a elettroshock ripetuti e ad alti voltaggi, inviando direttamente alle camere a gas le sopravvissute e sezionando i cervelli di chi invece non resisteva al trattamento.

«Gli esperimenti medici erano assai vari. Dei prigionieri venivano messi in camere di pressione e sottoposti a prove di resistenza a grandi altezze finché cessavano di respirare. Venivano loro iniettate dosi letali di bacilli del tifo e dell'itterizia. Erano sottoposti a esperimenti di "assideramento" in acqua gelida o esponendoli nudi all'aperto nella neve finché morivano di freddo. Si provavano su di essi pallottole avvelenate e gas asfissianti. Nel

campo di concentramento femminile di Ravensburg a centinaia di internate polacche, esse venivano chiamate le "ragazze coniglio", si producevano coi gas piaghe cancrenose, mentre altre venivano sottoposte a esperimenti di "innesti d'ossa". A Dachau e a Buchenwald furono scelti degli zingari per vedere quanto e in quali condizioni essi potevano vivere nutrendoli di acqua salata (...) In molti campi vennero eseguiti su vasta scala e con vari metodi esperimenti di sterilizzazione su uomini e donne». ³⁶

Un esempio dell'uso dell'elettroshock nei lager è dato proprio dalla storia di alcune donne internate nella cittadina industriale di Ravensburg, a 30 km da Berlino, dove fu costruito un campo di concentramento femminile. Le donne che venivano internate nel campo erano destinate a lunghissimi turni di lavoro, molte di loro vennero utilizzate per esperimenti scientifici, in quel campo come in altri lager che necessitavano di cavie umane; altre di loro vennero obbligate alla prostituzione. Nel 1941, durante un turno di lavoro nella sartoria del campo che si prolungò fino a notte inoltrata, si verificò la prima di una serie di paralisi fisiche di un centinaio di lavoratrici. Fu loro diagnosticata un'epidemia di poliomielite e furono messe in quarantena. Ma durante una visita psichiatrica si ritenne invece che si trattasse di una psicosi di massa; furono così sottoposte a elettroshock. Le sopravvissute al trattamento furono giudicate guarite e rispedite al lavoro. ³⁷

TRATTAMENTI INTENSIVI E COMBINATI

«Gail mi accoglie da una lussuosa poltrona ortopedica blu.

Può assumere venti posizioni, scoprirò in seguito, e lei le sistema in continuazione, come un fotografo che cerca di mettere a fuoco. È in questa poltrona che passa i suoi giorni e le sue notti, alla ricerca di comodità, tentando di evitare il sonno e quelli che chiama "i miei sogni elettrici". È allora che vede "lui": il dottor Ewen Cameron, lo psichiatra morto da tempo che tanti anni fa le somministrava quegli shock, insieme ad altri tormenti.

"Ho ricevuto due visite dal Mostro Eminente la scorsa notte" annuncia appena entro. "Non voglio metterla a disagio, ma è stato a causa della sua telefonata improvvisa, con tutte quelle domande".

Mi rendo conto che la mia presenza qui è, con tutta probabilità, ingiusta. Questa sensazione si acuisce quando osservo l'appartamento e vedo che non c'è posto per me. Ogni superficie è ricoperta da torri di carte e libri, ammonticchiati in modo precario ma chiaramente secondo una forma d'ordine. I libri sono tutti segnati con foglietti ingialliti. Pavimento, divano, sedie, tavolini, tavolo della cucina sono completamente ricoperti. (...)

Nel corso della giornata che passiamo a parlare Gail spesso si china a scrivere qualcosa su un pacchetto di carta o di sigarette: "Un appunto per me stessa" spiega "o non me ne ricorderei". I foglietti e le scatole di sigarette sono per Gail qualcosa di più di un sistema di archivio poco convenzionale. Sono la sua memoria. (...) E dunque tiene liste, conserva tutto, come prova che la sua vita sia accaduta davvero. All'inizio Gail si scusa per il disordine. Ma poi dice: "È stato lui a farmi questo! Questo appartamento è parte della tortura".

(Naomy Klein, *Shock Economy*)³⁸

Questo brano narra dell'incontro di Naomy Klein con Gail Kastner, ex paziente del dottor Donald Ewen Cameron.

Cameron, psichiatra nato in Scozia, ma con cittadinanza americana, raggiunse i vertici istituzionali delle associazioni psichiatriche statunitensi, inglesi e canadesi. Alla fine della Seconda Guerra Mondiale, nel 1945, era stato uno dei tre psichiatri americani a dimostrare la sanità mentale di Rudolph Hess al processo di Norimberga e questo gli valse la nomina di esperto in crimini di guerra. Propose, infatti, di trattare i cittadini tedeschi di età superiore a dodici anni con l'elettroshock in modo da eliminare ogni residuo della cultura nazista dalle loro menti.

Negli anni cinquanta lavorava all'Allan Memorial Institute della McGill University. Egli era convinto che, infiggendo una serie di elettroshock alla mente umana, avrebbe potuto disfare e cancellare le menti difettose e poi ricostruire nuove personalità su quella tabula rasa.

La sua ambizione non era quella di curare o "riparare" i suoi pazienti, ma di ricostruirli da capo usando un metodo che chiamava *psychic driving*, "ricondizionamento mentale".

Per Cameron, la massiccia perdita dei ricordi provocata dalla TEC intensiva, non era uno spiacevole effetto collaterale, bensì lo scopo preciso del

trattamento, il mezzo per riportare il paziente a uno stato primitivo. Una volta ottenuto il “decondizionamento completo” e spazzata via la personalità preesistente, iniziava la fase di ri-condizionamento che consisteva nel far ascoltare ai pazienti la riproduzione di messaggi registrati su cassetta. Questo particolare uso dell’elettroshock fatto in dosi massicce, che infliggeva dolore fisico e cancellava personalità strutturate, fece un’impressione positiva su Allen Dulles, direttore della CIA, che decise di finanziarne gli studi e coinvolse Cameron nel progetto anglo americano MK ULTRA che lo rese famoso. La sua fama istituzionale ancora spiega il gran numero delle strutture attrezzate per la terapia elettroconvulsiva presenti nel Regno Unito.

Gli Stati Uniti negli anni novanta furono costretti a risarcire i sopravvissuti a questi esperimenti postbellici che impiegavano droghe, sonniferi, curaro ed elettroshock in combinazione senza che i soggetti ne fossero a conoscenza. Si sperimentarono, su pazienti tenuti addormentati e in isolamento per settimane, ripetuti elettroshock oltre a cocktail di farmaci fra cui LSD e PCP (allucinogeno noto come “polvere degli angeli”). Le sostanze psicoattive servivano a disinibire il paziente così che le sue difese potessero ridursi.³⁹

Con l’arrivo dei finanziamenti da parte della CIA aumentarono i dosaggi di elettroshock. Cameron iniziò a fare la TEC sui suoi pazienti anche due volte al giorno per trenta giorni fino alla terrificante cifra di 360 shock individuali.⁴⁰ Le persone che subivano i trattamenti non erano più pazienti in cura da un medico, ma prigionieri sotto tortura. L’elettroshock e i nastri audio registrati erano un’anticipazione di tecniche di tortura in interrogatorio che sarebbero state usate successivamente.⁴¹

In tutto il suo primo periodo di vita l’elettroshock si applicava su soggetti pienamente coscienti senza anestesia, solo nel 1943 il professor Delay mise a punto una nuova tecnica: l’elettroshock sotto narcosi, anche detta elettroshock terapia modificata. Lo scopo era evitare al malato la vista dei preparativi di contenzione, eludere l’eventuale opposizione del paziente e diminuire l’agitazione post elettroshock.⁴² Tuttavia, l’introduzione dell’uso di anestetici e miorilassanti non fu omogenea, né interessò in eguale modo tutte le aree geografiche.

Nel 1943 negli Stati Uniti d'America e in Europa decine di migliaia di pazienti erano già stati sottoposti a terapie elettroconvulsive. Lo stesso Antonin Artaud fu sottoposto a cinquantuno cicli di elettroshock nello stesso periodo.

Il successo del trattamento era dovuto all'enorme potenza disciplinare del mezzo terapeutico che condusse ad un'altrettanto diffusa noncuranza della sua rilevanza scientifica, ma la grande popolarità presso gli psichiatri nordamericani portò a una richiesta di maggiori controlli.

Gli studi clinici di tutto il suo primo periodo di applicazione mostravano che allora, come adesso, la perdita di memoria era l'effetto più intenso e ricorrente assieme all'effetto disciplinante, già noto dai tempi in cui veniva testato sugli animali, tuttavia i meccanismi di azione non erano ancora determinabili e conosciuti.

Dopo la seconda guerra mondiale, a cancelli dei lager aperti, si aprirono anche in campo medico numerose riflessioni internazionali sul ruolo svolto dalla scienza durante l'Olocausto, e negli Stati Uniti furono coinvolte anche le istituzioni garanti in materia di elettroshock terapia.

Nacque così un paradosso accademico circa l'elettroshock, dettato anche dalla necessità di perpetrare molti dei poteri medici fino allora garantiti. Si formarono diverse fazioni nelle comunità psichiatriche, animate da una parte da chi ricercava consapevolmente l'azzeramento neuronale quale fattore positivo, obiettivo e cura, dall'altra da chi individuava in questi effetti un danno in sé e nessun elemento di cura.

Tra il 1945 e il 1947 negli Stati Uniti le autorità mediche di controllo invocarono una campagna di informazione professionale senza precedenti per illustrare i limiti di questa tecnica, denunciare i numerosi abusi e favorire strumenti di controllo per verificarne la validità scientifica.

Ogni corrente psichiatrica iniziò a produrre testi clinici e scientifici per sostenere la propria teoria e pratica medica.

I critici del valore terapeutico e scientifico dell'elettroshock riproposero gli studi tesi a evidenziare i danni cerebrali provocati dal trattamento, fra i quali le amnesie e un altro effetto ad esse legato quale la regressione.⁴³

Fin dal 1938, con una pubblicazione di Lucio Bini relativa ai danni ce-

rebrali irreversibili negli animali trattati con l'elettroshock, e per tutti gli anni quaranta, erano stati resi noti centinaia di testi e articoli scientifici che comprovavano il carattere cerebrounvalidante dell'elettroshock terapia.

Molti documenti erano stati prodotti riguardo all'amnesia accuratamente cercata con l'elettroshock e tale visione critica stimolò anche una rinnovata attenzione sull'applicazione repressiva.

A questi studi rispondevano gli psichiatri sostenitori delle terapie elettroconvulsive, rappresentati da alcuni illustri esponenti come il già citato Lotar Kalinowsky, che fu allievo e assistente di Cerletti, ma anche lo sperimentatore di LSD in combinazione con l'elettroshock Paul Hock e lo psichiatra tedesco Hanns Hippus.

Furono i sostenitori del trattamento a ribaltare la definizione e l'obiettivo dell'elettroshock.

Essi avviarono una campagna inversa, tesa ad ottenere consenso pubblico, proponendo di non inscrivere più questo trattamento nelle terapie da shock e coniato un nuovo termine medico: terapia elettroconvulsiva.

Tale rinominazione insabbiò molte considerazioni sui fini terapeutici ben descritti in decenni di letteratura medica relativa agli effetti dannosi dell'elettroshock e produsse altra copiosa letteratura che indicava indagini cliniche dove gli effetti collaterali della TEC erano quasi assenti.

La validità scientifica del trattamento veniva comunque così illustrata:

«Attualmente possiamo dire che stiamo curando empiricamente delle malattie la cui eziologia è sconosciuta, con metodi la cui azione è avvolta nel mistero». ⁴⁴

Dopo un'accurata campagna di rinominazione del trattamento in terapia elettroconvulsivante con l'importante scomparsa della parola shock, i sostenitori della terapia elettroconvulsiva nei primi anni cinquanta iniziarono a pubblicare numerosi studi che evidenziavano pochissimi effetti collaterali, primo fra i quali l'amnesia.

Era noto che la TEC provocasse danni meno permanenti di quelli della lobotomia, ma neppure i medici che avevano sviluppato la tecnica erano in grado di fornire una spiegazione scientifica di come funzionasse.

Negli ospedali psichiatrici di stato americani più sovraffollati e oppressivi

si iniziò ad utilizzare l'elettroshock specificatamente per sedare, calmare o sottomettere i ricoverati per infermità mentale.

Un esempio su tutti ci è fornito dal Willard State Hospital dove due medici, Brussel e Schneider, sperimentarono una terapia utilizzata verso la fine della guerra dalla Marina americana, per tenere sotto controllo i soggetti più agitati, chiamata "elettroshockterapia blitz" (acronimo BEST). Furono prese le cinquanta donne considerate più agitate dell'ospedale e furono sottoposte a uno o più cicli di "ECT regressiva", ovvero un minimo di 15 trattamenti somministrati due volte al giorno, finalizzati a produrre un deterioramento neurologico pressoché totale che assicurasse passività e docilità nei pazienti. Gli effetti del trattamento furono straordinari e la terapia convulsiva, somministrata ogni qualvolta i pazienti mostravano un comportamento ribelle, sostituì la camicia di forza e l'isolamento come metodo di controllo.⁴⁵

Questa operazione di rinominazione, assieme alle dichiarazioni accademiche tese a evidenziare l'assenza di effetti collaterali permanenti della TEC, relegò il danno cerebrale permanente, prima perseguito quale scopo terapeutico, a semplice effetto indesiderato o collaterale di carattere temporaneo. Perciò, alla fine degli anni quaranta l'elettroshock uscì dalla categoria e dalla storia delle terapie da shock, almeno negli Stati Uniti, garantendo così la sua riproducibilità negli anni a venire.

In realtà, proprio nello stesso periodo, le ricerche furono incentrate sulla combinazione dell'elettroshock ad altri tipi di trattamenti.

Oltre alla lobotomia prefrontale del medico portoghese Edgar Muniz, premiata col Nobel nel 1947, si andarono ad abbinare alla TEC le già note terapie con l'insulina, il cardiazol e altre molecole.

I protocolli di trattamento che prevedevano l'uso dell'elettroshock sono stati numerosi.

In Italia si approfondiva anche il metodo dell'annichilimento dello psichiatra romano Lucio Bini. Ricordato assieme a Ugo Cerletti per l'apporto non solo medico ma elettrotecnico alla terapia elettroconvulsiva, Bini pubblicò un'opera, nel 1947, nella quale espose il suo metodo d'annichilimento mediante elettroshock. Egli propose per i pazienti resistenti al

trattamento una più rapida successione di elettroshock, distanziate di qualche ora l'una dall'altra, nella stessa giornata, fino alla totale perdita della memoria.

Sull'uso di elettroshock, cocktail di farmaci e messaggi audiovisivi tesi al ricondizionamento mentale, si basano anche il metodo EAT del dottor Tien, di cui dà una descrizione Peter Breggin nel suo saggio *I guasti sul cervello*. Il metodo EAT, acronimo dove "E" sta per elettricità, "A" per amore e "T" per terapia, prevedeva una riprogrammazione terapeutica tesa all'acquisizione di una nuova personalità orientata e scelta prima della cura. Talvolta il paziente sceglieva preventivamente un nuovo nome per la sua nuova identità, ottenuta alternando l'elettroshock alla simulazione della fase di allattamento tramite l'utilizzo di un biberon vero e proprio da parte di un parente.

Quanto a un'esauriente descrizione del metodo Ludovico, rimandiamo alla messa in scena di Stanley Kubrick nella versione cinematografica del romanzo "Arancia Meccanica". Da questi esempi di trattamento ben si comprende che la perdita della memoria non fosse un effetto avverso, ma un obiettivo perseguito.

IL PERIODO CARSICO

L'AVVENTO DEGLI PSICOFARMACI, LE CONTESTAZIONI E IL RITORNO DELLA TEC

Ubi maior minor cessat

Sul finire degli anni cinquanta l'impiego dell'elettroshock va diminuendo, anzitutto per l'impegno medico e politico profuso per rendere questo tipo di trattamento più sopportabile e più radicato nella prassi medico scientifica, ma soprattutto per la massiccia introduzione di molte e migliorate molecole farmacologiche, capaci di raggiungere risultati simili all'elettroconvulsione.

Le mai sopite controversie riguardo l'elettroshock nel periodo relativo agli anni sessanta e settanta si intensificarono fino a raggiungere la dimensione di una massa critica, capace di rivedere le pratiche e le normative in campo psichiatrico, tenendo conto di tutto un contesto sociale che reclamava grandi e necessari cambiamenti. Vari ripensamenti e opere di molti scienziati andavano nella stessa direzione. In Italia vennero chiusi i manicomio e l'elettroshock divenne un trattamento residuale.

Poco dopo, negli Stati Uniti si assistette invece a una nuova "rinascita" del trattamento, che più tardi investì anche i paesi europei, raggiungendo nuovamente l'Italia, quando a partire dagli anni novanta la psichiatria organica rilanciò la fruttuosa campagna "Sdoganiamo l'elettroshock".

Se in pochi anni siamo passati da nove a novantuno presidi attrezzati è merito di questa campagna, che ha forzato il perimetro normativo individuato per l'elettroshock. L'obiettivo era quello di non considerare più l'elettroshock come l'*extrema ratio* terapeutica ma, anzi, promuoverlo come trattamento di prima scelta per i soggetti per cui è sconsigliabile l'assunzione di psicofarmaci, come ad esempio le donne in gravidanza.

Più volte nelle nostre riflessioni abbiamo paragonato l'andamento sto-

rico dell'utilizzo e della diffusione dell'elettroshock ai fenomeni carsici, poiché esso appare, scompare e riappare nel terreno proprio del campo psichiatrico.

A nostro parere siamo oggi di fronte a una di quelle fasi di espansione del trattamento elettroconvulsivo che vede questa terapia riaffiorare dal sottosuolo, dove per un certo periodo si è addentrata per ritrovare nuove forze risorgive.

(Precisiamo che il paragone serve solo per comprenderne un andamento e non per suggerire significati naturali alla pratica d'induzione epilettrica tramite medicinali ed elettrodi).

Dopo l'approccio ottocentesco, teso principalmente alla custodia dei soggetti, quando solo in via sperimentale si provavano le cure, l'assistenza psichiatrica novecentesca si era orientata, come abbiamo visto, verso le terapie da shock. Iniezioni di insulina e di parassiti sono pratiche largamente eseguite ancora negli anni sessanta, nonostante l'avvento, a partire dal decennio precedente, degli psicofarmaci, tra cui la clorpromazina, che permettevano di ridurre drasticamente le crisi violente dei ricoverati ai quali era stata diagnosticata la schizofrenia.

La parola psicofarmaco accosta l'anima ai medicinali, andando a indicare un tipo di trattamento che impiega i farmaci nella cura delle sofferenze dell'animo umano.

Quasi tutti gli psicofarmaci sono nati come composti chimici destinati ad altro uso rispetto all'attuale impiego nei trattamenti dei cosiddetti "disturbi mentali" e i neurolettici ne sono l'esempio più significativo.

Nel 1883 si svilupparono le fenotiazine come coloranti sintetici e nel 1934 il Ministero dell'Agricoltura USA le studiò come insetticidi.

Nel 1949 si notò come le fenotiazine ostacolano la capacità di movimento nei topi e nel 1950 a Parigi la Rhône-Poulenc sintetizzò la clorpromazina, sostanza studiata dagli psichiatri francesi Jean Delay e Pierre Deniker e destinata ad essere il primo farmaco antipsicotico.

Tuttavia questa molecola non entrò subito nell'uso psichiatrico, inizialmente fu utilizzata come anti-nausea, anti-vomito, anti-vertigine per crisi dolorose non trattabili e principalmente veniva impiegata in sala operatoria per potenziare l'anestesia, in associazione con molecole psicotrope già note, come narcotici e barbiturici.

Presto si notò anche una sua proprietà particolare, detta “lobotomia farmacologica”, ovvero la proprietà di indurre uno stato di ottundimento di sensi e di riflessi tale da avere effetti assimilabili a un trattamento psicotirurgico. Più economica, meno invasiva, egualmente efficace, la clorpromazina nel 1953 venne introdotta diffusamente nella pratica psichiatrica.

Da allora i neurolettici diventarono la “camicia di forza chimica” utilizzata in tutti i manicomi, con o senza associazione di barbiturici, shock da insulina, elettroshock e lobotomia.⁴⁶

Negli stessi anni, esattamente nel 1952, viene edito il primo Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, redatto dall'Associazione Psichiatrica Americana. Meglio noto con la sigla DSM. Questo testo è lo strumento classificatorio dei disturbi mentali più usato al mondo dalla psichiatria, dalla psicologia, dalla sociologia e dalle scienze della formazione. Il DSM è arrivato, nel maggio del 2013, alla sua quinta edizione.⁴⁷

Come già visto, l'opera di rinominazione psichiatrica in atto sui trattamenti non risparmia la classificazione delle patologie mentali. Schizofrenia e disturbo depressivo maniacale, per cui si indicava il trattamento elettroconvulsivo come scelta terapeutica, vengono man mano diversamente classificate lasciando spazio a nuove indicazioni prevalentemente di tipo farmacologico. Ad oggi questo trend non è ancora cambiato e si assiste ad un vertiginoso aumento a livello globale delle prescrizioni di cerebrofarmaci. In Italia il Sistema Sanitario Nazionale mette in atto un'enorme spesa pubblica per l'acquisto di questi farmaci.

Stando ai dati riportati dall'OSMED, l'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali, nel Rapporto Nazionale relativo al periodo gennaio-dicembre 2012, dal titolo “Uso dei farmaci in Italia”, la spesa nazionale per i farmaci del sistema nervoso centrale sono il quinto capitolo della spesa globale e ben 4 psicofarmaci si collocano nei primi trenta medicinali più acquistati dalla sanità pubblica. Inoltre si registra, rispetto al 2011, un aumento complessivo del consumo di psicofarmaci del 1,7%. Dato significativo, se si considera che dal 2000 al 2008 il consumo dei soli antidepressivi è cresciuto del 310%.

L'introduzione degli psicofarmaci dunque parte nel dopoguerra, si intensifica negli anni sessanta, settanta, ottanta e negli anni novanta coin-

volge milioni di bambini, assumendo proporzioni globali sul finire del secondo millennio.

Parlando della storia della psichiatria relativamente agli anni settanta del Novecento, si può notare il lavoro su scala internazionale promosso dallo psichiatra Franco Basaglia e il suo impegno costante verso il superamento dell'istituzionalizzazione, dell'etichettatura psichiatrica e dell'utilizzo dell'elettroshock, che vide nel 1978 una sua prima tappa con l'apertura dei cancelli manicomiali.

Ma il giorno che ci apersero i cancelli, che potemmo toccarle con le mani quelle rose stupende, che potemmo finalmente inebriarci del loro destino di fiori.

Divine, lussureggianti rose!

Non avrei potuto scrivere in quel momento nulla che riguardasse i fiori perché io stessa ero diventata un fiore, io stessa avevo un gambo e una linfa.

(Alda Merini)

L'uso dell'elettroshock è sempre stato piuttosto controverso e in Italia ha subito una drastica flessione alla fine degli anni settanta con l'approvazione della legge 180 sulla chiusura dei manicomi e la riforma psichiatrica che ne conseguì.

Fu proprio Basaglia ad affermare che curare un paziente psichiatrico con l'elettroshock "è come prendere a pugni un televisore per rimmetterlo sulla frequenza giusta".

L'idea che l'elettroshock venisse usato come forma di controllo sociale e che rappresentasse comunque una violazione dei diritti umani non era soltanto di Basaglia e dei suoi collaboratori, ma di tutto un movimento sociale e civile che chiedeva un cambiamento dell'istituzione psichiatrica e la fine delle pratiche manicomiali.

Questo ha reso la TEC una pratica in disuso fino a metà degli anni ottanta, quando ha conosciuto una nuova fase di espansione e di rivalutazione negli Usa.

In quel periodo infatti le compagnie assicurative introducono nei loro contratti una clausola in base alla quale esse avrebbero pagato agli assicurati il ricovero ospedaliero per non più di sette giorni, decorsi i quali la copertura sarebbe scattata solo nel caso di necessità di interventi maggiori, quali per esempio quelli chirurgici.

Nello specifico, in psichiatria, l'unico intervento maggiore che avrebbe giustificato il risarcimento, anche oltre i primi sette giorni di ricovero, era l'elettroshock. Fu partendo da questo dispositivo di rimborso assicurativo che il numero di elettroshock praticati negli Stati Uniti iniziò di nuovo ad assumere grandi proporzioni che ben presto portarono ad interventi in tale direzione anche Oltreoceano.

“SDOGANARE L'ELETTROSHOCK”

In Italia, sul finire degli anni novanta, i presidi sanitari dove era possibile praticare l'elettroshock erano nove – sei pubblici e tre privati.

Venne presentata una petizione firmata dai più illustri psichiatri organici, che principalmente chiedeva due cose: un aumento dei presidi autorizzati tale che si potesse coprire la richiesta di una struttura ogni milione di abitanti; in secondo luogo si richiedeva la promozione di iniziative culturali tese ad una rivalutazione di quella che era la percezione pubblica dell'elettroshock.

Si ufficializzava così la campagna “Sdoganare l'elettroshock”, durante il mandato di Livia Turco al Ministero della Sanità.

Fu così che gli apparati politici italiani intervennero in materia di elettroshock; predisponendo, per la prima volta, un percorso teorico e normativo che identificasse delle linee guida condivise tra apparati istituzionali pubblici e privati e le richieste della psichiatria favorevole all'intensificazione dell'utilizzo dell'elettroshock. Non a caso, nel 1995, il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) fu chiamato ad esprimere il proprio parere sull'eticità della terapia elettroconvulsivante. Il CNB afferma

“(…) che non vi siano motivazioni bioetiche per porre in dubbio la liceità della terapia elettroconvulsivante nelle indicazioni documentate nella letteratura scientifica.⁴⁸

Anche se invita ad un uso della TEC “ispirato alla prudenza e ad un'at-

tenta considerazione caso per caso” il suo parere è chiaro: “il suo indirizzo scientifico ritiene che la TEC rappresenti un presidio medico di provata efficacia, la cui rinuncia aumenterebbe il rischio clinico e la potenziale morte del paziente”.

Indica inoltre per quali patologie esiste una provata efficacia. Esse sono:
depressione endogena grave;
depressione delirante;
alcuni gravi quadri maniacali;
catatonìa acuta con esito infausto.

Per alcune patologie che presentano alto rischio di suicidio e per altre che sono conseguenza, resistenza o controindicazione ai trattamenti farmacologici, non esistono prove di efficacia, ma solo raccomandazioni nell'uso. Tali patologie vengono riportate senza alcuna modifica nei successivi testi normativi, tesi a sostenere la legittimità di applicazione di questo trattamento.

L'anno successivo, nel 1996, il parere del CNB accompagna la circolare del Ministero della Sanità dell'allora Ministro Rosy Bindi dove si richiede l'uso dell'elettroshock per alcune patologie, perché esso

“rappresenta un presidio terapeutico di provata efficacia, la cui rinuncia aumenterebbe il rischio di peggioramento clinico e di morte del paziente.

La TEC pone controindicazioni di natura strettamente medica alquanto limitata, non provoca danni fisiologici ed ha effetti collaterali moderati e circoscritti nel tempo”.

La circolare Bindi dichiara che l'uso di questo trattamento è motivato da “l'obbligo primario e ineludibile di salvare la vita del paziente e di tutelarne la salute e evidenzia la chiara efficacia della TEC ponendo anche la questione se sia giusto relegare tale intervento terapeutico al ruolo di ultima scelta, sottoponendo i pazienti a lunghi periodi di tentativi farmacologici e di inutili sofferenze”.⁴⁹

È interessante qui sottolineare come questo testo mostri a livello macroscopico uno dei paradossi cardine su cui si muove la psichiatria: sempre più spesso infatti la TEC viene utilizzata per “curare” patologie che sono di per sé il risultato degli effetti collaterali provocati dagli psicofarmaci, mostrando quindi come spesso l'intervento psichiatrico provochi ciò che dice di voler curare.

L'ELETTROSHOCK NEL TERZO MILLENNIO

In Italia il divieto ad utilizzare la lobotomia e l'elettroshock è stato dichiarato incostituzionale.

Stando alla sentenza 338 del 2003 della Corte Costituzionale dello Stato Italiano, vietare queste pratiche mediche violerebbe gli articoli 2, 32, 33 e 117 della nostra Costituzione.⁵⁰

Se nel 2002 furono la Regione Toscana e la Regione Piemonte a cercare di vietare l'elettroshock con questi esiti, ad agosto del 2013 la Regione Sicilia ci riprova dichiarando illegittimo l'uso delle terapie elettroconvulsive nelle sue strutture sanitarie.

Uno dei motivi che ci ha guidato nella strada che ha portato a questo testo, è stato il sentire l'urgenza di comunicare che l'elettroshock è cura che la nostra società prevede, contempla e applica senza limiti certi.

Il Collettivo Antonino Artaud si è trovato molto di frequente a dover dare informazione riguardo al fatto che l'elettroshock non sia un trattamento vietato. Probabilmente le vicende storiche della psichiatria italiana hanno portato alla diffusa convinzione che l'elettroshock non possa essere praticato o non esista più.

Ribadiamo che in circa un decennio, in Italia, siamo passati da 9 strutture attrezzate per la TEC alle 91 operanti nel 2013.

Quest'ultima parte della storia dell'elettroshock è ancora tutta da scrivere: i dati a nostra disposizione non sono numerosi né concordanti e ci limiteremo solo ad indicarne alcuni che ci sono stati confermati da più fonti.

Coerentemente con altri periodi storici la campagna "Sdoganare l'elettroshock", rilanciata anche nel 2008, ha riaperto all'interno delle stesse isti-

tuzioni psichiatriche il dibattito fra apologeti e contestatori del trattamento.

“Mantenere in vita il trattamento” è stata una delle preoccupazioni e occupazioni principali della cosiddetta biopsichiatria presente un po' ovunque nel mondo. E spesso mantenere in vita un trattamento significa abbandonarne altri, o perché più vecchi, perché considerati meno efficaci, o perché si è spinti da interessi particolari.

La storia delle shock terapie, come quella di molti altri trattamenti medici, possiede una costante: si abbandona la terapia obsoleta per applicare sul corpo dei pazienti un altro tipo di shock che si ritiene più efficace e attuale. Attualmente i farmaci che agiscono sul sistema nervoso sono globalmente i trattamenti più utilizzati.

Percorrendo questa storia, verso gli anni sessanta, si ha come una battuta d'arresto che resiste fino ad oggi: l'insulinoterapia viene sostituita dall'elettroshock perché ritenuta desueta e meno efficace, ma nessun'altra terapia da shock va a sostituire l'elettroshock.

Certo, esso viene diffusamente superato con l'avvento dell'era psicofarmacologica, ed anche la psicofarmacologia è indagata rispetto ai danni cerebrali che può provocare, ma non si può sostenere che l'assunzione di cerebrofarmaci sia equiparabile ai trattamenti da shock, anche se il nostro collettivo in molti casi ha osservato effetti simili.

Possiamo affermare che l'elettroshock è l'unico trattamento, che prevede come cura una grave crisi organica dei soggetti indotta a tale scopo, mai dichiarato obsoleto. Anzi, si è cercato di modernizzarlo, sin dai primi anni.

È proprio relativamente all'attuale e globalizzato panorama d'impiego dell'elettroshock, poco trasparente e condiviso, che continuiamo a porci domande come queste.

Perché questo trattamento medico – che per stessa ammissione di molti psichiatri che lo hanno applicato e che continuano ad applicarlo – utilizzato in passato come metodo di annichilimento dell'umano, come strumento di tortura, come mezzo repressivo contro la disobbedienza, non viene dichiarato superato dalla storia?

È sufficiente praticare un'anestesia totale per rendere più umana e dignitosa e legittima la sua applicazione?

Durante la sua applicazione pratica, si sta ancora immettendo corrente elettrica verso il cervello di un proprio simile oppure si effettua un intervento equiparato ad ogni altra operazione chirurgica peraltro senza usare bisturi?

Possono dei benefici temporanei, che per avere effetto devono comunque essere accompagnati dall'assunzione di psicofarmaci, essere un valido motivo per usare questo trattamento?

Si possono ignorare gli effetti negativi dell'elettroshock?

Gli ultimi quindici anni segnano una tappa importantissima del cosiddetto progresso tecnologico iniziato a fine Ottocento. Sarà infatti la minaccia del Millennium Bug ad agitare gli incubi millenaristici del 1999 e il progetto Genoma Umano,⁵¹ completato nel giugno del 2000, ad aprirne le speranze.

È noto però che il Nuovo Millennio si apre con Nuove Paure e un'augmentata necessità di Sicurezza che i dati statistici del periodo orientano da subito verso un enorme aumento di prescrizioni e trattamenti psichiatrici soprattutto farmacologici, ma anche le terapie elettroconvulsive registrano un incremento del loro utilizzo, riaprendo a nuove ricerche su vecchie dicotomie tra favorevoli e contrari.

Di queste ultime citiamo quella condotta e pubblicata nel 2007 sui danni cognitivi provocati dalla TEC recante il titolo *The Cognitive Effect of Electroconvulsive Therapy in Community Settings*, pubblicata sul giornale scientifico *Neuropsychopharmacology*, e quella del 2010 dell'Università di Auckland.

«Condotta a New York su 370 pazienti, la ricerca era stata promossa da un'equipe di scienziati comprendente anche un sostenitore accanito della terapia, Harold Sackeim. Fra i suoi risultati più significativi, la certezza che danni cognitivi e di memoria conseguenti alla TEC erano rilevabili anche a distanza di sei mesi dal trattamento. Fu una notizia sconvolgente, visto che fino ad allora non erano mai stati fatti controlli, applicando nuove tecnologie, nei mesi successivi all'intervento terapeutico.

I fautori dell'elettroshock, tra cui lo stesso Sackeim, avevano sempre sostenuto l'esatto contrario, ovvero che tali danni erano solo temporanei, che sparivano dopo poco tempo. Le sue perplessità fecero il giro del mondo, per poi essere sepolte nel silenzio.⁵²

«Stando invece ad un'altra ricerca del 2010, firmata da John Read, dell'Università di Auckland, e da Richard Bentall, dell'Università di Bangor, sembra che la TEC non abbia alcuna evidenza scientifica. Analizzando oltre 110 casi clinici è risultato perfino che il rapporto costi-benefici è pressoché nullo».⁵³

Al di là delle linee guida, ormai presenti e più o meno vigenti in tutto il mondo, è difficoltoso comprendere quanti siano oggi i campi di applicazione dell'elettroshock, ed anche le reali dimensioni di questa pratica.

Riguardo alle sue applicazioni, un esempio recente è quello relativo al suo impiego per far diminuire l'appetito, proposto da uno studio statunitense dell'Università della Pennsylvania, condotto prima sui topi e poi sugli umani.⁵⁴

Possiamo fare anche altri esempi di utilizzo dell'elettroshock fuori dalle indicazioni e dai casi comprovati di efficacia: il dottor Aubrey Levin, psichiatra che ha operato sia in Canada che in Sud Africa, prima applicava l'elettroshock sugli omosessuali, con l'intento di guarirli da un comportamento sessuale che non è più considerato una malattia neanche dal Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali. Ciò è accaduto fino al 2012, anno in cui, grazie a un video girato di nascosto da un suo paziente, è stato possibile documentare il suo "metodo": dopo l'elettroshock molestava i suoi pazienti palmandogli i genitali.⁵⁵ Del resto i comportamenti sessuali sono stati in molti casi trattati con l'elettroshock; per darne un altro esempio ricordiamo l'esperienza subita in età adolescenziale dal cantautore newyorkese Lou Reed, che fu sottoposto a diversi cicli di questa terapia nel 1956 per le sue tendenze bisessuali, da lui raccontate anche nel brano del 1974 "Kill your sons".

In Italia, e non solo, negli ultimi anni si tende a incentivare l'utilizzo delle

terapie elettroconvulsive, non solo come *estrema ratio* ma anche come trattamento di prima scelta. Questo porterebbe un cambiamento sia qualitativo che quantitativo auspicato ad esempio nel trattamento delle depressioni in quei soggetti che si trovano entro i primi tre mesi di gravidanza, categoria per la quale non esiste una comprovata efficacia della TEC, ma solo una raccomandazione del trattamento perché ritenuto meno pericoloso degli psicofarmaci nei primi periodi di gestazione umana.

Quest'esempio si presta per mettere in luce come la combinazione dell'elettroshock con i farmaci sia il più delle volte utilizzata per rendere efficace la TEC e come invece altre volte sia indicata quando i farmaci falliscono o presentano eccessivi effetti collaterali.

L'elettroshock inteso come trattamento più sicuro dei farmaci, probabilmente, rappresenta una futura linea di sviluppo della sua applicazione e sperimentazione.

Di questi recenti sviluppi che investono la sperimentazione elettroconvulsiva, rimane difficile però reperire dati aggregati a livello mondiale e confrontarli.

Riguardo alle dimensioni dell'uso delle terapie, oggi negli USA la TEC viene regolarmente applicata su circa 100.000 pazienti all'anno.

Per quanto riguarda il Vecchio Mondo, una ricerca del 2011 eseguita in Norvegia da Kari Ann Leiknes, Lindy Jarosch-von Schweder e Bjorg Hole, evidenzia notevoli differenze tra Stato e Stato. La tecnica elettroconvulsiva viene eseguita una volta all'anno per 470 persone ogni milione di abitanti in Belgio; 330 in Scozia; 184 nel Regno Unito. Percentuale che cala sensibilmente in Spagna, 61 persone trattate su un milione, e in Germania 26.⁵⁶

Rispetto agli altri paesi europei, per numero di strutture dove si fa l'elettroshock l'Italia è seconda solo al Regno Unito, dove la TEC è praticata in 160 strutture. In Olanda in 35, in Finlandia in 40, in Ungheria in 34, in Irlanda in 16.⁵⁷

Ad una decina di anni di distanza dallo sdoganamento dell'elettroshock possiamo constatare come si è fortemente agito su queste due linee: dati

riferiti al 2011 dimostrano che i presidi sanitari che praticano ad oggi la TEC siano 91 tra cliniche pubbliche e private e come, all'interno delle strutture sanitarie vengono fatte campagne di screening preventivi finalizzate all'incentivazione di tale terapia soprattutto per quanto riguarda ipotetici problemi di depressione *post partum* dove la TEC viene addirittura proposta quale terapia adeguata e meno invasiva per le neo mamme rispetto ad un Trattamento Sanitario Obbligatorio o volontario che impieghi gli psicofarmaci.

Negli ultimi anni è aumentato in Italia l'uso dell'elettroshock per i pazienti psichiatrici.

Nel triennio che va dal 2008 al 2010, 1.406 persone sono state sottoposte a elettroshock.

La situazione più delicata è stata registrata in Sicilia, con 14 strutture che lo praticano. Le strutture ospedaliere coinvolte, cioè quelle che hanno eseguito almeno una TEC in un anno, sono 91. La maggioranza dei trattamenti riguarda le donne, 821 contro 585 uomini, e la fascia d'età va in media dai 40 ai 47 anni.

Nel 2008 i pazienti over 75 che hanno subito la TEC erano 21, l'anno dopo 39.

Colpiscono anche i dati relativi agli Spedali Civili di Montichiari in provincia di Brescia: 108 trattamenti nel 2008, 155 nel 2009, 158 nel 2010. Sono da evidenziare anche i dati del Polo Ospedaliero S. Martino di Oristano dove nel 2008 si è ricorso 105 volte alla TEC, mentre 48 e 42 nel biennio successivo⁵⁸ e dell'Azienda Ospedaliera di Pisa: 106 nel 2008, 89 nel 2009, 68 nel 2010.⁵⁹

In Italia, nel 2008, un gruppo di psichiatri convinti sostenitori dei benefici della TEC rivolsero una petizione al Ministero della Salute affinché si aprisse «almeno» un istituto per la somministrazione dell'elettroshock per ogni milione di abitanti.

Visto che le strutture che oggi eseguono la TEC sono novantuno, ora esiste un presidio attrezzato per effettuarla per ogni 500.000 abitanti. Ovvero il doppio dell'obiettivo che voleva essere raggiunto.

NOTE ALLA PRIMA PARTE

1. La corrente elettrica si misura in ampere, simbolo A o a, unità che prende il nome dal fisico francese A. M. Ampère (1775-1836) per il suo contributo allo studio dell'elettromagnetismo. In generale è pericoloso se nel corpo umano passano più di 0,03 ampere. Attualmente le linee guida per l'utilizzo delle terapie elettroconvulsive parlano di un'applicazione di corrente elettrica pari a circa 0,9 ampere per un tempo variabile da mezzo secondo a otto secondi. Nelle primissime applicazioni l'ampereaggio utilizzato andava da 0,3 a 0,6 per una durata di un decimo di secondo.

2. È solo nel 1752 che lo scienziato e politico statunitense Benjamin Franklin (1706-1790) inventò il parafulmine riuscendo a comprendere la relazione tra elettricità e fulmine.

3. Ad esempio un grosso esemplare di torpedine marezzata può arrivare a emettere una scarica elettrica d'intensità superiore a 10 ampere e una tensione anche di 600 volt. L'unità di misura della tensione elettrica è appunto il volt e prende il nome dal fisico italiano Alessandro Volta (1745-1827) conosciuto per l'invenzione del primo generatore e della pila elettrica. Il limite di tensione pericolosa per l'uomo è di 50 volts e 60 volts sono sufficienti a indurre una crisi epilettica. Nelle primissime applicazioni dell'elettroshock il voltaggio utilizzato era di circa 130 volts. Attualmente si usano altri voltaggi, ma la tensione può variare fino a un massimo di 450 volts, collocandosi, in media, a metà di questo valore.

4. Un esempio tra i più attuali che possiamo dare di utilizzo della stimolazione elettromagnetica cerebrale è rappresentato dalle ultime ricerche cibernetiche e dall'approccio transumanista, che integrano nel corpo umano protesi e impianti ad impulsi elettrici capaci di riattivare funzioni perdute o mancanti.

5. Luigi Galvani (1737-1798), fisiologo italiano, dopo molti anni di studio comprese il funzionamento dell'elettricità biologica ipotizzando una relazione tra elettricità e vita. Sezionando rane aveva osservato la contrazione muscolare suscitata dalla stimolazione dei nervi e decise di proseguire i propri esperimenti sommini-

strandando agli animali cariche elettriche con un macchinario munito di elettrodi nel 1790. Fu il primo scienziato a introdurre il concetto di segnale nervoso.

6. Mary Wollstonecraft Godwin Shelley (1797-1851), scrittrice e figlia di intellettuali inglesi e moglie del poeta inglese Percy Bysshe Shelley, pubblicò il romanzo *Frankenstein* nel 1818 a seguito di un invito alla scrittura da parte di Lord Byron. Oltre a rappresentare un mito moderno attorno alla creazione e all'uso della scienza, *Frankenstein* è considerato oggi uno dei primi romanzi di fantascienza.

7. L'imprenditore americano Thomas Alva Edison (1847-1931) si assicurò il brevetto della lampadina nel 1878. Quattro anni dopo, a New York, inaugurò la prima centrale elettrica funzionante attraverso una rete. La diffusione dell'energia elettrica in tutte le case fu rapida e proficua e contemporanea a quella della diffusione telefonica, tanto che il massmediologo Peppino Ortoleva ha definito il secolo scorso "Il Secolo delle Reti". Il testo a cui ci riferiamo per questa definizione è P. Ortoleva, *Mass Media dalla radio alla rete*, Giunti, 2001.

8. Thomas Alva Edison, discorso sull'invenzione della lampadina e sulla messa a rete dell'elettricità, 1878-1879, in: P. Ortoleva, *Mass Media dalla radio alla rete*, op. cit.

9. Solo per fare alcuni esempi che ci sembrano significativi nella storia dell'impiego dell'elettricità:

1835, viene costruito il primo prototipo olandese di automobile elettrica a batteria. L'invenzione del motore a combustione interna è successiva, del 1850 circa. Le primissime automobili sono tutte alimentate elettricamente.

1887, il fisiologo francese Augustus Désiré Waller (1856-1922) studia la possibilità di registrare l'attività elettrica del cuore degli animali e degli uomini con metodi non invasivi. Si sperimenta il primo elettrocardiogramma.

1888, Edison introduce la sedia elettrica per l'esecuzione delle condanne a morte. Sul finire dell'Ottocento si producono i primi oggetti domestici funzionanti ad elettricità, si tratta soprattutto di teiere e bollitori funzionanti con resistenze elettriche. All'inizio del XX secolo l'energia era fornita dalla corrente elettrica continua di concezione edisoniana: essa presentava il vantaggio di poter essere accumulata in pile, ma produceva meno energia e provocava più dispersione.

Nel 1888 lo scienziato serbo-statunitense Nikola Tesla (1856-1943) brevettò la corrente alternata che ben presto dimostra la sua superiorità in termini produttivi ed economici.

Nel 1913 Ford inaugura la prima catena di montaggio. La versione fordista del nastro trasportatore riesce da subito ad abbattere i costi di energia diminuendo

notevolmente i costi di produzione e permettendo un lavoro continuo tale che i tempi di assemblaggio di un'automobile si riducono del 120%.

1929, Hans Berger (1873-1941), medico tedesco che per primo registrò le onde cerebrali, introduce l'elettroencefalografia, capace di registrare l'attività elettrica dell'encefalo.

1938, lo psichiatra Lucio Bini mette a punto la macchina per l'elettroshock terapia, subito commercializzata nello stesso anno.

1969, viene brevettato il primo prototipo di Thomas A. Swift's Electronic Rifle, meglio noto con la sigla TASER, che nel 1998 evolve nei primi modelli capaci di immobilizzare l'uomo e, in alcuni casi, di provocarne la morte.

1973, vengono costruiti i primi apparecchi di "Magnet Therapy". Nel 1962 l'idea di un apparecchio per la risonanza magnetica dei materiali fu disegnata dal chimico americano Paul Lauterbur (1929-2007), il suo utilizzo per ottenere immagini del corpo umano avviene alla fine degli anni settanta.

1998, il medico statunitense, Stuart Meloy, con l'intento di curare il dolore cronico agli arti inferiori, colloca in maniera erronea un impianto di elettrostimolazione inventando suo malgrado la versione reale e funzionante dell'Orgasmatik pensato da Woody Allen nel suo film fantascientifico del 1973 "Il dormiglione". L'apparecchiatura elettromedicale, applicata a livello spinale, procura il raggiungimento dell'orgasmo tramite impulsi elettrici attivabili a comando.

Attualmente sono in corso a livello internazionale molte ricerche tese a meglio individuare le aree cerebrali deputate al controllo dei comportamenti che in un secondo momento possono essere depotenziate a piacimento attraverso cicli di stimolazione elettromagnetica transcranica.

10. Questi due metodi di trattamento attraverso lo shock furono introdotti rispettivamente nel 1933 dal medico austriaco Manfred J. Sakel, e dallo psichiatra Joseph L. Von Meduna nel 1935. Questi trattamenti provocano il coma ipoglicemico attraverso iniezioni di insulina e la perdita di coscienza mediante un farmaco chiamato cardiazol.

11. T. S. Szasz, "La psichiatria a chi giova", in: AA.VV., *Crimini di pace*, Einaudi, Torino, 1975.

12. P. R. Breggin, *Elettroshock. I guasti sul cervello*, Feltrinelli, Milano, 1984

13. B. Mortara Garavelli, *Retorica: Le figure retoriche effetti speciali della lingua*, Bompiani, Milano, 1993.

14. I. Illich, *Nemesi medica*, Mondadori, 1976.

15. L'offesa terapeutica. Si era da poco conclusa la Grande Guerra e negli anni venti del Novecento la scoperta accidentale del valore terapeutico del coma insulinico aprì la strada all'applicazione diretta dei trattamenti sul cervello con lo scopo di indurre una crisi comiziale, ovvero crisi convulsive del tutto simili a un attacco epilettico. Anche il metrazol, introdotto nello stesso periodo, vedeva nella terapia convulsivante una via per ottenere corpi docili e facilmente manipolabili. Cerletti e Bini, ispirati da come a Roma venivano macellati i maiali, introducono l'uso dell'elettricità per ottenere il medesimo scopo. Come raccontato direttamente da Cerletti, l'applicazione degli elettrodi fu sperimentata sull'uomo spostandoli dal ventre alla testa. Il contesto culturale in cui queste pratiche vengono teorizzate ed applicate è quello che vede la nascita e il proliferare delle teorie eugenetiche.

16. Per questa scoperta basata sulla resistenza ad alte temperature del batterio responsabile della sifilide, il dottor Von Jauregg vinse il premio Nobel nel 1927. La *malariaoterapia* iniziò ad essere abbandonata solo negli anni quaranta, a seguito delle successive scoperte della penicillina e di altre terapie di shock.

17. La schizofrenia fu chiamata così nel 1908 dallo psichiatra svizzero Eugen Bleuler – maestro sia di Karl Gustav Jung che di Hermann Rorschach – e usata per indicare i disturbi relativi alle percezioni, le sensazioni e le relazioni attorno al sé. Andò a sostituire le diagnosi di *dementia praecox* (demenza precoce) introdotta invece dallo psichiatra tedesco Emil Kraepelin nel 1885.

18. Nel 1933, presso la clinica psichiatrica dell'Università di Vienna, iniziarono ufficialmente gli studi sulla ICT per il trattamento dei soggetti ritenuti schizofrenici, privando il loro cervello di glucosio e ottenendo così il coma che ne consegue. Sakel era di confessione ebraica e, a seguito delle leggi razziali nazionalsocialiste, nel 1936 fu costretto a emigrare, assieme al suo metodo, negli Stati Uniti. Due anni dopo venne nominato per la prima volta come candidato al premio Nobel per la medicina proprio per l'ICT. Il metodo, ben presto utilizzato da molti altri psichiatri europei e statunitensi, ebbe il suo periodo di massima applicazione tra la fine degli anni trenta e l'inizio degli anni sessanta del Novecento, anche combinato ad altri trattamenti di shock. Rimase comunque in uso per altri decenni e ancora oggi ha alcuni sostenitori.

19. Dal sale d'ammonio o cloruro d'ammonio si ottengono due potenti corrosivi: l'ammoniaca e l'acido cloridrico. Conosciuto sin dall'antichità, si trova in natura presso le aree d'origine vulcanica, ed ha colore bianco e forma cristallina. Utiliz-

zato in medicina per la sua proprietà corrosiva, utile ad esempio all'espettorazione, viene usato come fertilizzante, abrasivo e conduttore di elettricità in alcuni tipi di batterie.

La picrotossina è un veleno amarissimo che si ricava da un frutto, noto fin dall'antichità per l'azione convulsiva e letale sugli animali. Attualmente ha scarsissima rilevanza terapeutica, viene ad esempio utilizzata come antidoto nel caso degli avvelenamenti di farmaci o di barbiturici per la sua forte azione eccitante sui centri nervosi collegati al respiro.

L'acetilcolina è un enzima che determina la trasmissione o l'interruzione della trasmissione nervosa. Fu il primo neurotrasmettitore ad essere individuato nel 1914 e regola molte delle funzioni del nostro corpo, comprese quelle dell'apparato cardiocircolatorio, respiratorio e visivo. Adamo Maria Fiamberti s'introdusse nel contesto degli studi attorno all'epilessia e nella discussione relativa all'induzione di crisi epilettica come metodo di cura, nel 1937, dopo aver sperimentato l'epilessia indotta con l'acetilcolina. Il Dottor A.M Fiamberti (1894-1970) dopo gli studi attorno alle terapie da shock aderì in seguito alla nuova disciplina chiamata psicotomia – di cui è esempio classico la lobotomia – applicando soprattutto la leucotomia prefrontale transorbitaria.

L'Indoklon è un tipo di droga liquida e volatile che ha forti proprietà convulsive e stimolanti. Può provocare delirio tossico e arresto cardiaco. Questa tecnica convulsivante fu ritenuta preferibile da alcuni psichiatri e quindi utilizzata al posto dell'elettroshock terapia fino all'inizio degli anni settanta.

L'adrenalina è un ormone e un neurotrasmettitore tutt'ora in uso nel trattamento dello shock anafilattico e per l'arresto cardiaco. Il rilascio di adrenalina è stimolato da forti emozioni come la paura o la necessità di fuga o anche da un'intensa attività fisica.

20. Nonostante il tentativo di aggiungere al proprio cognome la particella Von per dissimulare la propria religione ebraica, nel 1938 anche Meduna fu costretto a migrare negli Stati Uniti. Una volta stabilito a Chicago, iniziò la sperimentazione dello shock carbonico nel trattamento delle psicosi, che si rivelò poi, tramite l'osservazione clinica, fallimentare al contrario del cardiazol che già nel 1937 veniva considerato efficace quanto il metodo di Sakel.

21. In Italia infatti i primi passi verso la rete elettrica si muovono verso inizio secolo, dunque al tempo l'elettricità era ancora poco conosciuta, inesplorata e ancora oggetto di grandi paure.

22. R. Passione, *Ugo Cerletti. Scritti sull'elettroshock*, Franco Angeli, Milano, 2006.

23. Benjamin Rush, autore del primo libro di testo di psichiatria americano, insegnava che il terrore ha effetti terapeutici, sosteneva terapie come il salasso, la repressione, il bruciare parti del corpo, lo shock, come ad esempio immergere il paziente in bagni di ghiaccio.

24. E. Kraepelin, in: T.S. Szasz, *I manipolatori della pazzia*, Feltrinelli, Milano, 1981.

25. Castrazione o asportazione chirurgica delle ovaie: questa "terapia" psichiatrica è stata particolarmente usata dagli anglosassoni, nei confronti di coloro che erano dediti alla masturbazione. Clitoridectomia: usata per le donne che si masturbavano e per quelle isteriche; anche su questa "terapia" psichiatrica troviamo vari scritti nei quali viene lodata soprattutto perché dopo l'intervento "tutto induce a credere che la cessazione delle sue vergognose abitudini masturbatorie sia permanente". Un libro intero venne scritto sull'argomento da Baker e Brown sulla curabilità di talune forme di follia, di epilessia, di catalessi e di isteria nelle donne (Londra, 1866). Per i maschi si procedeva con l'asportazione chirurgica dei nervi del pene e l'uso di mutande di ferro.

26. R. Passione, *Ugo Cerletti. Scritti sull'elettroshock*, op. cit.

27. B. Marcuzzo, "La spoletta di Cerletti", www.armigeridelpiave.it/SELEZIONI/Cerletti.pdf

28. La pellicola, tratta dall'opera teatrale "Il vicario", scritta nel 1963 da Rolf Hochhuth, fu girata tra Germania, Francia e Romania nel 2002. Il film è il racconto biografico di Kurt Gerstein, militare delle Waffen SS e membro dell'istituto d'igiene delle SS, che nel suo scorrere diviene corale di chi si oppose all'Olocausto mentre si svolgeva.

29. La Repubblica (in greco Πολιτεία, Politéia) è un'opera di filosofia e teoria politica scritta approssimativamente tra il 390 e il 360 a.C. da Platone.

30. T. S. Szasz, "La psichiatria a chi giova", op. cit.

31. Con il termine "alienista" si indicavano gli psichiatri fino all'inizio del XX secolo.

32. F. Cassata, M. Moraglio, *Manicomio, società e politica*, BFS, 2005.

33. Idem.

34. W.L. Shirer, *Storia del Terzo Reich*, Einaudi, Torino, 1962.

35. Idem.

36. Idem.
37. R. Curcio (a cura di), *Mal di lavoro*, Sensibili alle foglie, Roma, 2013.
38. N. Klein, “La camera di tortura, Ewen Cameron e lo sforzo maniaco di cancellare e rifare la mente umana”, in: *Shock Economy. L’ascesa del capitalismo dei disastri*, Rizzoli, Milano, 2007.
39. D. E. Cameron, “Psychic driving”, in: *American Journal of Psychiatry* n. 112, 1956.
40. N. Klein, *Shock Economy*, op. cit.
41. H. Weinstein, *Psichiatria and the Cia. Victims of mind control*, Amer psychiatric pub, 1990.
42. I. Savarino, *Antonin Artaud nel vortice dell’elettroshock*, Sensibili alle foglie, Roma, 1998.
43. N. Klein, *Shock Economy*, op. cit.
44. Lothar Kalinowsky, 1946, tratto da Mc Donald, 1978.
45. P. R. Breggin, *Elettroshock. I guasti sul cervello*, op. cit.
46. P. Minelli, M.R. D’Oronzo, *Sorvegliato mentale. Effetti collaterali degli psicofarmaci*, Nautilus, 2009.
47. Il DSM, ispirato dal primo lavoro nosografico dello psichiatra tedesco Emil Kraepelin (1856-1926) a sua volta ispirato dalla corrente dell’elementarismo, inaugurata da uno dei primi psicologi, il tedesco W.M. Wundt (1832-1920). Convenzionalmente la nascita della psicologia, intesa nella sua accezione moderna, si data 1879, quando Wundt elaborò un sistema di semplificazione che permetteva criteri diagnostici basati su test. Questi test erano tesi a scomporre le funzioni psichiche in singoli elementi così da poter permettere una successiva analisi. Nel Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali fino al 1987 si trovava classificata l’omosessualità, e anche sugli omosessuali è stato applicato l’elettroshock terapia. Questo metodo è spesso chiamato “neo-kraepeliniano”.
48. Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sull’eticità della terapia elettroconvulsiva. <http://www.governo.it/bioetica/pdf/21.pdf>
49. Circolare Bindi, Ministero della Sanità 02/12/1996 oggetto: Terapia Elettroconvulsivante. <http://www.tmcrew.org/stopshock/bindi.htm>
50. Sentenza 338 del 2003 della Corte Costituzionale dello Stato Italiano. <http://www.giurcost.org/decisioni/2003/0338s-03.html>

51. Il progetto “Genoma umano” parte con dei primi laboratori americani a metà anni ottanta, viene avviato a livello internazionale nel 1990 e presentato nel 2000 congiuntamente dai Presidenti Tony Blair e George Bush, ben 5 anni prima della scadenza della ricerca. Tutt’ora rappresenta una delle principali ricerche scientifiche contemporanee, infatti la ricerca completa dei cromosomi dell’*Homo Sapiens* viene pubblicata nel 2006, e molti aspetti del progetto hanno avviato ricerche ancora in corso e saranno utili anche a verificare in futuro se gli entusiasmi suscitati dal progetto risponderanno ad un effettiva capacità di curare ogni malattia partendo dallo studio genetico.

52. <http://www.dazebao.org/news/> “La lunga vita dell’elettroshock” di M. Mequio del 2008.

53. <http://www.giornalettismo.com/archives/757049/italia-regina-dellelettroshock/>

54. <http://www.giornalettismo.com/archives/386385/lelettroshock-per-mangiare-di-meno/>

<http://www.liquida.it/scienze/focus/2012/06/27/a-dieta-con-l-elettroshock-secondo-l-university-of-pennsylvania-si-puo-dimagrire-applicando-elettrostimolatori-al-cervello/>

55. <http://www.agedonazionale.org/2014/01/05/curava-i-gay-con-lelettroshock/>
<http://www.liberoquotidiano.it/news/esteri/1098130/-Curava-i-gay-con-l-elettroshock---psichiatra-arrestato-per-molestie.html>

<http://www.giornalettismo.com/archives/539811/il-dottore-che-curava-i-gay-con-lelettroshock/>

http://www.cadoinpiedi.it/2012/10/12/curava_i_gay_con_lelettroshock_e_poi_li_molestava_incastrato_da_un_video.html

56. http://www.ilgiornale.it/autore/francesca_angeli/id=5323 “Che follia, in Italia si usa l’elettroshock” di F. Angeli del 2012.

57. <http://www.dazebao.org/news/> “La lunga vita dell’elettroshock” di M. Mequio del 2008.

58. www.ilfattoquotidiano.it/2013/02/12/elettroshock-in-3-anni-1400-pazienti-trattati-ma-circolare-ne-vieta-labuso/496262/ di E. Meligrana

59. http://www.ilgiornale.it/autore/francesca_angeli/id=5323 “Che follia, in Italia si usa l’elettroshock” di F. Angeli del 2012.

SECONDA PARTE

RACCONTI DI CHI L'ELETTROSHOCK LO HA VISSUTO

*La realtà è terribilmente superiore
ad ogni storia, ad ogni favola,
ad ogni divinità, ad ogni surrealtà.*

(A. Artaud)

CONSENSO E FAMIGLIA

Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per gli dèi tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto: di stimare il mio maestro di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò quest'arte, se essi desiderano apprenderla; di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento del medico, ma nessun altro.

Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa.

Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.

Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività.

In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi.

Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili.

E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato degli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro.

(Il giuramento di Ippocrate, Testo Classico, IV sec. A.C.)

Fin dai tempi dell'antica Grecia la scelta delle cure e dei sistemi terapeutici, assieme alla possibilità di non darne conto al paziente, rimangono ascrivibili alla discrezionalità dell'autorità medica; il consenso del malato all'atto medico non ha avuto rilevanza alcuna fino a tempi recentissimi.

Il sapere medico è bastato per secoli a rendere lecita ogni sua azione anche nell'assoluto segreto e silenzio.

Il potere delle persone ad acconsentire ai trattamenti medici praticati sul proprio corpo inizia ad essere un diritto riconosciuto solo nella prima metà del secolo scorso. Negli anni che vanno dal 1943 al 1946 si prende coscienza dell'esistenza dei lager nazisti e del proliferare della ricerca medico scientifica, data la possibilità illimitata di poter sperimentare su campioni umani. In Italia è la Carta Costituzionale a sancire nel 1946 il diritto alla salute come fondamentale e inalienabile. Prima di quella data era fatto naturale e lecito non informare i pazienti delle cure somministrate.

Il diritto alla salute descritto dall'articolo 32 della Costituzione scardina il meccanismo di delega del potere parlamentare (in quanto sovranità che appartiene all'individuo) come nello stesso modo e nello stesso articolo il consenso scardina il potere medico. Il paziente è il primo giudice del suo diritto alla salute. Il diritto d'autodeterminarsi e dunque anche di rifiutare le cure è un diritto fondamentale dell'uomo.

Essendo la salute il costrutto giuridico del concetto di vita possiamo dire che la qualità di un Paese democratico è misurata dall'autodeterminazione dei propri cittadini.

Anche se da allora la legittimità dell'azione medica non dovrebbe esser più figlia del prestigio di questa classe ma del consenso informato ed espresso dal soggetto di quest'azione, tuttora la liceità di questo agire è spesso materia dei tribunali penali. Anche il Codice di Deontologia Medica obbliga il medico a desistere dalle attività diagnostiche e terapeutiche in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà.

L'informazione chiara e attuale alla quale deve seguire il consenso è un dovere del medico e un diritto del paziente che deve esser messo a conoscenza, circa la propria situazione clinica, sui trattamenti che si reputano adatti e sui rischi che si corrono durante e dopo la somministrazione. La

persona deve essere anche messa al corrente delle eventuali alternative diagnostiche e terapeutiche, al fine di far maturare nel paziente un convincimento libero, maturo e consapevole.

A tale scopo, per specifici trattamenti, è previsto per legge che il consenso sia espresso in forma scritta: in caso di trapianti di organi e di cornea, se la patologia riscontrata è la sindrome da immunodrepressione (AIDS); in materia di procreazione assistita e se i trattamenti suggeriti impiegano sangue e derivati del sangue, in caso di sperimentazione scientifica e quando i medicinali vengono somministrati fuori dalle indicazioni autorizzate.

Inoltre il Codice di Deontologia Medica obbliga alla raccolta del consenso informato in forma scritta per le seguenti situazioni particolari:

- Prescrizione di terapie mediche non convenzionali, che possono essere attuate senza sottrarre il paziente a trattamenti scientificamente consolidati e previa acquisizione del consenso informato scritto quando si tratti di pratiche invasive o con più elevato margine di rischio, oppure quando il paziente ponga pregiudizialmente scelte ideologiche;

- Prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche che, a causa delle possibili conseguenze sull'integrità fisica della persona o per il grave rischio che possono comportare per l'incolumità della persona, rendano opportuna una manifestazione documentata della volontà del paziente. Nella pratica si tratta delle ipotesi di:

- Interventi chirurgici;
- Procedure ad alta invasività;
- Utilizzo di mezzi di contrasto;
- Trattamenti con radiazioni ionizzanti;
- Trattamenti che incidono sulla capacità di procreare;
- Terapie con elevata incidenza di reazioni avverse;
- Trattamenti psichiatrici di maggior impegno.

Negli altri casi il consenso può essere raccolto in forma orale, fermo restando che se il medico ritiene di formalizzare tale consenso con un atto scritto, gli è comunque consentito farlo.

Essendo le terapie elettroconvulsive ascrivibili a queste ultime categorie di interventi medici è sensato credere che le persone che abbiamo incontrato avessero firmato per dare il loro consenso alle terapie elettroconvulsive, almeno a partire dalla fine degli anni novanta del Novecento, periodo

in cui si è consolidata la prassi medica e deontologica attorno al consenso informato e alla sua forma scritta.

Pur non avendo avuto la possibilità di ascoltare testimonianze dirette relative ai ricoveri in cui furono praticate terapie elettroconvulsive prima dell'entrata in vigore del testo costituzionale – infatti la più remota risale agli anni sessanta – ritroviamo traccia in ogni racconto dell'inconsapevolezza di queste persone rispetto al trattamento che le attendeva. Riguardo al consenso, cosa ben altra dalla consapevolezza, le storie che abbiamo ascoltato invece raccontano altro.

Raccontano tutte di un'esclusione pressoché totale dalla decisione di sottoporsi all'elettroshock terapia, operata o dal personale ospedaliero o dal gruppo familiare di appartenenza, o più spesso da entrambe, come si legge chiaramente nelle narrazioni che seguono.

“La terapia c'è stata e mi è stata fatta senza nessuna autorizzazione da parte mia, ho saputo solo dopo che avrei avuto il diritto ad essere comunque informato. Invece so che firmarono, per mio conto e per mio nome, mio babbo e mia sorella”.

“Però, ora so che ci vuole il permesso per fare queste «elettrostimolazioni che dicono loro», cioè devi essere d'accordo o ci deve essere qualcuno che firma se uno non è capace”.

“In clinica sentii parlare dei dottori vicino a me, io ero in piedi nella vecchia corsia dove stava il professore e sentii parlare dei dottori che consigliavano l'elettroshock per la mia persona. Io a quel punto lì ebbi l'istinto di scappare, perché non lo volevo l'elettroshock, ma me lo fecero uguale”.

“A me gli elettroshock li hanno fatti, poi come posso dire... la diagnosi e il perché e il per come io questo non lo so. Io non lo volevo fare, ma poi una lì è debole, non potevo reagire”.

“Io non ho firmato niente, per quello che mi ricordo e non ho più trovato nulla, non ci sono i fogli, non c'è niente”.

“Non lo so, io non sapevo nemmeno quello che mi facevano, so che andavo lì e rifiutavo, quello sì, perché ce l’ho in ricordo che mi tenevano... ho ricercato i referti, ho ricercato il consenso, ho ricercato tutto perché volevo ricostruire tutta la mia storia e non mi è stato dato nulla, perché dice che è andato tutto perso”.

“Mi fecero anche vedere l’apparecchio, io accettai perché pensavo si trattasse di un altro tipo di trattamento. Solo dopo ho compreso che si trattava dell’elettroshock”.

“Io me ne sono accorta che mi facevano gli elettroshock dalle cartelle cliniche, cioè lo seppero i miei e si incavolarono anche parecchio. Non avevano avvertito nemmeno i miei genitori”.

“Il becchino del cimitero conosce mio padre e mi porta a casa. Mi porta a casa in questo stato e mio padre chiama il medico e decidono di ricoverarmi con urgenza. Arrivati in reparto mio padre firmò per farmi fare questi elettroshock”.

“Si presenta una mia amica chiedendomi di accompagnarla a Messina, invece mi ha portato nel reparto chiuso più vicino. Mi ha fatto scendere dalla macchina dicendomi «vado a parcheggiare torno subito...» Sì, come quello delle sigarette, e mi ha lasciato lì. Era una persona che consideravo un’amica”.

“Gli elettroshock... mah... a me non risulta, riguardando nei cassetti della mia memoria non mi risulta che l’abbiano proposto a me. L’hanno proposto a qualcuno della mia famiglia e loro hanno accettato e firmato. Io so che ha firmato il consenso mio fratello minore Alberto, con l’ok di mio fratello maggiore da Roma, e logicamente anche di tutti gli altri... Mi sembra che quella fu la prima volta che venivo rinchiusa. Ne sono seguite molte altre e quasi tutte con l’inganno. Successivamente, quando chiesi spiegazioni, mia madre mi ha detto che conosceva qualcuno a cui gli elettroshock avevano fatto bene... e la stessa cosa mi riferirono i miei fratelli... mio padre non c’era già più... e quindi hanno dato l’ok. Comunque possono venire a raccontarmi

quello che vogliono ma se io non sono d'accordo che ti venga fatta una cosa... vado e mi organizzo per fare in modo che questo non succeda”.

“C'è un sopruso che viene fatto sempre ai pazienti psichiatrici. Lo so perché durante un ricovero trovai in medicheria un libretto che descriveva i diritti e i doveri del paziente. Una cosa importantissima che il paziente può fare durante il suo ricovero è leggere la sua cartella. I pazienti hanno diritto di sapere ciò che giornalmente si scrive su di loro, invece questo diritto lo negano sempre. I pazienti non devono sapere quelli che sono i loro diritti. Io mi sono appellata a questo diritto e inoltre ho portato questo libretto in sala mensa”.

«Quello che abbiamo visto noi nel reparto: mi ricordo una ragazza giovane con la mamma che era disposta a firmare. Era la mamma che firmava. La ragazza era già distrutta dagli psicofarmaci, interamente incapace di intendere e volere per gli psicofarmaci che le avevano dato. Gli psichiatri dicevano alla madre: “Sa, abbiamo provato tutto, vede in che stato è, forse bisognerebbe provare con l'elettroshock, che a volte funziona”. Eravamo lì a visitare un'altra paziente ricoverata e abbiamo visto questa ragazza così malridotta, abbiamo avvicinato la madre e lei ci ha raccontato questo. Noi le abbiamo sconsigliato di farle fare l'elettroshock, però poi non sappiamo come sia andata. Era una ragazza giovanissima, molte volte sono le giovani ragazze, le giovani donne che vengono trattate con l'elettroshock».

Nelle testimonianze che seguono il consenso non è stato accordato.

“Ero ricoverata nel reparto chiuso, dopo aver subito la perdita del mio compagno di allora e dopo un po' di tempo che ero sotto trattamento farmacologico pesante, secondo gli psichiatri non ero guarita. Proposero a mia madre di sottopormi alla TEC. Sì, lo dissero anche a me, ma prima lo chiesero a lei. Mia madre rifiutò e si arrabiò molto con gli psichiatri. Era convinta che col tempo sarei riuscita a superare il trauma da sola, cosa che poi, seppur tra tante difficoltà, è accaduta”.

“I dottori parlarono subito della necessità di nominare un amministratore

di sostegno che potesse dare il suo consenso alla terapia dell'elettroshock al posto di mio padre, che versava in uno stato semi-vegetativo. Non tutto però va come avevano previsto gli psichiatri, infatti io vengo nominata amministratrice di sostegno e nonostante le pressioni subite per convincermi della bontà e l'efficacia della TEC, non ho dato il mio consenso, anzi avrei voluto riprendermi mio padre, ma non si poteva perché gli psichiatri solo in quel momento mi informarono che mio padre era in TSO".

Il primo comma dell'articolo 13 della Costituzione su cui si fonda la Repubblica Italiana dichiara l'inviolabilità della libertà personale. L'articolo 32 invece esprime con chiarezza che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

La legge di riferimento che prevede i casi in cui è il potere coercitivo a decidere in merito ai trattamenti sanitari personali è la cosiddetta Legge Basaglia, ossia la Legge 180 del 1978, che a sua volta al primo articolo ribadisce: "Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari".¹

Prima di andare a definire in quali casi le istituzioni pubbliche possono sostituirsi all'individuo rispetto alla scelta di sottoporsi a indagini e cure mediche, si riafferma dunque il valore inviolabile della libertà personale e della libertà di scelta in merito alla propria salute fortemente ribadito nei principi fondamentali del testo costituzionale.

Nella Legge 180/78 si definiscono i Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi per distinguerli da quelli leciti e volontari e si descrivono i casi per cui diviene lecito prevaricare la libertà personale e di scelta terapeutica. Non si parla di una particolare disciplina medica alla quale si applica o non si applica la possibilità di intervento sanitario obbligatorio, ma in 35 anni di applicazione della legge 180 tutti i casi di trattamenti sanitari obbligatori firmati dalle autorità competenti si sono consumati all'interno dei reparti di medicina psichiatrica, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

La facoltà di obbligare un soggetto a cure contro la sua volontà è dunque contraria alle garanzie costituzionali poste a tutela della salute. Il monopolio psichiatrico si costruisce proprio sulla norma in materia di trattamenti sanitari obbligatori. Anche se il testo della legge 180 si proponeva l'inten-

zione di limitare l'internamento indeterminato nel tempo degli esseri umani, di fatto assegna di nuovo alle istituzioni psichiatriche la facoltà di andare oltre le volontà espresse dai pazienti. Un ruolo sociale di esclusione e di limitazione della libertà altrui che è proprio della storia psichiatrica fin dalle sue origini.

La corretta informazione circa le terapie e i conseguenti effetti collaterali dovrebbe essere un diritto inviolabile di ogni persona che si trovi a subire un trattamento o una terapia all'interno di una struttura sanitaria.

Sappiamo che per i pazienti psichiatriche non è così.

Nonostante la stessa legge 180 disponga che gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori debbano essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato, spesso le persone sottoposte a trattamento non sono neppure a conoscenza della natura del regime a cui sono sottoposte; molte persone in terapia farmacologica non sono a conoscenza del tipo di medicinali che assumono e dei relativi effetti collaterali.

Lo stesso vale per gli elettroshock.

In ambito medico, il consenso del paziente relativamente ai trattamenti suggeriti e proposti dal medico, vede il dibattito etico scientifico ancora aperto e lontano da essere determinabile a priori. La libertà di disporre del proprio corpo può entrare in conflitto con il dovere di cura.

Delle problematiche legate al consenso per le terapie elettroconvulsive sembra esserne consapevole anche il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). Questa istituzione, chiamata ad esprimersi nel 1995 con il documento recante il titolo "Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sull'eticità della terapia elettroconvulsivante", riguardo al consenso informato si esprime come segue:

"Il CNB, pur consapevole delle grandi difficoltà concernenti l'acquisizione del consenso informato del paziente psichiatrico e di chi lo rappresenta, richiama ancora l'irrinunciabilità etica di porre in atto ogni sforzo per acquisire tale consenso".

Cosa intenda il CNB per "porre in atto ogni sforzo per acquisire tale consenso" non è meglio precisato.

Dai racconti raccolti emerge con chiarezza che si continua ad esercitare quella pressione secolare dell'autorità medica, che proprio dal consenso dei pazienti ai trattamenti è stata fortemente limitata.

Il tema del consenso in ambito psichiatrico apre ulteriori scenari legati soprattutto ai casi in cui il malato è ritenuto non capace di decidere per se stesso e agli aspetti legali che ne conseguono.

Nel contributo dato dall'Associazione Italiana per la Terapia Elettro Convulsivante (AITEC) alla definizione delle linee guida per l'applicazione di questi trattamenti, il problema del consenso è trattato nel paragrafo dal titolo "Quali aspetti legali sono da considerare?".

In questa parte del testo si legge:

"La TEC, come ogni trattamento, viene eseguita in pazienti capaci di acconsentire, e solo dopo la loro accurata informazione su indicazioni, rischi e benefici, procedimenti clinici e con il loro consenso documentato. (...) La capacità di acconsentire è data quando l'interessato nonostante il suo disturbo psichiatrico possiede o conserva la consapevolezza del senso e delle conseguenze del trattamento e della sua situazione patologica, e quando ha una riconosciuta capacità di decisione intellegibile, aderente alla realtà, ragionevole e adeguata. (...) Nel caso dei pazienti incapaci di acconsentire (la TEC n.d.r.) è soggetta ad autorizzazione del Tribunale di Sorveglianza".

L'AITEC, oltre ad affrontare le possibili conseguenze legali dell'applicazione di questi trattamenti psichiatrici maggiori, si spinge a dare una definizione di consenso e di capacità di consentire assai distante dal suo significato.

"Consentire", letteralmente "sentire insieme", al di là del peculiare ambito dei trattamenti terapeutici, esprime anzitutto la condizione di sapere immedesimarsi nell'altro fino a sentire con lui lo stesso sentimento.

Le persone che abbiamo ascoltato sono tutte distanti da questa fattispecie descritta di incapacità a consentire, e nessuna di esse aveva necessità di ricorrere al Tribunale di Sorveglianza per decisioni relative alla propria persona. Eppure tutte ci parlano della totale assenza di libertà nella scelta di accettare o non accettare la terapia su se stessi, e come questa facoltà ricada quasi sempre sulla famiglia.

“Noi si è sempre dato il consenso perché non ci si aveva alternativa, o in quella maniera o peggio, peggio che mai. Si sperava sempre nel meglio. Capito?”

Dopo l'elettroshock, mi ricordo, la vidi sul lettino che la portavano via dopo che l'aveva fatto”.

Infatti solo un piccolo numero di “predegenti”, come definiva Goffman² i soggetti che si trovano nel periodo prima dell'ospedalizzazione, entra nei luoghi psichiatrici perché lo ritiene utile o perché concorda con l'opinione dei familiari. Questo significa che nella maggior parte dei casi non si verifica consenso tra l'opinione che una persona ha di sé e l'opinione che la rete sociale, familiari, conoscenti e amici, ha di questa persona.

“Provavo rabbia nei confronti dei miei suoceri. Questa rabbia mi portò in clinica, dove in clinica mi ci accompagnò mio padre, che attraverso una persona mi fece conoscere il primario di psichiatria. I primi tempi andammo direttamente a farmi curare nel suo studio e poi mi ricoverarono in clinica”.

Il passaggio che intercorre tra l'emergere di un problema ritenuto di competenza psichiatrica e il ricovero presso le relative strutture comprende i familiari. Sia con la loro presenza fisica accanto al congiunto che sta per entrare nella fase della degenza, sia nella storia personale che porta all'emergenza stessa del problema.

“Ho sofferto di crisi depressive a quattordici anni per il carattere della signora che è di là, (la madre n.d.r.) io ero un po' ribelle e lei in tutte le maniere ha cercato di plasmarmi e fermarmi e non ho mai avuto un buon rapporto con mia madre. Non mi ha mai accarezzato, mai dato un bacio, mai fatto una coccola da dire, la mamma con il figlio ci discute ma poi però l'abbracci te lo baci... niente. Quando mi picchiava era abbastanza violenta, mi montava con i piedi sulla pancia; era una cosa disastrosa. Il mio primo esaurimento l'ho avuto sui 13-14 anni nella fase adolescenziale e lì è partito tutto”.

“Mi hanno ricoverato perché provavo rabbia. A volte ho rotto anche dei

piatti per terra. Ero arrabbiato in casa, con la famiglia che non mi dava ascolto, perché volevo educare mio figlio secondo i miei canoni di vita e questo non mi era stato possibile”.

Le storie delle persone internate in manicomio come questa:

“Il primo giorno quando mia madre mi lasciò fu un trauma terribile perché mi vidi chiuso lì dentro, sta a vedere ora non mi fanno più vedere nessuno per chissà quanto tempo”.

e quelle di ricovero in istituzioni post-manicomiali come quest'altra:

“Tutte le mattine day hospital, tutte le mattine mio padre mi accompagnava, mi pregava in ginocchio di seguirlo perché gli avevano insegnato che quello era per il mio bene”.

parlano di questa impossibilità di decidere sulla propria vita perché è la famiglia a farlo. Questa assenza o sospensione dell'autodeterminazione è un vero e proprio connotato della storia della psichiatria stessa.

L'esclusione familiare arriva prima dell'esclusione sociale che si consuma nelle strutture chiuse.

Sentimenti come la paura, la vergogna, la rabbia, il rifiuto, storicamente creano il pregiudizio psichiatrico all'origine dell'allontanamento fisico dal proprio ambiente.

Questo meccanismo di delega messo in atto dai gruppi familiari si consuma tra le mura delle istituzioni totali.

“Mi ricordo di aver conosciuto in reparto la figlia di un artista famoso, non mi ricordo se lei abbia subito degli elettroshock. Suo padre la vedeva tra una porta e l'altra, si vergognava. Ricordo che la cosa mi schifò molto”.

“Mia madre è venuta una sola volta a trovarmi. Poi venivano le mie sorelle e i miei fratelli, pieni di astio, pieni di sé. Zero aiuto”.

“Avevo una situazione familiare particolare. La mia mamma era morta, il

mio babbo stava male perché aveva appena avuto un infarto, mia figlia era minorenni ed ero separata dal marito, mio fratello e mia cognata non c'erano – evidentemente non si sono interessati più di tanto – quindi in pratica io non avevo alcun supporto familiare su cui esternare «non voglio fare questo, non voglio fare quello». Io ero lì”.

“Ce l'ho fatta da sola, io ero sola. È come se fossi andata via, lontana per tanto tempo. Ed ero talmente indebolita che ormai anche i legami con gli amici e parenti non esistevano più”.

“Chiaramente c'avevo una famiglia. Di punto in bianco questa famiglia salta perché uno muore e un altro inizia a soffrire di Alzheimer. Te non hai più nessuno, il marito e il lavoro li perdi. Perdi tutto”.

”Il motivo per cui mi hanno fatto l'elettroshock è che i miei fratelli e la mia mamma conoscevano qualcuno a cui si diceva che avesse fatto bene”.

“Con mia suocera, che teneva le redini della casa, se ti volevi comprare un paio di scarpe lo dovevi chiedere, un paio di mutande lo dovevi chiedere... Mio marito era un burattino tirato per i fili dalla mamma. Era il cocco di mamma e non ha mai saputo tenere lui le redini della sua famiglia. Io ho cominciato la depressione, quella brutta, quella forte, quella che fa paura, e poi sono finita in reparto”.

“Siccome una notte ho mandato a quel paese un poliziotto, in molti mi hanno detto, anche mia mamma, che ricoverandomi mi hanno salvato da cose peggiori e che io ero da manicomio criminale. Anche secondo mia figlia l'ho fatto per attirare l'attenzione”.

“Se mio padre fosse ancora vivo io non sarei mai sta ricoverata perché mio papà al dottore che mi voleva fare ricoverare gli ha strappato il foglio di ricovero in faccia dicendogli: «Mia figlia in questi posti non ci viene». Poi lui se n'è andato e a volte ho voglia di raggiungerlo per trovare un po' di giustizia”.

LA PRATICA DELL'ELETTROSHOCK

La storia dell'elettroshock che abbiamo narrato coglie aspetti inerenti a questo tipo di trattamento medico: il suo contesto storico, il suo percorso nel tempo e nei territori, i saperi e i dispositivi medici, le conseguenze individuali e sociali in relazione al suo utilizzo.

Le donne e gli uomini che hanno voluto raccontarci la loro esperienza riguardo all'elettroshock terapia subita, probabilmente ignoravano quasi tutta questa storia, non conoscevano il nome dell'inventore di questa cura, né la sua evoluzione.

Ciò che rimane invece estremamente lucido nelle loro memorie è la profonda conoscenza dei metodi di somministrazione delle terapie elettroconvulsive, capace di rendere un altro profilo storico dell'utilizzo di questo trattamento in Italia.

Il metodo di applicazione che utilizza anestetici e miorilassanti prende il nome di ECT modificata e viene introdotto negli Stati Uniti fin dalla prima metà degli anni quaranta del Novecento.

Dalle nostre interviste si apprende che alcune persone hanno ricevuto l'ECT modificata e altre no, e che in Italia, per tutta la prima metà degli anni novanta, l'elettroshock si continuava ad applicare anche da svegli e talvolta senza l'ausilio di farmaci utili a evitare danni muscoloscheletrici provocati dal passaggio intracranico di elettricità.

La parola metodo, dal greco *methodeyo* "vado dietro", indica un modo ordinato e conforme di investigare la realtà. Quelle che seguono sono le parti delle interviste che raccontano direttamente dei metodi dell'elettroshock passati per i corpi di queste persone.

"Dormivo tanto e poi mi ricordo quando venivano mi giravano, levavano la sponda del letto in fondo, mi giravano, mi mettevano la testa dove sta-

vano i piedi, viceversa, e incominciavano a prepararmi, mi davano un anestetico, me lo ricordo benissimo, venivo legata, mi veniva messo una specie di morso, non mi ricordo se era gomma o resina, in bocca. Era un qualcosa di gomma o di resina non di carta era molto... che te potevi chiudere ma non ti permetteva di far scontrare i denti, questo me lo ricordo benissimo, e mi ricordo i dolori provocati da questo apparecchio. Venivano in più persone, sì, e c'erano dei medici sì. Sono arrivati con dei macchinari. E poi, e poi... non ricordo i particolari io mi ricordo questo numero ho in testa: 9, però non mi ricordo i cicli, logicamente non me li facevano uno dietro l'altro... potrebbe essere un giorno sì e uno no o due a settimana, solo nel 1994, solo durante quel ricovero. Me li hanno fatti in camera mia, non ricordo se ci fossero altre persone, i medici erano due o tre. A me sembrava non finisse mai, non ricordo sensazioni di dolore, solo questo fortissimo sapore amaro”.

“Mi hanno portato in questa stanza dove c'erano dei lettini bassi, mi stendevo sui lettini e mi facevano l'iniezione. Era il 1983, c'era anche una dottoressa che conoscevo e che mi faceva l'iniezione per addormentarmi e mi tranquillizzai un po'. Questa iniezione mi faceva addormentare subito, quando mi svegliavano avevo un forte mal di testa alle tempie che mi passava nell'arco di una giornata. Mi fecero questi cinque elettroshock tutti insieme: un ciclo con 5 sedute. Me le facevano un paio alla settimana”.

“Venne questa dottoressa a dirmi: distenditi su questo lettino, ti faccio questa iniezione che ti fa dormire e poi ti facciamo l'elettroshock. Mi sono svegliato e avevo questo disturbo. Mi facevano una pre-iniezione, una specie di pre-anestesia, poi l'anestesia totale. Poi sul lettino dove c'era il macchinario accanto, ti facevano l'elettroshock. Mi svegliavo sempre nel mio letto in corsia”.

“Mi ricordo le stanze chiuse con una piccola finestrina, una stanza con 4 letti, non avevamo bicchieri, non avevamo posate, avevamo tutto di carta; bicchieri di carta, posate di carta”.

“Ho fatto due cicli di elettroshock. Mi facevano anche l'elettrocardiogramma

per capire come reagiva il mio corpo. Da solo, col tecnico e il macchinario, ti mettevano un parrucchino come per farti l'encefalogramma, eri obbligato a mettere una cuffietta di cuoio, perché quando avevi gli attacchi epilettici cadevi in terra. Tante volte erano imprevisi ed anche ora. Mi ricordo che poi dopo rimanevo rintontito, come se mi avessero dato dieci bastonate. Per quello non l'auguro a nessuno”.

“Mi impressionava il tubo dell'ossigeno, mi impressionava la bombola dell'ossigeno messa accanto al letto, quel tubo che ti veniva messo in bocca sembrava qualcosa di carta come se ti volessero tamponare, invece ci dovevi respirare, te lo mettevano perché i denti sennò cozzavano fra di loro e si potevano spaccare. Ti mettevano a rovescio sul lettino non per dritto, a rovescio, c'era la bombola d'ossigeno accanto poi c'era il medico con il caposala e 2 infermieri andavano letto per letto ti mettevano un po' di gelatina il tubo in bocca, davano anche una pasticca, non mi ricordo, mi pare per il cuore, perché il cuore potesse sostenere la fatica e poi applicavano l'elettrodo, qualche volta sbagliavano mi pare che una volta l'elettrodo non ha funzionato, poi sbagliando sbagliando riuscivano finalmente ad addormentarti, ti addormentavi. La sofferenza era più il fatto che non ti addormentavi quando non riuscivano con il voltaggio”.

“Ho subito 8 elettroshock. Andai a fare questo elettroshock pensando che era un elettrocardiogramma, quindi accettai, vidi un sacco di fili sparsi e mi dissi che apparecchio strano questo elettrocardiogramma, poi all'improvviso mi vidi mettere gli elettrodi e non sentii più niente”.

“Erano gli anni 1996 e 1997. Erano tutti anziani; io ero l'unica giovane e la cosa più straziante è che ti fanno vedere accanto quello che fanno, cioè, quello prima di te, te lo fanno vedere e quindi è una cosa straziante, io rifiutavo i farmaci e mi tenevano ferma l'infermiere e il medico. Si arrivava in quella stanza e c'era un odore... e c'era una specie di bacinella con tutte quelle siringhe. Un'esperienza terribile, tragica, e vedo questo affarino e poi le vassoiate con le siringhe, tantissime perché eravamo tantissime persone e a tutti facevano l'elettroshock. Una cosa enorme, sarà stato dieci volte questa stanza con tutti questi letti e con tutte queste persone... e il

macchinario ce lo mettevano accanto. Era un macchinario grosso che veniva trasportato facendo il giro di tutti i letti”.

“Negli anni settanta anche lì elettroshock a tutta valvola... anche negli anni settanta. Negli anni settanta lì mi ricordo era una cosa più, come posso dire... lì non me ne accorgevo, perché ti addormentavano e a me dicevano: «Vieni, si va a fare il sonno così ti riposi, si va a fare il sonno». Lì ti facevano il sonno. Io me ne sono accorta, che mi facevano gli elettroshock, dalle cartelle cliniche. Non ricordo molto perché ti addormentavano... «un riposino... vieni si dorme». Ti ripetevano il trattamento in più giorni, ma non ricordo molto, sono passati troppi anni”.

“Nella seconda metà degli anni novanta, intorno al 1995/1996 sono stato sottoposto ad una terapia elettroconvulsivante. A me lo hanno fatto così. Tutte le mattine venivo portato in una saletta dove veniva l’anestesista. L’anestesista mi prendeva la vena della mano, mi faceva un po’ di anestesia; poi mi faceva questo trattamento. Dopo di che venivo riportato a letto. Venivo riportato a letto e tutti i giorni fui sottoposto per circa 15-20 sedute a questo tipo di terapia, di cura fra virgolette”.

“Io da quel periodo ho avuto sempre mal di testa. Sembravano cavalli che scalpitavano, ballavano, ballavano con i piedi, con le gambe, con la testa sembrava che questo tubo di cartone gl’impedissero di respirare invece loro respiravano attraverso questo tubo, questo tubo di cartone”.

“Le hanno fatto vari ricoveri, le hanno fatto di tutto: elettroshock, ormoni, cura del sonno, di tutto. Aveva dei momenti proprio critici, proprio da *arreggerla*, proprio da *arreggerla*”.

“Stava mesi, settimane, svenuta poi vomitava tutta la bile, tutta la saliva”.

“Dicevano che quelle cure lì erano all’avanguardia, dicevano che le facevano bene e invece la riducevano in uno stato pietoso”.

“Lei stava mesi a letto, minimo 15 giorni stava sempre svenuta, poi ributtava

bile, saliva, anche per 5 minuti e poi tornava a essere un cencio. Giornate così ferma a letto. A letto anche per settimane”.

Le attuali linee guida prevedono che la stanza dove viene effettuata la TEC, oltre la macchina per la terapia elettroconvulsiva, sia dotata di apparecchiature per l'anestesia generale, di un sistema per la respirazione artificiale, di un defibrillatore, della macchina per la pressione arteriosa e l'ossigenazione sanguigna e quella per elettrocardiogramma ed encefalogramma, utili a monitorare le funzioni vitali.

La TEC deve essere effettuata da almeno uno psichiatra, un anestesista e un infermiere, che inizialmente valutano sia la dose anestetica che la giusta quantità di elettricità da somministrare.³

Queste infatti possono variare sensibilmente da caso a caso e anche sullo stesso soggetto a seconda del numero di applicazioni.

Questa prima fase del trattamento ha il fine di individuare la soglia elettrica capace di provocare una crisi convulsiva della durata di almeno 20-30 secondi mentre il paziente è anestetizzato.

Invece la durata massima è di 2-3 minuti.

Gli elettrodi possono essere posizionati sulla regione frontotemporale o alta parietale, da una parte sola della testa o da entrambe le parti. A seconda dell'applicazione varia l'intensità della corrente.

Attualmente gli apparecchi diffusi in Italia emettono energia in forma di onde rettangolari a impulso breve. Questi sono capaci di provocare una crisi comiziale con più bassi voltaggi, rispetto ai vecchi macchinari a onde sinusoidali.

Per questo può succedere che si verifichi una convulsione insufficiente; in tal caso si possono ripetere durante la stessa anestesia altri due soli tentativi, aumentando l'energia di stimolazione fino al raggiungimento della corretta soglia convulsiva, visibile dall'elettroencefalogramma.⁴

Un altro metodo prevede invece un graduale aumento dell'energia elettrica e dunque una somministrazione proporzionale.

Durata e cicli di questa terapia sono altrettanto variabili. Nei trattamenti acuti la frequenza è di 2-3 volte la settimana, per un minimo di 6 fino a un

massimo di 15 trattamenti. Nelle terapie di proseguimento l'applicazione è prima settimanale e in seguito una ogni due, per circa 6 mesi.

La TEC di mantenimento prevede un'applicazione ogni 3 settimane, o mensile o ancor meno frequente per una durata complessiva anche di anni.

ELETTROSHOCK E FARMACI

La scienza deve cominciare dai miti e dalla critica ai miti.

(Carl Ed. Popper)

Come in passato, anche ora l'utilizzo delle terapie elettroconvulsive si combina con l'uso di farmaci.

Scientificamente parlando i casi psichiatrici per cui si può indicare la TEC sono in tutto 12. Tali indicazioni si diversificano però a seconda del livello di efficacia.

Quando si parla di indicazioni della TEC basate sull'efficacia si intende esclusivamente l'ampiezza dell'insieme dei risultati derivati dalle osservazioni e relazioni cliniche e dalle successive pubblicazioni.

Più nello specifico l'efficacia basata sull'evidenza scientifica riguarda solo l'episodio depressivo grave e la depressione resistente alle terapie.⁵ La resistenza alla terapia antidepressiva viene definita tale quando i trattamenti psicofarmacologici utilizzati devono essere migliorati perché raggiungono risultati parziali e comunque insufficienti.

Le patologie per cui l'efficacia della TEC è dimostrata, solo in parte, scientificamente sono: catatonìa, schizofrenia, sindromi schizoaffettive ed episodi maniacali resistenti alle terapie.

Infine le patologie resistenti alle terapie per cui si ritiene utile intervenire con la TEC, ma solo sulla base di studi su pochi casi o addirittura su singoli casi, sono: sindrome ossessiva compulsiva, sindrome ansiosa, morbo di Parkinson, sindrome maligna da neurolettici, sindrome catatonica su base organica ed infine epilessia.

I dottori Mukherjee, Sackeim, Schnur nel loro testo del 1954, *Electroconvulsive therapy of acute manic episodes: a review of 50 years experience* rilevano un'efficacia della TEC nella mania con una percentuale di risposta del 80%. Complessivamente più della metà dei pazienti resistenti

alla farmaco terapia rispondono alla TEC, anche se spesso si rende necessaria una combinazione con un antipsicotico o con uno stabilizzatore dell'umore.

Concludiamo questa parte del libro dedicata alla descrizione dei metodi di applicazione delle terapie elettroconvulsive dateci dalle testimonianze con altri frammenti delle stesse storie che sottolineano come queste metodologie elettroconvulsive siano sempre in relazione con metodi farmaceutici. Queste relazioni sono in buona parte di sinergia, ma in alcuni casi possono essere più conflittuali.

Il conflitto si basa sulla necessità di intervenire con un metodo perché l'altro non si è dimostrato funzionale al trattamento.

“Diciamo che ho avuto questa forma depressiva, mi furono dati questi farmaci; all'inizio sembrava che tutto funzionasse, poi, dopo, son subentrati anche degli effetti collaterali gravi sul sistema neurologico, poi da lì praticamente sempre tutto un peggiorando e poi, niente, mi hanno fatto l'elettroshock insieme a dei farmaci”.

“Non era la terapia giusta, infatti quando finalmente hanno cominciato a diminuire i farmaci, man mano che diminuivano i farmaci io cominciavo a stare piano piano meglio”.

“Grazie agli psicofarmaci che mi dava il C.I.M. (ndr centro igiene mentale), io a 23 anni strusciavo i piedi come una vecchina di cent'anni; allora hanno iniziato a farmi del male e secondo me non hanno ancora finito. Io sono contenta di aver trovato ascolto da parte vostra”.

“Prendo tutt'ora dei farmaci, prendo dei farmaci che sono antidepressivi, i quali farmaci, alcuni, mi danno effetto a livello... usando un termine medico di compensazione. Invece sono dei farmaci tramite i quali, senza i quali oggi io non dormo. Ritengo che questi farmaci niente abbiano a che vedere con il mio stato depressivo”.

“Sì prendevo i farmaci. Fumavo anche le sigarette trovate per terra perché

mi portavano un solo pacchetto di sigarette il giorno se andava bene”.

“Fosse stato un solo ricovero credo potrei ricordarmi meglio, ma sono stati troppi, con un sacco di farmaci ed è passato del tempo”.

“Ora seguo due diverse terapie: prendo Augmentin e Abilify; sono seguito tuttora dai servizi”.

“Non ho avuto problemi fisici, non mi ricordo bene, so solo che prendevo il Mogadon che mi faceva stare bene e poi mi interruppero anche quello. Mi dettero «Mogadon mito» quindi molto più leggero, l’ho portato per 3-4 anni.⁶ Il Mogadon non mi dava effetti collaterali”.

“Ora sono in cura da una dottoressa che mi sta curando bene, i farmaci che mi dà sono pochi, per mantenermi in salute”.

“Ora invece ogni tanto mi fanno i prelievi del sangue per vedere il dosaggio dei farmaci e per vedere se risulato migliorato da quegli anni lì”.

“Stamani mi hanno proposto di farmi la puntura. Mi volevano fare il depot. Ma io ho rifiutato, gli ho detto che ne piglio già troppi. Perché loro sperimentano sul tuo corpo per passare bene; vivono sulla pelle degli altri. Mi preme anche a me la salute! Prendo il Depakin da 200, poi 25 gocce di Rivotril, poi quella piccolina gialla... il Disipal. Il mio regista di teatro dice che devo stare sveglio quando recito... ma faccio fatica! Ad una certa ora mi arriva tutta la stanchezza”.

“Insieme a dei farmaci, ho fatto vedere questa cartella clinica appunto a Roma, e poi, va beh, me la sono guardata anche da me perché ho un’amica che è farmacista e quindi mi aveva dato una specie di prontuario con tutti i farmaci, mi sono stati cambiati nel giro di un mese qualcosa come 20 farmaci, uno più forte dell’altro, e indicati per malattie molto diverse tra loro”.
“Sono passata da un’ospedale, poi sono passata in un altro ospedale per la depressione e non riuscivo a staccarmi da quella famiglia, uscivo, stavo un po’ meglio, prendevo benzodiazepine”.

“Mio figlio quando mi ha trovato quella volta mezza morta in casa e che mi ha dovuto portare in ospedale, oltretutto avevo una costola rotta perché nell’andare a prendere la bibita io sono cascata e ho picchiato nella maniglia dell’armadio... ma perché sono svenuta a botta e sono caduta, ma perché? Perché avevo preso troppe goccioline per dormire, prendevo a quel tempo lì, prendevo... ah guarda che bello il cervello lo rifiuta... un farmaco che è potente, non erano le EN, erano pasticche che me lo ricordo come se fosse ora, erano di un rosa... era per dormire; l’Alcion è per dormire, per calmare, e io ne ho fatto uso e abuso incondizionato che non dico. Ho rischiato di morirci, non lo posso più prendere ora io l’Alcion, se lo dovessi prendere ora invece di una pasticca ne dovrei prendere un quarto, perché è stato micidiale per me, ne ho adoperato talmente tanto che mi ha portato a rimanere in stato comatoso per una notte e un giorno. Ecco perché ti parlo di ricoveri fatti così...”.

“Prendo tanti farmaci, un bel po’, una decina, prendo pasticche e poi delle gocce, molti farmaci. L’Haldol, che è come il Serenase. Lo psichiatra per dormire ha provato diversi farmaci, però uno non mi faceva un gran che l’altro mi faceva troppo mi levavo con un giramento di testa ora m’ha dato il Talofen però non so. Ho dei sintomi da agorafobia però non so se c’entrano i farmaci che prendo che mi danno, che possono darmi queste vertigini e quando cammino mi sento andar via i piedi, non lo so se qualcuno di questi farmaci aumenta queste sensazioni.

Comunque mi ritrovo a sessant’anni passati, sempre con questi casini”.

“I farmaci li rifiutavo, ma me li davano, anche nella cartella clinica c’è scritto “controllare che la paziente abbia preso i farmaci”. La mia volontà non c’era mai stata, tutto contro la mia volontà”.

“Sono tornata dal dottore dicendo «questo farmaco non lo reggo più» e lui m’ha detto «prenda tre Lexotan da 6»... ma insomma... senza visitarmi né niente, non m’ha fatto nemmeno mettere a sedere, quindi io, in quel dottore, ho perso la fiducia”.

“Il dottore mi ha prescritto l’Anafranil che però mi faceva andar via i capelli, mi sto rimettendo ora. Fra gli effetti collaterali c’era quello della caduta di

capelli... ora io ho speso più di cento euro per farmeli un po' ricrescere".

Lasciamo commentare il concetto di farmaco dallo studioso Szasz.

"Migliaia di anni fa – in tempi che ci affanniamo a definire "primitivi" (dal momento che le cose ci rendono moderni senza che ci dobbiamo ulteriormente sforzare per guadagnarci questa qualifica) – le religioni e le medicine erano un'impresa unica e indifferenziata; ed entrambe erano strettamente alleate del governo e della politica, in quanto riguardavano il mantenimento dell'integrità della comunità e degli individui che ne erano membri. Come facevano le antiche società e i loro sacerdoti-medici a proteggere la gente dalle pestilenze e dalle carestie? Dal pericolo di battersi in guerra e da tutte le altre calamità che minacciavano persone e popolazioni?

Lo facevano, di solito, praticando certe cerimonie religiose. Nell'antica Grecia, come altrove, una di queste cerimonie consisteva nel sacrificio umano. La scelta, la definizione, il trattamento speciale e infine la distruzione ritualizzata del capro espiatorio, rappresentavano il più importante e il più efficace degli interventi "terapeutici" conosciuti dall'uomo "primitivo". Nell'antica Grecia, colui che era sacrificato come capro espiatorio era chiamato *pharmakos*. La radice di parole moderne come farmacologia e farmacopea non è dunque "medicina", "droga" e "veleno", come sostengono la maggior parte dei dizionari, ma "capro espiatorio"! A dire il vero, proprio dopo che la pratica del sacrificio umano fu abbandonata in Grecia, probabilmente intorno al IV secolo A.C., questa parola cominciò a significare "medicina", "droga", "veleno". È interessante notare che nell'albanese moderno la parola *pharmak* significa ancora oggi solo veleno. Il lettore "moderno" potrebbe essere tentato di liquidare tutto questo come una semplice curiosità etimologica. (...) L'uomo moderno può essere più "primitivo" dell'uomo dell'antichità. Quando gli antichi vedevano un capro espiatorio sapevano almeno riconoscerlo per quello che era: un *pharmakos*, un sacrificio umano. Quando è l'uomo moderno a vederne uno non lo riconosce come tale o comunque si rifiuta di farlo; cerca piuttosto spiegazioni "scientifiche", per spiegare l'ovvio.⁷

L'ELETTROSHOCK COME TORTURA

Il diritto di punire è stato spostato dalla vendetta del sovrano alla vendetta della società.

(M. Foucault)

Il Supplizio è pena corporale dolorosa più o meno atroce. È un fenomeno inesplicabile che stende l'immaginazione degli uomini in fatto di barbarie e crudeltà.

(Louis de Jaucourt (1704-1779) medico e enciclopedista francese)

La tortura porta questo nome perché dall'inizio della sua storia era impiegata per torcere, tendere, allungare e disarticolare i corpi anche fino al punto di rottura.

Fin dall'inizio del sapere descrittivo e nosografico è legata all'assenza di spiegazione, tale da istituire nuovi immaginifici.

La tortura viene utilizzata principalmente per punire e per strappare letteralmente dai corpi dichiarazioni e confessioni, ma può essere prolungata fino alla morte.

Per mettere in pratica la torsione delle membra la ruota diviene l'onni-presente strumento di tortura. La corda, la frusta, la croce, il palo avevano lo stesso utilizzo e soddisfacevano le stesse necessità punitive.

Tanto più dura il supplizio tanto più le lesioni saranno gravi.

La contorsione del corpo si verifica anche nei casi di epilessia e negli episodi di folgorazione incidentale, anche la convulsione elettricamente indotta provoca tensioni, contratture e fratture del corpo. Sono le stesse osservazioni cliniche dei primi decenni di applicazione che raccontano dell'utilizzo disciplinare dell'elettroshock verso i malati riottosi torcendoli fino all'obbedienza.

Siamo dunque di fronte alla storia di una cura che nasce con le caratte-

ristiche di pena e con la storia di una pena che viene applicata come cura.

Il concetto di cura è ben legato a quello di continua sorveglianza. E l'atto di sorvegliare è propedeutico all'azione punitiva.

Parole e concetti permeati ancora di tutta una cultura religiosa che associa la malattia al concetto di peccato ispirato dal "Maligno" e quello di cura alla purificazione dallo stesso.

"Una volta (negli anni 1965-66 n.d.r.), il male che ho addosso io, quelli che cascavano e battevano la testa, li chiamavano "cose del diavolo". Quando uno era epilettico era «cosato» dal diavolo! Io ho iniziato a soffrire di epilessia dopo una caduta. Ho conosciuto tanti ragazzi con la stessa malattia che poi sono morti. A me hanno fatto l'elettroshock".

La pena, la purga che deve purificare si avvicina così al concetto di cura. Tutta la storia dei trattamenti psichiatrici deriva dai sistemi punitivi, la contenzione e gli altri strumenti utilizzati nel corso dei secoli sono strumenti di tortura.

L'elettroshock, in quanto presidio psichiatrico, veniva ovviamente praticato in strutture ospedaliere sia private che non e all'interno di queste istituzioni dotate di apparecchi elettroconvulsivi si adoperavano anche altre "tecniche" già note nel passato ed altre ancora tutte da sperimentare.

Nelle interviste che abbiamo raccolto, ci è stato raccontato non solo del trattamento elettroconvulsivo, ma anche, in un caso, di un trattamento tramite shock insulinico e in due casi di terapia del sonno. Inoltre sono stati subiti vari trattamenti, spesso obbligatori, che impiegavano metodi di contenzione, percosse e punizioni corporali. In tutti abbiamo riscontrato un massiccio e variegato utilizzo di psicofarmaci.

Cerchiamo di capire dalle parole delle persone che abbiamo incontrato.

"Non era un sistema terapeutico, era un sistema punitivo cioè attraverso l'elettroshock non si tendeva tanto a curare ma a eliminare qualcosa dalla mente che si chiamava fissazione, allucinazione. L'elettroshock poteva agire anche come un'antidepressivo ma allo stesso tempo agiva da elemento di punizione perché se uno provava a scappare la punizione era quella lì".

“L'elettroshock è qualcosa che può fare il lavaggio del cervello. Loro dicevano che attraverso questo elettroshock io mi sarei dimenticato delle mie fissazioni quindi non era una terapia, lo poteva essere a volte, ma non per il più delle volte. Perché era sempre qualcosa di punitivo: tu sei scappato via, ti sei comportato così, allora fai l'elettroshock. Lo chiamavano «lo shock» loro”.

“Il ricordo degli elettroshock è molto vago, io ricordo delle grandi camerate e io che mi dibattevo, che non volevo farli, che mi alzavo dal letto, volevo andare via, che mi riportavano lì gli infermieri e il medico poi mi addormentavano”.

“Mi bloccavano fisicamente. Questa è una restrizione, una costrizione, una coartazione della tua volontà che poi ripeto la persona è debole, è fragile, non è che una fa tanta reazione”.

“Ricordo la fisionomia di questo medico che mi prendeva e mi metteva lì e io volevo alzarmi e andarmene ed ero sempre più terrorizzata”.

“Uno alzava la voce, lo pigliavano, lo legavano al letto e gli facevano un punturone. Lo facevano, te lo dico io, perché – voglio essere sincero – per calmarti”.

“Mi ricordo solo di essermi svegliato nel letto assistito da due infermieri. Uno di qua, uno di là dal letto che mi accudivano e basta”.

“Quando una persona entrava o la volevano fare entrare, facevano finta che lì dentro c'era qualcosa. Non c'erano i medici, c'era altro. Cercavano di attirare in modo dolce e appena arrivata lì dentro se poi questa resisteva arrivavano 4 o 5 infermieri, gli saltavano addosso, lo legavano e poi questa persona stava legata fino a che non stava meglio. Mi ricordo soltanto che la prima volta che mi hanno fatto l'elettroshock non volevo fare la doccia. È stata l'unica volta che ho resistito, ma era logico: io non avevo mai visto una doccia. Vedevo altri uomini fare la doccia io mi vergognavo non ero mica tanto contento di farmi vedere, però questo infermiere che era anche

un infermiere grosso cominciò a minacciarmi, se non fai la doccia ti lego, te la faccio fare a forza, e io mi misi a piangere”.

“Ho visto una ragazza, non solo legata come sono stata spesso anche io, mani e piedi. mi hanno legato tante volte... sai perché mi legavano anche? Perché dovevo prendere tipo una decina di pasticche tutte insieme... e io le pasticche, sin da quando ero piccolina, non riuscivo a buttarle giù. Neanche una pasticcina piccola. Io le pasticche le devo prendere una per una e poi un goccio d'acqua. No!! Le dovevi buttare giù così. E siccome le risputavo fuori... «Ha rifiutato la terapia! Legata!»”.

“Una volta il dottore mi ha fatto legare perché volevo parlare con lui. Era nella stanza medica e io bussavo e aprivo la porta per parlare con lui, alla terza volta che ho aperto la porta mi ha fatto legare”.

“Ho visto una ragazza, che siccome era andata a fare casino nello studio del primario è stata legata, non solo mani e piedi, mi è rimasta sempre impressa anche se sono passati tanti anni, perché poi anche lì c'è modo di legare qualcuno... più o meno stretto... ma anche al collo...”.

“Erano tutti anziani, ricordo io ero l'unica giovane e la cosa più straziante è che ti fanno vedere accanto quello che fanno cioè quello prima di te, te lo fanno vedere e quindi è una cosa straziante”.

La tortura altera le logiche del corpo e muta irreparabilmente le esperienze, le relazioni e i sentimenti di chi la subisce. Lo stato di passività del torturato procura paura. La Paura, dal latino *pavorem*, “io sono percosso, abbattuto”, è un'emozione dominata dall'impulso, dall'istinto. La sua funzione primaria è infatti legata alla conservazione della specie. Entra in scena ogni volta che si presenta un possibile pericolo per la propria incolumità, accompagnata da un aumento delle principali funzioni fisiologiche di difesa come l'accelerazione del battito cardiaco. Tra i principali meccanismi difensivi dalla paura vi è la fuga.

“A quel punto lì volevo scappare, mi prese la voglia di scappare perché

non volevo l'elettroshock, anche se non sapevo bene di cosa si trattasse precisamente, ma l'istinto ebbi quello”.

“Io guardavo i muri e mi dicevo ma come si fa a scappare da questi muri. Questi muri sono troppi alti, è peggio di un carcere qui. Volevo scappare anche io, ma dico chi ce la farà mai a scappare con questi muri lisci così”.

“Io volevo scappare, non volevo fare gli elettroshock; ma se uno provava a scappare glielo facevano per punizione”.

“Quando toccava a me volevo scappare”.

“Per esempio se uno saltava la rete, il recinto, si ritrovava a letto con le cinghie legato”.

“L'elettroshock ti segna in una maniera non indifferente, cioè nel senso rimani scioccata da quello che vedi che fanno anche a quello accanto. Poi il contenimento, poi il contenimento, perché io volevo alzarmi e andare via; dice: «no te vieni qui»”.

Queste parole si riferiscono tutte alla reazione di sapere che si sta per subire l'elettroshock. Dunque questo metodo di cura viene interpretato come una minaccia alla propria vita. Il desiderio di scappare risponde al bisogno di allontanarsi dalla fonte di sofferenza.

Oltre alla fuga altre due principali reazioni alla paura sono la protezione istintiva del proprio corpo e la ricerca di aiuto.

Le persone che abbiamo conosciuto hanno tutte cercato aiuto. Ma l'azione di chiedere aiuto è sempre successiva all'ospedalizzazione perché si percepisce la necessità che ciò ricada al di fuori delle mura del reparto e al di là di quei legami che li hanno accompagnati verso i trattamenti psichiatrici.

Vogliamo concludere questo capitolo sulla tortura ricordando che in Italia non esiste una fattispecie di reato che porti il suo nome e con due descrizioni dell'elettroshock rese in tempi e luoghi distanti tra loro.

“Lo shock è spesso praticato nel reparto, sotto gli occhi di spettatori interessati. Le convulsioni del paziente somigliano sovente all'agonia della vittima di un incidente e sono accompagnate da sospiri soffocati, talvolta da uno sbocco schiumoso di saliva alla bocca. Il paziente a poco a poco si riprende, senza ricordare nulla dell'accaduto, ma intanto ha offerto agli altri una rappresentazione paurosa di ciò che può facilmente capitare anche a loro”.⁸

“Ho visto letti di contenzione, ho visto le persone legate che stavano nudi e seminudi su letti tutti sfatti, bestemmie, urina per terra, ho visto persone impalate attaccate ai muri io cercavo di toccarle per curiosità e quelle sembravano emettere una specie di gemito e io mi dicevo ma questa persona deve esistere per forza è un uomo non è mica una statua”. (P.)

RESISTENZE

Poi restai lì e mi assecondai a questi elettroshock.

“Le identità di resistenza tendono ad associare la fonte della sofferenza ai dispositivi mortificanti che stanno alla sua origine e per fronteggiarli costruiscono e rafforzano un particolare “momento identitario”. Ma dire questo ancora non basta. Lo sguardo socioanalitico sulle identità di resistenza, infatti, costruisce un’ulteriore distinzione a partire da una nuova domanda: queste identità resistono per mantenere o ristabilire una condizione precedente, oppure si battono per istituirne una nuova?”.⁹

Il processo, diagnostico prima e terapeutico poi, vede il paziente assoggettato a questi due momenti distinti della medicina.

Il paziente psichiatrico passa con più probabilità da una sorta di “infantilizzazione” che amplifica questa passività: spesso il rapporto medico paziente è mediato dalla presenza dei familiari, e il sapere psichiatrico difficilmente contempla direttamente le conoscenze e le esperienze di queste persone, interpretandole come aspetti della patologia e non come un sapere che può avere il proprio ruolo nel percorso di cura.

Sottoposti prima a un giudizio psichiatrico teso alla diagnosi¹⁰ e successivamente di nuovo soggetti a determinate cure mediche, i pazienti vengono doppiamente allontanati dal proprio vissuto.

Questo allontanamento dalla propria storia produce delle reazioni.

“Più di una volta interloquendo con loro sono riuscito a metterli anche in seria difficoltà tramite il ragionamento, fermo restando che loro ad un certo punto alzano le mani, loro sì, loro alzano le mani e quando non hanno più parole esordiscono dicendo che loro in scienza e coscienza, in buona sostanza questo è il concetto, hanno agito; per cui, per loro, pur sentendosi

mortificati a livello professionale, sei libero comunque di andarti a buttare sotto un ponte perché sei comunque una persona malata, questo è quanto insomma”.

“Non c’è riscontro di nessun tipo dal lato dei referti né in negativo né in positivo, non c’è scritto niente e quando ho chiesto spiegazioni non si trovava più nulla”.

“Quando il dottore girava per la corsia come un barone, con tutto quello che sapevo di lui, mi faceva le carezzine. Io in quel periodo praticamente gli rifiutai la carezza e così gli dissi: «Lei mi curi, ma lasci perdere la carezza» e allora chiamò mia madre e mi buttò fuori dalla clinica dicendo: «Lei non è malata»”.

“Ogni volta che finivano queste prove poi c’erano i colloqui con i galoppini, i praticanti, con i tirocinanti e dovevo stare lì a raccontare sempre le solite cose, come mi sentivo, ecc”.

Con la narrazione a noi rilasciata il paziente esce da questo ruolo passivo e racconta in prima persona la propria esperienza, spesso ricostruendo anche la propria situazione medica partendo da una critica verso i trattamenti subiti. I frammenti delle storie che seguono riguardano la valutazione dell’efficacia dell’elettroshock sulla propria persona.

“L’elettroshock mi è servito per farmi star male e basta!”

“L’elettroshock mi ha reso un vegetale. Ero un vegetale, io avevo accanto una persona, mi avevano messo accanto una persona che mi badava perché io non ero all’altezza più di fare nulla, dopo tutte queste cure non ero in grado di fare niente, ero un vegetale camminavo di punta, puntando i piedi”.

“La reputo una pratica terribile, terribile. Ecco, poi dopo, se serve io non lo so, credo che però non sia la via giusta della psichiatria... non è la via giusta credo della psichiatria e spero che la psichiatria abbia qualche premio

Nobel che apra qualche strada, ecco, perché secondo me quella non è la via giusta...”.

“Con l’elettroshock è iniziato il calvario, allora hanno iniziato a farmi del male e secondo me non hanno ancora finito”.

“Dell’elettroshock penso tutto il male possibile”.

“Io credo che se l’elettroshock è rimasto il tipo di terapia che induce tutt’oggi questi effetti, questi effetti devastanti peraltro, perché non sono effetti secondari sono effetti devastanti, se tutt’oggi continuano, per me che qualcuno li fermi perché qui veramente si mette a serio rischio la salute dell’individuo, la salute e l’equilibrio anche di un individuo”.

“Tutte esperienze, tutte negative, la prima negli anni settanta e da lì sono rimasta segnata. Ma diciamo che dall’inferno ci sono passata, io non volevo tornare lì negli anni novanta, ma ero sola, questa è stata un’esperienza negativa. Io non lo so gli altri che tipo di esperienze hanno raccontato, se sono state positive o meno, io ero diventata un vegetale totalmente”.

“Soffriva tanto, soffriva tanto, poi son quelle malattie che non c’è una cura”.

Queste valutazioni ci sembrano anche una critica alla diagnosi medica e fanno emergere come le esperienze di vita vengano poi incatenate in un’etichetta psichiatrica. Il rifiuto di quest’ultima, l’inefficacia dell’elettroshock, e il raccontare ad altri la propria esperienza fanno sì che i narratori si riappropriano di questi fatti della loro vita per quello che sono.

Il lutto, la maternità, la ribellione adolescenziale, i traumi fisici e gli incidenti che coinvolgono il corpo si liberano così dalla catena psichiatrica.

“C’è da dire che non ero una mente malata, la mia depressione è dovuta alla mancanza; e io ritorno a dire che tutto parte dalla mia infanzia”.

“Quando nacque mio figlio passai dei guai con i miei suoceri per troppa ingerenza da parte dei suoceri nella mia famiglia e questo nel giro di due

anni (dal 1981, quando nacque mio figlio, al 1983) mi portò ad una forte depressione e una forte rabbia”.

“All’età di 10 anni fui all’orfanotrofio delle suore e montai su un albero di pero, però non sapevo che questo ramo era mezzo e mezzo, montai su questo pero per *chiappare* una pera e di lì cascai; come i bambini che gli garba montare sulle piante e io per pigliare una pera venni giù. (...) E sicché da quella volta lì, dalla caduta, sono passato dall’orfanotrofio al reparto di psichiatria e poi mi hanno mandato in un istituto psichiatrico”.

“A mia mamma morì una figlia di malattia e di lì tutto andò in discesa”.

“Secondo me il mio disagio, chiamiamolo così anche se non mi sentivo una persona disagiata ,ma solo una persona che ha dovuto affrontare molto spesso da sola caterve di problemi, era perché avevo appena partorito... la mia era praticamente una depressione *post partum*”.

“Dopo la nascita di mia figlia io ho iniziato a non sentirmi adatta per essere una mamma per esempio; era una bambina che non volevo, perché avevo vent’anni, perché avevo tanti sogni per la testa da realizzare compresa l’università che non ho mai fatto...”.

“Io sono una persona divorziata, mi sono risposato, ma mi fu tolto mio figlio all’epoca minore. Questa è stata essenzialmente la mia esperienza, quello che mi sento di dire a chi la dovesse nuovamente affrontare è di non commettere lo sbaglio di farsi fare questo tipo di terapia, perché è una terapia che non risolve il problema, lo lascia intatto e al tempo stesso crea e riporta dei danni che sono praticamente irreversibili”.

“Era il 1994, io uscivo da un lutto, non quello che in psichiatria chiamano lutto, che potrebbero essere tante cose, una persona che ti lascia, eccetera... ma un lutto vero... la morte di una persona che mi era tanto cara”.

“Poi c’è stato il grande shock del 1998 quando mi è bruciata la casa... perché ho lasciato una candela accesa, e mi hanno portato in reparto con l’inganno”.

“Bisogna risalire al 1976, quando mi morì mio figlio”.

“Nella fase adolescenziale è partito tutto, mi sono sposata a 18 anni contro il parere dei genitori; ho sposato un uomo più grande di me perché era un modo per scappare di casa”.

“Io pensavo di essere innamorata e invece no, non era amore, era voler bene ad una persona che vedi dalla mattina alla sera. Ho confuso e ho percepito che la cosa non andava bene quando ho partorito il mio primo figlio”.

“Ho avuto una minaccia d’aborto e sono stata ricoverata in ospedale d’urgenza. Mio figlio è nato bellissimo, ma dopo 24 ore è morto e di lì è scattata una molla cattiva in me”.

“Io ho sentito, sai i vecchi interruttori di porcellana, quel clic, proprio il clic della corrente che staccava”.

L’incontro con altre conoscenze e saperi medici e non, ma comunque impegnati a contrastare la necessità di continuare a ricorrere alla scossa elettrica è raccontato con queste parole:

“Una segretaria giovane, della mia età (allora avevo ventotto anni, erano i primi anni settanta), ebbe un buon concetto di me. Andò dai miei genitori e gli disse: «No guardate, no. Ve lo dico io da chi andare». Lei, essendo l’assistente di un medico andava in tutti i congressi che allora si facevano. Poi mi hanno portato a Roma da questo medico da lei suggerito, il quale nel giro di pochi mesi mi tolse tutti i farmaci, mi fece il lavaggio del sangue e mi mandò a fare dei colloqui da uno psicanalista venuto da New York portando nuove idee, che per allora erano molto all’avanguardia. Nel giro di tre mesi non avevo più nulla”.

“Dopo queste cure, questo è sicuro, mi volevano mettere in una specie di clinica per lungodegenti. È stata questa persona che probabilmente ha creduto in me, ha creduto al di là di certe apparenze e ha detto: «No, prima di

fare una cosa del genere facciamo noi quest'esperimento si prova a curarla». Hanno fatto, come avevo sempre chiesto io, mi hanno levato questi farmaci e dato un supporto psicologico”.

“Come ne sono uscita sinceramente non lo so, so solo che questo assistente, il quale forse ha capito, perché gli avevo raccontato che quando avevo vent'anni purtroppo, anche lì perché studiavo molto, è venuto un sovraccarico e anche lì curata con elettroshock e tutto... una tragedia”.

“Erano tutti giovani medici che facevano anche una certa terapia di sostegno, parlare, queste cose che poi probabilmente in quel periodo era quello di cui avevo bisogno”.

“Sembra quasi un romanzo. Successe che quando andai via in un'altra città, feci altre conoscenze. Lo vedi come sono io, sono un'espansiva, sono una che chiacchiera con tutti, anche se stavo male un po' mi atteggiavo, insomma le *public relations* le tenevo lo stesso. Incontrai una persona che lavorava in uno studio medico che parlò con la mia famiglia e disse: «Secondo me l'elettroshock non va bene. Vi suggerisco io un altro percorso terapeutico». Mi furono tolti tutti i farmaci, tolti gli elettroshock e io piano piano sono stata bene nel giro di pochi mesi. Questo è successo negli anni settanta”.

“Ho fatto vedere le mie cartelle cliniche in un'altra città, e mi hanno detto che nel mio caso con la diagnosi riportata lì assolutamente l'elettroshock non era indicato. Io avevo anche disturbi d'attacchi di panico e fare l'elettroshock a una persona anche con questo disturbo non era la terapia indicata”.

“Quando mi indicarono un altro medico questo mi disse: «Lei è venuta con una diagnosi molto grave e per me qui non c'è proprio nulla. Lei sta assumendo un'enorme quantità di farmaci, proviamo a scararli, anche per capire meglio le sue condizioni di salute». Andò bene e lì diciamo nella sfortuna ho avuto fortuna”.

Molte persone che hanno subito trattamenti psichiatrici ci hanno narrato che successivamente sono state efficaci diverse forme d'aiuto, come

l'ascolto attivo, la scrittura, la meditazione, il training autogeno, il teatro, lo yoga, la psicoanalisi, la naturopatia, l'omeopatia, filosofie orientali e anche il ricorso all'informazione prodotta dalle realtà attive contro gli abusi della psichiatria.

“Faccio training autogeno con le meditazioni, le visualizzazioni: il vortice nero che poi ritorna fuori bianco. Quando si inspira si cerca di visualizzare un vortice scuro nel petto, è la negatività che si trova nel mondo, poi quando si espira questo vortice si frantuma in aria bianchissima. Vuol dire che ci si abitua a convertire l'energia negativa che si prende dal mondo in energia positiva”.

“Non provo più rabbia, ho imparato, prendo «degli antidoti buddisti alla rabbia», sono chiamati antidoti, sono forme di pensiero che attuo quando mi arrabbio e in pratica anche quando qualcuno mi fa qualcosa di male applico la compassione. Perché probabilmente dentro di sé qualcosa lo porta a reagire male”.

“Faccio spesso yoga, affronto il problema a 360° e cerco di sviscerarlo il più possibile, per fare emergere le cose brutte che mi sono capitate e che mi possono capitare”.

Fermo restando che l'amore e l'amicizia verso l'altro rimangono efficaci forme d'aiuto.

“C'è stato il fatto che mia figlia era un periodo che aveva bisogno di me, questo mi è servito”.

“Quando mio figlio è tornato da me a quattordici anni perché anche lui non sopportava più la mamma, per me si riaprì una luce immensa e mi tornò la voglia di vivere per qualcuno, perché viceversa tutt'oggi direi questa voglia qualora mancasse il figlio non ci sarebbe. Questo è quanto mi sento di dire cioè non è che loro hanno guarito, non hanno proprio guarito niente”.

“Mi piacerebbe capire per aiutare le persone, far del bene aiuta a stare

bene... sarei contenta di poter aiutare le persone primo per non perdere tempo”.

Resistere è una parola che deriva dal latino ed è composta dalla particella *re*, addietro, inteso come opposizione, e *sistere* che vuol dire fermarsi. Significa non cedere all’urto, reggere, contrastare.

Le storie che abbiamo ascoltato parlano delle resistenze che si sono verificate a seguito del trattamento tramite elettroshock, in alcuni casi riguardano l’attraversamento della propria sofferenza, in altri si tratta di vere e proprie strategie tese a trovare giovamento nel proprio stato di salute.

Il fatto di poter essere ascoltati e di poter raccontare parti della propria vita appare come un’azione che salva dai momenti dolorosi e che apre verso gli altri, non solo per poterli informare delle proprie esperienze, ma anche per essere fonte di aiuto per altre persone in difficoltà analoghe, come le testimonianze che seguono suggeriscono.

“Sì, esatto, è una cosa che, guardate, anche ora, è un periodo della mia vita che vorrei cancellare, però se questa cosa serve per aiutare delle persone ben volentieri, se si può aiutare... Ecco, a riparlare è come se lo rivivessi, per cui per me è terribile, però... se questo può aiutare...”.

“Però se tu sei minata, sei minata quindi sinceramente anche io me lo pongo questo problema e dico come ho fatto ad uscirne non lo so; sì perché magari c’è chi ha una forma depressiva però magari fa cure ben diverse e poi dopo la supera. Io sono stata all’inferno, ecco vi posso dire che sono stata all’inferno, questo sì. Come ne sono uscita non lo so... ho trovato un varco, diciamo tutte e due le volte, ho trovato un varco... cioè nemmeno un varco, forse ho trovato delle persone intelligenti, che mi hanno voluto bene e in quel momento lì non si sa come mi hanno aiutato; la persona giusta al momento giusto... è stata una fortuna sì penso di sì... per due volte e non è da poco. Spero di aiutare qualcuno perché insomma io sono stata aiutata e mi fa piacere poter aiutare. È difficile, perché non ho ricordi più di tanto... però, ecco, nel mio caso è stato un inferno... io non sono un me-

dico e non lo voglio nemmeno essere, io non lo so, cioè sinceramente non lo so se per altri casi...”.

“Quindi (l’elettroshock ndr) è una terapia che sostanzialmente sconsiglio a tutti e impedirei a chiunque l’applica di applicarla, però io non sono nessuno, non ho nessuna autorità per intervenire in merito. Ecco questo grosso modo è quanto mi sento di dire cioè: non lo fate, non lo fate, non lo fate. Opponetevi in tutti i modi. Meglio un morto sano che un rimbambito, sembra un paradosso però ti dico che è così cioè meglio che io muoia da vivo che muoia da vegetale; la morte mi ha da trovare vivo, non è che ha da trovare lì un cadavere. Sarebbe particolarmente triste.

Allora ho rilasciato quest’intervista, sono venuto apposta e ho incontrato il signore designato per rilasciare questa testimonianza affinché altri sappiano perfettamente a cosa vanno incontro e dato che mi sono reso disponibile a questa testimonianza ribadisco il concetto affinché altri non subiscano quello che io ho subito”.

“Io spero che l’antipsichiatria riesca, non dico né oggi né domani, a farmi uscire da questo tunnel, a farmi ritrovare me stessa, anche se in fondo non mi sono persa, so chi sono, so cosa voglio, so dove voglio arrivare, però uno dei miei obiettivi, sicuramente uno dei più importanti, è ritornare ad essere una persona libera dalla psichiatria... è ritornare ad essere considerata, come mi succedeva prima del mio ventitreesimo compleanno, una persona normodotata”.

“L’identità di resistenza può essere semplicemente difensiva. La persona o il gruppo tende a proteggere il suo nucleo più profondo e rifiuta di lasciarsi fagocitare dall’istituzione. Oppure può portare con sé un progetto di cambiamento di quell’istituzione e allora l’interazione sarà duplice. La persona o il gruppo rifiuterà l’istituto, ma proporrà anche un percorso diverso, un cambiamento. Parliamo allora di identità di resistenza istituyente”.¹¹

ELETTROSHOCK E MEMORIA

LA MEMORIA DI NON AVER MEMORIA

Cercando ricordi s'incontrano amnesie.

*“Niente è più presente di ciò che si nasconde sotto l'amnesia”.*¹²

Senza la memoria l'esperienza umana, sia collettiva che individuale, perde il suo significato.

Ogni volta che si racconta si usano i ricordi, ma nel raccogliere questi ricordi abbiamo incontrato amnesie. Il ricordo narrato rende espresso quel che i narratori portano impresso come un'amnesia, una mancanza di ricordi che non può essere cancellata.

La memoria, dal latino *memor*, è la facoltà di ricordare un avvenimento senza che si verifichi l'occasione che suscita tale ricordo. La perdita della memoria, nel linguaggio medico è chiamata amnesia. Questa parola greca, composta dal prefisso *a-* ovvero “senza” e *mnēmē* “memoria”, descrive un disturbo episodico che rende incapaci di ricordare fatti recenti o fatti lontani nel tempo, preservando però la capacità di imparare nuove azioni.

Le narrazioni che abbiamo ascoltato hanno tutte un ricordo comune: aver perso parte della memoria relativa alla propria storia, sia prima che dopo il trattamento.

“Ma secondo me... di memoria me ne hanno bruciata una buona parte, soprattutto la parte scolastica... anche i volti dei compagni di scuola... persone che frequentavano assiduamente casa mia... mi sono trovata tempo fa a tu per tu con una ragazza, una signora diciamo, un po' più grande di me che

c'è rimasta malissimo perché ad un certo punto io... dico, io le dico: «dimmi chi sei perché non mi ricordo più di te»... e mi succede molto spesso... e io avevo una memoria... mi chiamavano Pico della Mirandola per la memoria che avevo, nelle date, nei compleanni, nelle persone, in tutte le cose».

“Questo tipo di terapia oltre il danno alla memoria visiva ha indotto indiscutibilmente anche un danno, un danno a livello cerebrale, cioè cognitivo, per il quale non sono proprio più in grado di leggere; o meglio di leggere fine a se stesso leggo, però non sono in grado di memorizzare il contenuto di ciò che ho letto”.

Queste persone fanno di avere delle amnesie e quanto esse siano presenti nel loro quotidiano.

“Ho enormi difficoltà a ricordare quello che mi è capitato ieri o ieri l'altro. Certo a meno che non siano fatti particolarmente eclatanti, che mi hanno colpito in maniera particolarmente significativa. Un esempio che può essere stupido quanto banale: ora io sono una persona divorziata, mi sono risposato e la sera magari guardo la televisione con mia moglie e lei mi dice: «guarda che questo film l'hai visto 5 volte» e io dico a lei «guarda che per me è la prima volta che lo vedo». Può sembrare banale, perché magari a molti passano a mente i film, però questo tipo di osservazione purtroppo viene ripetuta in moltissime altre occasioni. Quando trovo davanti a me delle facce non mi riesce più di collegarle ad un nome o ad un pensiero o a chi loro siano effettivamente; so solo che loro mi conoscono perché mi chiamano per nome, perché mi chiedono come si svolge la mia attività e tutto quanto, però io non so chi ho di fronte, cerco di scoprirlo tramite il dialogo, cioè dicendo anche io: «come va? Ma te che fai? Come stai?» e forse qualche volta riesco ad indovinare qual è l'interlocutore e in quale occasione io l'ho conosciuto precedentemente oppure, viceversa, alla fine della conversazione mi tocca chiedere a mia moglie, o a chi ho accanto, chi fosse la persona con la quale io stesso ho parlato”.

“Per cui mi sono ritrovato una memoria che funziona, funziona male tutt'oggi ho grosse difficoltà a ricordare sia facce che fatti vissuti anche ora re-

centemente, cioè, non ha avuto solamente un carattere retroattivo in quello che era capitato negli anni precedenti, ma ha avuto danni, cioè sto avendo, sto subendo tutt'ora danni, danni praticamente quotidiani”.

I ricordi che seguono si riferiscono ai giorni in cui i trattamenti elettroconvulsivi sono stati applicati.

“Quando mi svegliavo non ricordavo niente, ma tante cose anche ora di quel periodo non le ricordo. Non le ricordo...”.

“Avevo fatto amicizia con una ragazza di lì dentro, Paola, mi ricordo sempre il nome e il volto però non mi ricordo altro; ho un piccolo disegno di lei e delle frasi scritte in un quaderno, in un foglio”.

“L'unico ricordo che ho di quei giorni è un sapore amaro... in bocca... Nei giorni immediatamente successivi non riesco a riconoscere nessuno, nemmeno mia figlia... che mi passava davanti e vedevo come un'estranea”.

“Poi mi ricordo che mi portava in giro mia sorella con la macchina a trovare mio padre per farmi ricordare le cose che mi ero dimenticato, oltre alla rabbia che provavo per l'ingerenza che i miei suoceri avevano avuto nei confronti della mia famiglia. Me l'hanno semplicemente detto: sono scariche, come dare una cura farmacologica. Mi sono dimenticato, poi ho cominciato a ricordare delle mie cose. Mi sono ricordato tutto da solo”.

In queste storie fatte di memorie perdute resta però presente il ricordo dei motivi e degli accadimenti che hanno portato alla psichiatrizzazione e di conseguenza all'elettroshock.

“Come prima istanza mi fecero l'elettroshock per farmi dimenticare quello che avevo di rabbia dentro”.

“Sta di fatto che dopo questa terapia diverse cose dalla mia memoria sono state rimosse, questo è vero, però non sono stati rimossi assolutamente i fattori scatenanti e determinanti del mio stato depressivo”.

Quando gli psichiatri iniziarono ad indurre l'attacco epilettico per trattare la schizofrenia gli effetti collaterali riguardanti la perdita della memoria erano già ben noti, con l'uso della terapia dell'elettroshock questi effetti divennero il primo obiettivo perseguito. Alla base del suo utilizzo c'era la convinzione che i danni cerebrali avessero un valore terapeutico.

La naturale malleabilità e fragilità della memoria è stata indagata e manipolata da diversi saperi medici e farmacologici. Già dai primi studi intrapresi da Cerletti, ad esempio, si aveva piena coscienza della perdita dei ricordi dovuta all'attacco epilettico e dai metodi usati per provocarlo.

La manipolazione della memoria umana è alla base di ogni tecnica di condizionamento ed anche di ogni volontà istituzionale tesa a forzare i soggetti ad essere altro da quello che sono.

Sulle amnesie c'è da aggiungere che successivamente ed oltre all'elettroshock sono state elaborate vere e proprie tecniche per permettere un utilizzo diverso, deficitario o selettivo, della memoria.

Negli anni quaranta gli studi di Cerletti e Bini furono ripresi dalla psicologia sperimentale.

Nel 1949 lo psicologo C. P. Duncan stabilì che l'effetto amnesico dell'elettroshock è tanto più evidente quanto più vicino all'episodio di apprendimento o di memorizzazione. Duncan faceva percorrere a dei topi un labirinto che nascondeva una blanda punizione. Ben presto i topi memorizzavano altri percorsi per evitarla. Se si impartiva ai topi l'elettroshock subito dopo si dimenticavano del percorso esatto, se si somministrava l'elettroshock tardivamente i topi si ricordavano come evitare la punizione.

Se si voleva rimuovere un ricordo si doveva intervenire il più tempestivamente possibile con l'elettroshock; l'elettroshock dunque interviene nei processi di consolidamento della memoria, impedendo il passaggio fra la memoria a breve termine e quella a lungo termine.

Negli anni sessanta, altri studi e somministrazioni farmacologiche (puromica, anestetici come il penthotal ed altre sostanze) sugli animali andavano a bloccare i processi di sintetizzazione delle proteine alla base della stabilizzazione mnemonica. Esistono anche esperimenti farmacolo-

gici sull'altro versante, ovvero sul potenziamento della memoria con l'uso di sostanze psicostimolanti, tra le quali anche la stricnina, l'anfetamina e la nicotina. La psicofarmacologia, in ogni istituzione che la impiega, certamente svolge benissimo il compito di far scordare ai pazienti, agli utenti, ai detenuti o agli ospiti le persone che sono, riducendoli appunto a pazienti, utenti, detenuti e ospiti. Alieni prima di tutto a se stessi, privati della capacità di ricordare chi sono, gli umani resistono con enormi sofferenze e accettano di prendere in considerazione di perdere molte parti del loro sé nel tentativo di riconoscersi.

Se le memorie sono falsate come è possibile ritrovare la propria identità?

“Colui che si è calato nell'elettroshock non ne ritorna, e non ne risale neppure un altro, non ritorna nulla (...) e sono 10, 15 o 20 anni di vita che gli sono stati tolti di fatto. Strana maniera di trattare un uomo cominciando con assassinarlo. E io dico che mi occorreranno ora quanti trilioni di anni per riprendere tutto ciò che l'elettroshock mi ha tolto”.

(Antonin Artaud)

Le amnesie che ci hanno raccontato sono descritte non tanto come perdite di memoria, ma come furti, rimozioni, distruzioni o bruciature. Tutte mancanze.

RIMUOVERE È AZIONE DIVERSA DAL GUARIRE

Niente è più presente di ciò che si nasconde sotto l'amnesia. La memoria è risorsa, è un agente, è un istituyente anche quando manca. La memoria di non aver memoria è istituyente creativo cioè si contrappone in maniera creativa, reattiva, all'istituito.

L'identità di resistenza che deriva dalla coscienza di aver subito un danno nei propri ricordi ci appare non solo difensiva, ma anche creativa. L'istituyente guarda al punto debole dell'istituzione e va verso un cambiamento.

“Una storia nata per difendere un certo ordine simbolico calpestato, ad esempio, all'occorrenza può trasformarsi in una storia che arriva a scoprire,

in corso d'opera, un nuovo panorama immaginario e ciò a spostarsi su un binario impreveduto.

L'invito, quindi, è quello di entrare in questo territorio in punta di piedi, mantenendo uno sguardo fluido, aperto, perché le storie non sono algoritmi sociali, ma percorsi umani aperti al cambiamento".¹³

L'istituto psichiatrico, partendo dagli Stati Uniti nel secondo dopoguerra, vuole che l'amnesia sia esclusa dai suoi palesi fini terapeutici. Istituto è tutto ciò che è sedimentato dall'atto dell'istituire. Da un lato le normative, le leggi, le regole, dall'altro il lato organizzativo e i metodi. Anche la narrazione che l'istituzione fa di se stessa fa parte dell'istituto.

Inscrivere nella propria storia il danno subito ai ricordi ridisegna anche quel perimetro istituzionale che per la propria sopravvivenza necessariamente dissimula le amnesie, attraverso un'azione di etichettatura alla voce "effetto collaterale".

Questo che riportiamo è quanto è descritto nella categoria "Effetti collaterali e rischi" disposta dall'Associazione Italiana Terapie Elettro Convulsive, in un documento indicante le linee guida per il trattamento elettroconvulsivante, redatto nel 2008.

"Tra gli effetti collaterali della TEC, i disturbi cognitivi hanno la maggiore rilevanza clinica. Essi si manifestano al massimo nel 30% di tutti i trattamenti e nel 5-7% di questi ultimi risultano gravi. Le manifestazioni più frequenti sono le amnesie antero-e/o retrograde, i disturbi d'attenzione post-epilettici e gli stati confusionali. Più raramente si osservano perdite di contenuti della memoria autobiografica e sintomi neurologici come afasia, agnosia e aprassia. Tutti i disturbi sopra indicati sono generalmente transitori. I disturbi mnemonici (amnesia antero - e/o retrograda, amnesia parziale) sono considerati gli effetti indesiderati più frequenti. Nel caso singolo può essere difficile delimitarli dalle turbe di memoria e di concentrazione causati dalla depressione. I disturbi di memoria attribuibili alla TEC sono transitori e regrediscono di solito completamente entro poche ore o pochi giorni, in casi meno propizi entro i sei mesi".

NOTE ALLA SECONDA PARTE

1. Legge 180 del 13/05/1978 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, pubblicata nella Gazz. Uff. 16 maggio 1978, n. 133. Conflui successivamente, quasi per intero, nella legge n° 833 del 23 dicembre 1978, con la quale veniva istituito il Servizio Sanitario Nazionale. http://www.tutori.it/L180_78.html
2. E. Goffman, *Asylums. Istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968.
3. Questa discrezionalità medica, circa il voltaggio da utilizzare caso per caso, emerge soprattutto nei casi di errore. Uno di questi è stato riportato nella narrazione precedente, in cui non si riusciva subito ad applicare un'intensità elettrica capace di far perdere coscienza e rimanda a tutti i numerosi casi di condannati alla sedia elettrica che per via di questo tipo di discrezionalità rimanevano in vita.
4. L'elettroencefalografia (EEG) è la registrazione dell'attività elettrica dell'encefalo. La tecnica è stata inventata nel 1929 da Hans Berger e poi perfezionata da Herbert Jasper, da subito impiegata per lo studio del sonno e dell'epilessia.
5. Il dottor Sackeim ed altri nel 1995 pubblicano sulla rivista medica *Electroconvulsive therapy* questi dati: il 50-70% dei pazienti trattati con la TEC in caso di depressione resistente alle terapie presentava tassi di miglioramento.
6. Il foglietto illustrativo prevede che la durata del trattamento con Mogadon (principio attivo: nitrazepam benzodiazepine) dovrebbe essere la più breve possibile e non superare le quattro settimane, compreso un periodo di sospensione graduale.
7. T. Szasz, *Il mito della droga: la persecuzione rituale delle droghe, dei drogati e degli spacciatori*, Feltrinelli, Milano, 1974.
8. Tratto da E. Goffman, *Asylums*, op. cit.
9. R. Curcio, M. Prette, N. Valentino, *La socioanalisi narrativa*, Sensibili alle foglie, Roma, 2012.

10. Diagnosi: dal greco *dia* “per mezzo” e *gnosis* “cognizione” da conoscere.

11. R. Curcio, M. Prette, N. Valentino, *La socioanalisi narrativa*, op. cit.

12. R. Curcio, N. Valentino, S. Petrelli, *Nel bosco di Bistorco*, Sensibili alle foglie Roma, 1991.

13. R. Curcio, M. Prette, N. Valentino, *La socioanalisi narrativa*, op. cit.

CONCLUSIONI

Storie di cura. Storie di presenza.

Quando abbiamo finito di scrivere questo libro la storia dell'elettroshock praticato sull'uomo compiva settantacinque anni. Se siano tanti o pochi non sta noi a dirlo.

Sicuramente sono pochi per poter considerare i soggetti, che l'hanno subita in epoche e con modalità passate, tutti morti.

Ma pare che l'atteggiamento sia questo.

Soprattutto quello medico scientifico, che ha l'obbligo di fondare il suo sapere anche su quello dei pazienti.

Nel nostro Paese, che gli ha dato i natali, non si sono verificate mai prese di posizione politiche e giudiziarie tese a risarcire chi aveva subito un danno permanente, dall'uso di tali terapie.

In America non solo ci sono state delle *class action*, ma delle vere e proprie iniziative di Stato che invitavano a denunciare gli abusi e i danni subiti a seguito di questi trattamenti, promuovendo da un lato un'azione risarcitoria, dall'altro il ripristino dei diritti.

In Italia questo non si è mai verificato. Non si è mai attuato del tutto neanche quel processo di rinominazione del trattamento che anche oggi in tutti gli ambiti utilizza il vecchio nome elettroshock per affrontare l'argomento. Si dichiara spesso di esser lontani, nello spazio e nel tempo, dalle metodologie barbare delle primitive applicazioni, ma non si dice che questo primitivismo nel nostro territorio si riferisce ad una quindicina d'anni fa e non a secoli o millenni addietro.

Denunciamo il nessun peso scientifico che viene attribuito al sapere dei pazienti dalla ricerca psichiatrica e le inesistenti misure tese ad attuare studi sul destino del trattamento e dei trattati.

Temiamo che l'atteggiamento scientifico, che ancora descrive i malati

psichiatrici come poveretti più sfortunati, dei medici psichiatri a cui va il dovere di curarli non solo sia poco professionale ma anche dannoso alla ricerca scientifica, che si può sentir dunque sollevata dal compito di verificare nel tempo le conseguenze dovute esclusivamente a una sfortuna innata.

Questo lavoro non vuole offendere (*choquer*) nessuno e questo teniamo a ribadirlo ed esprimiamo ancora il fatto che l'onestà nella narrazione è stato un principio al quale abbiamo cercato di aderire al meglio, sia nel racconto storico del trattamento, che quello è e non si può cambiare, sia nei racconti dell'elettroshock che ci sono stati donati con l'intento di esprimere ciò che spesso non vuole essere ascoltato.

Le persone che hanno subito l'elettroshock esistono. Non sono simboli, sono presenze reali, in carne ed ossa.

Noi ne porteremo sempre un ricordo di presenza a loro stessi, enormemente più profondo di tanti altri soggetti mai raggiunti dallo stigma della malattia mentale. Nel tentativo di trattenere insieme la propria storia, superano l'ostacolo di aver perso la memoria.

Nessuno sembra più interessato a considerare l'elettroshock una pratica esistente né a considerare viventi le persone che lo hanno subito, con o senza l'anestesia.

Noi, come loro, non ci siamo rassegnati a questo oblio e abbiamo voluto raccontare le loro storie di individui, il loro sapere di pazienti e del loro destino, che può dare indicazione anche sul futuro di questa pratica medica, che contiene ancora troppi aspetti irrazionali e inesplicabili per suggerire sviluppi e maggior libertà di applicazione.

In conclusione, dunque, di questo libro lasciamo tutto il non concluso della storia dell'elettroshock.

BIBLIOGRAFIA

- C. Gazzola, *Divieto di infanzia*, BFS Edizioni, 2008.
- I. Savarino, *Antonin Artaud nel vortice dell'elettroshock*, Sensibili alle foglie, 1998.
- M. Foucault, *Sorvegliare e punire - nascita della prigione*, Einaudi, 1975.
- AA.VV., *La libertà sospesa. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio: psicologia, psichiatria, diritti*, Fefè editore, 2012.
- P. R. Breggin, *Elettroshock. I guasti sul cervello*, Feltrinelli, 1984.
- E. Canetti, *La tortura delle mosche*, Adelphi, 1993.
- S. Verde, *Il carcere manicomio. Le carceri in Italia fra violenza, pietà, affari e camicie di forza*, Sensibili alle foglie, 2011.
- P. Ortoleva, *Mass media. Dalla radio alla rete*, Giunti, 1995.
- R. Marchesini, *Post-Human. Verso nuovi modelli di esistenza*, Bollati Boringhieri, 2002.
- F. Basaglia e F. Ongaro (a cura di), AA.VV., *Crimini di pace*, Einaudi, 1975.
- B. Mortara Garavelli, *Retorica: Le figure retoriche, effetti speciali della lingua*, Bompiani, 1993.
- I. Illich, *Nemesi medica*, Mondadori, 1976.
- R. Passione, *Ugo Cerletti. Scritti sull'elettroshock*, Franco Angeli, 2006.
- A. Hoche, K. Binding, *Il permesso di annientare vite indegne di vita*, 1920.
- F. Cassata, M. Moraglio, *Manicomio, società e politica*, BFS Edizioni, 2005.
- W. L. Shirer, *Storia del Terzo Reich*, Einaudi, 1962.
- H.U. Thamer, *Il terzo reich*, Il Mulino, 1993.
- B. Bettelheim, *Il cuore vigile*, Adelphi, 1965.
- R. Curcio (a cura di), *Mal di lavoro*, Sensibili alle foglie, 2013.

ELETTROSHOCK

N. Klein, *Shock Economy. L'ascesa del capitalismo dei disastri*, Rizzoli, 2007.

H. Weinstein, *Psichiatry and the Cia. Victims of mind control*, Amer psychiatric pub, 1990.

A. Burges, *A clockwork orange*, Caplan publishing, 1962.

E. Goffman, *Asylums. Istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Einaudi, 1968.

T. Szasz, *Il mito della droga*, Feltrinelli, 1974.

R. Curcio, M. Prette, N. Valentino, *La socioanalisi narrativa*, Sensibili alle foglie, 2012.

P. R. Breggin, "La neuropatologia e la disfunzione cognitiva da ECT", *Bollettino di Psychopharmacology*, 22, 476-479, 1986.

P. R. Breggin, "Electroshock: problemi scientifici, etici, e politici", *Rivista internazionale di Rischio & Sicurezza In Medicina* 11:5-40, 1998.

P. R. Breggin, "Terapie mutilanti il cervello", in: E. Valenstein, *Il Dibattito di Psychosurgery*, W.H. Freeman, 1980.

N. Valentino (a cura di), *Istituzioni post manicomiali*, Sensibili alle foglie, 2005.

R. Curcio, N. Valentino, S. Petrelli, *Nel bosco di Bistorco*, Sensibili alle foglie 1991.

A. Merini, *Elettroshock. Parole, poesie, racconti, aforismi, foto*, Stampa Alternativa, 2010.

R. D. Laing, *I fatti della vita*, Einaudi, 1978.

P. Dell'Aquila, "La segregazione psichiatrica", tesi di laurea in Scienze Politiche Università degli Studi di Pisa, 2004.

FILMOGRAFIA

- La fossa dei serpenti, di A. Litvak, 1948.
- Shock Corridor (Il corridoio della paura), di S. Fuller, 1963.
- Elettroshock, di D. Sanders, 1964.
- Titicut Follies, di F. Wiseman, 1967.
- Arancia Meccanica, di S. Kubrik, 1971.
- Family Life, di K. Loach, 1971.
- Il dormiglione, di W. Allen, 1973.
- Qualcuno volò sul nido del cuculo, di M. Forman, 1975.
- The fifth floor, di H. Avedis, 1978.
- Frances, di G. Clifford, 1982.
- Un angelo alla mia tavola, di J. Campion, 1990.
- La seconda ombra, di S. Agosti, 2000.
- Memento, di C. Nolan, 2000.
- Requiem for a dream, di D. Aronofsky, 2000.
- Amen, di K. Costa-Gavras, 2002.
- Pietro (corto), di A. Valente, 2005.
- Revolutionary Road, di S. Mendes, 2008.
- L'uomo che fissava le capre, di G. Heslov, 2009.
- Cortoshock (corto), di A. Maiorana e D. Filipetto, 2010.
- Blue Jasmine, di W. Allen, 2013.

COLONNA SONORA

Mentre scrivevamo questo libro con noi in sottofondo avevamo anche una piccola colonna sonora.

Riportiamo sotto dei titoli di canzoni che parlano di elettroshock.

ELETTROCHOC

(M. Sabione, A. Stellita, dall'album dei Matia Bazar, Tango, 1983, EMI. Il brano è eseguito con E. Jannacci)

HEMINGWAY

(E. Dominici. Tratto dall'album Milioni, 2010)

Ernest Miller Hemingway, scrittore statunitense nato nel 1899 nello stato dell'Illinois, negli ultimi mesi della sua vita fu sottoposto a diversi ricoveri in cliniche psichiatriche dove gli vennero praticati decine di elettroshock. Il primo ciclo di trattamenti oltre a provocare diversi effetti collaterali alterò la personalità dello scrittore fino a fargli abbandonare il vizio del bere e rifiutare ogni invito. Il 26 giugno del 1961, dopo l'ultimo ciclo di elettroshock, fu dichiarato clinicamente guarito. Il 2 Luglio Hemingway prese il suo fucile e si tolse la vita.

PSICHIATRIA

(Punkreas, Album Elettrodomestico, Atomo Dischi, 1997)

KILL YOUR SONS

(L. Reed, Album Sally Can't Dance, EMI, 1974)

RINGRAZIAMENTI

Desideriamo ringraziare Sensibili alle foglie per il lavoro socio-analitico che svolge da tempo e che per noi è stato strumento e ispirazione. In particolare Nicola Valentino per lo stimolo, il sostegno e la pazienza. Senza di lui non avremmo mai scritto questo libro.

Vogliamo ringraziare tutte le realtà sociali e i singoli che in questi anni ci hanno accolto e permesso di portare avanti ed esprimere la nostra attività.

Inoltre un ringraziamento speciale e un forte abbraccio va a: Raffa e Salvo, Silvia, Antonella, Serena, Daniele, Cristian, Anna, Lisa, Gianluca, Marlene, Benedetta, Alberto e Pierluigi per il sostegno al progetto in tutti questi anni.

Infine un grazie speciale per le tante ore spese nella stesura concreta di questo testo va a: Diego Baldini, Selvaggio Casella, Elisabetta Cipolli, Silvia Cortigiani, Andrea Maiorana, Jennifer Telluzzi.

APPENDICE

LEGGE 180 DEL 13 MAGGIO 1978

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Art. 1 - Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Art. 2 - Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale.

Art. 3 - Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale

Art. 4 - Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio

Art. 5 - Tutela giurisdizionale

Art. 6 - Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera

Art. 7 - Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica.

Art. 8 - Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici

Art. 9 - Attribuzioni del personale medico

Art. 10 - Modifiche al codice penale

Art. 11 - Norme finali

Art. 1 - Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui per legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti ed istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto a comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi de-

sono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2 - Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di un trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiatriche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'art. 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto dal precedente comma.

Art. 3 - Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale

Il provvedimento di cui all'art. 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'art. 1 e della convalida di cui all'art. 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o a non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la immediata cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministro degli Interni e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all'art. 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e al secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligatorietà del trattamento sanitario; comunica altresì l'eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

L'omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non esistano gli estremi per un reato più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Art. 4 - Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio
Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulla richiesta di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 5 - Tutela giurisdizionale

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per il territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di 30 giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'art. 3, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone del trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce

al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento. Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Art. 6 - Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello stato o di enti e istituzioni pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui ai successivi commi. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'art. 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

I servizi di cui al secondo comma del presente articolo - secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 - al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio.

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo art. 7.

Art. 7 - Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e Bolzano.

L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli artt. 12 e 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restano ferme fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria e comunque non oltre il 1° gennaio del 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e di ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza si applicano i divieti di cui all'art. 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all'art. 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extra ospedalieri.

I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del ministro della sanità di intesa con le regioni e l'Unione delle province d'Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative,

Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'art. 6, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui all'ottavo comma del presente articolo.

Con decorrenza del 1° gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

Art. 8 - Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici

Le norme di cui alla presente legge si applicano agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge stessa.

Il primario responsabile della divisione entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresì tenuto agli adempimenti di cui all'articolo 3. Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera secondo le norme di cui all'articolo 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui all'articolo 3.

L'omissione delle comunicazioni di cui ai commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo non sussistano gli estremi per un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

Art. 9 - Attribuzioni del personale medico

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

Art. 10 - Modifiche al codice penale

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del Codice Penale sono soppresse le parole: "di alienati di mente". Nella rubrica del articolo 716 del Codice Penale sono soppresse le parole: "di infermi di mente".

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: "a uno stabilimento di cura o".

Art. 11 - Norme finali

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati" e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e dell'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute agli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore sino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto e aeroporto di frontiera e dei comandanti di navi e aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica Italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

CIRCOLARE BINDI DEL 1996

Ministero della Sanità, Roma 02/12/1996

Oggetto: terapia elettroconvulsivante.

Il Consiglio Superiore di Sanità, in data 14/4/1996, ha dibattuto le problematiche relative alla terapia elettroconvulsivante.

1 - Il Consiglio – dopo aver esaminato i pareri delle Società Scientifiche, un recente documento del Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), la letteratura scientifica sull'argomento ed i pareri espressi in diverse Consensus Conference – ha preso atto:

- che il Comitato Nazionale di Bioetica ritiene che “non vi siano motivazioni tali da suggerire come comportamento bioeticamente vincolante la sospensione totale e generalizzata dell'uso della TEC” e considera anzi la TEC “un trattamento elettivo ed adeguato” per alcune specifiche patologie;

- che il diritto del malato alla tutela della vita, della salute e della sua piena dignità di essere umano, in accordo con il parere espresso dal Comitato Nazionale di Bioetica, rappresenta un aspetto centrale nella valutazione dell'opportunità di un trattamento medico e che tale diritto non può costituirsi in opposizione alla scienza, né può anteporle affermazione o teorie di natura ideologica;

- che in Psichiatria vi è una accreditata letteratura che partendo da una profonda attenzione per la personalità e la dignità del paziente, ritiene che la TEC costituisca uno strumento terapeutico, talora indispensabile, per la riduzione della sofferenza dell'individuo se riferita a quadri clinici ben definiti;

- che nel valutare l'eventuale indicazione per la TEC è fondamentale considerare, oltre al tipo di patologia, anche la gravità di questa.

2 - Il Consiglio ha preso atto, in particolare, che la American Psychiatric Association Task Force, con (...), pone in risalto anche indicazioni diverse da quelle prettamente diagnostiche-nosografiche nella scelta dei pazienti da sottoporre a TEC, indicazioni che vengono qui riportate:

A) Indicazioni primarie:

Condizioni in cui la TEC è da considerarsi come l'intervento di prima scelta:

a) quando, soprattutto per la rapidità di azione, ha ruolo di salvavita (rischio di suicidio, stupore catatonico);

b) non soddisfacente risposta alla terapia farmacologica e/o precedente risposta favorevole alla TEC;

c) progressi gravi eventi avversi alla terapia farmacologica;

d) preferenza del paziente per la TEC.

B) Indicazioni secondarie.

Condizioni in cui l'intervento farmacologico sarebbe di prima scelta; l'utilizzazione della TEC, in queste situazioni, è consigliata alle seguenti condizioni:

a) mancanza di risposta alla terapia farmacologica somministrata a dosi adeguate e per un congruo periodo di tempo;

b) intolleranza alla terapia farmacologica o presenza di gravi eventi avversi;

c) peggioramento delle condizioni cliniche, durante il trattamento farmacologico, tale da rispondere ai criteri per una indicazione primaria.

3 - Dalle considerazioni sopraesposte e dall'analisi della letteratura, il Consiglio Superiore di Sanità ha rilevato che le indicazioni cliniche della TEC possono essere così sintetizzabili:

Depressione - La TEC è efficace in diverse forme di depressione, soprattutto in quelle con sintomi deliranti e/o rallentamento psicomotorio, nella depressione resistente agli antidepressivi triciclici e nei pazienti con propositi suicidari, nei quali riduce significativamente il tasso di mortalità: la percentuale di risposta oscilla tra il 70 e il 90% dei casi;

Mania - La TEC è efficace nel 77-85% delle forme maniacali. Si è dimostrata efficace anche nei pazienti resistenti ai trattamenti farmacologici ed elevata è la sua efficacia nello Stato Misto a Mania Mista, nello Stupore Maniacale e nella Mania Confusa;

Disturbo Schizofreniforme - In questo disturbo la TEC è indicata nelle forme più gravi, con florida produttività psicotica;

Schizofrenia - La TEC è efficace nelle forme schizofreniche in cui prevalgono i sintomi positivi;

Catatonìa - Il trattamento con TEC è efficace anche nelle forme secondarie a patologie internistiche;

Sindrome Maligna da Neurolettici - La TEC ha un effetto risolutore nell'80% dei casi;

Gravi Disturbi Mentali in corso di gravidanza - In questa condizione la TEC permette di evitare la terapia psicofarmacologica, non sempre scevra di rischi per il feto;

Psicosi puerperale - La TEC è un importante presidio terapeutico per i Disturbi dell'Umore e per le forme psicotiche acute e resistenti del puerperio.

4 - Il Consiglio, nel prendere atto poi che in letteratura vengono riportati successi terapeutici su patologie neurologiche quali: gravi sindromi parkinsoniane com-

ELETTROSHOCK

plicate, epilessia, delirium, depressione post stroke, ha rilevato, tuttavia, che gli studi sono stati condotti su casistiche assai limitate e meritano, pertanto, ulteriore verifica.

5 - In conclusione il Consiglio, tenuto conto che:

- la TEC pone controindicazioni di natura strettamente medica alquanto limitata, non provoca danni fisiologici ed ha effetti collaterali moderati e circoscritti nel tempo;

- l'impiego di questo trattamento è motivato dall'obbligo primario ed ineludibile di salvare la vita del paziente e di tutelarne la salute, primo fra gli obblighi deontologici del medico;

- la chiara evidenza dell'efficacia della TEC pone anche la questione se sia giusto relegare tale intervento terapeutico al ruolo di ultima scelta, sottoponendo i pazienti a lunghi periodi di tentativi farmacologici e di inutili sofferenze, ha ritenuto che in alcune patologie (quali depressione, mania, disturbo schizofreniforme, schizofrenia, catatonìa, sindrome maligna da neurolettici, gravi disturbi mentali in corso di gravidanza, psicosi puerperale), la TEC rappresenti un presidio terapeutico di provata efficacia, la cui rinuncia aumenterebbe il rischio di peggioramento clinico (vedi evoluzione amenziale) e di morte del paziente.

6 - Il Consiglio ha ritenuto che, al contrario, nelle malattie neurologiche, esposte al punto n. 4, anche se vengono riportati risultati terapeutici, non si possa esprimere un motivato parere non avendo sufficienti elementi per valutare la reale efficacia del trattamento in tali patologie.

Ciò premesso, le S.S.L.L. sono pregate di voler portare a conoscenza delle strutture, sia pubbliche che private, dove la pratica della terapia elettroconvulsivante potrebbe essere effettuata, le sopra riferite considerazioni espresse dal Consiglio Superiore di Sanità, e di voler esercitare, nel contempo, una attenta vigilanza per evitare possibili abusi nella utilizzazione di tale pratica terapeutica.

IL MINISTRO

Rosy Bindi

GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA PRINCIPALE

La questione è sollevata con ricorso promosso dal Presidente del Consiglio dei ministri nei confronti degli articoli 4, 5 e 6 della legge della Regione Piemonte 3 giugno 2002, n. 14 (regolamentazione sull'applicazione della terapia elettroconvulsivante, la lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia), e nei confronti dell'art. 3, commi 2, 3 e 4, della legge della Regione Toscana 28 ottobre 2002, n. 39 (regole del sistema sanitario regionale toscano in materia di applicazione della terapia elettroconvulsivante, la lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia), in violazione degli articoli 2, 32, 33 primo comma, 117 terzo comma (tutela della salute) della Costituzione.

Articoli violati: Art. 2 la repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Art. 32 la repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Art. 33 (1° comma) l'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento.

Art. 117 (terzo comma) sono materie di legislazione concorrente quelle relative alla tutela della salute. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello stato.

La Corte Costituzionale è chiamata a giudicare sulla legittimità di due leggi delle regioni Piemonte e Toscana – identiche nel contenuto e riunite per essere decise con una unica pronuncia – che pongono limiti o divieti all'utilizzo della TEC (terapia elettroconvulsiva), della lobotomia e di altri simili interventi di psicoturgia, nonché la previsione di linee guida regionali per l'utilizzo della TEC e le relative procedure.

Precisamente la legge della regione Piemonte n. 14 /2002 agli articoli:

Art. 4 introduce il divieto di praticare terapia elettroconvulsivante (TEC), lobotomia prefrontale e transorbitale in tutte le regioni su bambini, anziani, e donne in stato di gravidanza (salvo il ricorso alla TEC su espressa richiesta del paziente o previa autorizzazione del coniuge e dei "familiari diretti").

Art. 5 dispone che “è eliminato ogni riferimento che possa contemplare una responsabilità professionale del medico” che decida di non praticare la TEC, salvo risponda dei propri atti nei termini previsti dalla normativa sulla responsabilità professionale.

Art. 6 impone che i pazienti a cui è stata praticata la TEC siano sottoposti a verifiche e controlli sanitari generali periodici, prevedendo che l’assessorato regionale, tramite una commissione di professionisti esterni e locali delle associazioni di settore istituisca procedure di valutazione e revisione della TEC su scala regionale.

La legge regionale della Toscana n. 39/2002 all’art. 3 introduce il divieto, “di norma”, di praticare la TEC su minori, anziani e donne in stato di gravidanza, se non in caso di eccezionale e comprovata necessità medica, su espressa richiesta e autorizzazione dei familiari diretti del paziente nel caso di minori, o del paziente stesso negli altri casi, ferma restando la tutela della vita, della salute e della dignità del paziente (comma 2). Essa vieta poi in termini assoluti gli interventi di lobotomia prefrontale e transorbitale e “altri simili interventi di psicoturgia” (comma 3), e demanda alla Giunta regionale il compito di predisporre, entro sei mesi dall’entrata in vigore della legge, linee guida sull’impiego della TEC e sulle procedure relative al consenso del paziente e all’autorizzazione all’intervento, “su conforme indicazione della comunità scientifica toscana e acquisito il parere della commissione regionale di bioetica” (comma 4).

Ad avviso del ricorrente, i legislatori regionali non potrebbero, senza l’apporto di adeguate istituzioni tecnico-specialistiche, dare indicazioni su singole terapie, così incidendo su diritti fondamentali dei cittadini; le decisioni in materia si collocerebbero in un momento logicamente preliminare persino rispetto alla determinazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria.

Le disposizioni impugnate invaderebbero altresì l’“area concettuale” dei diritti fondamentali del paziente e la contigua area delle responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie, nonché, in parte, della ricerca in campo medico, violando così gli artt. 2, 32 e 33, primo comma, della Costituzione.

La Corte si riallaccia alla sentenza 282/2002 per ribadire che scelte legislative dirette a limitare o vietare il ricorso a determinate terapie – la cui adozione ricade in linea di principio nell’ambito dell’autonomia e della responsabilità dei medici – non sono ammissibili quando nascono da pure valutazioni di discrezionalità politica, e non prevedano “l’elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – di norma nazionali o sovranazionali – a ciò deputati”, né costituiscano il risultato di una siffatta verifica.

Aggiunge poi che stabilire il confine tra terapie ammesse è determinazione che

investe direttamente e necessariamente i principi fondamentali della materia, collocandosi all'incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente e quello ad essere rispettato nella propria identità fisica e psichica (sentenza 282/2002), diritti la cui tutela non può non darsi in condizioni di fondamentale eguaglianza su tutto il territorio nazionale.

Interventi legislativi regionali, posti in essere nell'esercizio di una competenza legislativa concorrente, come quella di cui le regioni godono in materia di tutela della salute (art. 117, terzo comma, cost.), sono costituzionalmente illegittimi ove pretendano di incidere direttamente sul merito delle scelte terapeutiche in assenza di – o in difformità da – determinazioni assunte a livello nazionale, e quindi introducendo una disciplina differenziata, su questo punto, per una singola regione. Nei limiti dei principi fondamentali, nulla vieta invece che le regioni, responsabili per il proprio territorio dei servizi sanitari, dettino norme di organizzazione e di procedura, o norme concernenti l'uso delle risorse pubbliche in questo campo: anche al fine di meglio garantire l'appropriatezza delle scelte terapeutiche e l'osservanza delle cautele necessarie per l'utilizzo di mezzi terapeutici rischiosi o destinati ad impieghi eccezionali e ben mirati, come è riconosciuto essere la terapia elettroconvulsivante (in questo ambito possono collocarsi discipline sul consenso informato o sulle procedure di monitoraggio, sorveglianza e valutazione, quali quelle contenute anche in disposizioni delle leggi di cui è giudizio, estranee all'oggetto delle impugnazioni ritualmente proposte: artt. 3 e 6 della legge del Piemonte; art. 3, comma 1, e art. 4 della legge della Toscana).

La Corte Costituzionale

- a) Dichiarò l'illegittimità costituzionale dell'articolo 4 della legge della regione Piemonte 3 giugno 2002, n. 14 (regolamentazione sull'applicazione della terapia elettroconvulsivante, la lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia);
- b) Dichiarò, ai sensi dell'articolo 27 della legge 11 marzo 1953, n. 87, l'illegittimità costituzionale dell'articolo 5 della predetta legge della regione Piemonte n. 14 del 2002;
- c) Dichiarò l'illegittimità costituzionale dell'articolo 3, commi 2, 3 e 4, della legge della regione Toscana 28 ottobre 2002, n. 39 (regole del sistema sanitario regionale toscano in materia di applicazione della terapia elettroconvulsivante, la lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia).

Questo libro propone un viaggio nella storia delle shock terapie, che precedono e accompagnano l'applicazione della corrente elettrica al cervello degli esseri umani, per provocare uno shock, ritenuto appunto "terapeutico". Il collettivo antipsichiatrico Antonin Artaud documenta come l'elettroshock non sia un metodo desueto, ma come esso continui ad essere utilizzato anche in Italia, dove lo si pratica in più di novanta strutture pubbliche e private. Per sfatare il mito che le shock terapie, comprese quelle elettroconvulsive, siano barbarie di altri tempi, gli autori propongono le testimonianze di persone in carne ed ossa, vive e vegete, che sono state sottoposte all'elettroshock. Inoltre ci informano che viviamo in un Paese nel quale vietare queste pratiche è stato dichiarato incostituzionale. Questo lavoro vuole essere uno strumento per ampliare la riflessione e il confronto sul delicato tema dei metodi terapeutici ai quali le persone, soprattutto quelle vittime di etichette psichiatriche, vengono costrette, il più delle volte senza esserne nemmeno informate.

Il COLLETTIVO ANTIPSICHIATRICO ANTONIN ARTAUD, nato nel 2005, si propone come un gruppo sociale che, costruendo occasioni di confronto e di dialogo, vuole sostenere le persone maggiormente colpite dal pregiudizio psichiatrico. Il Collettivo si riunisce tutti i martedì alle ore 21,30 presso lo Spazio Antagonista Newroz, in via Garibaldi 72, a Pisa.