

UN CASO ESEMPLARE DI COSTRUZIONE DEL CONSENSO:
LA REALIZZAZIONE DELL'AKTION T4
NELLA GERMANIA NAZISTA*

Marcella H. Ravenna**

Nel secolo che si è da poco concluso, in una società moderna e colta come quella tedesca degli anni Trenta, uomini e donne comuni hanno compiuto azioni irreparabili su larga scala, nel pieno ambito della legalità e in contrasto con la loro deontologia professionale. Il Programma *Aktion T4*, che prevedeva l'eliminazione dei cittadini disabili per "risanare" la nazione, continua a suscitare numerosi interrogativi di fondo: quali fatti lo contrassegnarono, quali lo precedettero, quali avvennero alla sua conclusione, ma soprattutto che tipo di legami intercorsero fra essi? Quali fattori e processi psicosociali resero possibile la partecipazione di una quota considerevole di operatori sanitari a programmi di eutanasia di neonati, bambini, adolescenti, adulti, anziani disabili e di altri ancora loro connazionali ognuno con la propria storia, i propri affetti, i propri pensieri e aspirazioni? Nell'intento di rispondere a tali quesiti, che coincidono con gli obiettivi di fondo dell'analisi proposta, questo studio focalizzerà l'attenzione su eventi rimasti per certi aspetti sullo sfondo rispetto alla *Shoah* e sinora non approfonditi dagli psicologi sociali, anche riflettendo sulle implicazioni di tali eventi per il nostro presente. Lo farà in riferimento a studi storici sul ruolo di differenti fattori contestuali nel promuovere il consenso ad azioni distruttive (Friedlander, 1995, 2001, 2007; Bensoussan, 2006), a studi

* Relazione svolta al Convegno "Identità del male. La costruzione della violenza perfetta", tenuto alla Sala Rossa della *Scuola Superiore di Studi Umanistici* dell'Università di Bologna, Via Marsala 26, 40126 Bologna, il 29 novembre-1 dicembre 2012 (vedi la pagina Internet <http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/Male-2012.htm>). Il video di questa relazione è disponibile sul canale *Youtube* della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*, alla pagina Internet <http://www.youtube.com/user/PsicoterScienzeUmane>.

** Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Ferrara, Via Paradiso 12, 44121 Ferrara, E-Mail <marcella.ravenna@unife.it>.

Psicoterapia e Scienze Umane, 2013, XLVII, 2: 329-348
<http://www.psicoterapiaescienzeumane.it>

psicosociali su aspetti del funzionamento personale dei carnefici (Bar-Tal, 1998; Newman & Erber, 2002; Opatow, 1990; Ravenna, 2004, 2011; Staub, 1989; Volpato, 2012, 2013) e a studi clinici sul funzionamento psicologico dei medici nazisti per come emergono dalle interviste rilasciate da alcuni di essi allo psichiatra Robert Lifton (1986), nonché dai resoconti processuali esaminati da Alice Ricciardi von Platen (1993), psichiatra al processo di Norimberga.¹ La parte finale di questo lavoro sarà proprio dedicata a cogliere i temi che risultano al centro dei resoconti forniti dai medici che parteciparono all'*Aktion T4* (per una recente analisi, vedi anche Aly, 2013).

1. Fattori contestuali e genesi del consenso

1.1. *Qual era il clima sociale della Germania nei primi anni Trenta e come contribuì a produrre i fatti di cui stiamo parlando?*

La disfatta nella prima guerra mondiale ebbe, com'è noto, conseguenze devastanti per la Germania poiché, oltre a mettere bruscamente fine alla forma politica imperiale, significò la perdita dello *status* di grande potenza; inoltre, la crisi economica sconvolse la vita sociale dei cittadini tedeschi. Se tutto ciò intensificò la nostalgia per un anteguerra visto come età dell'oro, suscitò però profondi sentimenti di frustrazione e rabbia e generò il bisogno di innalzare il prestigio, il potere e il ruolo economico del Paese. Al riguardo, la ricerca psicosociale ha dimostrato che quando molte persone legate dalla medesima appartenenza condividono le stesse frustrazioni, aumenta in genere l'attrazione per quelle ideologie che non solo offrono una diagnosi, ovvero spiegazioni semplici e culturalmente plausibili del disagio sperimentato, ma prefigurano anche un piano preciso per la sua soluzione (Bar-Tal, 1998; Ravenna, 2010; Staub, 1989). È presumibile che l'insieme di questi elementi abbia reso i cittadini tedeschi particolarmente sensibili al richiamo delle idee propugnate dal nazismo che rispondevano all'aspirazione ad una comunità omogenea dal punto di vista etnico e religioso e proponevano valori autoritari in grado di ristabilire il senso di appartenenza a un gruppo valorizzato riducendo i sentimenti di incertezza collettivamente sperimentati (Burrin, 2004; Tajfel, 1981). Come si evince dalle parole di Adolf Hitler (1925) nel *Mein Kampf*, per curare una società lacerata e disgregata si rendeva indispensabile una radicale rigene-

¹ Fu membro della commissione medica (presieduta da Alexander Mitscherlich) di osservatori del Tribunale militare americano per il processo di Norimberga del 1945-46 a 23 medici imputati di crimini contro l'umanità.

razione del corpo della nazione tramite processi di perfezionamento biologico. La soluzione individuata consistette nel liberare la collettività dalle contaminazioni prodotte dalle categorie sociali ritenute degenerate sul piano genetico e/o socialmente sgradite, così come di fatto avverrà fra il 1933 e il 1945 (Lifton, 1986). Le azioni sociali distruttive via via previste e perpetrate dal regime furono dunque giustificate e legittimate sia in riferimento a principi utilitaristi – sgravare lo Stato e la società di un onere di cura particolarmente pesante – che ai principi dell'eugenetica, finalizzata a migliorare la specie umana tramite la selezione dei caratteri ritenuti positivi (eugenetica positiva) e l'eliminazione di quelli negativi (eugenetica negativa). Essa era in stretto rapporto con il darwinismo sociale, una teoria sviluppata nella seconda metà dell'Ottocento che applicava allo studio delle società umane i principi darwiniani della lotta per l'esistenza e della selezione naturale: primato dell'ereditarietà rispetto ai fattori ambientali e, in accordo con la legge di natura, sopravvivenza degli individui più adatti.



Un rapace uccide la sua preda e un uomo abbatte un albero malato: due immagini della propaganda nazista che illustrano l'importanza della “eradicazione” (*Ausmerzungen*) delle forme di vita più deboli

1.2. *Un antecedente cruciale: la sterilizzazione coatta dei portatori di malattie ereditarie*

Nel quadro dei principi più sopra delineati e delle politiche restrittive già attuate durante la grande guerra verso i malati di mente,² la legge del 14 luglio 1933 introdusse l'obbligo della sterilizzazione di chi era ritenuto portatore di malattie ereditarie, e quindi caratterizzato da un'umanità imperfetta, in modo da impedire che procreasse bambini "non idonei". Attuata dalla Direzione sanitaria del Reich dal 1934 al 1939, interessò fra le 300.000 e le 400.000 persone, pari allo 0,5% della popolazione tedesca. La legge non riguardò solo malati di mente, epilettici, ciechi, sordi, soggetti con deformità fisiche e, su base discrezionale, alcoolisti, ma anche i loro parenti ritenuti potenziali portatori di tali patologie (Friedlander, 2001; Lifton, 1986). L'intento delle misure adottate, che si ispiravano a principi di purificazione del corpo nazionale e di sradicamento delle patologie ereditarie, era di fare in modo che i disabili si estinguessero da soli (Ricciardi von Platen, 1993). La sterilizzazione fu preceduta da una vasta azione di propaganda da parte della stampa, delle istituzioni scolastiche e della produzione cinematografica, rivolta a delegittimare³ i disabili (Bar-Tal, 1990).

Sul piano procedurale fu predisposta una meticolosa struttura organizzativa, affidando la decisione relativa ai singoli interventi a Tribunali per la sanità ereditaria allestiti *ad hoc*, mentre i casi controversi erano demandati a specifiche Corti d'appello. Furono altresì predisposti un Archivio nazionale dei nominativi delle persone con tare ereditarie, nonché specifici Istituti di ricerca universitari di biologia ereditaria e di igiene razziale (Lifton, 1986). Sebbene la Chiesa cattolica disapprovasse queste pratiche, l'opposizione da parte dell'opinione pubblica risultò piuttosto tenue mentre la maggioranza dei medici intervistati da Lifton approvò le leggi promulgate.

1.3. *Salvaguardia della salute del Volk e principi biomedici*

La propaganda dell'epoca dava notevole risalto all'integrità del popolo, della collettività, del cosiddetto *Volk*, costituito da individui legati da caratteristiche razziali e culturali comuni. Inteso come "organismo" di cui occorreva preservare la sopravvivenza anche prescindendo dalla sorte dei singoli, al *Volk* fu attribuito un ruolo centrale rispetto all'esistenza individuale, valutata in funzione dei danni o dei benefici arrecati alla salute biologica del gruppo. La concezione di eutanasia che si affermò in Germania si ispirò inizialmente alle posizioni di Alfred Jost (1895), secondo cui spettava specificamente allo Stato decidere della morte dell'individuo quando ciò si rendeva necessario per

² Gli internati nei manicomi furono infatti i primi a essere colpiti dalla politica di razionamento alimentare promossa nel 1916 dallo stato maggiore tedesco. Ben 45.000 di essi morirono di inedia in Prussia e più di 7.000 in Sassonia (Bensousson, 2006).

³ La delegittimazione è una forma di discriminazione estrema che consiste nel definire un gruppo in base a categorie sociali particolarmente negative, associate a emozioni negative intense e sostenute da specifiche norme sociali.

mantenere sano e vitale l'organismo sociale. Successivamente il giurista Karl Binding e lo psichiatra Alfred Hoche (1920), convinti che le persone affette da patologie psichiatriche fossero "mentalmente morte", "gusci vuoti" e "zavorra umana", considerarono la loro uccisione come un'opzione non solo lecita ma utile. Avrebbe infatti consentito di ridurre gli oneri dello Stato ed evitato il rischio che il patrimonio genetico dei giovani peggiori, ovvero di chi non combatteva, proliferasse accelerando così la degenerazione del *Volk* (vedi al riguardo De Cristofaro & Saletti, 2012). Fu al raduno di Norimberga del 1935 che Adolf Hitler espresse per la prima volta l'intenzione di eliminare i malati ritenuti incurabili, ovvero coloro i cui handicap fisici e mentali rappresentavano «una minaccia per l'immaginaria perfezione della cosiddetta razza ariana» (Friedlander, 2001, p. 278 trad. it.).

Il linguaggio della propaganda, proprio perché impiegava in modo intercambiabile i concetti di malattia mentale, malattia ereditaria, incurabilità e inutile peso per la collettività, avvalorava l'idea che si potessero anche ridurre al minimo le cure (Ricciardi von Platen, 1993). Per convincere dunque la popolazione che i minorati andavano estirpati per il grave danno che procuravano ai sani e per contrastare dubbi e resistenze da parte degli operatori sanitari, il regime lanciò una vasta campagna che tramite strategie di delegittimazione mirava a incrementare al massimo la distanza intergruppi fra sani e disabili.

1.4. Una nuova concezione del rapporto medico-paziente

Molteplici furono le strategie impiegate dal regime per uniformare i medici tedeschi ai principi del nazismo e modificare l'immagine e i modi di rapportarsi ai propri pazienti. Poiché il principale obiettivo non era di tutelare la salute dei singoli ma di rigenerare il corpo della nazione, si cercò in sostanza di sostituire a un modello centrato sulla cura e salvaguardia della vita uno centrato sulla selezione, e si passò al contempo dall'interesse per l'individuo (quale singolo concreto e prossimale) a quello per il gruppo nazionale (quale entità astratta e distale). Ciò comportò pertanto la sostituzione del principio della *caritas* verso i deboli e i bisognosi con quello che imponeva la salvaguardia dell'integrità del corpo organico del *Volk*.

Fu così propugnata una concezione militaresca del medico visto come custode della razza, soldato della biologia, consulente genetico, funzionario di polizia, protettore della famiglia purché priva di tare ereditarie, politico demografico e con compiti sia di eugenetica negativa che positiva. Circa quest'ultima, compito del medico era anche individuare persone con doti ereditarie eccellenti e promuovere accoppiamenti di individui "superiori". Si auspicava che i medici abbandonassero rapidamente sterili conflitti di coscienza aderendo con convinzione alle "leggi biologiche" e stimolando i propri pazienti ad abbandonare il principio del "diritto al proprio corpo" per abbracciare quello del "dovere di essere sani". Per ottenerne consenso e collaborazione, il regime nel 1935 innalzò con una legge il prestigio dell'intera categoria e procedette a una profonda riorganizzazione delle Istituzioni e delle Società

mediche ispirandosi al termine *Gleichschaltung*, che significa sincronia/coordinamento e richiama l'idea di un meccanismo a ruote dentate che si ingranano. Così le società mediche pre-naziste furono sciolte e gli iscritti confluirono nella Camera dei medici del Reich; le università furono concepite come "corpi di truppe" e ai docenti fu richiesta la stessa cooperazione che c'è fra commilitoni. In generale, il regime non realizzò solo una riorganizzazione dall'alto (designando rettori e decani, definendo insegnamenti e regolamenti per il corpo docente e promuovendo gli entusiasti del nazismo), ma anche dal basso (favorendo la costituzione della Lega degli studenti nazionalsocialisti il cui compito era di monitorare la conformità dei corsi ai principi del partito).

Sul piano propagandistico, furono organizzati corsi di aggiornamento sulle "vite senza valore", si sfruttò il cinema per rappresentare le conseguenze mediche e sociali delle cosiddette tare ereditarie presentando disabili estremamente regrediti, sudici, repellenti che non suggerivano alcun margine di miglioramento e/o di guarigione. Già a partire dal 1934, furono ulteriormente ridotti i finanziamenti e i controlli nei reparti psichiatrici e i medici furono incoraggiati a trascurare i propri pazienti e a convincersi che per realizzare una società "razzialmente pura" occorrevano misure assai più radicali della sterilizzazione. Ben pagati e considerati, i medici giunsero a ritenere che «l'infelicità potesse essere tolta dal mondo solo attraverso lo sterminio indolore degli infelici» (Lifton, 1986, p. 67 trad. it.) e che, proprio perché estirpavano le sofferenze inutili, essi potevano sentirsi veri salvatori dell'umanità.

2. L'eutanasia come strategia di profilassi sociale

L'eutanasia come mezzo di profilassi sociale che sanciva il diritto dello Stato a uccidere fu attuata per tappe successive. L'eliminazione sistematica di intere categorie di persone che avvenne fra il 1939 ed il 1941 non si fermò tuttavia quando Hitler mise fine al progetto: le uccisioni infatti continuarono fino al 1945 per iniziativa di medici e infermieri e secondo modalità che sono state definite "selvagge" da esponenti dello stesso regime. Fu colta inoltre l'utilità di reimpiegare le esperienze e le competenze acquisite sul campo da tanti operatori nel nuovo programma *14f13*, inteso ad aumentare il numero delle persone da sopprimere e che si concluse allorché i campi di sterminio giunsero a una piena autonomia operativa; così nei *lager* confluì parte del personale che aveva maturato esperienze in questi programmi. Tecnicamente, il programma di eutanasia costituì senza dubbio il più importante laboratorio per quello che di lì a poco sarebbe stato il genocidio degli ebrei.⁴

⁴ Nel volume *Purificare e distruggere*, Michael Tregenza (2006) ricostruisce nel dettaglio sia le procedure organizzative e il funzionamento dei 6 centri di sterminio impiegati dal programma eutanasia (prima Grafeneck e Brandensburg, poi Hartheim, Sonnenstein, Bernburg, Hadamar), sia il ruolo delle SS e del personale non medico.

2.1. *Prima i bambini, poi gli adulti*

La prima fase dello sterminio biologico-razziale compiuto dal nazismo (Traverso, 2002), meglio noto con l'espressione *Aktion T4*,⁵ fu realizzata fra il 1939 e il 1941 e prevedeva appunto la soppressione medica delle vite ritenute indegne di essere vissute, ovvero dei bambini con delle minorazioni e successivamente degli adulti con varie disabilità psicofisiche. Le operazioni di uccisione dirette da Karl Brandt e Philip Bouhler, rispettivamente medico personale e capo della cancelleria di Hitler, furono messe in pratica da Viktor Brack. Chi criticava, chi semplicemente parlava con altri colleghi o si opponeva era minacciato di pene severe (invio in campo di concentramento, morte) e l'eventuale opposizione era considerata alla stregua di un vero e proprio sabotaggio (Ricciardi von Platen, 1993; Tregenza, 2006).

I bambini. Il 18 agosto 1939, una direttiva confidenziale del Ministro dell'interno tedesco richiese che tutti i bambini affetti da idiozia e mongolismo, idrocefalia e microcefalia e da diversi tipi di malformazioni fisiche fossero registrati al "Comitato per il rilevamento scientifico di malattie ereditarie congenite gravi"; le levatrici avevano l'obbligo di denuncia al momento della nascita, i medici di famiglia dovevano riferire su tutti i bambini, inizialmente fino a 3 anni e poi anche di età maggiore, mentre compito dei funzionari medici di distretto era di controllare la correttezza delle denunce che venivano redatte su appositi questionari. A tre medici esperti a livello centrale spettava un parere finale sull'eutanasia e solo in rari casi di decisione non unanime venivano richieste maggiori informazioni al funzionario medico locale. Come mai si iniziò dai bambini? Perché, come risulta in modo univoco dai documenti analizzati, i medici ammisero di avere avuto meno remore a uccidere dei bambini che non degli adulti in quanto li ritenevano dotati di un minor grado di umanità. Almeno 30 istituti pediatrici furono predisposti per le uccisioni, che avvenivano in grande segretezza impiegando sia barbiturici mescolati al cibo sia la sospensione dell'alimentazione. In base a meri principi di economicità, si riteneva infatti preferibile fare morire di fame chi era designato all'eutanasia piuttosto che sprecare inutilmente dei farmaci. In genere i bambini erano tenuti negli istituti per qualche settimana proprio per dare l'impressione all'esterno che fossero sottoposti a terapie mediche specifiche in grado di migliorare la loro condizione o guarirli.

Le procedure di eutanasia richiesero una struttura organizzativa complessa in grado, cioè, di salvaguardare l'identità professionale dei medici e di ridurre

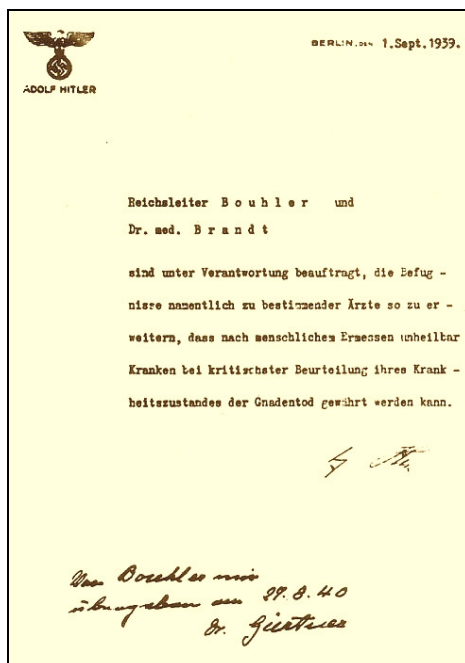
⁵ Sigla che indica la strada di Berlino – *Tiergartenstrasse 4* – dove era ubicato il quartiere generale che realizzò il programma di eutanasia. Si tratta di un'etichetta impiegata per mascherare e nascondere il reale obiettivo del programma.

quanto più possibile in tutte le persone coinvolte i sentimenti di responsabilità personale. Tale struttura rispondeva alla necessità di distribuire la responsabilità individuale su più persone, in modo che in nessun punto della catena ci si sentisse personalmente responsabili o si fosse consapevoli di stare uccidendo degli esseri umani. Ogni partecipante si percepiva infatti come una rotella di una grande macchina che era legittimata dallo Stato; del resto, i medici non sparavano con la pistola ai singoli bambini ma somministravano loro dei farmaci (alcuni si giustificavano sostenendo che “non uccidevano” ma “mettevano a dormire”) in dosi tali da debilitarli e da esporli a malattie letali. Prima di morire i bambini erano inoltre oggetto di esperimenti medici e successivamente i loro organi venivano spesso prelevati per essere studiati (Friedlander, 2001). Essi furono dunque deumanizzati, non solo da vivi ma anche da morti, e usati come meri strumenti per l’avanzamento delle conoscenze mediche (Volpato, 2012, 2013). L’ultimo bambino vittima della *T4* fu ucciso il 29 maggio 1945 presso l’Istituto Kaufbeuren in Bavaria, tre settimane dopo la resa della Germania (Friedlander, 1995).

Per ingannare le famiglie, i “disabili” stessi e l’opinione pubblica, si procedette per lo più *come se* le vittime e in speciale modo i bambini dovessero essere guariti anziché uccisi. Si tacevano ai genitori le reali finalità dei reparti in cui i loro figli sarebbero stati ricoverati esaltando piuttosto il fatto che essi avrebbero usufruito di terapie fra le più avanzate (Ricciardi von Platen, 1993). Poiché per trasferirli ai Centri di sterminio occorreva il consenso dei genitori, dove questo mancava li si minacciava di perdere la patria potestà e l’espediente in genere funzionava. I convogli diretti ai Centri potevano anche prevedere alcuni giorni di viaggio, come evidenzia l’angoscioso resoconto riportato da Ricciardi von Platen (1993):

«I bambini erano ammassati uno sull’altro e il puzzo che emanavano era insopportabile. Alcuni erano già morti, mentre altri erano sul punto di morire. Questi bambini idioti e gravemente malformati non erano naturalmente in grado di fare nulla senza un aiuto. Le malattie infettive si diffondevano rapidamente e, in mancanza di cure, molti morivano per banali infezioni (...) questa modalità di trasporto [dipendeva] da una precisa scelta: il maggiore numero possibile non doveva raggiungere la destinazione» (pp. 65-66 trad. it.).

L’opposizione attiva al programma di eutanasia dei bambini venne soprattutto dalle famiglie, ma anche da esponenti del clero cattolico e protestante, mentre invece fu assai minore da parte dei medici. Nell’impossibilità di calcolare il numero di bambini uccisi, si stima che quelli assassinati siano stati almeno 5.000 (Friedlander, 1997).



**Lettera di Adolf Hitler del 1 settembre 1939
ai medici Philip Bouhler e Karl Brandt,
che segna l'inizio del programma di "eutanasia" Aktion T4**



Philipp Bouhler nel 1936



Karl Brandt nel 1947

Gli adulti. Nell'ottobre del 1939, Hitler autorizzò con apposito decreto i trasporti degli adulti disabili verso i centri di eutanasia. Le procedure adottate furono simili a quelle già sperimentate sui bambini anche se raddoppiarono le strutture dedicate e fu coinvolta l'intera comunità psichiatrica. Sebbene il programma dovesse anche in questo caso restare segreto, ciò tuttavia avvenne solo in parte poiché non fu possibile occultare il fumo che si levava dai crematori e le ciocche di capelli che salivano in aria per poi depositarsi a terra (Tregenza, 2006). Le previsioni erano di estendere il programma anche ai malati di tubercolosi e a pazienti anziani fino a interessare un milione di persone. Il gruppo dirigente fu costituito da medici (circa 40) scelti fra coloro che avevano dimostrato apprezzamento e/o partecipato al programma di eutanasia infantile o che avevano dato prova di fedeltà al regime e ottenuto riconoscimenti professionali; a essi fu inoltre affidata la predisposizione dei questionari che sarebbero stati compilati dai medici degli ospedali generali, degli ospedali psichiatrici e dei cronicari. Anche se le caratteristiche del questionario trasmettevano l'idea che si trattasse di un rilevamento statistico con finalità scientifiche, la parte in cui si mettevano in relazione le capacità lavorative dei pazienti con la loro patologia poteva in realtà indurre a considerazioni poco rassicuranti. Visti i tempi rapidi di restituzione, i questionari furono compilati in modo superficiale e sbrigativo e inviati ai tre membri del direttivo che applicarono ancora più frettolosamente un segno – con matita blu (che significava vita) o un segno + con matita rossa (che significava morte), oppure un punto interrogativo in una apposita casella rettangolare. Tali questionari esaminati dagli esperti venivano infine inviati (*pro forma*) a un controperito (uno psichiatra autorevole) non vincolato dai giudizi precedenti, il cui compito era semplicemente di firmarli.

I trasporti avvenivano tramite autobus dai vetri oscurati, con destinazione segreta e sotto la sorveglianza di SS che per tranquillizzare i pazienti indossavano il camice bianco o infermieri scelti in base alla loro adesione al nazismo. Nei sei centri di sterminio, ognuno diretto da un medico coadiuvato da uno o due colleghi di grado inferiore, i pazienti erano uccisi nelle camere a gas entro 24 ore dall'arrivo. Si optò per il monossido di carbonio in base ai risultati di un esperimento condotto da Karl Brandt che ne comparò gli effetti con quelli delle iniezioni con differenti combinazioni di sostanze. I medici avevano anche il compito di produrre certificazioni false ma credibili da inviare ai familiari: alcune notificavano il trasferimento a un nuovo centro per motivi connessi alle operazioni di guerra, altre ne comunicavano l'arrivo ma per vari motivi non erano possibili le visite, e altre ancora, di condoglianze, riportavano cause di morte che dovevano apparire del tutto verosimili; le ceneri erano poi inviate alle famiglie. Si trattava di un vero e proprio piano di mistificazione burocratica, inteso sia a rendere difficile il reperimento di un paziente finché era in vita, sia a determinare la veridicità del suo certificato di morte. Fu-

rono in special modo i medici più giovani, scelti in base all'entusiasmo politico e all'inesperienza, a occuparsi direttamente delle uccisioni per delega dei loro superiori. Il "materiale dell'eutanasia", specie i cervelli delle vittime, fu ampiamente utilizzato negli istituti di anatomia, anche da parte di chi si era opposto al programma.

Da notare poi che durante l'intera operazione T4 i malati di mente ebrei furono considerati un gruppo separato a cui furono applicate modalità di sterminio indiscriminato, senza l'obbligo di alcuna documentazione (Lifton, 1986, pp. 108-109 trad. it.). Poiché essi incarnavano al contempo sia l'idea di «geni pericolosi» in senso medico, sia di «un veleno razziale» (*ibid.*) in senso etnico e collettivo, ciò li espose a forme marcate di deumanizzazione biologica. Dall'autunno del 1940 iniziarono i trasporti dei pazienti psichiatrici ebrei nella Polonia occupata che, giunti a Lublino, furono poi sterminati nei campi di messa a morte di Sobibor e Belzec. Il tutto fu in questo caso camuffato con l'invio di lettere di condoglianze dal fantomatico Ospedale psichiatrico di Cholm, del tutto inesistente. Va inoltre ricordato che, già a partire dal 1939, nelle operazioni a est le SS iniziarono a fucilare tutti i degenti degli ospedali psichiatrici che incontravano e vi sono evidenze che anche soldati tedeschi gravemente feriti o menomati siano stati soppressi con iniezioni letali. In Russia, fra il 1940 e 1941 furono impiegati esplosivi anche se poi si optò per il monossido di carbonio proveniente dagli scarichi di autocarri proprio perché meno oneroso. Si stima che le uccisioni abbiano interessato fra le 80 e le 100 mila persone (Lifton, 1986; Traverso, 2002).

Lo psichiatra Gottfried Ewald fu uno dei pochissimi a opporsi apertamente al programma di eutanasia, mentre altri lo fecero in modo sporadico, limitato e indiretto, mettendo in discussione criteri e procedure e/o eludendo le disposizioni ufficiali. In complesso costoro evidenziarono sia atteggiamenti ambivalenti verso il programma sia posizioni di condanna senza tuttavia dissociarsi da una collaborazione considerata inevitabile. Ci fu chi consentì ad alcuni pazienti di sottrarsi all'eutanasia tramite diagnosi meno gravi, altri minimizzarono l'invalidità al lavoro di certuni, affidandoli alle famiglie o a servizi medici non statali ed enfatizzando la possibilità di un miglioramento e quindi di un potenziale contributo alla vita sociale. Anche il personale infermieristico contribuì ad azioni di sabotaggio opponendo resistenza in taluni casi ma partecipando alle uccisioni in altre. Se dunque pochi medici si dissociarono, altrettanto pochi furono però i convinti sostenitori; furono i medici degli istituti che erano a diretto contatto con i pazienti quelli che opposero maggiori resistenze rispetto a funzionari e burocrati. Ciò che più contribuì alla cancellazione formale del progetto fu la resistenza attiva da parte della popolazione sostenuta con forza da alcuni coraggiosi esponenti religiosi sia cattolici, come Clemens von Galen vescovo di Münster, che protestanti, come Paul-Gerhard Braune e Friz Bodeschwing.

2.2. Quando le pratiche diventano “selvagge” ed estese ai prigionieri dei lager: il programma 14f13

Sebbene il programma *T4* fosse stato ufficialmente sospeso da Adolf Hitler nel 1941 (limitatamente agli adulti), le uccisioni continuarono seppure in modo meno vistoso, con procedimenti più isolati e individuali che il regime conosceva ma che non si preoccupò in alcun modo di contrastare. Friedlander (2001) reputa che in questa fase il numero degli uccisi fu addirittura maggiore rispetto agli anni in cui il *T4* era legale. Cosa accadde in concreto ai bambini e agli adulti? Se nel caso dei bambini non occorre cambiare procedure, in quello degli adulti si passò dalle gassificazioni alla morte tramite farmaci e prescrizioni dietetiche. Riguardo ai bambini ciò che risultò “selvaggio” era il metodo assai più discrezionale con cui venivano prese le decisioni. Inoltre, mentre nel loro caso prevalsero ragioni eugenetiche e scientifiche, nell’eutanasia degli adulti furono invece cruciali quelle economiche: proprio perché comunemente rappresentati come “mangiapane a ufo” essi furono considerati un onere insostenibile per uno Stato impegnato nello sforzo bellico. Strettamente collegate a tale immagine erano le cosiddette *uccisioni per fame*, che erano l’esito di un regime di pseudonutrizione – a base di patate, rape e cavoli cotti in acqua – che in tre mesi avrebbe portato alla morte: «Noi non diamo loro grassi, così se ne andranno da sé», sosteneva al riguardo lo psichiatra Pfannmüller (Lifton, 1986, p. 138 trad. it.). Privilegiati furono invece coloro che svolgevano lavori utili, i bambini che presentavano margini di miglioramento e i feriti di guerra. Le uccisioni tramite farmaci, ovvero quelle a carattere più medico, prevedevano iniezioni di morfina, *Veronal* o *Luminal* e coinvolsero in modo considerevole gli infermieri. Sebbene non sia facile stimare il numero di decessi, si ritiene che si sia trattato di più di 20 mila persone (Lifton, 1986).

Un’ulteriore svolta si ebbe quando all’inizio del 1941 il responsabile del progetto *T4*, Philipp Bouhler, consentì a Himmler di utilizzare il personale e gli impianti del *T4* per sopprimere i malati gravi e gli individui in eccesso in alcuni lager. In base al programma denominato *14f13*,⁶ un certo numero di psichiatri, a cui fu assicurato che avrebbero svolto compiti prettamente scientifici, fu inviato a valutare i detenuti su cui era già stato espresso un giudizio da parte dei medici dei lager. Nel questionario predisposto, che risultava ancora più semplificato di quello impiegato nel *T4*, non comparivano informazioni mediche ma per lo più criminali e politiche, mentre nel caso degli ebrei si applicò una diagnosi collettiva relativa all’appartenenza di gruppo. Se nel programma *14f13* rientrano le uccisioni di massa degli ebrei nella campagna a est del 1941 e quelle dei lavoratori polacchi che avevano contratto la tubercolosi (1942), esso fu poi gradualmente applicato ai membri di tutti i gruppi considerati indesiderabili: ebrei, oppositori e dissidenti politici, omosessuali, renitenti alla leva, criminali comuni, individui considerati inetti. Il programma

⁶ Esso durò dal 1941 al 1943 quando il campo di sterminio di Auschwitz-Birkenau giunse a piena operatività (Friedlander, 2007b).

consentì dunque il passaggio dalle uccisioni mediche dirette praticate nell'ambito del T4 a quelle legittimate da una prospettiva medica (Lifton, 1986) giungendo quindi a collegare la versione nazista di eutanasia con lo sterminio di massa ("soluzione finale"). Esso consentì inoltre di stabilire una connessione fra i *lager* e i principi dell'uccisione medico-eugenetica. Così, liberare dalla sofferenza i malati incurabili e uccidere vittime di epidemie e sospetti contagiati per prevenire la morte di molti altri vennero a coincidere con la cosiddetta uccisione pietosa di stampo medico. È sempre Lifton (1986) a sottolineare come il programma 14f13 diede la possibilità al regime di applicare in modo illimitato il programma di eutanasia facendolo esplicitamente rientrare in ambito medico: «Tutte le nostre uccisioni sono mediche, dettate da ragioni mediche ed eseguite da medici» (p. 191 trad. it.). Si stima che esso abbia determinato la morte di più di 20.000 persone.

3. Aspetti del funzionamento psicologico degli psichiatri coinvolti

La parte finale di questo lavoro si incentra sui resoconti di dodici medici che parteciparono in modo diretto o con compiti dirigenziali ai programmi T4 e 14f13. Essi furono intervistati da Robert Lifton fra il 1978 e il 1980 nel quadro di uno studio clinico più ampio cui parteciparono 28 medici che operarono per il regime, 12 professionisti ex-nazisti di alto rango e 80 ex-internati di Auschwitz. L'analisi da noi compiuta, sui soli resoconti dei medici coinvolti nei programmi di eutanasia, ci ha consentito di rilevare quattro temi di fondo, e in specifico: il rapporto di questi medici con il regime, le opportunità professionali implicate nella partecipazione al programma, l'immagine e le relazioni che essi intrattennero con le vittime, le giustificazioni e le strategie di fronteggiamento che impiegarono.

Adesione agli scopi del nazismo ed esperienza di sé. Accanto a coloro che si conformarono semplicemente per evitare contrasti con il regime, altri, specie i più giovani, risultarono in genere i più identificati con l'ideologia nazista, così come con l'impegno bellico (Lifton, 1986, p. 155 trad. it.). Se ciò significò per alcuni una disponibilità a subordinare i principi professionali a quelli del Partito, delle SS, della Gestapo e del progetto nazista più ampio (Heyde, *ibid.*, p. 161), per altri determinò piuttosto un profondo e sentito impegno di tipo religioso-romantico rivolto a realizzare scopi sovraordinati di rivitalizzazione collettiva (Brandt, *ibid.*, p. 159) ovvero di miglioramento dell'umanità (Pfanmuller, *ibid.*, p. 165). In altri casi lo scopo sovraordinato riguardava il coinvolgimento in un programma di cui si sottolineava il carattere legale, ma soprattutto strategico ai fini di economizzare risorse alimentari (Wolfgang, *ibid.*, p. 148). Al riguardo, studi realizzati in ambito psicosociale convergono nel mostrare che quando le persone sono convinte di stare operando per un fine legittimo e sono incoraggiate da un'autorità riconosciuta possono sentirsi

ampiamente giustificate nell'uso di misure estreme (Staub, 1989; Bandura, 1990; Baumeister, 1997; Kelman & Hamilton, 1989; Zimbardo, 2007). Così chi agisce in base a un imperativo morale può preservare la propria immagine di sé di persona morale anche mentre sta danneggiando altri. Sul piano dell'esperienza di sé, fonte di particolare orgoglio era poi percepirsi essenziali al regime (Hans F., in: Lifton, 1986, p. 86 trad. it.) o nazisti ragionevoli impegnati a contrastare ogni eccesso in nome di una dignitosa professionalità (Mennecke, *ibid.*, p. 194) o ancora persone utili alla scienza (Horst, *ibid.*, p. 143).

Opportunità professionali e di carriera. È indubbio che l'adesione al nazismo, tanto più se precoce, significò per una certa quota di medici accelerazioni di carriera, nonché cospicui incrementi economici. Così Werner Heyde (Lifton, 1986, p. 162 trad. it.), che aveva acquisito un ruolo di punta nelle SS ancora prima di assumere la direzione del progetto eutanasia, passò da semplice ospedaliero a medico capo di un ospedale psichiatrico per poi diventare professore ordinario all'Università di Würzburg. In seguito ricoprì ruoli di primo piano nel pianificare le procedure di inganno e nelle decisioni ultime a proposito di chi doveva essere sottoposto a eutanasia partecipando inoltre anche all'organizzazione del programma 14f13. Irmfried Eberl passò invece dal ruolo di responsabile degli impianti di gassificazione a quello di comandante del campo di Treblinka (*ibid.*, p. 170). In altri casi furono cruciali considerazioni relative: a) alle opportunità professionali che la partecipazione al programma implicava rispetto all'impegno in ambito militare («potere fare il medico e non solo il soldato») (Horst, *ibid.*, pp. 143-144); b) al fatto che si trattava di compiti e attività interessanti che si svolgevano in un clima di «alacre operosità professionale» (Mennecke, *ibid.*, p. 192); c) al fatto che la propria partecipazione avrebbe consentito di frequentare gruppi sociali di *élite* (Mennecke, *ibid.*, p. 194). In altri casi ancora gli psichiatri colsero la possibilità concreta di incrementare le proprie conoscenze, acquisendo dati e casistiche, e quindi quel prestigio scientifico che nel caso qui considerato derivava appunto dal collegare le proprie attività di uccisione con la ricerca medica. D'altra parte, fu proprio tale centraggio sull'impegno scientifico che consentì loro di non diventare consapevoli di partecipare a un programma omicida (Lifton, 1986, p. 89 trad. it.). Così il dottor Horst (*ibid.*, p. 143), in occasione della visita presso il centro di sterminio in cui operava di un rinomato neuropatologo alla ricerca di cervelli umani da studiare, pensò di fondare un dipartimento di patologia e a tal fine intraprese un accurato lavoro preparatorio. Altrettante idee di grandiosità scientifica furono altresì espresse da Schneider, che raggiunse un ruolo chiave nel progetto T4 e che elaborò anche il progetto, in verità mai realizzato, di un istituto di ricerca che approfondisse le influenze dell'ereditarietà sull'idiozia (*ibid.*, p. 168). Questi incarichi risultarono attraenti anche per un'altra ragione affatto secondaria: consentivano di svolgere il servizio militare in un contesto sicuro (Friedlander, 2001). Da notare poi che

l'unico medico incontrato da Lifton che abbandonò il programma *T4*, il dottor Wolfgang, non lo fece perché in contrasto con le uccisioni, per il disagio sperimentato o perché non aderisse al nazismo, ma perché non trovò persone abbastanza preparate e competenti da consentirgli una adeguata formazione personale.

Rapporti con le vittime. Le estese azioni di propaganda rivolte a screditare i malati di mente avevano raggiunto lo scopo. Numerosi psichiatri erano ormai convinti che essi fossero portatori di umanità imperfetta e che si potesse anche eliminarli se ciò serviva a salvaguardare la salute di altri. Scambi e relazioni quotidiane con i pazienti schizofrenici non risultarono però solo caratterizzati da assenza di empatia poiché talvolta vi era chi, come lo psichiatra Schneider (Lifton, 1986, p. 156 trad. it.) riuscì a coniugare relazioni empatiche con pratiche di eutanasia, o chi come Horst (*ibid.*, p. 145) dichiarò di riuscire talvolta a stabilire un contatto e di sperimentare simpatia e sentimenti di colpa. Un altro aspetto che emerge di frequente dalle parole degli intervistati è che essi aderirono sì al progetto ma cercarono contestualmente di proteggere alcuni pazienti (De Crinis, *ibid.*, p. 167); cercarono cioè di salvare delle persone pur collaborando a ciò che reputavano inevitabile («si cedeva qualche paziente per salvarne altri», Günther, *ibid.*, p. 152) e/o parteciparono alle selezioni per evitare che accadesse di peggio (*ibid.*, p. 154). Impiegarono cioè tipi di ragionamento che secondo Bandura (1990) generano vere e proprie forme di autoapprovazione. Si potrebbe pertanto ritenere che la concezione deumanizzata dei pazienti e il fatto che la *T4* comportasse un lavoro di massa e burocratico piuttosto che azioni individualizzate abbiano notevolmente influenzato le linee di azione dei medici.

Giustificazioni e strategie di fronteggiamento. In che modo gli intervistati giustificarono il loro coinvolgimento in attività distruttive e come fronteggiarono gli eventuali conflitti sperimentati? Trovare delle giustificazioni per i propri comportamenti consentì ad alcuni di minimizzare la consapevolezza di quanto stavano facendo (Heyde, in: Lifton, 1986, p. 164 trad. it.); altri si appellavano a sentimenti di lealtà e di sacrificio e così come «i soldati al fronte dovevano fare cose spiacevoli» (Horst, *ibid.*, p. 146); il dottor Horst non si sentiva responsabile verso i pazienti ma verso i superiori, il proprio Paese, la propria razza in modo analogo a quanto accadde ai soggetti degli esperimenti di Milgram (1974): «L'intero sistema emanava tale autorità. Ci piacesse o no, essa ne era parte (...). Non avevo scelta. Ero preso in questa rete, questa rete di autorità (...). Se avessi parlato a qualcuno mi avrebbero detto: devi restare dove sei (...), dove c'è bisogno di te. Non creare problemi all'organizzazione» (Horst, in: Lifton, 1986, p. 146 trad. it.). Altri ancora combinarono l'obbedienza agli ordini superiori con il tenere fede per lo meno ad alcune delle norme che contraddistinguono la professione psichiatrica (Günther, in: Lifton, 1986, p. 154 trad. it.); altri, infine, cercarono di trovare qualche forma di adattamento positivo all'ambiente omicida (Horst, *ibid.*, p. 148).

4. Discussione

Circa il primo obiettivo di questo lavoro, che era di rilevare caratteristiche ed eventuali connessioni fra programma *T4*, ciò che lo precedette e ciò che avvenne dopo la sua revoca, l'analisi effettuata consente innanzitutto di escludere la presenza fin dall'inizio di un progetto che dalla sterilizzazione prevedesse lo sterminio di sempre più ampie categorie di persone. Sembrerebbe piuttosto che a ogni passaggio si sia fatto tesoro delle conoscenze accumulate per reimpiegarle via via quando necessario.

La nostra analisi fornisce inoltre ulteriori conferme a quanto emerge dai lavori di Erving Staub (1989) circa gli effetti che profonde crisi economiche possono determinare sulla vita sociale delle persone. Nella situazione analizzata, atteggiamenti di chiusura cognitiva e affettiva verso gli altri e adesione a un'ideologia risanatrice in grado di salvaguardare/innalzare un'identità sociale positiva (Tajfel, 1982) ebbero infatti un ruolo cruciale nel favorire, specie in ambito sanitario, una certa disponibilità ad azioni distruttive verso segmenti problematici della popolazione tedesca stessa. Infatti, l'idea che la crisi potesse essere affrontata e risolta tramite una rigenerazione collettiva che si poteva conseguire liberando il "corpo della nazione" dalle contaminazioni provocate dai soggetti degenerati, rese la gran parte dei cittadini tedeschi più malleabili all'idea di escludere gli individui ritenuti incurabili dall'applicazione dei valori morali, dei principi di giustizia ed equità. In accordo con quanto rilevato da Susan Opatow (1990), è presumibile che i disabili moralmente esclusi siano stati a un certo punto percepiti come *non entità "sacrificabili"* e di conseguenza le azioni volte a danneggiarli siano apparse socialmente accettabili, appropriate o giuste.

La prima parte di questo lavoro mostra inoltre che l'organizzazione socio-culturale realizzata dal nazionalsocialismo corrispose a un sistema di tipo collettivista (Oyserman & Lauffer, 2002), basato su valori di obbedienza, tradizione, sicurezza e ordine, dove i singoli si sentivano in obbligo di dare il proprio contributo. I cittadini tedeschi potevano dunque mantenere un'immagine positiva di se stessi e sentimenti di soddisfazione personale se percepivano di avere fatto fino in fondo il proprio dovere nei confronti dei membri del gruppo di appartenenza. Quando però l'individuo non ha più obiettivi, credenze, valori e aspettative personali poiché questi coincidono con quelli dell'*ingroup* si tratta di un collettivismo estremo. Ciò significa, cioè, che l'attaccamento al gruppo di appartenenza diviene così acritico da indurre a pensare che le norme condivise al suo interno siano universalmente valide favorendo così un vero e proprio "sprofondamento morale" (Opatow, 1990). I medici passarono infatti da una moralità centrata su valori prosociali a una orientata al ruolo e al senso dell'obbligo, del dovere e della necessità (Staub 1978, 1980 p. 277), dall'adesione a principi che impediscono di danneggiare ad altri meno rigidi in grado di scusare e approvare (Opatow, 1990). Si pensi in proposito al ruolo

legittimante esercitato da principi utilitaristi, da quelli scientifici di tipo eugenetico, dal prevalere di approcci burocratici in ambito sanitario e di un orientamento organicista in psichiatria che significava l'indiscusso primato dell'ereditarietà (se una malattia è ereditaria non si può modificare ma solo estirpare). Da notare poi che l'eugenismo negativo rispetto al quale fu prefigurata l'eutanasia non fu considerato né inumano, né aberrante fino alla fine della guerra (Traverso, 2002); inoltre, a dispetto della propaganda, solo pochi ospedali liberati dai malati di mente furono in realtà destinati ai soldati feriti e ciò contribuì in modo del tutto contenuto allo sforzo bellico.

Passando al secondo obiettivo di questo lavoro, che era di approfondire fattori e processi che concorsero a promuovere il coinvolgimento⁷ di medici e infermieri nelle uccisioni mediche dirette prima e in quelle legittimate in una prospettiva medica successivamente, l'analisi effettuata mette innanzitutto in luce che l'identificazione dei medici ai principi del nazismo risultò in complesso diversificata, e i più identificati risultarono in special modo i medici più giovani. In linea generale, quanto maggiore fu l'identificazione tanto più si riscontrò la tendenza a subordinare i propri principi professionali a quelli nazisti. Anche i motivi della collaborazione dei medici ai programmi risultano altrettanto diversificati. Un primo aspetto degno di nota è che se per alcuni la partecipazione significò uscire dall'anonimato e sentirsi utili e indispensabili al regime, per altri significò entrare in un clima di operosità ed efficienza molto allettante se confrontato con quello di noia e ripetitività della propria quotidianità. La partecipazione fu tuttavia soprattutto motivata dal poter disporre di nuove opportunità professionali in termini sia di carriera che di *status* scientifico in ambito medico-psichiatrico (sperimentare, scoprire, istituire centri di ricerca). Per non pochi medici poi, la possibilità di coniugare la propria collaborazione al programma con scopi scientifici (studiare reperti, ottenere con estrema facilità masse di dati) non costituì solo una molla iniziale decisiva, ma consentì loro di oscurare le strategie impiegate per ottenere determinati avanzamenti scientifici. Da notare inoltre che, sebbene i medici fossero stati ampiamente sollecitati a ridurre l'empatia verso i loro pazienti disabili, a monte delle uccisioni non vi fu però solo assenza di empatia ma inaspettatamente, almeno in alcuni casi, anche la sua presenza. Ciò sembrerebbe dunque contrastare il ruolo univocamente positivo accordato dalla ricerca più recente a questo costrutto nel ridurre atteggiamenti ostili mostrando piuttosto che, a certe condizioni, i sentimenti empatici non preservano da azioni distruttive. Resta evidentemente da meglio precisare il tipo e l'intensità dell'empatia in gioco in casi come questi nonché i fattori in grado di modularla.

⁷ Circa il senso del termine "coinvolgimento", come si è visto pochi furono gli psichiatri sostenitori convinti del programma, così come altrettanto pochi furono gli aperti oppositori, mentre la maggioranza si barcamenò fra acquiescenza e condotte contrastanti.

Quanto rilevato sembrerebbe dunque indicare che la spinta a fare rapidamente e a tutti i costi carriera – se unita a un’ideologia che differenzia il valore delle persone in base al grado di integrità psicofisica tanto da escludere moralmente chi non rientra nei parametri prefissati e se in presenza di una rigida struttura gerarchica del lavoro fondata sulla mera obbedienza – sia un fattore che può avere incrementato il coinvolgimento degli operatori sanitari in azioni distruttive. Più in generale, l’analisi condotta mette in luce che il bisogno di accrescere un’immagine positiva di sé, del proprio ruolo professionale e del proprio gruppo nazionale e i loro possibili intrecci in un contesto di collettivismo estremo come quello creato dal nazionalsocialismo sembrerebbero elementi cruciali nel dare conto del comportamento dei medici e infermieri che parteciparono al programma *T4*.

Circa le implicazioni di queste evidenze per il nostro presente, esse ci paiono soprattutto riferibili alla formazione professionale di persone motivate all’attenzione e al rispetto verso i propri interlocutori e a promuovere rapporti sociali più inclusivi. Occorre sollecitare persone con queste caratteristiche a riflettere in modo sistematico sulle proprie linee di azione e sugli effetti che producono sui destinatari considerati nella loro individualità. Occorre inoltre promuovere maggiore attenzione al fatto che competenza ed efficienza si intersechino con sentimenti di responsabilità personale, poiché se ne fossero slegati, come mostra la nostra analisi, ciò comporterebbe notevoli rischi. Come ho mostrato in altra sede (Ravenna, 2004), molteplici sono le piste praticabili per contrastare il coinvolgimento in azioni sociali distruttive. Ho sottolineato l’importanza di promuovere lo sviluppo di persone autonome ma connesse agli altri, in grado di percepire in modo accurato le altre persone, motivate a stabilire relazioni positive, sentimenti di connessione e impegnate a favorire il cambiamento sociale. I fenomeni di esclusione si possono infatti contrastare incrementando una prospettiva pluralistica che valorizzi idee e credenze non convenzionali, nonché la capacità di resistere alle pressioni al conformismo. Come dimostrano in modo emblematico gli esperimenti di Milgram (1974) negli Stati Uniti e come testimonia l’attuale delegittimazione della popolazione Romani in Europa, un’organizzazione sociale democratica non è di per sé un antidoto alle violazioni dei diritti umani. La costruzione di società più giuste non è infatti solo una questione politica ed economica ma è anche un problema di “salute mentale”, che come segnala Ignacio Martin-Baro⁸ non è da intendere come mero funzionamento individuale ma come qualità delle relazioni sociali su cui si fonda, si costruisce e si sviluppa la vita di ogni persona.

⁸ Ignacio Martin-Baro (1942-1989), figura di spicco della psicologia latino-americana, gesuita profondamente impegnato nel combattere le ingiustizie sociali in El Salvador, fu barbaramente ucciso da uno squadrone della morte.

Riassunto. Nella Germania degli anni Trenta del Novecento uomini e donne comuni hanno compiuto uccisioni su larga scala, nell'ambito della legalità e in contrasto con la loro deontologia professionale. Scopo di questo studio di tipo induttivo è di esaminare eventi sinora non approfonditi dagli psicologi sociali al fine di rispondere ad alcuni interrogativi di fondo: quali fatti precedettero il Programma *Aktion T4*, quali lo contrassegnarono, quali avvennero alla sua conclusione, e che tipo di legami intercorsero fra essi? Quali fattori e processi psicosociali hanno reso possibile la partecipazione di una quota considerevole di operatori sanitari a programmi di eutanasia di neonati, bambini, adolescenti, adulti, anziani, disabili e altri ancora? I principali risultati dell'analisi effettuata e le loro implicazioni sono discussi in riferimento a differenti fattori contestuali e ai modi di funzionamento psicologico dei perpetratori nel quadro di recenti studi storici, psicosociali e clinici. [**PAROLE CHIAVE:** *Aktion T4*, funzionamento psicologico dei perpetratori, influenze situazionali, deumanizzazione delle vittime, nazismo]

Abstract. A typical example of consensus building: The Aktion T4 program in Nazi Germany. In Germany during the 1930s men and women committed large-scale killings, legally but in contrast with their professional ethics. The aim of this study is to examine with an inductive approach some aspects that so far have not been addressed by social psychologists: What events anticipated the *Aktion T4* program? What events defined the *T4* program? What took place at its conclusion? More importantly, what were the relationship between all of them? What factors and psychosocial processes made possible the participation of a significant proportion of health care professionals to euthanasia programs of infants, children, adolescents, adults, elderly, disabled? The main results of this analysis and their implications are discussed in relation to different contextual factors and according to the methods of psychological functioning of the perpetrators in the context of recent historical, psychosocial, and clinical studies. [**KEY WORDS:** *Aktion T4*, psychological functioning of perpetrators, situational influences, dehumanization of victims, Nazism]

Bibliografia

- Aly G. (2013). *Die Belasteten: "Euthanasie" 1939-1945. Eine Gesellschaftsgeschichte*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bandura A. (1990). Selective activation and disengagement of moral control. *Journal of Social Issues*, 46, 1: 27-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb00270.x>.
- Bar-Tal D. (1990). Causes and consequences of delegitimization: Models of conflict and ethnocentrism. *Journal of Social Issues*, 46, 1: 65-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb00272.x>.
- Bar-Tal D. (1998). Group beliefs as an expression of social identity. In: Worchel S., Morales J.F., Pàez D. & Deschamps J.C., editors, *Social Identity. International perspectives*. London: Sage, 1998, pp. 93-113.
- Baumeister R.F. (1997). *Evil. Inside Human Violence and Cruelty*. New York: Freeman.
- Benson G. (2006). *Europe. Une passion génocidaire*. Paris: Mille et une nuits (trad. it.: *Genocidio. Una passione europea*. Venezia: Marsilio, 2009).
- Binding K. & Hoche A. (1920). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*. Lipsia: Verlag von Felix Meiner.
- Burgio A. (2010). *Nonostante Auschwitz. Il "ritorno" del razzismo in Europa*. Roma: DeriveApprodi.
- Burrin P. (2004). *Ressentiment et apocalypse. Essai sur l'antisémitisme nazi*. Paris: Seuil (trad. it.: *L'antisemitismo nazista*. Torino: Bollati Boringhieri, 2004).
- De Cristofaro E. & Saletti C., a cura di (2012). *Precursori dello sterminio. Binding e Hoche all'origine dell'"eutanasia" dei malati di mente in Germania*. Verona: Ombre Corte.
- Friedlander H. (1995). *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution*. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina Press (trad. it.: *Le origini del genocidio nazista*. Roma: Editori Riuniti, 1997).

- Friedlander H. (2001). Euthanasia. In: Laqueur W., editor, *The Holocaust Encyclopedia*. New Haven, CT: Yale University Press, 2001, pp. 167-172 (trad. it.: *Eutanasia*. In: *Dizionario dell'Olocausto*. A cura di A. Cavaglion. Torino: Einaudi, 2004, pp. 278-283).
- Friedlander H. (2007). *Den Holocaust beschreiben. Auf dem Weg zu einer integrierten Geschichte*. Göttingen: Wallstein (trad. it.: *Aggressore e vittima. Per una storia integrata dell'Olocausto*. Bari: Laterza, 2009).
- Hitler A. (1923 [1925]). *Mein Kampf*. Munich: Franz Eher Verlag, 1925 (trad. it.: *Mein Kampf: la mia battaglia*. Milano: Bompiani, 1934).
- Jost A. (1895). *Das Recht auf den Tod*. *Sociale Studie*. Göttingen: Dietrich.
- Kelman H.C. & Hamilton V.L. (1989). *Crimes of Obedience: Toward a Social Psychology of Authority and Responsibility*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Lifton R.J. (1986). *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide*. New York: Basic Books (trad. it.: *I medici nazisti*. Milano: Rizzoli, 1988).
- Milgram S. (1974). *Obedience to Authority: An Experimental View*. New York: Harper & Row (trad. it.: *Obbedienza all'autorità*. Milano: Bompiani, 1975; Torino: Einaudi, 2003).
- Newman L.S. & Erber R., a cura di (2002). *Understanding Genocide. The Social Psychology of the Holocaust*. New York: Oxford University Press.
- Opatow S. (1990). Moral exclusion and injustice: An introduction. *Journal of Social Issues*, 46: 1: 1-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb00268.x>.
- Oyserman D. & Laufer A. (2002). Examining the implications of cultural frames on social movements and group action. In: Newman & Erber, 2002, pp. 162-187.
- Ravenna M. (2004). *Carnefici e vittime. Le radici psicologiche della Shoah e delle atrocità sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Ravenna M. (2010). Forme estreme di discriminazione sociale nella genesi della Shoah. In: D'Andrea D. & Badii R., a cura di, *Sterminio e stermini. Shoah e violenze di massa nel XX secolo*. Bologna: Il Mulino, 2010, pp. 175-194.
- Ravenna M. (2011). Quando individui ordinari compiono atti mostruosi. Relazioni fra banalità del male, obbedienza all'autorità, realizzazione della Shoah. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 2: 96-113. DOI: 10.4453/rifp.2011.0013.
- Ricciardi von Platen A. (1993). *Die Tötung Geisteskranker in Deutschland*. Bonn: Psychiatrie Verlag (trad. it.: *Il nazismo e l'eutanasia dei malati di mente*. Firenze: Le Lettere).
- Sémelin J. (2005). *Purifier et détruire*. Paris: Seuil (trad. it.: *Purificare e distruggere. Usi politici dei massacri e dei genocidi*. Torino: Einaudi, 2007).
- Staub E. (1978). *Positive Social Behavior and Morality. Vol. 1: Social and Personal Influences*. New York: Academic Press.
- Staub E. (1980). Social and prosocial behavior: Personal and situational influences and their interactions. In: Staub E., editor, *Personality: Basic Issues and Current Research*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980, pp. 236-295.
- Staub E. (1989). *The Roots of Evil: The Origins of Genocide and Other Group Violence*. New York: Cambridge University Press.
- Tajfel H. (1981). *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*. New York: Cambridge University Press (trad. it.: *Gruppi umani e categorie sociali*. Bologna: Il Mulino, 1985).
- Traverso E. (2002). *La violenza nazista. Una genealogia*. Bologna: il Mulino.
- Tregenza M. (2006). *Purificare e distruggere. 1. Il programma "eutanasia". Le prime camere a gas naziste e lo sterminio dei disabili (1939-1941)*. Verona: Ombre Corte.
- Volpato C. (2012). La negazione dell'umanità: i percorsi della deumanizzazione. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 3, 19: 96-109. DOI: 10.4453/rifp.2012.0009.
- Volpato C. (2013). Negare l'altro. La deumanizzazione e le sue forme (Relazione tenuta al Convegno "Identità del male. La costruzione della violenza perfetta", Bologna, 29 novembre-1 dicembre 2012). *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVII, 2: 311-328 (il video è sul canale YouTube di *Psicoterapia e Scienze Umane*: <http://www.youtube.com/user/PsicoterScienzeUmane>).
- Zimbardo P. (2007). *The Lucifer Effect*. New York: Random House (trad. it.: *L'effetto Lucifero. Cattivi si diventa?* Milano: Raffaello Cortina, 2008).