

Indocili e non sottomesse. Un approccio storico alla condizione delle donne in manicomio tra Ottocento e Novecento

Mariano Martini^{1,2,3}, Maria Carla Garbarino⁴, Davide Orsini⁵

¹Department of Health Sciences, University of Genoa, Italy; ²UNESCO Chair “Anthropology of Health - Biosphere and Healing System”, University of Genoa, Italy; ³Interuniversity Research Center on Influenza and Other Transmissible Infections (CIRI-IT), Genoa, Italy; ⁴Department of Brain and Behavioral Sciences and Museum System University of Pavia; ⁵University Museum System of Siena (Simus), History of Medicine, University of Siena, Siena, Italy

Riassunto. Gli autori focalizzano la loro ricerca sulla difficile situazione delle donne ricoverate in manicomio fra il XIX e il XX secolo: una sorta di esplorazione delle forme di violenza di genere istituzionalizzate all'interno degli ospedali psichiatrici italiani. Nella società italiana degli ultimi due secoli, impostata in modo patriarcale, il comportamento delle donne che non si conformavano al modello dominante di figlia, moglie e madre devota alla famiglia era costantemente oggetto di giudizio e di condanna. Il disagio psichico era fondamentalmente un problema di decoro e rispettabilità. Per questo, ogni condotta e atteggiamento che si discostava dalla norma non era solamente censurata sul piano etico, ma veniva relegato nella sfera della follia, spalancando le porte dei manicomi a migliaia di donne. Si trattava in prevalenza di donne emarginate, povere, bisognose, analfabete, sole e abbandonate, che rientravano in quella parte di umanità di cui la società si vergognava. In tal senso quello che gli autori delineano è un viaggio di dolore ed emarginazione, che percorre quasi due secoli, all'interno dei manicomi, dove centinaia di donne sono state rinchiusse per una loro “femminilità” che “non si adeguava e non si conformava alle aspettative” della società. Ciò che più sorprende e non è facile da capire è la posizione della scienza che ha fornito per molto tempo giustificazioni all'internamento di donne in manicomio con motivazioni influenzate da meri aspetti morali, molto diffusi in quel periodo storico, più che da elementi basati su prove scientifiche. Per la società e per la comunità scientifica si trattava sostanzialmente di donne vittime di una “follia o pazzia morale”, contrassegnata da indifferenza morale e tendenza alla criminalità e al cinismo. Erano donne che non rispettavano le norme morali riconosciute dalla comunità sociale e per questo diventavano vittime di un giudizio scientifico-positivista fortemente genderizzato. Le donne, spesso rinchiusse in manicomio perché indocili e non sottomesse, hanno vissuto una violenza devastante perpetrata da un'istituzione e prima ancora da una società le cui regole erano fatte da uomini che consideravano la figura femminile come essere biologicamente inferiore.

Parole chiave: devianza femminile, storia degli ospedali psichiatrici, controllo sociale, violenza di genere, Prima guerra mondiale, Maria Bertolani Del Rio

UNRULY AND UNSUBMISSIVE. A HISTORICAL APPROACH TO THE CONDITION OF WOMEN IN MENTAL HOSPITALS BETWEEN THE 19TH AND 20TH CENTURIES

Abstract. The authors examine the difficult situation of women hospitalized in mental facilities between the 19th and 20th centuries: an exploration of the forms of institutionalized gender violence in Italian psychiatric hospitals. In Italy's patriarchal society of the last two centuries, the behavior of women who did

not conform to the dominant model of devoted daughter, wife and mother was systematically condemned. Indeed, as mental disorder was regarded as fundamentally a problem of decorum and respectability, any conduct or attitude that deviated from the norm was not only censured on an ethical level but was labeled as madness. Consequently, thousands of women were locked up in mental asylums. These women were mainly poor, needy, illiterate, alone and abandoned - individuals who fell into that category of humanity of which society was ashamed. What the authors outline is a journey of pain and marginalization that spanned almost two centuries, in mental hospitals, where many women were confined because of their “femininity”, which did not “adapt or conform to the expectations” of society. What is most surprising and difficult to understand is the position of doctors. For many years, they justified the confinement of women in mental hospitals more based on the prevailing morality of the time, rather than scientific evidence. In the eyes of both society and the scientific community, these women were essentially victims of “madness or moral derangement”, which was marked by moral indifference and a tendency towards criminality and cynicism; they were women who did not respect society’s moral norms. For this reason, they fell victim to a markedly gendered-oriented scientific-positivist judgment. Often locked up in mental hospitals because they were unruly and unsubmitive, these women experienced devastating violence, which was perpetrated by an institution and, before that, by a society whose rules were made by men who regarded females as biologically inferior beings.

Key words: female deviance, history of mental hospitals, social control, gender-based violence, First World War, Maria Bertolani Del Rio

Introduzione

L'internamento manicomiale è un fenomeno che ha riguardato uomini e donne fra XIX e XX secolo. Tuttavia, ha assunto caratteristiche profondamente diverse per i due sessi sulla base delle motivazioni che lo hanno determinato, e ha provocato differenti effetti nelle vite individuali.

La storia della follia e del ricovero delle donne in manicomio è stata soprattutto la storia di un giudizio nutrito dal pregiudizio. Anche dopo il riconoscimento della follia come malattia della mente, più che storia biologica di una patologia, è essenzialmente la storia delle modalità con cui nel tempo è stata percepita dalla società e quindi isolata, rinchiusa, studiata e, quando possibile, curata (1).

Proprio per questo ha risentito nelle diverse epoche di ideologie o anche semplicemente di idee diffuse nella società che la stessa utilizza al fine di tutelare i cittadini da quanti si pongono ai limiti della convivenza sociale e mostrano segnali di devianza.

Follia e devianza: Un parallelo che distorce la realtà

Il tratto che forse più ha caratterizzato nell'Ottocento e nella prima metà del Novecento – ma anche negli anni Sessanta e Settanta, dopo l'introduzione degli psicofarmaci – la figura del malato di mente è il parallelo tra follia e devianza.

Ogni atto o comportamento di una persona o di un gruppo che risultava collidere con la struttura etica dominante di una collettività veniva considerata una devianza e fatto oggetto di disapprovazione, determinando necessariamente e automaticamente la condanna e una sanzione da parte del gruppo di potere.

Questo è avvenuto per la necessità da parte di chi governava di mantenere un controllo sociale. Ma può essere stato determinato anche da altri motivi legati a interessi di singoli gruppi di cittadini. E ciò ha portato a etichettare come “deviante” e quindi a isolare qualsiasi persona che agisse non rispettando a pieno i valori che la società si era data.

Inoltre, la devianza è stata talvolta letta alla luce di teorie pseudoscientifiche che hanno individuato in specifiche caratteristiche di un individuo le cause della devianza, determinando un giudizio negativo sullo stesso.

L'attenzione e la cura della sofferenza psichica hanno poi subito graduali cambiamenti nel corso del tempo con il passaggio da un'idea della follia come affezione morale ad una sua sempre più evidente "medicalizzazione", trasformazione avvenuta sia per i cambiamenti intervenuti all'interno della società che per un'evoluzione ed innovazione delle pratiche di internamento che a partire dal Novecento hanno visto l'introduzione di una nuova disciplina con l'applicazione della legge 14 febbraio 1904, n. 36 intitolata Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati (2).

È evidente che nella storia della malattia mentale e nei motivi di ricovero in manicomio ampio spazio va riconosciuto alle norme e ai valori condivisi dai componenti una data società, che costituiscono la dimensione societaria di questo insieme di persone (3). Tale "coscienza collettiva" – come è stata definita dal sociologo Émile Durkheim (1858-1917) – diviene il modo di pensare e di giudicare quanti non rispettano tali valori, non riconoscendosi in essi.

In tal senso un atto può essere definito deviante non per la natura stessa del comportamento, ma per la reazione che determina nell'ambiente socioculturale in cui ha luogo. "Un atto è criminale quando offende gli stati forti e definiti della coscienza collettiva – afferma Émile Durkheim – [...] In altri termini, non bisogna dire che un atto urta la coscienza comune perché è criminale, ma che è criminale perché urta la coscienza comune. Non lo biasimiamo perché è un reato, ma è un reato perché lo biasimiamo" (4).

Il concetto di devianza ha avuto quindi un peso importante nel ricovero delle donne in manicomi, soprattutto in determinati periodi storici nei quali i confini che definivano la devianza sociale sono diventati sempre più stringenti. Il ventennio fascista, caratterizzato da una ideologia tesa a mostrare e propagandare un'immagine della donna come elemento portante della famiglia e della società, dedicata completamente

alla famiglia e rispettosa dei valori di quella società, è stato ad esempio uno dei momenti di massimo internamento manicomiale (5).

L'anomalia della femminilità

Dopo un periodo che aveva visto le donne uscire dal ruolo domestico per prendere il posto degli uomini nelle attività lavorative, essendo mariti e figli al fronte durante la Grande Guerra, il nuovo governo volle riaffermare l'ideologia che voleva la donna "angelo del focolare".

Il teorico del fascismo, Giovanni Gentile, delineò il ruolo della donna con queste parole: "La donna è colei che si dedica interamente agli altri sino a giungere al sacrificio e all'abnegazione di sé" (6).

In tal senso le direttive del regime in merito erano: "Potenziare al massimo la funzione consolatrice della femminilità. [...] Niente mascolinizzazione, niente confusione dei due sessi, dei rispettivi compiti, delle rispettive finalità. La natura ha irrevocabilmente divisi i campi nei quali l'uomo e la donna debbono agire [...] perché nel suo regno la donna torni ad essere assoluta signora e regina. [...] Ci ridarà, il fascismo femminile, la donna che ci abbisogna: custode della casa e degli affetti, incitatrice alle nobili opere, coniatrice nel dolore, madre dei nostri figli" (7).

Le donne che non volevano aderire a questo modello erano destinate ad essere internate a motivo di una o più di queste 33 'sintomatologie' disposte dal sistema sanitario fascista e indicate nella cartella clinica (Diario clinico, modulo G 5): "Loquace. Instabile. Incoerente. Stravagante. Capricciosa. Eccitata. Insolente. Indocile. Bugiarda. Impertinente. Cattiva. Prepotente. Ninfomane. Impulsiva. Nervosa. Erotica. Allucinata. Irrequieta. Ciarliera. Irriverente. Petulante. Maldicente. Irosa. Piacente. Smorfiosa. Irritabile. Clamorosa. Minacciosa. Rossa in viso. Esibizionista. Menzognera. Dedita all'ozio. Civettuola".

In molti casi questi termini non corrispondono a una diagnosi medica, e, nonostante ciò, erano comunque sufficienti perché le porte di un manicomio si aprissero per queste donne, che rappresentavano

l'anomalia della femminilità rispetto alla parte sana della società.

Erano spesso donne che non si conformavano alle prerogative richieste dal regime, che volevano vedere riconosciuta la propria libertà di vivere e pensare non solo come spose e madri ma come donne indipendenti e libere. Erano considerate ribelli, indocili, non sottomesse all'uomo, padre o marito che fosse, devianti, tanto da rischiare di intaccare il patrimonio biologico e morale dello Stato.

Ma erano anche donne che non sapevano adattarsi agli stereotipi culturali del regime, che non riuscivano ad assolvere ai compiti materni, che potevano soffrire di depressione *post partum*, e allora venivano etichettate come "madri snaturate"; donne povere e ignoranti che vivevano una realtà quotidiana fatta di emarginazione e di traumi derivanti talora da violenze sessuali o da abusi domestici e che spesso trasformavano le vittime in colpevoli. In ogni caso, donne inadeguate.

Per tutte, indistintamente, le porte del manicomio si aprivano per catapultarle in una realtà di violenza ancora più forte perché tendente all'annullamento della persona, in un'ottica di rieducazione morale che avrebbe dovuto ricondurle entro i limiti di una normalità biologicamente e socialmente costruita.

Una questione d'onore

Quando non dovuta a una specifica e riconosciuta patologia, la reclusione delle donne in manicomio era dunque riconducibile a un disequilibrio tra le aspettative del contesto sociale e le idee e il comportamento delle stesse. La decisione di farle internare spettava ai parenti uomini, che ne chiedevano il ricovero preoccupati soprattutto di conservare l'onore della famiglia.

L'essere poco propense alla condizione di casalinga, moglie e madre bastava infatti per essere additate e rinchiusi in manicomio. Osare ribellarsi all'autorità del padre o del marito e assai spesso alla violenza da questi inflitta era motivo per essere mandate in manicomio. Condurre uno stile di vita fuori dagli schemi sociali precostituiti, mostrarsi libera, non volere più figli o non volerne affatto erano giustificazioni che la società riconosceva valide per un internamento in manicomio. Allo stesso modo il macchiarsi di adulterio,

che fino al 1968 per la nostra giurisprudenza era un reato punito con la reclusione fino a un anno a seguito di querela del marito (1).

Erano donne che creavano pubblico scandalo, non adeguandosi al ruolo che la società imponeva loro, non solo durante il periodo fascista ma anche negli anni dell'immediato secondo dopoguerra, quando in numero molto elevato furono rinchiusi nei manicomio perché "ninfomani", "eccitate", "indemoniate" o "malinconiche", portate in quell'inferno dai loro stessi mariti in quanto non più adatte al loro ruolo e quindi devianti.

Non va inoltre dimenticato che solo nel 1981, la legge 442 ha cancellato in maniera definitiva i trattamenti di favore penale riservati a chi commetteva omicidio o lesioni personali per causa d'onore e, abrogando gli articoli 587 e 544 del codice fascista, ha eliminato il "matrimonio riparatore" che estingueva il reato di violenza sessuale (8).

E solo nel 1975 l'Italia repubblicana ha introdotto con la Legge n. 151 il nuovo Codice di famiglia, la cui parola chiave è parità tra i coniugi. E, infine, solo nel 1996, la violenza sessuale è divenuta un crimine contro la persona, abbandonando la vecchia considerazione di reato contro la pubblica morale (9).

In tutti questi casi, che assai spesso hanno determinato il ricovero in manicomio della donna, figlia o moglie, l'aspetto che più colpisce è che, per dirla con le parole di Alda Merini, grande scrittrice ma anche donna fragile che ha vissuto l'esperienza del manicomio, "la vittima non è lei, che anzi è colpevole di inadeguatezza, ma il marito che ha socialmente riconosciuto il diritto di rifiutarla o di sostituirla" (10).

Le motivazioni di una simile situazione di violenza verso le donne

Anche dopo la caduta del regime fascista e durante gli anni del boom economico che ha caratterizzato gli anni Sessanta le donne hanno pertanto continuato a essere internate in manicomio per motivi spesso del tutto estranei a patologie psichiatriche.

La violenza dell'istituzione manicomiale, la disumanità di alcuni trattamenti, lo stigma che sempre ha accompagnato quanti si sono trovati a vivere

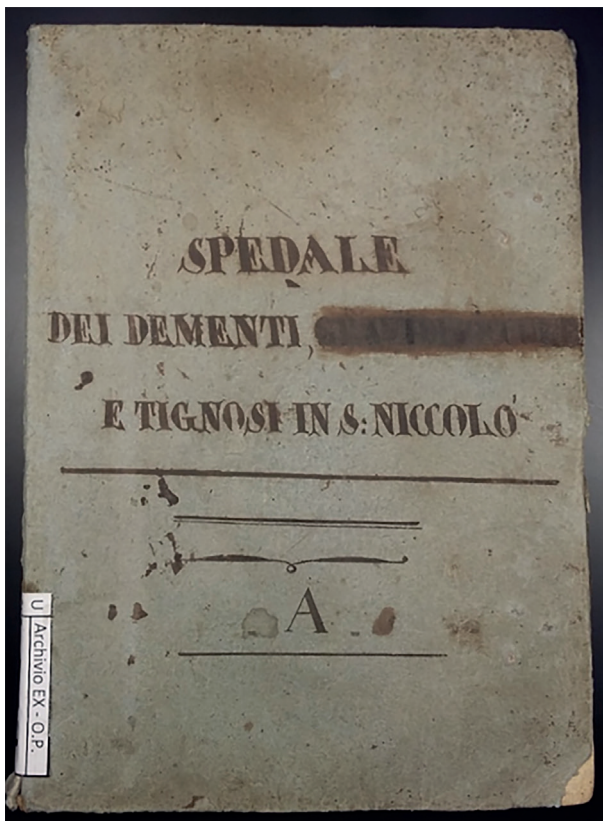


Figura 1. Il primo Registro dei ricoverati nello “Spedale dei Dementi, Gravidie occulte e Tignosi in S. Niccolò”. La dizione “Gravidie occulte” appare significativamente cancellata (Archivio Ospedale Psichiatrico San Niccolò di Siena).

l’esperienza dell’ospedale psichiatrico hanno raggiunto livelli assolutamente alti e incomprensibili quando a essere rinchiusa in manicomio era una donna. Vivere questa esperienza come donne è stato di fatto subire una doppia violenza, perché l’essere donna ha di per sé determinato un’ulteriore discriminazione, oltre quella derivante dalla patologia mentale, reale o presunta.

Viene naturale chiedersi quali siano state le motivazioni di un simile comportamento.

Nellie Bly, pseudonimo di Elisabeth Cochran Seaman (1864-1922), ci ha lasciato una interessante testimonianza di come tali modalità fossero già diffuse nella seconda metà dell’Ottocento in America. Questa giornalista, in accordo con il direttore della testata per la quale lavorava si finse pazza per essere ricoverata nel 1887 al Lunatic Asylum sull’isola di Blackwell (New York), che aveva una triste fama per il trattamento riservato alle pazienti. Nei dieci giorni nei quali

restò in manicomio prima di essere liberata poté assistere e vivere in prima persona la brutalità e la violenza con le quali venivano trattate le ricoverate, alcune delle quali Nellie Bly riconobbe non essere affatto pazze, ma solo vittime di povertà, violenza ed emarginazione. Ha testimoniato e reso pubblica questa storia nel libro *Ten days in a Mad-House* (11).

In Italia la situazione non era affatto diversa, accogliendo i manicomi donne che aveva talvolta la sola ‘colpa’ di aver deviato dalla via che la società aveva (pre)scritto per loro.

Come tanti altri manicomi, quello di Siena ad esempio venne istituito nel 1818 come *Spedale dei tignosi, delle gravide occulte e dei dementi*, dove le ragazze che un illecito amore rendeva madri venivano rinchiusa a partire dal settimo mese di gravidanza per un periodo che di norma non superava gli otto giorni successivi al parto, a meno del sopravvenire di complicanze come le febbri puerperali. Un trattamento assolutamente non rispettoso della dignità della donna che andava in realtà a nascondere quella che la società considerava una colpa grave per la giovane ma soprattutto causa di disonore per la famiglia (Fig 1).

La legislazione del Regno italiano costituitosi nel 1861 non aiutò a modificare questa situazione. Anzi, se possibile, la rese ancora più insopportabile. Tuttavia, in Italia in virtù del rilevante aumento di malati psichiatrici registrato nel corso del tempo, si iniziò a riflettere sulla necessità di introdurre una regolamentazione che potesse in qualche modo disciplinare e armonizzare tutti i manicomi presenti nel nostro Paese, i quali fino ad allora erano stati gestiti e organizzati in piena autonomia in ordine agli aspetti legati all’internamento.

Così, a partire dal 1874 venne proposto direttamente dal ministro dell’Interno Girolamo Cantelli (1815-1884) un “progetto di regolamento” che tuttavia non fu portato a compimento e non venne mai realizzato. Pertanto, si dovette attendere ancora trent’anni prima di giungere alla prima legge sui manicomi dell’Italia unita, la n. 36 del 1904 (cd. Legge Bianchi/Giolitti). Essa stabiliva che dovessero “essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa di alienazione mentale, quando siano pericolose per sé o per gli altri, o riescano di pubblico scandalo”.

In queste poche righe della prima legge sui manicomi in Italia si pretendeva quindi di definire la

devianza, la follia e stabilire i criteri necessari per il ricovero coatto. La psichiatria avrebbe impiegato molto tempo poi a comprendere adeguatamente i contorni della malattia mentale e nel frattempo la legge Bianchi/Giolitti finiva per allontanare dalla società tutti quei soggetti ritenuti “sgraditi”, a prescindere dalla presenza reale di una patologia psichiatria: *persone stravaganti, omosessuali, prostitute, alcolizzati e pure bambini, da 0 a 14 anni (12,13), indesiderati, malformati o semplicemente nati in famiglie troppo povere per poterli crescere e mantenere (14,15).*

La legge non teneva conto neppure dell'età dei ricoverati e molto spesso anche bambine e bambini orfani o provenienti da famiglie problematiche finivano in manicomio. La stessa sorte era riservata anche ai piccoli colpiti da patologie psichiche e un esempio particolarmente esplicativo è quello dei bambini affetti da encefalite letargica (16,17).

La malattia colpiva in maniera indistinta bambini e adulti, ma i più giovani, a differenza degli adulti, presentavano disturbi legati alla sfera del comportamento, che li rendevano violenti e senza freni inibitori. I postumi di encefalite letargica nei bambini erano quasi sempre mentali piuttosto che fisici.

Nel giro di poco tempo l'alterazione della personalità e del comportamento divenne il tratto caratteristico e più significativo della malattia, tanto che nel 1929 Constantin von Economo scrisse: i bambini colpiti da encefalite letargica «non possono essere controllati a scuola, scappano lontano da casa e trascorrono il loro tempo al cinema e per le strade, indulgono in comportamenti sessuali scorretti di ogni tipo e compiono atti pericolosi» (18). È facile immaginare come questa dichiarazione andasse a colpire le bambine fin dalla più tenera età.

In questo contesto normativo quindi la società finiva per isolare nelle strutture manicomiali tutti quegli individui ritenuti “indesiderati” e le donne finirono all'interno di queste strutture anche per problemi non rientranti nelle cd. “malattie mentali”; con motivazioni legate alla moralità pubblica molte donne furono ritenute pazze solo perché si erano opposte alle umiliazioni subite in famiglia, perché si erano ribellate alle violenze compiute dai mariti, opposte a leggi ingiuste che le discriminavano in ambito lavorativo, ma vi erano anche donne colpite da gravi carenze alimentari che ne

condizionavano la salute, come la pellagra (19,20), o vittime di inganni da parte del marito o ancora raggiunte e derubate dei loro beni per non dire poi delle prostitute contagiate da malattie sessualmente trasmesse e quindi considerate scarto della società (14,21). Ricordiamo che è del 1865 l'entrata in vigore del Codice civile (Codice Pisanelli) assoggettava di fatto la donna alla cosiddetta “autorizzazione maritale” in tutte le operazioni notarili ponendola sostanzialmente in una condizione di incapacità giuridica. E proprio nel 1865 i ricoverati all'interno dei manicomi italiani erano 7.700 (1 ogni 4000 ab.), in circa 15 anni aumentano in modo considerevole diventando 18.000 nel 1881. Alla fine, dell'Ottocento i ricoverati raggiungeranno la soglia delle 27.000 unità mentre i manicomi passeranno dai 24 del 1874 ai 50 del 1881.

In ogni caso la Legge n. 36 del 1904 rimase in vigore fino al 1968, nonostante che dal 1° gennaio 1948, entrasse in contrasto con la stessa Costituzione repubblicana, che all'articolo 32 afferma che: *“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”.*

I governi, per gran parte del Novecento, hanno fatto ampio ricorso alla psichiatria e ai manicomi per eliminare quindi anche forme di devianza sociale ritenute pericolose. La Legge 36 del 1904 ha risposto perfettamente a queste necessità.

Un cambiamento in positivo si è avuto più avanti con il pieno affermarsi delle scienze psichiatriche e psicologiche (22) e della neuropsichiatria infantile, ma la situazione nei manicomi non si modificò fino alla promulgazione della legge n. 132 del 1968 (cd. Legge Mariotti). Nel mentre, nella quotidianità di tante donne rinchiusi in manicomio si era affacciata la violenza delle terapie dello shock e, in seguito, degli psicofarmaci.

Biologicamente inferiori

Non va inoltre sottovalutato il peso che alcune dichiarazioni di uomini di scienza, oggi assolutamente non accettabili, ha avuto nel giustificare tali comportamenti.



Figura 2. Lypémaniaque.

Se con Philippe Pinel (1745-1826) e il suo allievo Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) (23) (Figg. 2, 3) e fino a metà Ottocento il malato veniva considerato anche alla luce della sua storia personale, per i traumi subiti e per le difficoltà affrontate nel corso della sua vita, a partire dalla seconda metà del secolo si impose il paradigma biologico per il quale il paziente fu quasi privato di una sua storia personale, e iniziò a essere considerato soltanto come entità nosografica (24). Il malato era incapace di ricorrere alle attività intellettuali e morali necessarie per vivere in società a causa delle tare del suo “organo mentale”, ereditate o acquisite (25). In tal senso iniziarono anche gli studi sulle differenze psico-fisiologiche tra uomo e donna.

A metà Ottocento Alexandre Mayer pubblicò il volume *Des rapports conjugaux considérés sous le triple*



Figura 3. Maniaque. Immagini tratte da Jean Étienne Dominique Esquirol, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* / par E. Esquirol (Università di Siena, Fondo Ospedale Psichiatrico San Niccolò di Siena).

point de vue de la population, de la santé et de la morale publique (26) nel quale continuava a ricercare nelle osservazioni anatomiche la giustificazione di tali differenze.

Qualche anno dopo si diffuse in Italia un volume dal titolo *Fisiologia della donna* (27), scritto dal fisiologo Filippo Lussana (1820-1897), docente di fisiologia all’Università di Parma e dal 1867 in quella di Padova, in risposta alle domande che una donna, Giovannina Garcea, gli aveva posto sulle differenze tra i sessi e su una eventuale inferiorità delle donne. Nelle sue risposte Lussana non si distaccò molto dalla letteratura scientifica fino ad allora diffusa, ribadendo le differenze di ordine fisico-organico tra i

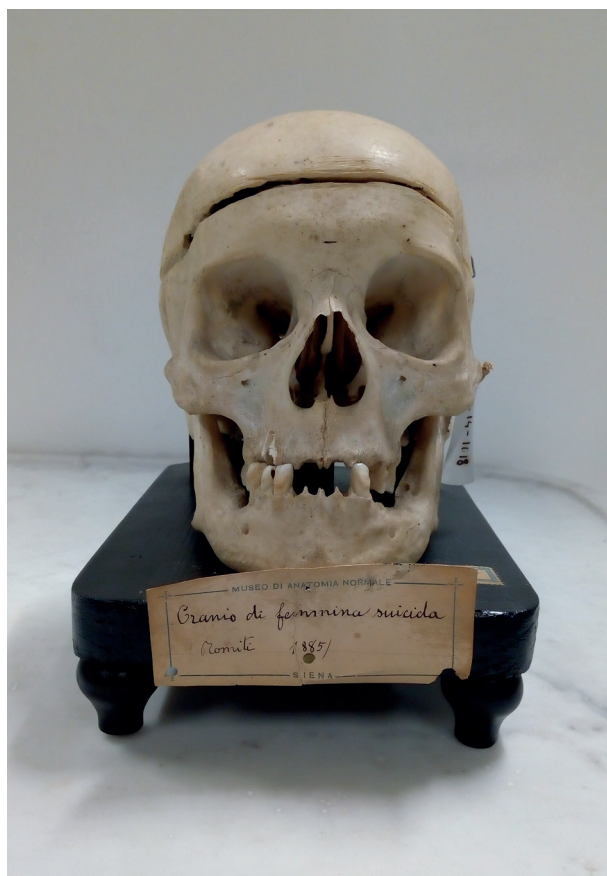


Figura 4. Cranio lombrosiano di “femmina suicida”, preparato da Guglielmo Romiti (1850-1936) nel 1885 (Università di Siena, Museo Anatomico Leonetto Comparini).

due sessi e anche le argomentazioni sulla morfologia della massa cerebrale, sul suo volume e sul suo peso in rapporto al peso corporeo totale. Anche se lo studioso riconosceva ingiusto affidare alle donne un ruolo subalterno a quello dell’uomo nella famiglia e nella società, con le sue risposte basate sui principi della scienza positivista finiva tuttavia col dare alle menti più conservatrici delle giustificazioni circa l’inferiorità della donna.

Lo stesso autore tornò sull’argomento nella voce *Donna* dell’*Enciclopedia Medica Italiana* edita da Valardi (28). Ancora una volta continuava a essere esplicitato il sentimento di inferiorità e di soggezione della donna, giustificando tale sentimento con il fatto che è presente in tutti gli animali.

Gli antropologi ed i freniatri, anche d’intesa con i ginecologi, furono protagonisti a fine Ottocento della

più nota opera di divulgazione delle idee di inferiorità intellettuale delle donne.

“Non può non colpire però che lo sguardo medico che si posava su queste donne era esclusivamente maschile, e traduceva di fatto in un linguaggio medico-scientifico le ragioni di un assoggettamento sociale che è invece puramente culturale. [...]. Questo assoggettamento sociale che prendeva forme mediche rivelò ancor di più il suo carattere di sistema: attraverso il linguaggio scientifico la donna veniva espropriata del proprio corpo quando la sua condotta non corrispondeva al rigido protocollo dell’ideale di femminilità ottocentesco” (29).

Il grande internamento femminile tra fine Ottocento e inizio Novecento pose ovviamente le sue basi sulle idee diffuse da Cesare Lombroso (1835-1909) e tese a dimostrare l’inferiorità biologica, mentale e sociale della donna (Fig. 4).

Per la psichiatria del tempo la donna presentava limiti organici assolutamente sfavorevoli: la costituzionale debolezza psico-nervosa nelle funzioni più elevate e il temperamento instabile determinavano, secondo Lombroso, a parità di condizioni, una facilità maggiore per la donna di impazzire rispetto all’uomo.

Ben presto si diffuse tra medici e governanti l’idea di una sorta di predisposizione della natura femminile alla follia, derivata e consolidata dalle idee lombrosiane sulla “esagerazione del carattere femminile”. Non può pertanto sorprendere che le donne rinchiusi in manicomio con la diagnosi di frenosi isterica fossero descritte come inquiete e irascibili, ingannatrici e manipolatrici, estremamente loquaci e maldicenti, trasgressive e sessualmente disinibite (21).

La costruzione che la società dell’epoca fece di una simile “natura femminile” andò a impattare sensibilmente nella definizione di ciò che poteva ritenersi normale e ciò che invece era da considerarsi anormale.

La dicotomia fra uomo e donna, fra razionalità del primo ed esagerata emotività della seconda andò infine a sostanziare l’idea che le donne fossero biologicamente inadeguate e pertanto necessitavano del controllo e della guida di un uomo.

In questo scenario, che si muoveva tra scienza e pseudoscienza, andarono a inserirsi dal 1913 in poi quei concetti che derivarono dal *First International Eugenics Congress* (30), tenutosi a Londra l’anno

precedente. Questi furono immediatamente recepiti dal Comitato italiano per gli studi di eugenica, costituitosi a Roma in seno alla Società di antropologia al fine di studiare i fattori che potevano determinare il progresso o la decadenza delle razze, sia sotto l'aspetto fisico, sia sotto quello psichico.

Inutile dire che determinarono una ulteriore stretta nella tolleranza dei comportamenti considerati devianti e un aumento dei ricoveri in manicomio, soprattutto per quelle donne che avrebbero potuto minare alle basi la purezza, i valori e la forza della razza italiana.

Inferiori anche nella malattia

Con lo scoppio del primo conflitto mondiale e la chiamata alle armi degli uomini, furono le donne a prendere il loro posto nei campi e nelle fabbriche. Si trattò di un momento molto importante per la storia sociale del Paese e una delle prime opportunità di parificazione dei diritti tra i sessi e di emancipazione femminile. Il ruolo delle donne – sebbene limitatamente agli anni della guerra – passò da quello di “angelo del focolare domestico” a componente attivo dell'economia e della società.

Le atrocità della guerra lasciarono segni importanti su chi la visse in prima persona. Molti soldati tornarono dal fronte in preda a shock e con gravi disturbi mentali.

Su “Lancet”, nel 1915 lo psicologo Charles Myers usò per la prima volta l'espressione shell shock, “shock da bombardamento” o disturbo da stress post-traumatico (31,32).

Myers ipotizzava che le lesioni cerebrali fossero provocate dal frastuono dei bombardamenti oppure dall'avvelenamento da monossido di carbonio. Ma presto fu chiaro che alla base di questi disturbi c'era qualcosa d'altro, dal momento che i sintomi si manifestavano anche in persone che non si trovavano in prossimità di bombardamenti. Nel 1917 il neurologo francese Joseph Babinski (1857-1932) attribuì i sintomi a fenomeni di isteria, disturbo che si riteneva diffuso solo tra le donne suggerendo un trattamento con l'ipnosi (33). “In hystero-pithiatism, developed by Joseph Babinski, trauma was not directly caused by the war. It

was rather due to the unwillingness of the soldier to take part in the war” (34).

Molto si è discusso sullo shell shock e sul destino di 40.000 uomini con disturbi mentali – ben presto volutamente dimenticati – che finirono nei manicomi italiani, oltre a quanti, sicuramente più numerosi, fecero ritorno a casa e furono presi in carico dalle loro famiglie.

Ma pochissime voci hanno invece studiato e raccontato gli effetti, talora devastanti, che la guerra ha avuto sulle donne. Tante furono ricoverate nei manicomi tra il 1915 e il 1918 per patologie che sembrano avere un collegamento diretto con la guerra. Nel manicomio senese di San Niccolò le donne ricoverate nel 1915 furono 190, mentre negli anni immediatamente prima dello scoppio del conflitto erano state 158 nel 1912 e 165 nel 1913, tanto che il medico primario del San Niccolò Virgilio Grassi scrisse che si trattava di un “aumento assai superiore” rispetto agli anni precedenti (35).

Tra i rari scritti è di particolare interesse quello redatto nel 1916 da una donna psichiatra, Maria Bertolani del Rio (1892-1978), allieva di Enrico Morselli (1852-1929) e di Edoardo Maragliano (1849-1940) (37,38), dal titolo *Le malattie mentali nella donna in rapporto alla guerra* (36).

La stessa Bertolani Del Rio, che nel 1915 venne assunta al manicomio San Lazzaro di Reggio Emilia, scrive: “dal Giugno 1915 al Maggio 1916, le donne furono accolte nel nostro Istituto nella maggiore proporzione di circa il 12% rispetto alla media di un corrispondente periodo di tempo dei tre anni precedenti” (36).

Al tempo non si parlava ancora di danno biologico da morte di un congiunto o di “danno da lutto”, ma ciò che colpisce nella disanima dei 12 casi da lei trattati è che queste donne furono rinchiusse perché incapaci di gestire l'urto degli eventi. “*Sul campo di battaglia [...] il soldato che partecipa alle odierne battaglie assiste a spettacoli raccapriccianti, a ecatombi di compagni e sente e vede il pericolo mille volte intorno a sé. Jacoby ha paragonato le battaglie moderne – per quanto concerne i loro effetti psichici – ai grandi cataclismi cosmici, quali i terremoti e le eruzioni vulcaniche. Per la donna, invece, la guerra rappresenta solo un'immensa fonte di dolore, un succedersi di ansie, un motivo di pianti disperati e di rinunce amare.*

Ma quasi mai, se non esistono altre cause predisponenti, le manifestazioni del dolore oltrepassano la normalità o deviano nella pazzia. Perciò non si può accusare la guerra di aumentare da sola il numero delle malate di mente” (36).

Nelle cartelle cliniche, delle quali riporta le informazioni principali, le diagnosi spaziano dalla melancolia (la più citata con 7 casi) alla demenza precoce (1 caso), delirio acuto (1 caso), amenza (1 caso), ipomania (1 caso), frenosi maniaco-depressiva (1 caso).

La melancolia o lipomania è una sindrome affettiva caratterizzata da una tristezza morbosa e ostinata, indipendente dagli avvenimenti esterni, un pessimismo invincibile, un senso profondo di sfiducia e di avvilimento, che paralizza ogni azione. Anche la frenosi maniaco-depressiva o Disturbo bipolare presenta gravi alterazioni dell'umore, delle emozioni e dei comportamenti, alternate a episodi maniacali e depressivi (39).

L'amenza è una forma di psicosi, a decorso acuto, contraddistinta da un grave disturbo della coscienza (obnubilamento o abolizione), comportamento incoerente, allucinazioni di varia natura, disturbi motori, deliri e condizioni generali assai gravi, mentre l'ipomania, che alla lettera può essere tradotta in “mania lieve”, è un disturbo dell'umore.

In queste brevi note le patologie riportate nelle cartelle cliniche di queste pazienti vanno a interessare la sfera dei sentimenti femminili. Secondo l'idea diffusa al tempo, a motivo dell'esagerazione che contraddistingue molti tratti del carattere femminile, sentimenti come la paura della perdita o il distacco dalle persone amate, se non controllate, potevano condurre a tormenti indicibili, che sfociano nella pazzia.

“L'idea della guerra, con tutte le sue conseguenze, diventa quasi un'ossessione angosciosa a cui moltissimi sono sottoposti. Fra i tanti, alcuni, a più debole immunità psichica, reagiscono con una malattia mentale, che porta spesso l'impronta degli avvenimenti dell'epoca e rappresenta talora come l'esagerazione dello stato d'animo che l'ha preceduta” (36).

Proprio come accadeva per i soldati, e ancor più per le donne, i disagi e il dolore potevano essere considerate delle concause, acceleratori di patologie che sarebbero comunque emerse. Le condizioni eccezionali della guerra determinavano semmai una maggiore intensità dei sintomi. Infatti, in nessuno di questi casi il dolore della perdita, per quanto forte, avrebbe potuto

condurre alla pazzia, se non ci fossero state delle tare ereditarie, una predisposizione familiare che la Bertolani del Rio ravvisa in 8 delle 12 donne prese in considerazione nel suo studio (36).

La sua posizione si dimostra così perfettamente consonante con gli orientamenti dottrinari d'epoca della psichiatria.

Conclusioni

Gli autori hanno voluto mostrare, attraverso esempi diversi, la violenza perpetrata dalla società sulle donne nel corso dell'Ottocento e del Novecento, fino alla chiusura degli ospedali psichiatrici.

In una società patriarcale il comportamento di quante non si conformavano al modello dominante di figlia/moglie, madre e massaia è sempre stato oggetto di condanna e ha spalancato le porte di manicomi a migliaia di donne. Ogni comportamento deviante dalla norma non era solamente censurato sul piano etico, ma veniva infatti relegato nella sfera della follia. Una follia o pazzia morale, caratterizzata da indifferenza morale e tendenza alla criminalità e al cinismo: il mancato rispetto di norme morali ritenute tali dalla comunità.

Utilizzando tale espressione, Cesare Lombroso (40) non introdusse un concetto nuovo in ambito psichiatrico in quanto fin dalla prima metà del XIX secolo in Francia molti studiosi avevano fatto ricorso a questa idea per descrivere comportamenti sociali bizzarri e imprevedibili.

Tuttavia, tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, anche a motivo dell'aumento di atti criminali, la società ha deciso per una serie di provvedimenti tendenti a riportare i comportamenti entro binari precisi. Questo ha determinato un inasprimento del giudizio negativo nei confronti di tutto quanto non rientrasse nell'idea di morale accettata dalla società.

Ma soprattutto ha determinato uno spostamento di molta parte degli uomini di scienza verso un'adesione alla morale che ha significato rintracciare la causa di atti criminali o anche di semplici comportamenti eccentrici in una patologia psichica di carattere organico (41,42).

Sulla base di tale orientamento tutte quelle persone ritenute pericolose per il mantenimento

dell'ordine pubblico e per la tutela della moralità, soprattutto donne che mostravano un comportamento troppo libero, divennero soggetti da attenzionare e reprimere. Nel caso specifico delle donne era da reprimere il carattere ritenuto non in linea con i valori accettati dalla società (43).

Simili comportamenti sono andati a colpire gli elementi più deboli e indifesi della società e in particolare le donne, troppo spesso giudicate dalla società e prima ancora dalle loro stesse famiglie, timorose di apparire non degne della considerazione sociale.

E anche quando vengono rinchiusi in manicomio, le cause non sono spesso riconducibili a vere patologie psichiatriche. Salvo quando, come nel caso appena ricordato di donne che sono state rinchiusi in manicomio per aver mostrato sintomi di pazzia per traumi legati alla guerra, il loro trauma non viene riconosciuto nella sua gravità e i sintomi rubricati come attacchi isterici e allucinazioni, tenendo in poca importanza il trauma emotivo da esse vissuto.

Bibliografia

- Orsini D. La lente distorta della società. Malattia violazione dell'ordine sociale e stigma tra XIX e XXI secolo. *Licosia edizioni* 2022; 43 e ss.
- Carrino C. Luride, agitate, criminali. Un secolo di internamento femminile (1850-1950). Roma: Carocci 2021.
- Brigo F, Martini M. Disease: An idea we really need? *Conf. Cephalal. et Neurol.*, *Conf. Cephalal. et Neurol.* 2023; Vol. 33, N. 2: e2023015.
- Durkheim É. La divisione del lavoro sociale (trad. di F. Airoldi Namer). Milano: Il Saggiatore 2016; 126 e ss.
- Rizzo D. Gli spazi della morale. Buon costume e ordine delle famiglie in Italia in età liberale. Roma: Biblink ed. 2004.
- Gentile G. La donna nella coscienza moderna. In: Gentile G. La donna e il fanciullo: due conferenze. Firenze: Sansoni 1934.
- Critica fascista 1931; 11:193.
- Valeriano A. Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista. Roma; Donzelli Editore 2017.
- Mantello M. Fascismo, sottomissione della donna e blocco sociale. *MicroMega*, 6 settembre 2022. Available at: www.micromega.net/fascismo-donne/ (Accessed on: 10/10/2023).
- Merini A. L'altra verità. Diario di una diversa. Milano: Rizzoli 2000; 15.
- Bly N. Ten days in a Mad-House (Trad. it. Dieci giorni in manicomio). Massa: Edizioni clandestine 2018.
- Gaino A. Il manicomio dei bambini. Torino: Ed. Gruppo Abele 2017.
- Vannozzi F. Infanzia reclusa. I bambini del manicomio San Niccolò di Siena. Firenze: Edizioni Nerbini 2020.
- Bertolo B. Donne e follia in Piemonte. Storie e immagini di vite femminili rinchiusi nei manicomi. Torino: Susalibri 2021.
- Grignani MA, Mazzarello P. Ombre nella mente. Torino, Bollati Boringhieri 2020.
- Martini M., Brigo F, Orsini D. La storia dell'Encefalite Letargica: una cura italiana per una malattia ancora poco conosciuta. L'esperienza dell'Ospedale psichiatrico di Siena nella prima metà del XX secolo in una ricerca museale e d'archivio. *Conf. Cephalal. et Neurol.* 2023; Vol. 33, N. 1: e2023002.
- Brigo F, Lorusso L, Martini M. The socio-cultural legacy of encephalitis lethargica and its representation in popular and mass culture. *Conf Cephalal. et Neurol.* 2022. Vol 32, e2022004.
- Economio (von) C. Die Encephalitis lethargica, ihre Nachkrankheiten und ihre Behandlung. Berlino-Vienna: Urban und Schwarzenberg 1929; 189-190.
- Bertolotti C. La pellagra. Bibliografia degli studi dal 1776 al 2005. Mantova: Istituto Mantovano di Storia contemporanea 2009. Tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento il numero di pazienti che vengono inquadrate come "pellagrose" è davvero molto elevato.
- Fornari L. La vita degli esclusi. Pellagra e alcolismo nel Mantovano (1808-1930). Fotolito Viadanese Nuova Stampa Viadana (MN) 2013.
- Lombroso C., Ferrero G. La donna delinquente, la prostituta e la donna normale. Milano: Edizioni et al. 2009 (I ed. L. Roux e C., Torino-Roma, 1893).
- Martini M., Brigo F, Orsini D. La storia della neuropsichiatria italiana e il ruolo di Onofrio Fragnito (1871-1959). *Conf. Cephalal. et Neurol.* 2023; Vol. 33, N. 2: e2023014.
- Esquirol JED. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal / par E. Esquirol. Parigi: J.B. Baillière; 1838.
- Mazzarello P. Storia avventurosa della medicina. Vicenza: Neri Pozza ed.2023.
- Mazzarello P. Il Nobel dimenticato. La vita e la scienza di Camillo Golgi. Torino: Bollati Boringhieri ed. 2019.
- Mayer A. Des rapports conjugaux considérés sous le triple point de vue de la population, de la santé et de la morale publique. Parigi: JB Baillière et fils 1860. Available at: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k98164876> (Accessed on: 22/10/2023).
- Lussana F. Fisiologia della donna. Padova 1874.
- Lussana F. Voce Donna dell'Enciclopedia Medica Italiana. Vallardi 1878 (III); 289-299.
- Iuso A. Donne scomode. Voci femminili dagli istituti psichiatrici. In Gianturco G., Brancato G. (a cura di). Oltre gli stereotipi sulla violenza di genere. Approcci, teorie e ricerche. Roma: Sapienza Università Editrice 2022; 73-94.

30. Pearl R. The First International Eugenics Congress. *Science* 1912; 36(926):395-6. doi: 10.1126/science.36.926.395.
31. Norris B. Enlightened or barbaric? Re-evaluating shell shock treatment. *Vesalius* 2013; 19(1):4-7. PMID: 26050282.
32. Shively SB, Perl DP. Traumatic brain injury, shell shock, and posttraumatic stress disorder in the military-past, present, and future. *J Head Trauma Rehabil.* 2012; 27(3):234-9. doi: 10.1097/HTR.0b013e318250e9dd.
33. Brigo F, Lorusso L. Adolph Seeligmüller (1837-1912) and the first graphic illustration of the “toe phenomenon” (later called “Babiński sign”) in the medical literature. *Neurol Sciences* 2022; 43 (3):2145-2148.
34. Tatu L, Bogousslavsky J. World War I psychoneuroses: hysteria goes to war. *Front Neurol Neurosci.* 2014; 35:157-68. doi: 10.1159/000360060.
35. Grassi V. Relazione statistico-clinica del Manicomio di S. Niccolò di Siena per l'anno 1915. *Rassegna di Studi Psichiatrici* 1916; VI:100-103.
36. Del Rio M. Le malattie mentali nella donna in rapporto alla guerra. *Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali* 1916; XLII: 87.
37. Martini M, Barberis I, Bragazzi NL, Paluan F, The fight against tuberculosis in the mid-nineteenth century: The pivotal contribution of Edoardo Maragliano (1849-1940). *Adv Exp Med Biol.* 2018; 1057:95-100. DOI: 10.1007/5584_2017_125.
38. Martini M., Riccardi N, Maragliano E, Brigo F. Edoardo Maragliano (1849-1940) and the immunogenicity of the tubercle bacillus: the pathway of a great italian physician. *J Prev Med Hyg* 2021; 62: E552-E554. doi .org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.2.2095.
39. Brigo F, Martini M, Lorusso L. The Italian contribution to the anatomo-clinical method and physical examination in the history of neurology. *Conf. Cephalal. et Neurol.* 2022; Vol. 32, N. 3: e2022024.
40. Lombroso C. La pazzia morale e il delinquente nato. *Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale* 1882; 4:365-379.
41. Lombroso C. *L'uomo delinquente, Atlante.* Torino: Fratelli Bocca editori 1897.
42. Mazzarello P. *Il genio e l'alienista.* Torino, Bollati Boringhieri ed. 2017.
43. Lombroso G. *La donna nella società attuale.* Bologna, Zanichelli 1927.

Correspondence:

Mariano Martini

Department of Health Sciences, University of Genoa, Italy

Via Pastore, 1 -16132 Genoa (GE) – Italy (IT)

E-mail: mariano.martini@unige.it