

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

Direttore: Chiar.mo Prof. Raffaele De Caro

Clinica Psichiatrica

Direttore: Chiar.ma Prof.ssa Angela Favaro

TESI DI LAUREA

DISTURBI MENTALI E TERAPIE IN DONNE RICOVERATE
NELL'OSPEDALE PSICHIATRICO DI TREVISO DAL 1911 AL 1978

Relatore: Prof. Gerardo Favaretto

Laureanda: Martina Scapolo

Anno Accademico 2022-2023

INDICE

ABSTRACT	1
ABSTRATC (ENGLISH VERSION)	2
1. INTRODUZIONE	3
<i>1.1 La nascita dei manicomi in Europa tra Settecento e Ottocento</i>	3
<i>1.1.1 Assistenza manicomiale in Italia</i>	8
<i>1.1.2 Assistenza manicomiale in Veneto</i>	8
<i>1.1.3 Legge n°36 del 1904</i>	10
<i>1.2 L'assistenza manicomiale a Treviso</i>	14
<i>1.2.1 Le Case di Salute e l'endemia pellagrosa</i>	14
<i>1.2.2 Il manicomio di Sant'Artemio</i>	14
2. DONNE E MANICOMI	18
<i>2.1 Statistiche riguardanti il numero di donne ricoverate all'interno dei manicomi a inizio Novecento</i>	18
<i>2.2 Rapporto tra donne, manicomi e psichiatria nel corso dell'Ottocento e del Novecento</i>	18
<i>2.3 Psicopatologia al femminile dalla psicanalisi al tema del genere</i>	24
<i>2.4 Psicopatologie: il caso dell'isteria</i>	28
3. DISTURBI PSICHIATRICI NELLA DONNA NEL PERIODO PERINATALE	32
<i>3.1 Depressione in gravidanza</i>	34
<i>3.2 Depressione post partum</i>	35
<i>3.3 La psicosi puerperale</i>	36
<i>3.4 Parto traumatico e PTSD</i>	38
<i>3.5 Disturbo della relazione madre-bambino</i>	38
<i>3.6 Ciclo mestruale e malattia mentale</i>	39
4. MATERIALI E METODI	43
<i>4.1 L'archivio</i>	43
<i>4.2 Selezione delle cartelle</i>	43
5. DISCUSSIONE	48
<i>5.1 La questione diagnostica</i>	50
<i>5.1.1 Casi di immoralità costituzionale</i>	52

5.1.2 I delitti di gelosia	53
5.2 Le terapie	55
5.2.1 Sedativi, clinoterapia e idroterapia	55
5.2.2 La piretoterapia	56
5.2.3 L'ergoterapia	58
5.2.4 L'insulinoterapia.....	59
5.2.5 Leucotomia dei seni frontali	61
5.2.6 Lo shock cardiazolico	62
5.2.7 L'elettroshock	63
5.2.8 L'avvento degli psicofarmaci.....	65
6. CONCLUSIONI.....	67
BIBLIOGRAFIA	69

ABSTRACT

In questi decenni la storia della psichiatria è stata arricchita da molti lavori che hanno dimostrato quanto l'attenzione ai sistemi diagnostici e alle terapie da una parte, e l'analisi della dimensione sociale del disturbo mentale e delle vicende personali dei pazienti dall'altra, possano essere importanti per la comprensione della natura stessa della disciplina psichiatrica. Fra tutti i pazienti, le donne hanno ricevuto un'attenzione particolare ed è per questo che con questa tesi si è deciso di approfondire le specificità diagnostiche e terapeutiche del genere femminile e le dinamiche sociali che hanno portato molte donne ad essere ricoverate all'interno degli Ospedali Psichiatrici, i quali, nell'arco del Novecento, sono stati il principale luogo di cura e internamento di migliaia di persone affette da disturbi mentali. Secondo le disposizioni della legge n° 36 del 1904, che istituì gli Ospedali Psichiatrici, un individuo poteva essere ricoverato in un manicomio nel momento in cui veniva certificato uno stato di pericolosità per sé o per gli altri o per aver assunto dei comportamenti di pubblico scandalo.

In questa tesi viene indagata la documentazione clinica relativa a pazienti di sesso femminile dell'Ospedale Psichiatrico Sant'Artemio di Treviso che sono state ricoverate dal 1911 al 1978, rispettivamente anno di apertura e chiusura dell'Ospedale Psichiatrico.

Scopo principale di questa ricerca è quello di analizzare l'evoluzione della diagnostica e dei trattamenti che venivano applicati sulle donne nel corso del XX secolo. La scelta di pazienti di genere femminile è sostenuta dalla presenza di una recente letteratura sul tema e dall'intenzione di verificare quale fosse la visione delle donne ammalate e come la loro malattia sia stata rappresentata nel corso dei decenni, alla luce dell'attuale dibattito sul tema del genere e della medicina di genere. Dopo un'analisi della letteratura sono stati individuati campioni di cartelle cliniche relative ai diversi decenni. Queste sono state esaminate e confrontate valutando le condizioni generali della cartella clinica stessa, i dati anagrafici della paziente, i motivi del ricovero, la diagnosi, le note cliniche, ovvero gli elementi osservati e annotati ritenuti significativi di psicopatologia, le terapie eseguite, la presenza di corrispondenza e di contatti con la comunità di origine e, per quanto possibile, l'esito del ricovero.

ABSTRACT (ENGLISH VERSION)

In the past decades, the history of psychiatry has been enriched by many academic works that have shown how relevant the attention toward the diagnostic criteria and therapies and the importance given to social setting and patients' life stories can be for the comprehension of the nature of psychiatry itself.

Among all patients, women received a particular treatment, and this is the reason why this thesis focuses on the diagnostic and therapeutic specificities of female patients as well as the social background that led many women to be hospitalized in asylums, which were the main place of care and detention of thousands of people affected by mental illnesses in the XX century. According to the dispositions of law n°36 from 1904, which formally established psychiatric hospitals, any individual could be forcefully interned in one of these structures if a certificate stated that the soon-to-be patient was dangerous for themselves and for others or their behaviour was considered scandalous.

This thesis analyses the clinical records of the female patients interned in Treviso's Sant'Artemio Psychiatric Hospital between 1911 and 1978, the opening and closing years of the asylum, respectively.

The main objective of this study is to analyse the evolution of the diagnosis and treatments that were carried out on women during the XX century. The choice of focusing only on the asylum's female patients is justified by the existence of recent literature on this topic and the purpose of studying how women with mental illnesses were seen and represented in the past decades, especially considering the current debate around the gender and gender medicine. After analysing the relevant literature, a sample of medical records belonging to different decades was selected, and it was examined considering the general conditions of the medical documents, the personal data of the patients, the reasons of their hospitalization alongside the diagnosis, the symptoms and signs that were considered indicative of psychopathology, and the treatments. Finally, additional elements that were considered were the letters directed to the patients' relatives and, when available, the hospitalization's outcome.

1. INTRODUZIONE

1.1 *La nascita dei manicomi in Europa tra Settecento e Ottocento*

M. Foucault nel suo libro “Storia della follia nell’età classica” scrisse che nel Settecento i grandi luoghi di raccolta e di isolamento degli ammalati come i lazzaretti subirono un progressivo svuotamento, e questo avvenne anche a causa di un miglioramento delle condizioni generali e sociali che crearono i presupposti per una minore diffusione di molte malattie. A partire dal XVIII secolo, queste strutture cominciarono ad accogliere persone “anormali” dal punto di vista sociale, ossia del comportamento o a causa di condizioni di miseria (1).

È proprio in questi luoghi che l’autore francese cercò le radici della psichiatria moderna e della nascita dell’istituzione psichiatrica. L’istituto Bicêtre, a Parigi, fu il punto di arrivo dell’indagine di Foucault: in quell’istituto e nella figura di Philippe Pinel, egli identificò colui che diede inizio alla psichiatria istituzionale: lo psichiatra francese, noto come colui che liberò i folli dalle catene, fu a parere di Foucault anche l’inventore degli spazi esclusivi ed escludenti la follia, luoghi che caratterizzarono fino al XX secolo la stagione della psichiatria dei manicomi (1).

Philippe Pinel nacque nel 1745 in un villaggio nel sud della Francia. Figlio di medici, inizialmente doveva dedicarsi allo studio della teologia, per poi passare invece a quello della matematica e infine alla medicina, che studiò a Tolosa e Montpellier (2). Il suo trattato più importante fu il “Trattato medico-filosofico sull’alienazione mentale”, in cui delineò una gestione dei problemi dell’alienazione non basata su un approccio naturalistico, ma medico-filosofico: l’obiettivo di Pinel, non era studiare la natura della ragione umana, ma indagare i fatti attraverso gli strumenti delle scienze naturali e chiarire quali fossero i metodi di trattamento più adeguati grazie ad indagini obiettive a carattere statistico (2).

Il gesto di Pinel di liberare i malati dalle catene fu un atto che può essere considerato alla pari di un mito fondante (3), come testimonia il quadro del pittore francese Tony Robert-Fleury, “*Pinel libera i malati mentali nell’ospedale della Salpêtrière nel 1795*”, che raffigura una paziente dell’istituto femminile Salpêtrière, che egli iniziò a dirigere nel 1795, liberata dalle catene, mentre indica con la mano le altre donne internate ancora afflitte da uno stato di miseria e abbandono. Alla base del gesto di Pinel e del suo mito c’era la convinzione che a quello stato di miseria si potessero applicare delle cure e che le catene con cui gli alienati erano imprigionati

fossero un segno della ignoranza relativa al funzionamento della loro mente. Egli, infatti, distingueva i malati in non curabili e curabili, i quali soffrivano di una “*disregolazione*” della ragione e di un “*eccesso*” delle passioni, la cui unica soluzione era il cosiddetto “*Trattamento morale*”, che aveva come obiettivo quello di riabilitare la funzione della ragione stessa (4).

Philippe Pinel riteneva che l’aspetto più importante fosse il modo in cui erano organizzati gli istituti per malati mentali, in quanto l’istituzione era, secondo lui, lo strumento essenziale della terapia. Philippe Pinel, rifiutava fermamente l’uso della violenza fisica, la quale veniva utilizzata sin dai tempi di Celso, definendo la pratica di immergere nell’acqua i malati di mente “*un delirio medico, forse peggiore ancora di quello dell’alienato*” (5, p. 246).

La conseguenza della conoscenza, secondo Pinel era la suddivisione in categorie dei malati: per esempio, nella Salpêtrière le alienate erano suddivise nei seguenti reparti: “*idioti e ladri, pazienti eccitati inguaribili e pazienti eccitati guaribili, pazienti tranquilli, pazienti affetti da demenza senile e pazienti in fase di convalescenza*” (2, p.89).

Infine, la continuità del rapporto, l’ergoterapia, l’ordine e lo studio del carattere degli internati erano altri elementi di fondamentale importanza nella pratica manicomiale delineata da Pinel (2).

Quest’ultimo e i suoi allievi, tra cui spicca il nome di Esquirol, erano sicuri che fosse necessario separare i pazienti dalle loro famiglie il prima possibile, poiché stare con loro non li portava a guarire, ma anzi li conduceva ad uno stato di eccitazione controproducente. Il collegamento col mondo esterno, quindi, doveva essere fortemente limitato (2).

Nella sua pratica clinica, Pinel si occupò a fondo del problema delle cause delle malattie mentali, individuandone otto: la prima causa è l’ereditarietà, la seconda sono le istituzioni sociali carenti, soprattutto sul piano educativo, la terza consiste in uno stile di vita irregolare, la quarta sono le cosiddette passioni “*spasmodiche*” come la collera e il panico, la quinta le passioni “*indebolenti o commoventi*” come la preoccupazione, l’odio, la paura e la vendetta. Al sesto posto, invece, riteneva che ci fossero le passioni “*rallegranti*”, al settimo la costituzione malinconica e, infine, all’ottavo fenomeni fisici come l’alcolismo, l’arresto delle mestruazioni, le febbri, il puerperio o le lesioni cerebrali (2).

Egli, dunque, stabiliva un'importante distinzione tra le cause morali o psicologiche, tra cui figuravano le delusioni amorose, la perdita di un patrimonio o le difficoltà familiari, e quelle fisiche come la predisposizione ereditaria, l'amenorrea e il puerperio, o più strettamente organiche come le lesioni cerebrali che venivano studiate attraverso indagini anatomopatologiche e che erano considerate da Pinel come la principale causa dei casi inguaribili (2).

Pinel ebbe molti allievi, ma nell'ambito psichiatrico si distinse in maniera particolare Esquirol, il quale nacque nella stessa regione della Francia di Pinel. Anche lui era figlio di medici ed era destinato allo studio della teologia, per poi dedicarsi invece alla psichiatria. Nel 1799 si trasferì a Parigi dove conobbe Pinel, che affiancò nella direzione della Salpêtrière a partire dal 1811 (2).

Esquirol condivideva gli stessi ideali del maestro e fu a sua volta un'importante insegnante, responsabile della formazione di numerosi allievi di grande statura, contribuendo così a fare della scuola francese la scuola di psichiatria più influente della prima metà dell'Ottocento. La sua opera raccoglie l'eredità di Pinel come dimostrano i suoi lavori sulle passioni (6).

Sebbene Esquirol condividesse molte idee di Pinel, si differenziò da lui su alcuni aspetti come, per esempio, il fatto che non aderì al concetto sostenuto dal suo maestro secondo il quale la mania si localizzerebbe a livello dell'apparato digerente, appoggiando invece la teoria cerebrale di Gall che riteneva che le malattie mentali fossero malattie del cervello (2).

Franz Joseph Gall fu un medico tedesco, ideatore della dottrina frenologica. Si laureò nel 1785 a Vienna, dove diffuse le sue teorie riguardo al rapporto mente-corpo. Egli riteneva che le facoltà morali e intellettuali sono innate e che il cervello è la sede di tutte le inclinazioni e facoltà. Grazie ai suoi studi neuroanatomici approfondì le caratteristiche della materia bianca e grigia e osservò che il sistema nervoso è costituito da gangli separati ma in rapporto tra loro (7).

Un altro tema di cui si occupò Esquirol, e che sarebbe poi stato ripreso all'inizio del Novecento, fu quello dell'aumento delle malattie mentali e se tale incremento potesse essere connesso al grado di civiltà delle società (2).

Per quanto riguarda, invece, la gestione degli istituti manicomiali, Esquirol riteneva che: *“il medico deve essere il capo fondamentale di un ospedale psichiatrico. È lui, infatti, che dovrebbe dirigere qualsiasi operazione. Il medico dovrebbe essere investito di un'autorità dalla quale nessuno possa essere esentato.”* (6).

In merito a questo, Esquirol fu l'ispiratore della legge del 1838 che regolamentò l'assistenza psichiatrica in Francia, e che funse poi da modello per altre leggi simili come quella in Svizzera (1838), in Inghilterra (1842) e in Norvegia (1848). Inoltre, diede il via alla costruzione di diversi istituti come la clinica privata di Ivry, l'istituto di Charenton, e quelli di Saint-Yon, Le Mans, Montpellier e Marsiglia, oltre ai primi istituti speciali per deboli di mente e idioti (2).

La legge del 1838 conteneva al suo interno diversi principi che sarebbero poi stati ripresi da tutte le legislazioni successive sul trattamento degli alienati: alcuni esempi sono il concetto di pericolosità come criterio per l'ammissione in manicomio, oppure il fatto che il ricovero doveva essere certificato da un medico (4). Grazie anche ai suoi allievi, come J.J. Moreau de Tours e J. Baillarger, il pensiero di Esquirol continuò ad influenzare la psichiatria fino agli anni Ottanta dell'Ottocento (2).

Nel corso del XIX secolo, la psichiatria si affermò sempre di più come disciplina accademica; lo studio delle "malattie nervose" comprendeva anche quello che poi, a partire dal XX secolo, venne considerato come di pertinenza di una disciplina diversa, ovvero la neurologia.

A partire dall'istituzione degli ospedali per alienati, il dibattito sulle malattie mentali, le loro cause, il loro decorso e la loro prognosi si fece sempre più intenso e popolare; all'approccio francese verso la fine dell'Ottocento si contrappose quello tedesco, in particolare quello di Emil Kraepelin, il cui pensiero si diffuse rapidamente anche nell'ambito della psichiatria italiana.

Emil Kraepelin con i suoi trattati introdusse in Italia una nuova impostazione della psichiatria clinica, che si poneva in contrapposizione con quella in vigore fino a quel momento basata quasi totalmente sulla pratica manicomiale (8).

In Germania, sebbene all'epoca ci fossero molte differenze tra i vari stati, nel 1903 c'erano già 395 manicomi che accoglievano più di 100000 pazienti (4).

Kraepelin fece il suo ingresso nel dibattito italiano nel periodo tra il 1880 e il 1890, durante il quale il tema principale era la promulgazione di un Codice penale unificato, che sarebbe avvenuta solo nel 1889: infatti, le tematiche allora maggiormente affrontate erano la pena di morte e la semiresponsabilità o non imputabilità per vizio mentale (9), di cui Kraepelin si occupò sostenendo la necessità di una "*riforma che faccia del carcere, analogamente al manicomio, un'istituzione a scopo riabilitativo e terapeutico*" (10).

Nel 1885 venne pubblicata in Italia l'opera di Kraepelin "*Compendio di psichiatria per uso dei medici e degli studenti*", la cui edizione più importante fu quella curata da Clodomiro Bonfigli, allora direttore del nosocomio di Ferrara. In questo testo, Kraepelin appoggiava le politiche manicomiali di tipo *no-restraint*, cioè quelle politiche che avevano come obiettivo la riduzione dell'utilizzo di mezzi di contenzione nei manicomi. Questo era un concetto d'avanguardia per l'epoca, che in Italia faticava ancora a trovare terreno fertile. A dimostrazione di ciò, lo stesso Bonfigli prese le distanze dall'autore del *Compendio* poiché sosteneva che pratiche di questo tipo erano più adatte alle popolazioni dell'Europa settentrionale, piuttosto che a quelle latine. Le politiche *open-door*, che sostenevano che i manicomi non dovessero avere mura di cinta, cancelli e sbarre alle finestre, e le politiche *no-restraint* erano effettivamente più popolari nei paesi del Nord Europa oltre che nel Nord America, ma se ne dibatteva anche in Italia, dove però godeva di maggior consenso il cosiddetto "no-restraint attenuato", che legittimava l'utilizzo occasionale dei mezzi di contenzione, ritenuti allora indispensabili per garantire la sicurezza del personale sanitario (9).

L'atteggiamento *no-restraint*, infatti, era già stato introdotto da Pinel in Francia quando elaborò il suo "*Trattamento morale*" e le sue politiche manicomiali, a cui si ispirarono le esperienze delle comunità terapeutiche inglesi, di cui John Conolly fu tra i maggiori esponenti, e quelle di Gheel, in Belgio, dove si era creata una situazione molto suggestiva basata sulla tradizione di accogliere gli alienati nelle case e nelle famiglie della comunità del posto (4).

Sul finire del XIX secolo la legislazione e l'organizzazione degli istituti manicomiali in Europa mostravano molte differenze tra Paese e Paese. La monarchia austriaca, per esempio, aveva emanato una legge unica e nel 1898 esistevano 23 manicomi con quasi 11000 ricoverati. In Russia, invece, leggi per la regolazione dell'assistenza agli alienati si potevano trovare già dal 1722, e dal 1885 la competenza dei manicomi venne affidata ai comuni. In Scozia era stata promulgata una legge sugli alienati già dal 1897, mentre in Inghilterra si affermava che nel Bethlem Hospital, un ospedale per la cura delle malattie mentali a Londra, erano presenti pazienti psichiatrici già nel 1400. Infine, in Belgio, in seguito all'esperienza di Gheel, venne emanata una legge nel 1850 (4).

1.1.1 Assistenza manicomiale in Italia

In Italia, più precisamente in Toscana, qualche anno prima che Pinel pubblicasse il suo Trattato, il Granduca Leopoldo di Toscana fu il primo in Europa a emanare nel 1774 una “*Legge sui pazzi*” che stabiliva i criteri per il loro internamento nei manicomi e incaricò il medico italiano Vincenzo Chiarugi di introdurre nel manicomio di San Bonifacio delle modifiche che lo trasformassero da un semplice deposito per alienati a un vero e proprio ospedale di cura. Chiarugi, per via del contributo che diede all’assistenza manicomiale italiana e delle innovazioni che introdusse, venne spesso paragonato a Pinel e fu autore di un importante trattato sulla pazzia (11). Egli non operò solo in Toscana, ma anche nel manicomio di San Servolo di Venezia, dove introdusse il lavoro come mezzo di cura e sostituì con trattamenti più umani la superstizione e l’ignoranza che all’epoca dominavano gli ambienti manicomiali (12).

Nel corso dell’Ottocento, in Italia, il dibattito psichiatrico e l’organizzazione dell’assistenza agli alienati nei manicomi videro un periodo di grande sviluppo.

La pubblicazione di numerose opere riguardanti la follia e l’interesse sempre più dilagante per le malattie mentali, grazie non solo ad autori stranieri, ma anche italiani, portò alla fondazione di nuovi istituti e al miglioramento di quelli più antichi e abbandonati, contribuendo al miglioramento dell’assistenza. Tuttavia, poiché l’Italia fino al 1961 era divisa in Stati, non è possibile fare riferimento a una vera e propria storia nazionale per quanto riguarda la scienza, e per questo motivo, anche a causa delle influenze straniere, si svilupparono numerose differenze nelle diverse regioni italiane riguardanti la cultura scientifica e psichiatrica e le legislazioni che vennero emanate in quegli anni (12).

1.1.2 Assistenza manicomiale in Veneto

Prima della creazione degli istituti manicomiali, a Venezia i malati mentali venivano rinchiusi all’interno di una nave, ancorata a piazza San Marco, che veniva chiamata la Fusta, dove venivano isolati non solo i folli ma anche i delinquenti. Col tempo, lo spazio limitato della nave divenne troppo stretto per contenere tutti, e predisponne allo sviluppo e alla diffusione di malattie (13).

Dunque, l’assistenza manicomiale in Veneto iniziò ad avere sede soprattutto nei manicomi di Venezia, in particolare nel manicomio di San Servolo, che venne creato nel 1733 sull’isola omonima a partire dalle rovine di un antico convento.

Inizialmente, in questo istituto vennero rinchiusi sia persone affette da malattie mentali che individui colpiti da malattie comuni, fino a quando l'isola non venne adibita esclusivamente agli alienati.

Lo Statuto del San Servolo affermava che potevano essere ivi rinchiusi soltanto i *“mentecatti bisognevoli di custodia, pericolosi a sé ed agli altri e nocivi alla morale ed all'ordine pubblico”* (12 p. 79).

La direzione medica e l'amministrazione del manicomio rimasero nelle mani dell'Ordine dei Fatebenefratelli fino al 1901, anno in cui venne eseguita l'inchiesta Belmondo (9).

Nel 1860, sull'isola di San Clemente, venne iniziata la costruzione dell'omonimo manicomio femminile, all'epoca unico grande manicomio in Veneto insieme al San Servolo: questo significava che gran parte degli alienati della regione Veneto erano concentrati nella sola provincia di Venezia, causando diversi problemi come l'allontanamento dei pazienti dalle loro famiglie, difficoltà nei trasporti e ingenti spese. L'affollamento che si creò fece sì che queste strutture venissero adibite al semplice ricovero e internamento degli alienati e perdessero così il loro ruolo di istituto di cura (12).

Il Prefetto di Venezia nel 1867, in occasione della richiesta di ulteriori contributi dalle province per il completamento della costruzione del manicomio di San Clemente, descrisse le condizioni in cui si trovavano le alienate ivi ricoverate, riferendo che si trovavano raggruppate e legate in centinaia all'interno di locali non adeguati ad accogliere un tale numero di persone, costrette a una grande sofferenza. Questa situazione portò allo spostamento di un gran numero di alienati nelle altre province del Veneto, dove però verso la fine del secolo non c'erano ancora degli istituti manicomiali adeguati, poiché gran parte dei fondi erano stati destinati alla creazione dei manicomi centrali veneziani. Fu in seguito a ciò, quindi, che nel 1880 venne fondato l'istituto manicomiale di Verona, nel 1896 quello di Vicenza, e nei primi anni del Novecento quelli di Udine, Padova e Treviso (12)

Dunque, la concentrazione a Venezia dell'assistenza manicomiale per gran parte dell'Ottocento contribuì in gran misura a ritardare lo sviluppo della stessa in Veneto, che fu quindi tra le ultime regioni ad accogliere il progresso nell'assistenza ai malati mentali che stava avvenendo in Italia in quel periodo (12).

1.1.3 Legge n°36 del 1904

All'inizio del Novecento, nonostante la nascita di uno stato nazionale, non esisteva ancora una legge che regolasse gli Istituti manicomiali e questo contribuiva ad alimentare problemi di sovraffollamento e di igiene, a far sì che il personale medico fosse scarso e non ben istruito e che i locali si trovassero in uno stato di fatiscenza e degrado. Inoltre, non era ben chiaro quale fosse il ruolo del direttore medico, che in alcuni manicomi si occupava sia della parte sanitaria che di quella amministrativa, mentre in altri non si occupava degli aspetti economici e di gestione delle spese, ma solo di quelli più strettamente assistenziali. Infine, in quel periodo in Italia il numero di ricoverati nei manicomi era in costante aumento: infatti, nei vent'anni precedenti il numero di degenti era passato dai 12.210 del 1874 ai 36.931 del 1898 (9).

A dimostrazione di ciò, la tabella sotto riportata riassume le analisi statistiche effettuate tra il 1875 e il 1926, evidenziando il notevole aumento di ricoverati avvenuto nell'arco di cinquant'anni.

Tabella I - Andamento dei ricoverati negli istituti psichiatrici dal 1875 al 1926 (14)

Anni	Fonte	Ricoverati	Proporzione per 100.000 abitanti
1875	Verga	12913	47,3
1878	Id.	15173	54,6
1881	Id.	17471	61,7
1884	Direz. gen. Statistica	19448	67,3
1887	Id.	20085	68,1
1892	Lombroso e Tamburini	24118	78,9
1899	Direz. gen. Statistica	34802	108,6
1908	Id.	45009	133,8
1910	Tamburini e Antonini	51215	149,7
1914	Vidoni	54311	152,6
1926	Relazione statistica	60127	150,1

A denunciare lo stato in cui versavano i manicomi italiani all'inizio del Novecento fu Augusto Tamburini, direttore del San Lazzaro di Reggio Emilia, che, in occasione di un convegno internazionale ad Anversa, parlò del problema del sovraffollamento e della necessità di promuovere nuovi modelli di assistenza in modo tale da ridurre la popolazione dei manicomi e ottenere risultati terapeutici migliori. Non a caso, fu Tamburini stesso uno dei primi promotori delle nuove tecniche assistenziali: nel manicomio di Reggio Emilia, per esempio, i malati

cronici che avevano un temperamento mite venivano trasferiti in colonie agricole oppure vennero introdotte delle “*forme di patronato familiare*”, in cui i pazienti venivano affidati a famiglie di infermieri che vivevano in prossimità dell’Istituto (9).

Tamburini, nella prefazione della sua opera “*Assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*”, afferma che:

“Tra i criteri più razionali per valutare il grado di civiltà delle varie Nazioni uno dei più sicuri è certamente quello dello sviluppo che in esse ha raggiunto la pubblica Assistenza. E se ciò è vero per l’Assistenza in genere, lo è tanto più per ciò che concerne l’Assistenza degli infermi di mente, alla quale si connettono gravi e molteplici problemi scientifici, giuridici e sociali.” (12, prefazione).

A quei tempi si pensava che l’aumento di persone affette da malattie mentali fosse dovuto al progresso della civiltà, ma Tamburini sosteneva che questo fenomeno era in realtà da attribuire al fatto che solo da pochi decenni si era iniziato a fare delle statistiche riguardo al numero degli alienati e che non erano disponibili dati risalenti alle epoche in cui effettivamente la civiltà poteva essere considerata meno evoluta. Inoltre, per quanto il progresso fosse stato veloce negli ultimi decenni, non poteva essere sufficiente per spiegare una così importante diffusione delle malattie mentali (12).

Bisogna aggiungere anche che le statistiche riguardanti la fine dell’Ottocento e l’inizio del Novecento non si riferivano all’intera popolazione, ma tenevano conto esclusivamente degli internati nei manicomi, dove tra l’altro erano molto frequenti anche le riammissioni. Secondo Tamburini, quindi, queste cifre indicavano un aumento di tutti quei fattori che favorivano l’internamento delle persone nei manicomi, piuttosto che un effettivo aumento della pazzia. La civiltà, quindi, doveva essere considerata “*più rivelatrice che produttrice*” dell’incremento del numero di alienati (12, p. 15).

Di fronte alla necessità di dover gestire un numero sempre più grande di pazienti, la Deputazione provinciale di Venezia promosse nel 1901 un’ispezione guidata da Belmondo, allora direttore della clinica psichiatrica di Padova, con l’obiettivo di valutare se le strutture manicomiali dell’epoca fossero adeguate ad accogliere il numero sempre crescente di alienati e se dovevano essere presi provvedimenti per far fronte ai crescenti bisogni. Le strutture che vennero esaminate furono il San Clemente e il San Servolo (che un secolo prima era stato protagonista delle

innovazioni in ambito psichiatrico introdotte da Chiarugi), manicomi rispettivamente solo femminile e solo maschile di Venezia, oltre ad altre piccole strutture collocate in varie parti della Provincia, tra cui anche alcune Case di Salute della provincia di Treviso, come quella di Asolo (9; 15).

La commissione Belmondo non si limitò ad occuparsi di questioni di natura edilizia, ma si interessò anche delle condizioni in cui erano costretti a vivere i pazienti di quelle strutture. La situazione peggiore di tutte era quella del manicomio di San Servolo di Venezia, gestito dai frati Fatebenefratelli, dove, oltre alle cattive condizioni igieniche e all'assenza totale di assistenza medica, trovarono *“una quantità di malati tenuti con le catene e coi ceppi e le balze di ferro alle mani e ai piedi, per settimane, per mesi, per anni, senza alcuna vigilanza medica, e mantenuti per tanto tempo in tali condizioni perché nessuno si ricordava più di loro e dell'ordine una volta dato di tenerli coerciti”* (12, p. 82).

Venne stesa una relazione a riguardo, redatta da Belmondo e firmata da tutti i Commissari, diretta alla Deputazione provinciale di Venezia.

Questa inchiesta, le denunce fatte da molti psichiatri dell'epoca come Tamburini e l'interesse che la stampa aveva ormai mostrato per l'argomento fecero sì che il ministro Giolitti il 6 dicembre 1902 presentasse al Senato un disegno di legge intitolato *“Disposizione sui manicomi pubblici e privati”*, che riassumeva gran parte delle istanze sostenute dagli psichiatri negli ultimi decenni.

Fu così che il 12 febbraio 1904 venne approvata la legge n°36, che dava agli psichiatri pieni poteri non solo nell'ambito sanitario e disciplinare, ma anche in quello economico e di gestione delle spese. Questa legge, tuttavia, necessitava di un regolamento di applicazione, che venne pubblicato nel 1909 sotto il nome di *“Regolamento per la esecuzione della legge 14 febbraio 1904, n.36”*, e che era formato da novantatré articoli (9). Secondo la legge Giolitti i criteri per cui un individuo poteva essere ricoverato in un Ospedale Psichiatrico erano la pericolosità sociale e i comportamenti di pubblico scandalo, a sottolineare l'incarico sociale che veniva attribuito alle istituzioni manicomiali, ponendo in secondo piano quello assistenziale e di cura (9).

L'articolo 1 della legge recitava: *“Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. Sono*

compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere. Può essere consentita dal tribunale, sulla richiesta del procuratore del Re, la cura in una casa privata, e in tal caso la persona che le riceve e il medico che le cura assumono tutti gli obblighi imposti dal regolamento. Il direttore di un manicomio può sotto la sua responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del Re e all'autorità di pubblica sicurezza.” (Legge n° 36, 1904).

La legge del 1904, dunque, fu un tentativo di unificare le varie regolamentazioni presenti all'epoca nelle diverse regioni del Paese e stabilì che il ricovero in ospedale psichiatrico fosse subordinato a un provvedimento dell'autorità giudiziaria: l'obiettivo, quindi, era principalmente quello di tutelare la società nei confronti del malato, piuttosto che curarlo (4).

Questa legge, infatti, stabiliva che l'ammissione doveva avvenire con provvedimento del giudice, tranne i casi d'emergenza, per cui momentaneamente potevano intervenire le autorità locali di pubblica sicurezza. Invece, per quanto riguarda le dimissioni, gli psichiatri erano tutelati, poiché l'art.3 della legge stabiliva che le dimissioni dovevano essere autorizzate con un decreto del tribunale, in seguito a richiesta da parte del direttore, alleggerendo così la responsabilità del medico (9).

Inoltre, a partire dagli anni Trenta con la pubblicazione del codice Rocco, che era il nuovo codice di procedura penale, l'internato era sottoposto ad interdizione, venendo quindi immediatamente privato dei diritti civili. Oltre a ciò, il codice prevedeva che il ricoverato venisse anche iscritto nel casellario giudiziario, mettendo così un ricovero per infermità mentale sullo stesso piano di una condanna penale (4).

La vigilanza dei manicomi era affidata ai Prefetti e al Ministero dell'Interno, confermando ancora una volta come le strutture manicomiali si ponessero al di fuori dell'organizzazione sanitaria. Il modello assistenziale proposto, inoltre, prevedeva la centralità dell'ospedale psichiatrico, che al suo interno era caratterizzato da un'organizzazione gerarchica con al vertice il direttore e a seguire i capi reparto e gli infermieri, i quali si occupavano in maniera diretta dei pazienti (4).

1.2 *L'assistenza manicomiale a Treviso*

1.2.1 *Le Case di Salute e l'endemia pellagrosa*

Nella provincia di Treviso, già a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, erano state istituite le Case di Salute, delle residenze per alienati che si trovavano a Montebelluna, Crespano, Oderzo, Valdobbiadene e Serravalle (Vittorio Veneto). Verso la fine del secolo, il numero di ricoverati aumentò notevolmente a causa dell'endemia pellagrosa, condizione tipica di chi viveva in uno stato di povertà estrema e di chi aveva un'alimentazione basata praticamente solo sul mais (14).

La pellagra è una patologia causata dalla mancanza di vitamina B3 (niacina) nella dieta ed è caratterizzata dalle seguenti manifestazioni: dermatite, diarrea, demenza e, in alcuni casi, morte. Questa condizione, solitamente, colpisce popolazioni la cui dieta è basata quasi esclusivamente sul mais, e per questo divenne endemica nelle regioni dell'Europa del Sud, come in Italia e in Spagna.

A livello clinico, oltre ai disturbi cutanei molto evidenti e caratterizzati dalla disepitelizzazione delle mani e del collo, erano rilevanti anche i disturbi neurologici e psichici, come confusione e deterioramento intellettuale, che venivano spesso interpretati come segni di una malattia mentale (16).

L'importanza della pellagra nella vita dei manicomati è testimoniata dal fatto che circa la metà dei ricoverati nelle Case di Salute di Treviso erano affetti da questa patologia (17).

Ciò che caratterizzava le Case di Salute era che erano deputate esclusivamente al ricovero di *“mentecatti, cronici, tranquilli e a quelli soggetti a brevi periodi di eccitazioni e depressioni per i quali la tranquillità dell'ambiente, la buona nutrizione, l'ordinamento familiare della casa, la vicinanza del paese natio e molte altre cose possono sollecitare la guarigione più sollecitamente che altrove”* (17, p. 31).

Il reparto in cui venivano accolti gli alienati, Santa Maria dei Battuti, era diretto inizialmente dal dott. Banchieri e successivamente da Luigi Zanon dal Bo', poi anche primo direttore dell'Ospedale Psichiatrico Sant'Artemio (14).

1.2.2 *Il manicomio di Sant'Artemio*

Il Sant'Artemio, ex Ospedale Psichiatrico di Treviso, fu istituito il 1° luglio del 1911, in seguito al trasporto di 88 pazienti dall'Ospedale Civile di Treviso. Il manicomio, il cui nome deriva dal quartiere in cui si trovava, era collocato

all'interno di un grande parco ed era costituito da un corpo centrale e diversi padiglioni. Il progetto per la sua costruzione fu affidato all'ingegnere Paolo Mussetti, con l'aiuto del professor Giuseppe Antonini, allora direttore del manicomio di Udine. Vennero acquisiti 14 ettari di terreni su cui sarebbero poi stati costruiti i due padiglioni, adatti ad ospitare 50 uomini e 50 donne, e un fabbricato centrale (15).

Fu la promulgazione della legge n° 36 del 1904 a condurre all'apertura dell'ospedale psichiatrico di Treviso, in modo tale da garantire agli alienati un'assistenza migliore rispetto a quella che le Case di Salute erano in grado di dare in quel momento. A valutare l'opportunità della realizzazione del manicomio di Treviso fu il Prof. Giuseppe Antonini, il quale si basò sulla relazione del dott. G.G. Banchieri, primario di Santa Maria dei Battuti. Uno dei punti principali affrontati in questi documenti è quello dell'importanza di avere dei posti letto anche nelle Case di Salute, nonostante la creazione dell'ospedale psichiatrico di Treviso, purché fossero gestiti dal direttore del Sant'Artemio e quindi non venissero amministrati in maniera autonoma e indipendente. Il mantenimento della distinzione di questi due luoghi di ricovero si basava sul tentativo di separare i malati cronici dagli acuti e di creare, quindi, dei luoghi di assistenza specializzati (14).

L'ospedale Sant'Artemio, quando venne istituito disponeva di 350 posti letto nella sede centrale e altrettanti nelle succursali. Oltre a questi, erano presenti due ville con una trentina di posti letto riservati ai pazienti dozzinanti, cioè persone abbienti che potevano permettersi di pagare una retta in cambio di maggiori comodità (14). L'ospedale di Treviso ebbe come primo direttore Luigi Zanon dal Bo', il quale fu direttore dell'Ospedale Psichiatrico dal 1908 al 1940, anno del suo decesso. Egli si distinse sin da subito per una politica incentrata sul minimizzare l'utilizzo dei mezzi di contenzione e sulla separazione dell'ospedale centrale, adibito alla terapia delle condizioni acute, dalle succursali, dedicate al trattamento dei cronici (14).

Nel periodo tra il 1915 e il 1918, durante la prima guerra mondiale, l'ospedale psichiatrico di Treviso, soprattutto per via della sua posizione geografica, venne coinvolto nelle vicende belliche, trasformandosi in un ospedale militare e ospitando numerosi soldati (18).

Verso la fine del 1917, tuttavia, in seguito alla disfatta di Caporetto il manicomio venne sgomberato perché il territorio era ormai in mano agli austriaci: infatti, le succursali di Valdobbiadene, Serravalle e Oderzo passarono sotto il controllo

nemico. Nel 1917 la maggior parte dei pazienti del Sant'Artemio, invece, venne trasferita a Medola di Borgo Panigale, a Bologna (15).

Negli anni Venti iniziò ad emergere la necessità di stilare diverse statistiche riguardanti molti aspetti dell'assistenza psichiatrica, come per esempio il numero degli Istituti di assistenza presenti in Italia, il tipo di organizzazione che avevano, il numero dei ricoverati, e le patologie più frequenti. Rilevante, in merito a questo, fu la relazione statistico-sanitaria sugli alienati redatta nel 1926 da Gustavo Modena, all'epoca direttore ad Ancona dell'ufficio statistico per le malattie mentali e vicepresidente della Società Freniatria Italiana. Nella relazione, gli ospedali psichiatrici vennero divisi a seconda delle dimensioni: l'ospedale psichiatrico di Treviso negli anni Venti apparteneva a quella categoria di ospedali che accoglievano dagli 800 ai 999 ricoverati. La sede centrale comprendeva 430 posti letto, a cui si aggiungevano i 750 delle sei succursali e gli ulteriori 125 nelle cosiddette succursali per "deficienti" ad Asolo e Marocco di Mogliano Veneto (14).

Per quanto riguarda il personale, invece, nella sede centrale di Treviso oltre al direttore c'erano 4 medici e 5 persone con incarichi amministrativi, mentre gli infermieri erano 56 maschi e 51 donne. I pazienti, dopo essere stati ricoverati dovevano essere sottoposti a un periodo di osservazione, dopo il quale venivano dimessi oppure collocati nel reparto più adeguato in base al carattere e all'attitudine che possedevano (19).

Inoltre, l'ospedale psichiatrico di Sant'Artemio all'epoca disponeva di ambulatori, laboratori e di una grande area agricola di circa 70 ettari, in cui i pazienti potevano occuparsi degli allevamenti e delle coltivazioni, attività che rientravano all'interno di un programma di ergoterapia (15).

Oltre a questo, era prevista l'assistenza di tipo omofamiliare ed eterofamiliare ed era presente un patronato adibito all'assistenza per i pazienti dimessi (14).

Durante gli anni Sessanta e Settanta la diffusione delle idee del movimento anti-istituzionale guidato da Franco Basaglia raggiunse anche Treviso, dove un gruppo di operatori sanitari del Sant'Artemio formò nel 1974 la sezione trevigiana di Psichiatria Democratica (20), guidata da Paolo Romano, che aveva come obiettivo quello di informare l'opinione pubblica sul funzionamento delle istituzioni e di denunciare i metodi disumani che venivano utilizzati all'interno dei manicomi. Tutto questo portò nel 1975 a un primo esperimento di gestione alternativa di un reparto del Sant'Artemio, organizzando riunioni giornalieri in cui venivano

proposte idee per migliorare le condizioni di vita dei pazienti e cercando di spostare l'assistenza psichiatrica nel territorio, limitando quindi l'isolamento a cui gli alienati erano stati sottoposti per decenni (19).

L'Ospedale psichiatrico di Treviso è rimasto attivo fino agli anni Ottanta, dopodiché, in seguito alla promulgazione della legge 180 del 1978, i degenti iniziarono ad essere dimessi e alcune strutture vennero chiuse. Dopo un periodo di abbandono, il Sant'Artemio venne ristrutturato e divenne sede dell'Amministrazione Provinciale di Treviso, mentre l'area agricola venne trasformata in un parco chiamato Parco della Storga. Inoltre, nel 1978 venne approvata la legge 833 che istituì il Servizio Sanitario Nazionale, in seguito alla quale l'ospedale Sant'Artemio divenne di competenza di quella che all'epoca era la ULSS 10, poi ULSS 9, che ora è la Aulss 2 Marca trevigiana (15).

2. DONNE E MANICOMI

2.1 Statistiche riguardanti il numero di donne ricoverate all'interno dei manicomi a inizio Novecento

Secondo le statistiche riportate da Gustavo Modena nel suo testo “Le malattie mentali in Italia”, negli anni Venti del Novecento il numero di maschi ricoverati negli Ospedali Psichiatrici italiani era pari a 32.029, mentre le femmine erano 28.098, con una proporzione di 114 maschi per 100 femmine.

Questo rapporto cambia e diventa 115.2 nel momento in cui si considerano solo gli Ospedali Psichiatrici pubblici, mentre la differenza si appiana e la proporzione si abbassa a 104 se si guardano i dati delle Case di Salute per abbienti.

Nelle succursali e negli “Istituti per deficienti”, il rapporto si inverte e la proporzione dei maschi su 100 femmine è rispettivamente di 89 e 86.7.

Facendo riferimento alla popolazione totale dell'epoca, in particolare al censimento fatto nel 1921, nei manicomi erano ricoverati 16,76 maschi ogni 10000 e 14,3 femmine ogni 10000.

In generale, si può rilevare una prevalenza dei ricoveri maschili, fenomeno che Modena attribuì al più spiccato carattere antisociale del genere maschile, rispetto alle donne che quasi sempre conducevano una vita più tranquilla e all'interno delle mura domestiche, dove era anche più facile che venissero assistite dai famigliari.

Anche nei manicomi degli altri Paesi, come gli Stati Uniti, c'era una preponderanza del genere maschile, tranne in Inghilterra, dove era in netta prevalenza quello femminile (21).

2.2 Rapporto tra donne, manicomi e psichiatria nel corso dell'Ottocento e del Novecento

Per spiegare l'impatto che nel XIX e XX secolo gli istituti manicomiali ebbero sulla vita delle donne, bisogna prima inquadrare qual era il ruolo della donna nella società dell'epoca e quali erano le cause principali che le portavano ad essere internate. Durante l'Ottocento e il Novecento, infatti, la psichiatria, finse da strumento di controllo per tutte quelle donne che per qualche motivo uscivano da quel ruolo sessuale e familiare che veniva loro imposto dalla società (22).

Per molto tempo ciò che permise a una donna di essere riconosciuta come tale fu il suo “*lavoro riproduttivo*”, il quale veniva visto come un qualcosa di naturale data la predisposizione biologica del sesso femminile alla procreazione e al successivo

accudimento dei figli. Di conseguenza, gli unici ruoli che la donna poteva ricoprire erano quelli di madre, moglie e figlia, che le costringevano a delle mansioni lavorative che difficilmente trovavano una corrispondenza e un ruolo simmetrico nel sesso opposto. Questo carattere di tipo curativo-assistenziale all'epoca considerato intrinsecamente femminile, inoltre, si estendeva dall'ambiente familiare a quello sociale e lavorativo, costringendole a svolgere solo quei lavori che erano considerati adeguati al genere femminile e grazie ai quali erano legittimate a delegare anche solo parzialmente e per un tempo della giornata limitato le incombenze famigliari (22).

Nell'Ottocento, alcune donne avevano iniziato a lavorare insieme ai maschi nelle fabbriche, ma col passare del tempo la disparità tra i salari di uomini e donne era aumentata sempre di più, rendendo molto difficile, se non impossibile il raggiungimento di un'indipendenza economica. Secondo la visione dell'epoca la donna necessitava di avere un uomo a fianco a sé per sopravvivere (23), ma questo non era sempre possibile, perché alcune non riuscivano a sposarsi, molte rimanevano vedove, mentre ad altre era proibito perché avevano perso, in maniera violenta o no, la verginità prima del matrimonio. Quando le donne si ritrovavano da sole, senza un supporto familiare, le conseguenze erano due: o cercavano di sopravvivere svolgendo mestieri come la prostituzione oppure entravano nei circuiti dell'assistenza pubblica (22).

Il genere femminile ha sempre avuto la responsabilità di dover soddisfare numerose aspettative sociali, le quali avevano un carattere squisitamente morale, ed era proprio quando si verificava un momento di rottura con queste aspettative, come per esempio quando non ricoprivano nella maniera adeguata il ruolo di moglie o di madre, che interveniva la psichiatria, la quale a sua volta si avvaleva dell'istituto manicomiale come strumento per allontanare dalla società tutte quelle donne che per via della loro condotta non venivano più riconosciute come tali (22). Quando ciò avveniva, si attribuiva alla donna bisognosa di cure uno stato di incapacità e di irresponsabilità, che altro non era che un semplice allargamento di un principio giuridico dell'Ottocento che vedeva la donna come di per sé incapace in diversi campi, come quello penale, civile e lavorativo (24).

Alla luce di questo, tra i principali motivi che hanno portato all'internamento delle donne nei manicomi si possono elencare il vagabondaggio, il turpiloquio, il rifiuto del lavoro domestico, o la messa in discussione del rapporto col marito (22).

Tra i principali istituti femminili dell'epoca il più rilevante fu il già citato Salpêtrière di Parigi, dove Pinel ed Esquirol ebbero la possibilità di studiare migliaia di donne e di indagare a fondo il rapporto che intercorre tra follia e il genere femminile. In merito a questo, le condizioni di vita delle internate venivano spesso definite come "moralmente precarie ed instabili" e quindi predisponenti all'eccesso delle passioni che secondo gli psichiatri francesi era alla base dello sviluppo delle malattie mentali. Ritenevano, infatti, che: *"Le passioni sono più vive, più animate, più erotiche nelle donne. Così, indipendentemente dalle cause che derivano dalla loro organizzazione, le donne sono più esposte all'alienazione; essa ha dei caratteri che sono tipici del sesso, e degli esiti che sono a esso esclusivi. Gli antichi, e fra di loro Celio Aureliano, pensavano che ci fossero meno donne alienate che uomini: nella nostra Europa, sono in maggior numero le donne, come ha osservato il professor Pinel..."* (25, p. 68).

Meritevole di menzione è anche ciò che scrisse Descuret nel suo trattato *"La medicina delle passioni"* dove affermò che: *"Le passioni portate all'eccesso riescono nella donna frenetiche, ancor più che nell'uomo; imperocché esso vive più sotto il dominio del cervello e quindi della volontà; mentre la donna è sotto l'influsso del sistema ganglionare, cioè sotto il dominio del sentimento che non ragiona... La passione dominante nell'uomo è l'ambizione, nella donna l'amore"* (26, p. 26).

Descuret, infatti, riteneva che fossero proprio la costituzione nervosa e l'irritabilità che accompagna alcuni momenti importanti come la gravidanza, il parto, l'allattamento, la menopausa e infine la fragile posizione sociale a rendere la donna maggiormente soggetta alla follia.

Un altro autore dell'Ottocento che dedicò un'intera opera alla descrizione della donna fu Paolo Mantegazza. Egli nacque a Monza nel 1831 e fu un medico e antropologo che scrisse il testo *"Fisiologia della donna"*, con l'intento di analizzare attraverso un approccio il più possibile scientifico la figura femminile, e quindi, in via indiretta, ciò che la differenziava da quella maschile. Questo testo può essere considerato come una testimonianza del concetto di "genere" come era inteso del XIX secolo e come un esempio della visione popolare della donna dell'epoca. Più che un testo scientifico riguardante le donne, è una raccolta di luoghi comuni trasformati in principi scientifici che descrivono il femminile dal punto di vista del

maschile e che vedono la figura della donna come un oggetto intrigante di desiderio (27).

Mantegazza sosteneva che gran parte dei popoli avevano messo la donna a un livello inferiore rispetto all'uomo; egli però riteneva che: *“Uomo e donna sono due linee parallele, che saranno sempre vicine, senza toccarsi mai. Ognuno di essi compie una diversa missione nella fecondazione e nell'umana società, e nessuno dei due può sostituirsi all'altro senza cadere in una mostruosità”* (28, p. 13). Si può intuire da queste parole l'opinione che Mantegazza aveva non solo del rapporto fra i sessi ma anche dell'inversione dei generi, considerandola una “mostruosità” (27). Mantegazza analizzò la donna sia dal punto di vista somatico che psicologico; per quanto riguarda il primo punto, l'autore analizzò in modo approfondito le peculiarità del corpo femminile concentrandosi soprattutto sul sistema nervoso e muscolo-scheletrico, che, insieme a quello riproduttivo, sono quelli che permettono di evidenziare il maggior numero di differenze rispetto al genere maschile. Si concentrò molto anche sull'analisi del cranio e del cervello, stabilendo che nella donna erano mediamente più piccoli e che da questo derivava una differente, se non minore, capacità di funzionamento mentale (27).

La differenza nella dimensione del cervello tra uomo e donna è stata per secoli alla base della mascolinizzazione della società, ma, in realtà, si è visto col tempo che le vere differenze sono più di carattere qualitativo, che quantitativo (29).

Una capacità, tuttavia, che in “Fisiologia della donna” viene riconosciuta al genere femminile è quella di saper sopportare il dolore meglio dell'uomo, aspetto facilmente riconducibile al suo essere madre e al dover sopportare le sofferenze del parto. Oltre a questo, si riteneva che la donna fosse in grado di amare più dell'uomo, poiché anche questa caratteristica era funzionale al suo scopo principale: essere moglie e madre (27).

Dal punto di vista sociale Mantegazza riconosceva il fatto che le donne erano maggiormente esposte al giudizio sociale, affermando che: *“Un uomo, che non veste alla moda, che non pensa, che non mangia, che non fa ciò che tutti fanno, non è che un originale. Una donna che faccia le stesse cose è invece una pazza”* (28, p. 69). Come molti, riconduceva l'intera esistenza della donna al fatto di dover essere madre, sostenendo che *“la società più morale è quella in cui tutte le donne sono madri: la soppressione della maternità, come si assiste in alcune società corrotte, equivale alla distruzione sociale”* (27, p. 28). Superato il periodo della maternità, e

giunta quindi alla menopausa, la donna, secondo Mantegazza, doveva smettere di amare e iniziava a manifestare un'evidente inferiorità nei confronti dell'uomo, diventando grassa e poco attraente (27).

Il centro della comprensione della psicologia della donna, il fulcro della sua organizzazione psichica stava, per Mantegazza, nell'essere madre. La maternità, si riconfermava ancora una volta come l'unica identità possibile e riconosciuta per la donna dell'epoca, a tal punto che coloro che la rifiutavano venivano considerate creature incomplete e anormali. Riguardo alla donna che non accettava la gravidanza, infatti, scriveva: *“sciagurata cento volte quella che prova (...) strazio, un rimorso, una vergogna e che forse rabbrivendo merita fin d'allora un delitto”* (28, p. 190).

Sul tema dell'intelligenza, Mantegazza si rese conto di quanto fosse difficile fare un'analisi scientifica e obiettiva, ma il fatto che nel corso della storia gran parte dei personaggi illustri nel mondo dell'arte e della cultura erano stati dei maschi, gli sembrò sufficiente per poter affermare che la donna fosse meno intelligente dell'uomo, e soprattutto che l'essere persona d'ingegno fosse inconciliabile con l'essere madre (27).

Oltre a Mantegazza, anche il filosofo Arthur Schopenhauer espresse la sua opinione riguardo al sesso femminile definendolo *“sexus sequior”*, secondo sesso, per via della sua fragilità. Egli sosteneva che le donne non erano fatte per poter sopportare grandi lavori fisici o spirituali e che *“scontavano la colpa della vita non agendo, ma soffrendo coi dolori del parto, con la cura per il bambino, con la sottomissione all'uomo del quale dev'essere una compagna paziente e serena.”* (30, pp 13 e 18).

Nel corso dell'Ottocento le teorie psichiatriche evolvettero e nell'analisi delle cause della malattia mentale si iniziò a prestare meno attenzione alla condizione sociale e alle vicende personali dell'alienata, concentrandosi invece di più su aspetti più strettamente biologici e organicistici: all'epoca, infatti, la teoria di Gall, fondatore della frenologia, che riteneva che la sede della patologia mentale fosse il cervello, acquisì sempre più importanza e spinse la psichiatria verso un orientamento più positivisticò, che dava maggior peso ad aspetti come la costituzione della paziente e l'ereditarietà delle patologie (22).

Nonostante questo, anche durante il Novecento gli Istituti manicomiali sono stati usati spesso come strumento di reclusione per tutte quelle donne che adottavano condotte sanzionate dalla collettività e considerate *“anormali”*, poiché non

rientravano all'interno del concetto di "normalità" che era stato definito nell'Ottocento, che voleva la donna come creatura fragile, sensibile, delicata e intrinsecamente debole (31).

Sono state internate anche in quel periodo donne che non riuscivano a riconoscere il proprio ruolo materno, ragazze indomite, colpevolizzate per via dei loro comportamenti sessuali o semplicemente a causa del loro carattere ribelle, ma anche donne vittime di violenza, oppure bambine abbandonate e mogli e madri che non riuscirono a far fronte alle conseguenze della guerra (31).

I manicomi furono lo strumento ideale soprattutto durante il fascismo, che nella prima metà del Novecento elaborò attraverso la sua propaganda e i principali ideologi del regime come Nicola Pende, l'idea di "Nazione organismo" (31), in cui venne stabilita, ispirandosi ai modelli culturali presenti già dalla seconda metà dell'Ottocento, quella che doveva essere l'identità femminile, definendola come la *"più piccola, ma più preziosa unità nella struttura di tutto l'apparato statale"* (32, p.94).

Nicola Pende, il quale fu appunto un medico e ideologo del regime, contribuì a formulare la metafora organicistica della Nazione come "complesso cellulare unitario", il cui buon funzionamento può avvenire solo attraverso la collaborazione tra tutti i cittadini. Inoltre, all'interno di questa Nazione, che veniva definita anche attraverso la metafora di Stato-madre, ognuno poteva sentirsi parte di qualcosa di più grande, ma allo stesso tempo erano le azioni dei singoli individui a determinare il valore e il patrimonio etico della comunità (31).

È in questo contesto che la moralità femminile veniva considerata "uno dei tesori fondativi dell'onore nazionale", e di conseguenza si diffuse l'idea che per evitare che lo Stato si ammalasse, colpito dai comportamenti devianti delle donne, era fondamentale impartire loro "una pedagogia intellettuale" in grado di trasformarle nelle donne di casa e nelle madri ideali. Le donne, dunque, a causa dei loro corpi e della loro sessualità erano una minaccia da tenere sotto controllo, poiché mettevano a rischio la sanità della Nazione (31, pp. 12-13).

Inoltre, anche durante il fascismo, la donna veniva riconosciuta come tale solamente nel momento in cui espletava le sue funzioni di madre, ruolo che nell'Ottocento veniva considerato come naturale e inevitabile, ma che durante il periodo fascista venne trasformato in una vera e propria missione patriottica. Anche la maternità,

quindi, venne “statalizzata”, poiché il principale obiettivo doveva essere quello di fornire alla Nazione individui sani e forti (31).

Emblematico, per capire la visione che il fascismo aveva della donna, è il film documentario “Igiene della casa”, all’epoca utilizzato come mezzo di propaganda, che descrive la vita quotidiana di due famiglie molto diverse: una si presenta come una famiglia gioiosa, all’interno di un’abitazione pulita, mentre l’altra è triste, all’interno di una casa trasandata. In entrambi i casi al centro della scena viene messa la donna, che nel primo caso funge da esempio di brava madre, dedita alla famiglia e paziente, mentre nel secondo viene raffigurata nelle vesti di una cattiva moglie, soggetta ad attacchi d’ira e incapace di badare al figlio e al marito (31).

2.3 Psicopatologia al femminile dalla psicanalisi al tema del genere

La distinzione tra dimensione maschile e femminile dal punto di vista psicopatologico ha origini antiche: sin dai tempi degli antichi greci alcuni disturbi mentali erano associati in maniera particolare alle donne. Un esempio è l’isteria, da sempre considerata come una patologia mentale tipicamente femminile, basti pensare che il nome stesso della patologia deriva dalla parola greca *hystéra*, che significa utero (33).

Dell’isteria si è parlato ampiamente nel corso dei secoli, fino ad arrivare ai tempi di Freud, il quale, grazie anche agli insegnamenti impartiti da Charcot, scrisse nel suo “Report from Paris” del 1886 che l’isteria come malattia fisica doveva essere separata dal sesso biologico e che alla base della patologia c’era sempre un trauma avvenuto in un dato momento nella vita della paziente (34).

Nonostante queste affermazioni, gran parte degli studi di Freud sull’isteria vennero fatti su pazienti femmine, tra le quali merita di essere menzionata Anna O, nome con cui venne chiamata una paziente di cui si occupò in primis Breuer e poi Freud stesso. Anna O era una giovane donna affetta da isteria che Breuer cercò di curare attraverso la rievocazione di tutti gli eventi che avevano portato alla comparsa dei sintomi della paziente, tecnica che poi chiamò “catarsi”. Questo caso venne poi pubblicato nel 1895 nel testo scritto da Breuer e Freud “Studi sull’isteria”, e divenne il modello per eccellenza della terapia catartica, ponendo le basi per la nascita della psicanalisi (35; 36).

Freud sosteneva che l’isteria nasceva dalla repressione di esperienze dolorose e dalla loro conversione in sintomi fisici, ritenendola un vero e proprio disturbo

psichiatrico, e non neurologico come a volte veniva categorizzata all'epoca, per cui le cause della patologia dovevano essere ricercate nel significato degli eventi vissuti dalla paziente (37).

Vennero poste così le basi della psicanalisi, nella quale la sessualità ha sempre avuto un ruolo centrale, come dimostrano il complesso di Edipo e la teoria dello sviluppo infantile elaborati da Freud. Egli spiegava lo sviluppo psicosessuale del bambino attraverso il mito greco di Edipo che, inconsapevole, uccise suo padre Laio per poi sposare la madre Giocasta. Questo mito rappresenta la teoria freudiana per cui il bambino durante l'infanzia sperimenta un sentimento amoroso nei confronti del genitore di sesso opposto e, allo stesso tempo, sviluppa ostilità e un senso di rivalità nei confronti del genitore dello stesso sesso. Queste teorie psicanalitiche vennero elaborate sul bambino maschio, e solo successivamente si cercò di rimediare e di spiegare lo sviluppo psicosessuale anche del genere femminile ricorrendo al mito simmetrico rispetto a quello di Edipo, e cioè il complesso di Elettra, ipotesi che si è poi rivelata insufficiente per spiegare la complessità dello sviluppo psicosessuale della donna. L'interesse nei confronti della dimensione del femminile ha alimentato nella psicanalisi un importante dibattito: si è smesso di considerarla come un mero riflesso di quella maschile, e si è cercato di colmare i vuoti lasciati dalle teorie del passato che, centrate quasi esclusivamente su un modello maschile, non sono mai riuscite a dare effettive risposte sul tema della differenza di genere (38).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il "genere" come "il risultato di criteri costruiti su parametri sociali circa il comportamento, le azioni e i ruoli attribuiti ad un sesso e come elemento portante per la promozione della salute" (29). Uno dei primi a introdurre il concetto di genere fu John Money nel 1955, definendolo come *"tutto quello che un individuo maschio o femmina dice o fa per mostrare di riconoscersi, rispettivamente nello status di bambino o uomo e di bambina o donna"*. Money fu uno psicologo neozelandese che insegnò alla Johns Hopkins University dove fondò nel 1965 una Gender Identity Clinic. Secondo lui, il genere era una costruzione sociale che viene imposta attraverso l'educazione e le pratiche sociali e che può non coincidere con il sesso biologico, dando il via in questo modo anche alla questione della differenza tra genere identitario e sesso biologico (27). Quest'ultimo è spesso evidente e deriva dalla morfologia dei corpi, grazie a caratteristiche sessuali primarie e secondarie facilmente rilevabili e distinguibili tra maschio e femmina. La distinzione tra i due sessi può essere vista

in un'ottica evolutzionistica e quindi attraverso il concetto di complementarità, che si basa sul fatto che entrambi non hanno la capacità di riprodursi autonomamente e che quindi la differenza di genere abbia come principale fine quello della procreazione. Questo è vero solo in alcuni casi, in quanto esistono specie viventi asessuate o ermafrodite (27).

Gli aspetti biologici che ci permettono di distinguere il maschio dalla femmina determinano il sesso anatomico, mentre il "genere" è un concetto che si rifà alle differenze sociali e psicologiche tra uomo e donna, le quali sono strettamente legate anche al contesto evolutivo e culturale in cui le si analizza. Il genere è un concetto fluido derivante anche dalle norme sociali e dalle attività che la società ritiene più adeguate ad un sesso o all'altro (39).

Rimane ancora un problema aperto come conciliare la definizione di genere con aspetti più strettamente biologici e che riguardano in particolare la patologia: se dal punto di vista fisico è evidente che tra maschio e femmina ci sono organi diversi che possono quindi essere affetti da patologie specifiche, è altrettanto dimostrato che alcune malattie mentali colpiscono con incidenze molto diverse il sesso femminile rispetto a quello maschile, o viceversa (27).

La medicina di genere riguarda tutte le specialità mediche e ha come obiettivo quello di affrontare le disuguaglianze che sussistono tra uomo e donna per quanto riguarda la salute e in particolare i sintomi, la diagnosi, la prognosi e i trattamenti, tenendo conto delle differenze biologiche e socioculturali (40).

Più precisamente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la medicina di genere *"come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona"* (41). Alcune malattie sono presenti in entrambi i sessi, ma possono presentare diversa incidenza, manifestarsi in maniera differente, e la risposta stessa al trattamento e ai farmaci può variare notevolmente tra uomo e donna. Ad esempio, le donne possono manifestare sintomi diversi rispetto all'uomo in patologie come l'infarto miocardico oppure alcune neoplasie come il tumore del colon-retto o il melanoma nelle donne si localizzano più frequentemente in determinate zone del corpo, mentre negli uomini in altre (29).

Allo stesso tempo, il genere femminile ha un sistema immunitario più efficace, per cui è meno soggetto allo sviluppo di infezioni, ma dall'altro lato è più colpito dalle patologie autoimmuni (29).

Nel campo delle malattie mentali, invece, i disordini del comportamento alimentare si manifestano con una prevalenza dieci volte maggiore nelle donne rispetto agli uomini (42), ma, per quanto riguarda i fattori di rischio, recenti studi affermano che la classe sociale, la professione e l'educazione non sono associati ad un'aumentata probabilità di sviluppare un disturbo alimentare. Viene riportato anche che le donne che vivono nelle aree urbane presentano una prevalenza maggiore di anoressia nervosa, bulimia nervosa e di binge eating disorder (43).

Anche i disturbi di tipo depressivo e d'ansia si presentano nel genere femminile con un tasso d'incidenza due, tre volte maggiore rispetto a quello maschile. Nell'uomo, invece, predominano i disturbi da dipendenza da alcool o altre sostanze e il disturbo antisociale di personalità. Inoltre, la violenza di genere vede come vittime più spesso le donne che gli uomini, aumentando il rischio che queste sviluppino disturbi già di per sé più frequenti nel genere femminile, come la depressione, il disturbo da stress post-traumatico, i disturbi dissociativi e i tentativi di suicidio (42).

Bisogna specificare, tuttavia, che, sebbene la depressione risulti meno frequente nel genere maschile, questo potrebbe essere dovuto in parte al fatto che gli uomini tendono a non chiedere aiuto e ricorrono all'assistenza sanitaria, in particolare psichiatrica, il più tardi possibile (29).

Nel mondo occidentale, le donne hanno un'aspettativa di vita più lunga degli uomini, ma si ammalano di più e usano più farmaci. Di conseguenza, se ci si concentra solo sugli anni di "vita sana", non ci sono grandi differenze tra i due generi, poiché gli anni di vita in più delle donne sono spesso gravati da patologie croniche (29).

Più di vent'anni fa l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito il tema della medicina di genere nel cosiddetto *Equity Act*, sottolineando come si possa parlare di equità soltanto nel momento in cui gli approcci diagnostici e terapeutici tengono conto delle differenze di genere, in modo tale da garantire un'erogazione dei trattamenti sanitari effettivamente adeguata ed equa, aspetto che secondo l'OMS era stato ampiamente sottovalutato fino a quel momento (44).

A questo seguirono numerosi cambiamenti positivi come, per esempio, una modifica dei disegni di ricerca e la personalizzazione del trattamento farmacologico, aspetto non di poca importanza in quanto fino a pochi anni fa in gran parte degli studi clinici venivano arruolati quasi solo soggetti di sesso maschile (40; 29).

In Italia, un passo importante è stato fatto il 13 giugno 2019, quando è stato adottato il Piano Nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, previsto dall'articolo 3 della legge 3/2018: in questo documento venne ribadita in particolare la priorità d'intervento nell'ambito psichiatrico, dove era necessario iniziare a adottare un approccio *gender-specifico* nel trattamento delle malattie mentali (44).

Allo stesso tempo, anche la Food and Drug Administration e le Nazioni Unite hanno sostenuto l'importanza di adottare questo nuovo approccio in tutti gli ambiti di cura, e cioè in quello preventivo, diagnostico, prognostico e terapeutico, tenendo conto delle differenze tra uomo e donna non solo a livello biologico, ma anche culturale e sociopsicologico (29).

2.4 Psicopatologie: il caso dell'isteria

Se si parla di rapporto tra donna e psichiatria e di visione, spesso piena di pregiudizi e stereotipi, che la società ha avuto nel corso dei secoli della figura femminile, non si può non menzionare l'isteria, patologia psichiatrica caratterizzata da manifestazioni come spasmi muscolari, crisi convulsive, anestesi e paresi, che è stata ritenuta per secoli come esclusivamente femminile (27; 39).

L'isteria è una patologia di cui si parla ormai da millenni: infatti, già Ippocrate e i medici dell'Antico Egitto ne descrivevano i principali sintomi, le possibili cause e quelli che secondo loro erano i trattamenti più adeguati. Tuttavia, nonostante l'ampia trattazione della materia, c'è sempre stata grande confusione riguardo la natura di questa patologia, e molte delle caratteristiche che le sono state assegnate nei secoli precedenti ora sappiamo che non hanno a che fare con l'isteria, mentre aspetti che sono ora considerati sintomatici di essa, una volta erano attribuiti ad altre patologie (33).

L'origine del termine "isteria" deriva da una teoria formulata nell'Antico Egitto che riteneva che il comportamento anomalo e mentalmente instabile di alcune donne fosse da ricondurre allo spostamento dell'organo uterino all'interno del corpo. Successivamente, gli antichi greci ereditarono questa teoria e definirono la patologia "isteria", poiché si ispirarono alla parola greca "ὑστέρα", che significava appunto utero (33).

Fu proprio Ippocrate, medico dell'Antica Grecia nato nel 460 a.c. sull'isola di Cos, il primo a definirla in questo modo all'interno dei cosiddetti scritti ippocratici. In

particolare, nel trentacinquesimo aforisma si può leggere: *“Quando una donna soffre di isteria o ha un travaglio difficile, starnutire può essere di beneficio”*. Questo perché, rifacendosi alla teoria egiziana per cui alla base dell'isteria ci sarebbe un dislocamento dell'utero, lo spasmo indotto dallo starnuto lo riporterebbe nella posizione corretta (33, p. 10). Oltre a ciò, Ippocrate riteneva che un altro rimedio efficace per l'isteria fosse il matrimonio, poiché solo l'unione con un individuo di sesso maschile poteva riportare equilibrio nel comportamento della donna (39).

Dopodiché, nel medioevo questa patologia iniziò ad essere associata alla stregoneria, e molti disturbi mentali venivano attribuiti a manifestazioni del demonio. La visione della donna affetta da isteria, quindi, mutò notevolmente: si passò dal considerarla come un essere umano assalito da bisogni emotivi fino a un individuo impossessato da forze oscure, stregato, eretico e in combutta con il diavolo (39; 33).

Durante il Rinascimento, Paracelso, scienziato eclettico che si distinse durante il XVI secolo per le sue idee controcorrente, rifiutò la concezione soprannaturale della malattia che era stata elaborata durante il Medioevo ed elaborò la sua visione dell'isteria definendola come “chorea lasciva”, associandola al desiderio sessuale, e facendo una distinzione con la “chorea imaginativa”, legata all'immaginazione, e la “chorea naturalis”, che aveva alla base delle cause organiche (39; 33). Egli, quindi, rifiutò l'idea medievale che l'isteria fosse causata da forze infernali, e propose, invece, per primo l'idea che alla base ci potesse essere una rappresentazione inconscia della mente, aprendo la strada alla psicoanalisi e alla terapia comportamentale: egli, infatti, suggeriva come rimedio per l'isteria tutte quelle attività che potessero distrarre dalle pulsioni (45).

Tuttavia, l'ambiente in cui l'isteria fu studiata nel modo più approfondito e sistematico fu l'istituto Salpêtrière, dove Pinel collocò questo disturbo mentale tra le nevrosi sessuali femminili. Il primo, però, ad affermare che l'isteria non era una patologia esclusivamente femminile fu Jean Martin Charcot, un medico francese che nacque a Parigi nel 1825 e che lavorò anch'egli nell'istituto femminile Salpêtrière (39).

Charcot iniziò ad occuparsi dell'isteria in seguito a dei cambiamenti di tipo logistico che vennero fatti in quegli anni all'interno del manicomio. Poiché alcune aree degli edifici erano talmente decrepite da non poter essere più utilizzate, dovettero

riorganizzare la collocazione delle internate e si decise, quindi, di unire le isteriche con le epilettiche non psicopatiche, poiché accomunate dal fatto di essere soggette ad accessi episodici. Il reparto venne chiamato “divisione delle epilettiche semplici” e venne affidato a Charcot. Egli notò che, in seguito a questo cambiamento, le pazienti isteriche iniziarono a manifestare quelle che sembravano delle crisi epilettiche. Inizialmente, definì questa condizione come “istero-epilessia”, e si rese conto solo successivamente che non erano dei veri attacchi epilettici, ma semplicemente un’imitazione. Le pazienti isteriche, infatti, per via della loro tendenza neurotica all’imitazione e dello stretto contatto che avevano con le donne affette da epilessia, replicavano ogni fase di un attacco epilettico, dalle convulsioni tonico-cloniche fino alle allucinazioni, ma Charcot imparò ben presto a notare le differenze tra questi comportamenti imitatori e gli attacchi epilettici veri e propri (33).

Attraverso l’osservazione delle pazienti, inoltre, notò che le donne isteriche erano spesso affette da un restringimento del campo visivo e da un’alterata sensibilità della pelle, che insieme formavano ciò che Charcot definì come le stimate dell’isteria. Il medico francese, dunque, stabilì che l’isteria era una nevrosi caratterizzata da attacchi periodici e stimate permanenti (33).

Pur avendo studiato praticamente solo pazienti femmine poiché lavorava al Salpêtrière, Charcot era consapevole del fatto che l’isteria non fosse una patologia esclusivamente femminile. Infatti, nelle sue opere scrisse: *“Tenete bene in mente e questo non dovrebbe richiedere un grande sforzo, che la parola “isteria” non significa niente, e a poco a poco prenderete l’abitudine di parlare di isteria nell’uomo, senza pensare all’utero in alcun modo.”* (46, p. 37).

Infine, anche Freud, dopo aver frequentato le lezioni tenute da Charcot, trattò l’argomento all’interno di un testo che scrisse insieme a Breuer qualche anno dopo, “Studi sull’isteria”, il quale diede inizio alla cura catartica e alla psicoanalisi clinica. Egli non sostenne mai esplicitamente che l’isteria fosse una patologia del genere femminile, sebbene gran parte dei casi da lui riportati fossero relativi a donne (27; 39).

A partire dal 1952, il DSM, manuale americano dei disturbi psichiatrici, non contiene più la voce “isteria”. Oggi, infatti, per descrivere la sintomatologia che a lungo è stata attribuita alla patologia isterica, si usa un ventaglio di termini come disturbi somatoformi, di conversione, dissociativi e disturbi di personalità.

Nonostante questo, ancora oggi il termine “isterica” viene usato nel linguaggio di tutti i giorni, riferendosi spesso al genere femminile e con una connotazione senza dubbio dispregiativa (39).

Nel corso della storia, quindi, l’isteria si inserì perfettamente all’interno di un contesto culturale che per secoli ha creduto che per motivi legati alla costituzione biologica le donne fossero più propense a sviluppare disturbi mentali. E anche quando iniziò ad essere evidente che anche il genere maschile può essere colpito da questa patologia, come nel caso dei soldati reduci di guerra, risultò difficile per la scienza dell’epoca allontanarsi dalle proprie convinzioni. Il motivo fu che per gli psichiatri di allora l’isteria maschile aveva origine dal trauma, mentre quella femminile affondava le sue radici nella costituzione biologica (22).

3. DISTURBI PSICHIATRICI NELLA DONNA NEL PERIODO PERINATALE

È stato visto come nel corso dei secoli il ruolo della donna sia sempre stato strettamente associato alla maternità. Sebbene per molte persone la gravidanza sia un momento di gioia, non è infrequente che le madri sviluppino disturbi mentali proprio in occasione di questa evenienza: tra questi disturbi, il più comune è la depressione post partum che si stima che nel mondo occidentale affligga circa il 10-15% delle donne che partoriscono (47).

Innanzitutto, con periodo perinatale si intende il periodo che comprende la gravidanza e il primo anno di vita del bambino (48).

È stato detto che la depressione post partum è il disturbo che si presenta più di frequente, ma non è l'unico: la madre, infatti può sviluppare anche ansia, depressione antenatale, disturbi alimentari, disturbo post traumatico da stress (PTSD), psicosi puerperale e problemi di relazione madre-bambino (48).

Lo sviluppo di problemi di salute mentale durante la gravidanza non va sottovalutato, poiché può influenzare negativamente il rapporto con il neonato, con il marito, e con il resto della famiglia. Più nello specifico, alcuni studi hanno rilevato che lo stato depressivo materno può compromettere il quoziente intellettivo dei figli, poiché la relazione madre-figlio ha un impatto importante sullo sviluppo cognitivo e scolastico del bambino (49).

Non si sa quali siano le cause dirette dello sviluppo di disturbi mentali nel periodo perinatale, però si è indagato a fondo quali siano i fattori di rischio e le condizioni predisponenti, in modo tale da poter intervenire precocemente nell'assistenza alla madre. In particolare, presentano un rischio maggiore le donne con una storia personale o familiare di patologia psichiatrica o che hanno subito un evento traumatico nella loro vita (50; 48). Ulteriori fattori di rischio sono l'aver avuto una madre spesso critica durante l'infanzia, oppure soffrire di bassa autostima o avere un bambino che piange molto facilmente (51).

Un altro fattore che contribuisce allo sviluppo di disturbi mentali post partum è il fatto di ricevere scarso sostegno da parte degli amici, dei familiari e del partner, evento non infrequente poiché spesso quando la madre si sente depressa nei mesi successivi al parto, viene considerata dalle altre persone come una reazione normale dovuta allo stress associato al doversi prendere cura del neonato (51).

Infine, altri fattori di rischio riconosciuti, in particolare nelle madri adolescenti, sono: la percezione da parte della ragazza della gravidanza, un atteggiamento critico da parte della famiglia, l'etnia afroamericana, il fatto di vivere all'interno di comunità violente oppure l'abuso da parte della madre di sostanze stupefacenti o alcol (52).

Sono molti i casi di donne ricoverate nel Sant'Artemio durante la gravidanza, oppure nel momento subito successivo. La connessione tra malattia mentale e maternità è sempre stata nota ed era al centro delle analisi mediche degli psichiatri del manicomio di Treviso.

Si riporta il caso di C.G. (6863), ricoverata nel manicomio di Treviso per sei volte tra il 1926 e il 1947 con la diagnosi di "Psicosi affettiva".

Nel diario clinico del primo ricovero si legge che la paziente ebbe quattro gravidanze e che durante la seconda ebbe un aborto al terzo mese. Da quel momento iniziò a manifestare idee di persecuzione e di avvelenamento a carico dei famigliari. Durante il ricovero la paziente soffriva di allucinazioni uditive a contenuto familiare e a volte anche visive: le sembrava di vedere delle figure che giravano per la stanza, ma era consapevole che erano fantasie dovute al momento di fragilità. Meritevoli di menzione sono anche i casi di S.F. (7772), che venne ricoverata nel 1950 con la diagnosi di "Paralisi progressiva", sebbene il test di Wasserman fosse risultato negativo durante il ricovero, e nella cui anamnesi venne riportato che la donna aveva avuto due aborti e quattro figli deceduti in tenera età per cause imprecisate.

Oppure quello di D.A. (13049) che venne ricoverata cinque volte tra il 1960 e il 1966 per "Psicosi depressiva". Nell'inchiesta sociale fatta dall'assistente sociale si legge che la paziente sposò il marito solamente dopo tre mesi di conoscenza e che quattro mesi prima del primo ricovero ebbe un aborto per cui stette molto male, al punto di essere ricoverata in ospedale. Dopo quell'evento attraversò un periodo di debolezza in cui divenne ancora più chiusa e triste del solito.

Durante il colloquio col marito egli ammise di aver agito precipitosamente decidendo di sposare la moglie senza conoscerla veramente e che aveva da poco scoperto che anche uno zio della sposa era stato ricoverato in ospedale psichiatrico. Riferì che la donna, qualche mese dopo il matrimonio, aveva cominciato a divenire strana e diceva di avere una cosa da confidare al marito, ma non lo fece mai. Inoltre, "nei suoi giorni strani", mentre di solito era molto taciturna, parlava molto della sua

vita passata e diceva di aver sofferto tanto nel periodo in cui lavorò come cameriera in un albergo di suo cognato a Castelfranco. Lì, diceva, aveva commesso molti peccati. In casa, quando il marito non c'era, non faceva nulla e svolgeva i lavori più comuni solo se da lui stimolata.

3.1 Depressione in gravidanza

Durante la gravidanza, il 10-23% delle donne può sviluppare sintomi di tipo depressivo o ansioso che a volte permangono anche nel periodo successivo al parto. Uno studio di Austin e Priest svoltosi nel 2005, infatti, ha dimostrato che circa il 40% delle donne con depressione post partum presentava sintomi simili già durante la gravidanza. Inoltre, è stato rilevato che solitamente la depressione si sviluppa maggiormente nel secondo e nel terzo trimestre (53).

Spesso, le donne sottovalutano i sintomi e questo le porta a chiedere aiuto troppo tardi, non ricevendo così l'assistenza per loro più adeguata (54).

Le cause dello sviluppo di disturbi mentali durante la gravidanza possono essere la comparsa di patologie di tipo internistico, oppure eventi di vita stressanti. Allo stesso tempo, la depressione in gravidanza può essere un continuum di una condizione preesistente oppure una sua recidiva. In particolare, sono a rischio le donne che hanno sospeso il trattamento farmacologico antidepressivo proprio per via dell'inizio della gravidanza (55).

Per quanto riguarda più nello specifico lo stato ansioso, le preoccupazioni più comuni che lo scatenano sono la paura che il bambino abbia problemi di salute, la possibilità di essere depresse dopo il parto, le aspettative per quanto riguarda il ruolo genitoriale e la paura del parto stesso (54; 55; 56). Quest'ultima, quando assume i connotati di una vera e propria fobia, prende il nome di "tocofobia" ed è caratterizzata da idee di morte che la madre ha verso sé stessa e/o il bambino. Solitamente si manifesta all'interno di un quadro depressivo o di PTSD e porta la madre a scegliere di eseguire un parto cesareo (57).

Rispetto alla depressione, però, l'ansia in gravidanza è stata studiata meno, in parte per il fatto che è difficile diagnosticarla e in parte per via della sovrapposizione che le manifestazioni ansiose presentano con i sintomi fisici e psichici tipici della gravidanza, come iperemesi, vomito, astenia e disturbi del sonno (54; 55).

3.2 *Depressione post partum*

La depressione post partum o depressione puerperale è un disturbo mentale che colpisce dal 7 al 12% delle donne ed esordisce tra la sesta e la dodicesima settimana dopo la nascita del figlio (48).

Dal punto di vista sintomatologico, la donna con depressione post partum si presenta triste senza apparente motivo per gran parte della giornata. Inoltre, può manifestare disturbi del sonno, cambiamenti dell'appetito, piange molto frequentemente e perde interesse per gran parte delle attività che prima le davano piacere. Spesso la madre è eccessivamente preoccupata per lo stato di salute del bambino oppure presenta pensieri o immagini intrusivi e ossessivi riguardo al fare del male al figlio. Tutto questo scatena in lei vergogna e sensi di colpa, poiché non rispetta le aspettative dell'immaginario collettivo che vede nella gravidanza e nel parto un momento esclusivamente di gioia (58; 48).

Dal punto di vista fisico, la depressione post partum potrebbe essere ricondotta agli importanti cambiamenti del corpo che avvengono alla fine della gravidanza. Nelle ore successive alla nascita del bambino, infatti, i livelli di estrogeni, progesterone e degli ormoni tiroidei crollano considerevolmente e questo può influire sull'umore della madre. Inoltre, anche il parto in sé è una grande fatica per la donna, per cui ci possono volere anche settimane prima che si riprenda completamente (48).

Esiste un'altra condizione simile alla depressione post partum, chiamata "baby blues" o "maternity blues", da cui però si distingue sotto molti aspetti. Il termine "maternity blues" è stato coniato da B. Pitt e si riferisce ad una transitoria e sproporzionata reazione emotiva da parte della madre durante il puerperio, non necessariamente di natura patologica (59; 58; 60). Questo disturbo può svilupparsi in più del 70% delle madri e si manifesta circa 3-4 giorni dopo il parto, per poi scomparire da solo senza un intervento farmacologico nel giro di 10-15 giorni. La donna con baby blues riferisce di provare un'indefinibile sensazione di malinconia, tristezza e irritabilità. Anche in questo caso, sembra che le cause possano essere attribuite allo sforzo fisico del parto e ai cambiamenti ormonali che lo seguono (48). Si riporta, come esempio, il caso di T.B. (18796), che venne ricoverata nel manicomio di Treviso nel 1964 quindici giorni dopo aver partorito. La paziente si presentava "*depressa nell'umore, subconfusa, apatica, abulica ... impulsi coatti della natura patologica dei quali la paziente si rende conto e che tende a contrastare con la volontà, ad uccidere ... Turbata da fenomeni di tipo illusorio a*

temi angosciosi, nel dormiveglia la paziente ha l'impressione di udire la sua bimba che piange. La paziente denuncia un atteggiamento di ostilità immotivata al marito ed ai suoceri”.

Per quanto riguarda, infine, la connessione tra allattamento al seno e depressione post partum, alcuni dati mostrano un collegamento tra incapacità di allattare, dolore nel tentativo di farlo oppure allattamento di breve durata e maggior rischio di sviluppare disturbi mentali (61; 62; 63).

Si cita, in merito a questo, il caso di V.B. (15799), ricoverata per “Psicosi affettiva in puerperio” nel 1948. Nel diario clinico si legge che la paziente venne ricoverata per turbe psichiche insorte in forma acuta pochi giorni prima del ricovero mentre era in allattamento. All’esame psichico la donna presentava un quadro clinico dominato da ideazione delirante a contenuto depressivo, “*querulismo monotematico invocante il ritorno in famiglia per rivedere, prima di morire, la piccola che le è nata*”. Come trattamento terapeutico venne soppressa la secrezione latte con iniezioni di “Esajodina”.

Dal punto di vista diagnostico, non esiste nessuno strumento che permetta di fare diagnosi certa di depressione post partum, tuttavia, vengono spesso utilizzati a scopo di screening alcuni questionari, tra i quali il più famoso è l’Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), anche chiamato Scala di Edimburgo (48). Questo questionario è l’unico test di screening per la depressione post partum riconosciuto a livello internazionale e permette di fare una valutazione psicologica globale della madre, indagando soprattutto la presenza di eventuali pensieri suicidari, in modo tale da intervenire tempestivamente nel caso ce ne fosse bisogno. Un altro lato positivo di questo test è che può essere somministrato alle donne di qualsiasi etnia poiché è stato tradotto in quasi tutte le lingue (58).

L’American Academy of Pediatrics consiglia ai pediatri di sottoporre lo screening per la depressione alle madri durante le visite nei sei mesi successivi al parto (64).

3.3 La psicosi puerperale

La psicosi puerperale viene distinta dalla depressione post partum ed è caratterizzata da gravi alterazioni dell’umore e del comportamento, oltre che da sintomi severi come deliri e allucinazioni. È una condizione molto grave, ma ben più rara della depressione puerperale, insorge tipicamente nelle prime due settimane dopo il parto e rappresenta una vera e propria emergenza psichiatrica, in quanto

associata ad un elevato rischio di suicidio e figlicidio, soprattutto quando l'oggetto del delirio è il bambino, che viene visto dalla madre come un'entità malevola (65; 48).

È una condizione che di solito si presenta in donne che soffrono già di altri disturbi dell'umore, come il disturbo bipolare oppure la psicosi schizofrenica (66).

La madre con psicosi puerperale può arrivare ad assumere comportamenti estremi: ad esempio, smette di preoccuparsi della salute fisica e psichica del bambino (67).

Si riporta, in merito a questo, il caso di B.M. (6656), che nel 1930, all'età di 23 anni, venne ricoverata nell'ospedale psichiatrico di Treviso, con la diagnosi di "Psicosi affettiva".

Nel riassunto delle notizie anamnestiche si può leggere che le turbe psichiche iniziarono nel 1928 durante una gravidanza e si aggravarono nel puerperio. Dal diario clinico si può apprendere che durante tale gravidanza la paziente iniziò a mostrare una modificazione del carattere e a fare discorsi senza logica. Soffriva anche di disturbi allucinatori e manifestava interpretazioni deliranti. Questi sintomi si aggravarono poi nel periodo del puerperio. Durante il ricovero, la paziente sviluppò una sindrome depressiva caratterizzata da *"allucinazioni a contenuto terrifico (vede straziare i familiari, li sente gridare aiuto)"*.

In seguito all'insistenza dei familiari la paziente venne dimessa, ma l'esperimento di assistenza omofamiliare fallì e dopo soli dieci giorni venne ricoverata di nuovo in preda ad uno stato ansioso. Venne trattata con idroterapia e sedativi. Dopo essere stata trasferita alla succursale di Vittorio Veneto, venne dimessa in prova nel 1934 per poi essere ricoverata una terza volta nel 1936, dopo aver avuto un'altra gravidanza e mentre era nel periodo di allattamento.

Nel 1943 venne ricoverata ancora una volta al Sant'Artemio dopo essere rimasta per molto tempo nella Casa di Salute di Montebelluna. In questo ricovero si decise di cambiare il nome della diagnosi che passò da "Psicosi affettiva" a "Schizofrenia". A questo seguì un ulteriore ricovero nel 1950, nel cui diario clinico si può leggere: *"Contegno demenziale psicotico, che però permette alla paziente di lavorare ai materassi con automatico e buon rendimento ... Gli stati di disordine e talvolta di agitazione impulsiva episodica vanno facendosi più frequenti e prolungati, appena appena sedati sintomaticamente da elettroshock convulsivo e da piritoterapia, applicati al bisogno"*. Dopo l'applicazione di 30 sedute di elettroshock, la paziente venne trasferita a Valdobbiadene, dove morì nel 1963.

3.4 Parto traumatico e PTSD

Il parto traumatico può riguardare fino a un quarto delle madri. Il disturbo da stress post traumatico (PTSD) deriva da un'esperienza catastrofica che l'individuo vive come scioccante: questo, in gravidanza, può accadere quando durante il travaglio la donna esperisce un dolore molto intenso, quando percepisce in maniera angosciante di non avere il controllo sulla situazione oppure quando, per motivi medici, lei stessa oppure il bambino rischiano di morire (48).

Tra i sintomi più comuni si menzionano: flashback, incubi, ansia, depressione, ricordi intrusivi e amnesia. Tuttavia, se la donna ha subito un trauma durante il parto, è considerato normale che presenti questa sintomatologia nel primo mese, e la diagnosi di PTSD può essere fatta solo nel momento in cui i sintomi persistono più a lungo (48).

Oltre a causare disturbi mentali nella madre, il parto traumatico ha un impatto negativo anche sulla salute del bambino. La spiegazione di questo sta nel fatto che l'esposizione ad eventi stressanti stimola la produzione di catecolamine, le quali inducono un effetto vasocostrittore a livello placentare. Questo può far sì che il feto si ritrovi in una condizione di ipossia, la quale rientra tra i principali fattori di rischio per uno sviluppo cerebrale fetale alterato (50).

3.5 Disturbo della relazione madre-bambino

Il disturbo della relazione madre-bambino è una patologia caratterizzata dalla persistenza di un sentimento negativo da parte della madre nei confronti del figlio e la diagnosi differenziale con la depressione post partum si basa proprio sulla prevalenza di questo sintomo specifico su tutto il resto. Con sentimento negativo si intende un'emozione di avversione e rifiuto nei confronti del figlio, oppure una rabbia patologica unita ad impulsi aggressivi che possono condurre nei casi estremi all'infanticidio (58).

Un buon rapporto tra madre e figlio è di fondamentale importanza poiché si è visto che la condizione psicologica della mamma è alla base del processo di sviluppo del bambino, in particolare nelle sue prime fasi. Infatti, già a partire dalla gravidanza e nei primi mesi di vita, la madre può influenzare il processo di crescita emotivo e cognitivo del figlio attraverso la sua comunicazione con lui, che avviene attraverso un codice somato-sensoriale (58).

Per concludere, la sempre maggior conoscenza dei disturbi mentali legati alla gravidanza, e il crescente interesse da parte della medicina, soprattutto in seguito all'introduzione dei concetti legati alla medicina genere-specifica, hanno portato l'Istituto Superiore di Sanità ad avere tra i suoi principali obiettivi la promozione di attività di ricerca a supporto della maternità e della paternità fragile, con lo scopo di migliorare il trattamento delle malattie mentali perinatali più gravi (68).

Tutto ciò è necessario, dato che molti studi hanno rilevato che la depressione post partum è sottodiagnosticata e la sua gravità viene sottovalutata non solo dai medici, ma anche dalle donne stesse, al punto tale che meno della metà delle madri affette da questi disturbi cercano aiuto nel servizio sanitario. È importante intervenire in questo ambito perché queste patologie, se non vengono trattate, possono evolvere e danneggiare i rapporti all'interno del nucleo familiare. Se la depressione post partum viene curata, invece, ha una buona probabilità di risolversi completamente (58).

3.6 Ciclo mestruale e malattia mentale

Nel corso della storia ogni cultura di ogni epoca ha creato intorno al fenomeno naturale delle mestruazioni un gran numero di leggende e di tabù.

Nelle società primitive, ad esempio, durante il periodo mestruale le donne venivano escluse dalla vita quotidiana della comunità per quattro o cinque giorni ed erano costrette a restare all'interno di una capanna senza fare niente.

Gli Eschimesi credevano che il contatto con il sangue mestruale portasse sfortuna nella caccia, mentre gli indiani del Nord America ritenevano che contenesse l'essenza della femminilità e che quindi gli uomini dovevano starci lontani perché avrebbe minacciato la loro virilità. In altre culture si riteneva che avesse delle proprietà curative: si pensava che grazie ad esso si potesse guarire dalla lebbra, dalle verruche, dalla gotta, dalle emorroidi, dall'epilessia e anche dal malditesta (69).

Tuttavia, la maggior parte delle volte il ciclo mestruale veniva visto come un qualcosa di negativo e da cui stare lontani. A questo riguardo, viene riportata la descrizione delle mestruazioni da parte di Plinio il Vecchio nella sua opera "*Naturalis Historia*":

"All'arrivo di una donna mestruta il mosto inacidisce, toccate da lei le messi isteriliscono, muoiono gli innesti, bruciano le piante dei giardini; dove lei si siede i frutti cadono dagli alberi, al solo suo sguardo si appanna la lucentezza degli

specchi, si ottunde il ferro, si oscura la luce dell'avorio, muoiono le api degli alveari, arrugginiscono istantaneamente il bronzo e il ferro e il bronzo emana un odore terribile; bevendo il liquido mestruale, i cani vengono presi dalla rabbia e il loro morso è affetto da un veleno insanabile.” (70)

Da sempre la scienza si è interrogata sul legame esistente tra le “disfunzioni genitali” e il sistema nervoso, ritenendolo responsabile della comparsa di molte condizioni patologiche femminili. Le fasi fisiologiche che scandiscono la vita di gran parte delle donne come la mestruazione, il puerperio e la menopausa sono sempre state viste come momenti di debolezza che potevano portare alla malattia (31).

La mestruazione ha sempre rappresentato il momento in cui la donna entrava nel periodo della fertilità, e nel corso del tempo sono state formulate molte teorie riguardo a come questo fenomeno potesse influenzare la funzionalità del sistema nervoso. Una di queste teorie, ad esempio, sosteneva che l'emorragia uterina causava un'irritazione dei nervi ovarici, la quale poi si estendeva agli organi del sistema nervoso centrale generando i disturbi mentali. Durante il periodo mestruale, quindi, la donna era più suscettibile allo sviluppo di tali problemi, o, nel caso ne soffrisse già, era più probabile che si riacutizzassero (31).

Si cita il caso di G.T. (1761), che venne ricoverata nel manicomio di Treviso nel 1919 con la diagnosi di “Isterismo”.

All'inizio del diario clinico si legge: *“Viene mandata in manicomio perché presenta in corrispondenza delle mestruazioni fenomeni di natura comiziale con scarsa partecipazione motoria, ma con indubbia partecipazione della coscienza, svisamento del carattere, irritabilità, etc. ... Cefalea 3-4 giorni prima e durante le mestruazioni che sono regolari per quantità e durano dagli 6-8 giorni”.*

Nella relazione medica venne fatto un riassunto della condizione clinica della paziente, più nello specifico della diagnosi di “Psicosi isterica”, in cui si può leggere:

“Prendendo norma e insegnamento da quanto è scritto nei classici trattati psichiatrici su questa malattia e analizzando il quadro clinico offertoci dalla Signorina nell'osservazione diuturna di oltre un anno diremo come in lei manchino le cosiddette grandi crisi deliranti isteriche, ma siano invece presenti gli episodi morbosi minori (piccole crisi) - generalmente coincidenti o precedenti il periodo catameniale - e le cosiddette stigmati psichiche della mentalità isterica.”

Un altro caso ancora è quello di Z.A. (4886), una suora che venne ricoverata nel Sant'Artemio nel 1936 con la diagnosi di "Psicosi affettiva".

Nel diario clinico venne collegata la comparsa della sintomatologia psicotica con l'interruzione delle mestruazioni. Si legge: *"Da due mesi è amenorroica. Dall'epoca della sospensione dei mestruoi datano le turbe psichiche a carattere depressivo (sembra che, prima del ricovero, abbia tentato di precipitarsi da una finestra)."*

Meritevole di menzione è anche il caso di A.P. (7806), dal cui diario clinico si può leggere riguardo al ricovero avvenuto nel 1951: *"Si continua a bisogno l'elettroshock terapia, dato che la paziente va soggetta a frequenti fluttuazioni dell'umore non esenti da qualche componente confusionale, conclamantisi quasi periodicamente, e ciò in ispecie in coincidenza dei periodi mestruali, in vere fasi di eccitamento psicomotorio della durata di qualche giorno, abbastanza ben dominabili dalla terapia da elettroshock ... per ora non è possibile che essa attraversi un periodo mestruale senza presentare uno dei soliti episodi di eccitamento maniaco-confusionale, che cessa per lo più soltanto verso il finire del flusso."*

Anche la ricerca scientifica più recente ha continuato ad indagare questo rapporto, evidenziando un effettivo legame tra le mestruazioni e le esacerbazioni di molti disturbi psichiatrici, come psicosi, ansia, comportamenti suicidari, disturbi di dipendenza e disturbi da stress posttraumatico (71).

Dal punto di vista scientifico ci sono molti meccanismi attraverso cui il ciclo mestruale può influenzare la salute mentale della donna. Ad esempio, come viene riportato nello studio condotto da Brock R. et al. nel 2016 (72), molte donne durante il periodo mestruale sviluppano un disagio fisico a causa del dolore al seno, alle articolazioni, o per via dei sintomi della dismenorrea, e questo può condurre a una maggior irritabilità e a una minor autostima. Allo stesso tempo, viene riferito anche un aumento dei conflitti interpersonali e una minor socialità, il che può portare a depressione e isolamento (71).

Anche gli ormoni giocano un ruolo importante nell'influenza che il ciclo mestruale può avere sulla salute mentale, poiché pare che gli estrogeni abbiano un effetto negativo sulla trasmissione della dopamina, il che imita l'effetto anti-dopaminergico di molti farmaci antipsicotici. Di conseguenza, alti livelli di estrogeni hanno un'azione protettiva sui disturbi mentali e quindi condizioni

caratterizzate da bassi livelli come le mestruazioni e il post partum sarebbero più a rischio (71).

Anche il progesterone sembra che possa ridurre la sintomatologia ansiosa, grazie ad alcuni metaboliti che potenziano l'attività del GABA. Tuttavia, è stato studiato che in condizioni di stress il progesterone viene convertito in cortisolo alimentando i cambiamenti d'umore tipici del periodo mestruale (71). Il ruolo di quest'ormone risulta quindi ambivalente.

4. MATERIALI E METODI

4.1 L'archivio

L'archivio dell'Ospedale di Sant'Artemio e la biblioteca dell'ex ospedale psichiatrico sono conservati presso il Dipartimento di Salute Mentale della Aulss 2 di Treviso. Il Sant'Artemio è anche sede dell'ente della provincia di Treviso, che è stata responsabile della ristrutturazione della maggior parte degli edifici e del parco circostante (73).

Dopo il 1978 la ULSS trevigiana iniziò a gestire l'ex manicomio, occupandosi anche del recupero della biblioteca e dei documenti presenti negli archivi clinici, che vennero poi recuperati dai luoghi di deposito e trasportati nell'Ospedale di Treviso. Dal 2006 è iniziata l'operazione di recupero, sistemazione e catalogazione del materiale: le cartelle cliniche sono conservate in un ordine che è sostanzialmente quello originale, mentre il resto del materiale è stato messo in contenitori generici (74).

Fu quindi già a partire dal 1978 che la questione degli archivi e della loro documentazione iniziò a guadagnare importanza, portando a pubblicazioni, convegni e alla creazione di fondazioni e musei. In seguito alla chiusura dei manicomi, infatti, la maggior parte delle considerazioni che vennero fatte sulla storia della psichiatria presero il via dai documenti presenti negli archivi, piuttosto che da testi letterari e bibliografie (75).

4.2 Selezione delle cartelle

All'interno dell'archivio ci sono più di 28000 cartelle divise tra uomini e donne, disposte in maniera cronologica e in ordine alfabetico. Esse coprono il periodo che va dal 1904, quindi prima che il manicomio di Treviso venisse definito Ospedale Psichiatrico, fino agli anni Novanta. Oltre ai documenti di tipo sanitario, è possibile trovare anche documenti di tipo amministrativo come, per esempio, quaderni in cui nel corso dei decenni sono stati riportati in maniera precisa e ordinata gli elenchi dei beni e degli oggetti che erano stati dati in dotazione alla struttura, come carrozze, cavalli o mobili. Oltre a questo, è possibile trovare altri cataloghi come quelli riguardanti i beni che venivano tolti all'alienato al momento del ricovero, attraverso i quali era evidente la differenza tra le persone più povere e i dozzinanti, che invece disponevano di oggetti più pregiati (74).

Per la selezione delle cartelle oggetto di studio di questa tesi si è deciso di considerare l'intervallo di tempo che va dal 1911, anno in cui è stato istituito l'Ospedale Psichiatrico di Treviso, al 1978, anno in cui è stata promulgata la legge 180, sebbene nell'archivio si possano trovare cartelle cliniche risalenti sia agli anni precedenti sia agli anni successivi il periodo storico scelto. Tuttavia, si è preferito mantenere i suddetti limiti temporali perché meglio correlabili agli eventi storici che hanno maggiormente influenzato la vita e le vicende dei pazienti del manicomio.

Sono state prese in considerazione solamente le cartelle cliniche appartenenti a donne, poiché l'obiettivo di questa tesi consiste nell'analizzare l'evoluzione nel corso del XX secolo dell'approccio assistenziale e psichiatrico nei confronti dei disturbi mentali nel genere femminile, del modo in cui veniva fatta diagnosi, e dei tipi di trattamento che sono stati utilizzati per cercare di curarle.

Le cartelle, quindi, sono state lette in ordine cronologico e sono state selezionate quelle che erano conservate meglio e che contenevano diari clinici ricchi di informazioni mediche e anamnestiche. Ci si è soffermati, inoltre, sul motivo del ricovero, specialmente quando questo era strettamente connesso ad aspetti tipici della vita di una donna e del suo ruolo nella società, e sulla diagnosi, escludendo patologie in cui era più evidente un problema organico sottostante, come i casi di epilessia e di demenze su base vasculopatica.

Un altro criterio utilizzato è stato quello del trattamento terapeutico: sono state scelte quelle cartelle che avrebbero potuto rappresentare al meglio lo sviluppo delle terapie per le malattie mentali, partendo dai primi decenni del Novecento, dove molti diari clinici non riportavano nessun tipo di trattamento specifico, per poi passare alla comparsa di pratiche come l'idroterapia, l'insulinoterapia, fino all'elettroshock e alla scoperta degli psicofarmaci negli anni Cinquanta.

Sono state selezionate, inoltre, quelle cartelle che contenevano lettere scritte dalla paziente stessa o dai suoi parenti, per indagare più a fondo il rapporto che intercorreva tra le degenti del manicomio e ciò che c'era al di fuori, e per raccogliere ulteriori dati anamnestici che potessero aiutare a costruire meglio il contesto sociale e familiare in cui si era sviluppata la malattia mentale che avrebbe poi portato al ricovero.

Infine, è stato valutato, per quanto possibile perché non sempre riportato, anche l'esito del ricovero.

Dunque, seguendo i criteri sopra esposti, sono state selezionate 85 cartelle cliniche di cui si riportano in tabella le caratteristiche principali:

Tabella II: cartelle cliniche dell'Ospedale Psichiatrico Sant'Artemio di Treviso.

Numero	Diagnosi	Terapia	Esito del ricovero	Documenti	Faldone	Data
632	Psicosi circolare	x	Trasferita a Montebelluna	Anamnesi personale/tabella nosografica con decorso della malattia	621-750	1912
640	Cerebropatia degli adulti	x	x	x		1912
644	Psicosi peggiorata	Bromuri/Ricostituenti	Paralisi cardiaca	x		1912
688	Psicosi isterica	x	Dimessa guarita	Lettera/Riassunto diario clinico		1912
730	Cerebropatia degli adulti	x	Trasferita a Montebelluna	Lettere/ Riassunto diario clinico		1913
1351	Cerebroptia infantile	x	Trasferita	x	1261-1400	1916
1367	Cerebroptia infantile/Epilessia	x	Dimessa	x		1916
1381	Demenza lieve	x	Dimessa guarita	Lettere		1916
1395	Epilessia	Cure Bromiche	Dimessa migliorata	Lettera		1916
1400	Morfinitismo	x	Dimessa guarita	x		1917
1706	Psicosi circolare	x	Dimessa in prova	x	1691-1800	1919
1719	Psicosi circolare/Demenza allucinatoria	Iniezioni di ferro	x	Lettera		1919
1736	Gracilità intellettuale	Cure ricostituenti (jodoarsenicali)	Decesso (cancro ovarico)	Riassunto diario clinico		1919
1740	Psicosi circolare	Sedativi	Decesso (arteriosclerosi)	Riassunto diario clinico		1919
1746	Psicosi circolare	Fosfato di calcio	Dimessa in prova	Riassunto diario clinico		1919
1761	Psicosi isterica	Idroterapia/Clinoterapia/Sedativi	Decesso (occlusione intestinale)	Documenti di invalidità/Lettera		1919
2157	?	x	Dimessa in prova	Lettere al Professore	2131-2220	1921
2347	Demenza precoce	Gadil Calcico/Glicerofosfati/Iodarsenico/Sedativi/ idroterapia	Decesso (ictus)	Radiografia	2321-2420	1923
2349	Delitto di gelosia	x	Dimessa	Impronte digitali/Lettere/Descrizioni della vicenda		1923
2362	Delitto	x	Dimessa	Impronte digitali e articolo di giornale		1923
2379	Immoralità costituzionale	x	x	Impronte digitali/Lettere/Articoli		1923
2885	Psicodgenerazione (paranoia)	x	Decesso	Lettere del figlio	2781-2910	1926
3040	Distimia	Calmanti/Bromuri	Dimessa in prova	x	3031-3130	1926
3108	Demenza precoce	Iniez. di Gadil Wassermann	Dimessa	Lettere della sorella al Professore/Descrizione della paziente della sua malattia		1927
3261	Demenza precoce	Idroterapia, Regolatori dell'alvo, Bromoscopolamina, Sedativi	Decesso (paralisi cardiaca)	Anamnesi dettagliate	3241-3350	1928
3289	Psicosi affettiva	Iniez. Iodio	Dimessa in prova	Lettera, richiesta pensione da marito carabiniere		1928
3984	Cerebropatia degli adulti	Cura jodica, Oppiacei, Idroterapia, Cardiocinetici	Decesso (apoplezia cerebrale)	Riassunto diario clinico	3941-4050	1931
4000	Demenza precoce /Schizofrenia	Jodarsenico	Decesso (enterocolite)			1931
4042	Psicosi tossica esogena (alcol)	x	Trasferita a Valdobbiadene	Lettera della paziente per sussidio		1931
4350	Psicosi circolare	Ergoterapia, Idroterapia, Sedativi	Decesso (emorragia cerebrale)	Lettere	4331-4420	1933
4375	Frenastenia	Psicoterapia	Dimessa	Articolo di giornale		1933
4965	Psicosi affettiva	x	Trasferita a Vicenza	Lettera al marito	4931-5050	1036
5018	Psicosi infettiva	Iniez. di Iperovogen Salf, Sedativi, Ergoterapia	Trasferita a Vittorio Veneto	Lettere della madre al direttore		1937
5370	Psicosi nefrastenica	Iniez. di Gadil calcico, Idroterapia, Sedativi	Trasferita a Venezia	Lettera a Mussolini	5301-5400	1938
5376	Demenza precoce ebefrenica	Psicoterapia	Trasferita a Valdobbiadene	Relazione medica e lettere della sorella al direttore		1938
5398	Sinrome vesanica (in ipoetica)	Psicoterapia, iniez. Zambelletti	Trasferita a Venezia	Lettere, storia del matrimonio		1938
5696	Psicosi affettiva	Biosan Schiapparelli	Decesso (sincope)	x		1940
5960	Psicosi affettiva	Iniez. di ischialgina, sedativi	Decesso	Autopsia, lettere al direttore e parroco	5901-6030	1941
6023	Sindrome vesanica	Psicoterapia, Sedativi	Trasferita in Istituto Sanatoriale	Lettere al direttore, diario clinico, documento in tedesco con foto		1942
6391	Psicosi tossica endogena	Iniez. di Iperbiotina Malesci, Idroterapia	Dimessa	Diario clinico	6331-6490	1944
6656	Psicosi affettiva	Iniezioni di arsenico	Decesso (infarto miocardico)	x	6641-6750	1946
6863	Psicosi affettiva	Terapia di glicerofosfati e arsenicali	Dimessa	Servizio sociale	6861-6980	1947
6907	Psicosi maniaco-depressiva	Iniez. di glicerofosfato Na	Dimessa	x		1948
6967	Demenza	x	Decesso (broncopolmonite)	Riassunto diario clinico		1948

7133	Psicosi maniaco-depressiva	Psicoterapia ed ergoterapia	Decesso (insufficienza cardiorespiratoria)	x	7131-7250	1948
7155	Delirio acuto	Pparteina, ipodermoclisi glucosate + 5 U. insulina, Nicotene, Novocaina	Decesso (collasso cardiovascolare)	x		1949
7720	Stato depressivo	ES	Decesso (autopsia)	Esami, descrizione del caso, autopsia	7651-7820	1951
7772	Paralisi progressiva	Penicillina	Decesso (infarto)	x		1951
7794	Schizofrenia	Cardiazol, Insulinoterapia, ES	Dimessa	x		1951
7806	Frenastenia	ES	Dimessa in prova	Grafico su umore, mestruazioni e ES		1951
4886	Psicosi affettiva	Hormovarina Byla	Dimessa guarita	Lettera al direttore	Fascicolo Suore	1936
6144	Psicosi affettiva	Iidroterapia, Sedativi	Trasferita a Valdobbiadene	Relazione medica	Fascicolo Suore	1943
8156	Stato distimiforme confusionale	ES	Dimessa guarita	Relazione medica	8071-8230	1952
8892	Paralisi progressiva	Trattamento malarizzante	Trasferita a Pistoia	Grafico inoculazione malaria, relazione medica	8881-9020	1955
8907	Sindrome paranoide	Insulinoterapia, ES, Piretoterapia	Dimessa	Relazione medica		1955
8917	Stato depressivo	ES, Narcoterapia	Dimessa	Lettera del marito		1955
9370	Sindrome parafrenica	Insulinoterapia, Narcoterapia, ES	Trasferita a Vittorio Veneto	x	9341-9460	1957
9411	Schizofrenia	ES	Dimessa	Esami		1956
9653	Parafrenia	ES, Terapia pragmolina	Dimessa	Lettera del marito	9651-9800	1957
9692	Stato depressivo	ES, Penicillina	Dimessa	Servizio sociale/Colloquio per proroga sussidio		1957
11123	Amorale	x	Trasferita	Lettera della p.per libertà, lettera al prefetto, inchiesta sociale	11121-11230	1961
11128	Schizofrenia	ES, Insulinoterapia	Trasferita a Vittorio Veneto	Dettagliata anamnesi famigliare		1961
11129	Schizofrenia paranoide	Intervento leucotomico	Dimessa	Radiologia seni frontali		1961
11720	Schizofrenia	ES, Insulinoterapia	Decesso (cachessia)	Colloquio con la paziente	11671-11800	1962
11741	Alcolismo	Antebuse	Dimessa	x		1962
12288	Alcolismo	Terapia disintossicante	Dimessa	Servizio sociale	12191-12330	1964
13049	Eccitamento maniaco/psicosi depressiva	ES, Insulinoterapia	Dimessa	Inchiesta sociale	13041-13160	1966
13066	Personalità amorale	Largactil	Dimessa	x		1966
13606	Schizofrenia	Serenase, Melleril, Disipal	Dimessa	x	13541-13700	1967
15107	Sindrome paranoide	Sordinol, Disipal	Dimessa	Inchiesta sociale, lettere	15081-15230	1969
15793	Alcolismo in psicofacile	Melleril	Dimessa	Inchiesta sociale	15771-15910	1970
15872	Stato di eccitamento Psicosi affettiva (stato depressivo)	Entumin, Valium,	Dimessa	Favole della Duss, Test di Rorschach, disegni		1970
15799	Stato depressivo	ES	Dimessa	Diario clinico		1948-1970
15822	Alcolismo	Terapia disintossicante, Serperx	Dimessa	Servizio sociale		1970
16926	Alcolismo	Hepavis, Ansiofin	Dimessa	Servizio sociale	16911-16980	1972
16928	Sindrome dissociativa delirante	Psicofarmaci	Dimessa	Disegni, colloquio		1972
18783	Delirio allucinatorio	ES e psicofarmaci	Dimessa	Schema farmaci	18761-18830	1975
18796	Sindrome depressivo-ansiosa	ES e psicofarmaci	Dimessa	x		1975
19621	Delirio allucinatorio	ES e psicofarmaci	Dimessa	Relazione dottore sul rapporto col marito	19601-19680	1976
19627	Sindrome dissociativa	Psicofarmaci	Dimessa	Test e disegni		1976
19660	Alcolismo	Flebo disintox, Tavor	Dimessa	Test e colloquio		1976
20971	Pousse delirante allucinatoria	Psicofarmaci	Dimessa	Test e colloquio	20961-21040	1978
20978	Alcolismo	Psicofarmaci	x	Tabella		1978
20980	Delirio allucinatorio	Psicofarmaci	Dimessa	Fiabe		1978
21015	Parafrenia	Psicofarmaci	Dimessa	Test, disegni e colloquio		1978

Nella tabella sono riportati nella prima colonna i numeri delle cartelle cliniche selezionate e nella colonna affianco la diagnosi principale segnata all'inizio dei rispettivi diari clinici. Nei primi decenni del Novecento prevalevano le pazienti affette da "psicosi pellagrosa", sebbene nella tabella non ce ne siano molte, poiché è stato ritenuto che questa condizione non fosse tra le più interessanti per i fini di questa ricerca. Oltre a questa, erano frequenti anche le diagnosi di tipo neurologico, come l'epilessia o le demenze su base aterosclerotica. Per quanto riguarda le patologie più prettamente psichiatriche, nella prima metà del Novecento si parlava perlopiù di "psicosi circolare", "psicosi isterica" o "demenza precoce". Verso la fine degli anni Venti, il termine più utilizzato diventò "psicosi affettiva", che serviva a

descrivere quella patologia che a partire dagli anni Cinquanta nel Sant'Artemio iniziò ad essere chiamata con il nome utilizzato ancora oggi, e cioè "schizofrenia". Quest'ultima e l'alcolismo costituirono le diagnosi di più frequente riscontro nelle cartelle cliniche risalenti alla seconda metà del Novecento.

Nella terza colonna sono state riportate le terapie principali somministrate alle pazienti: si può notare come nei primi decenni fosse difficile trovarle annotate all'interno delle cartelle cliniche, motivo per cui in alcuni casi è stata inserita una "x". Inizialmente predominavano le terapie ricostituenti, oltre all'insulinoterapia e la piritoterapia, per poi assistere alla comparsa dell'elettroshock negli anni Cinquanta circa, e degli psicofarmaci a partire dagli anni Sessanta.

Nella quarta colonna si è deciso di riportare l'esito del ricovero: riguardo a questo, si può notare come nella prima metà del Novecento i casi di decesso fossero molti di più rispetto alla seconda, con particolare riferimento agli ultimi vent'anni, dove quasi tutte le pazienti vennero dimesse.

Nella quinta colonna sono stati annotati alcuni documenti di particolare interesse ritrovati all'interno delle cartelle cliniche, come le lettere scritte dalla paziente stessa oppure dai famigliari, alcuni grafici riguardanti la terapia somministrata oppure le inchieste sociali, le quali iniziarono a comparire a partire dagli anni Cinquanta. Nelle cartelle degli anni Settanta sono stati trovati dei test psicologici come quello di Rorschach e alcuni disegni fatti dalle pazienti.

Infine, le ultime due colonne indicano il faldone dell'archivio in cui è contenuta la cartella e la data del primo ricovero nel manicomio.

5. DISCUSSIONE

Nel corso del Novecento, le cartelle cliniche redatte all'interno del manicomio di Treviso sono cambiate sotto molti aspetti. Gli eventi storici che si sono succeduti fuori e dentro le mura del manicomio, l'evoluzione del pensiero psichiatrico e l'invenzione di nuovi mezzi terapeutici caratterizzano le pagine dei diari clinici e dei documenti contenuti all'interno dell'archivio del Sant'Artemio.

Le cartelle cliniche risalenti al secondo decennio del Novecento contengono tutte un diario, dove si possono leggere le descrizioni della storia personale della paziente e del suo stato mentale e fisico durante il ricovero scritte a mano dal medico. La maggior parte delle cartelle di quegli anni sono scarse: all'inizio del diario si trova spesso una breve descrizione dell'anamnesi familiare della donna, sulla scia dell'organicismo che aveva acquisito importanza nella disciplina psichiatrica già a partire dalla fine dell'Ottocento e che aveva messo l'accento sull'importanza dell'ereditarietà nello sviluppo dei disturbi mentali. Sono frequenti i riferimenti ai genitori, agli zii e ai fratelli, e non è raro trovare casi in cui almeno un familiare presenta una storia di ricovero in uno dei manicomi esistenti all'epoca nella provincia di Treviso.

Dopo questa breve introduzione di carattere anamnastico, il diario prosegue con le descrizioni delle visite che il medico faceva alla paziente, le quali avevano quasi sempre una cadenza di circa una volta al mese. Viene riportato un esempio di ciò che scrivevano:

“Contegno instabile ed incoerente ora gaio e tranquillo, ora agitato e clamoroso. Funzione lenta e spesso errata. Alterazioni psico-sensoriali in forma di allucinazioni cinestetiche che danno origine a qualche idea delirante ipocondriaca. Confusione ideativa che s'accompagna ad indebolimento critico e a spiccata suggestionabilità. Bradilalia. Orientamento conservato; memoria lacunare. Variabilità d'umore: un ottimismo morboso si alterna a depressione e repulsività.”
(Cartella clinica n°730).

Insieme all'analisi della sintomatologia prettamente psichiatrica, si ritrovano anche molte descrizioni della condizione fisica in cui versavano le pazienti, le quali nei primi decenni del Novecento, erano colpite perlopiù dalla pellagra. I segni di questa patologia venivano descritti così:

“Eritema sfiorito con desquamazione a piccole lamelle al dorso di entrambe le mani ed i piedi. Quest'eritema, malgrado che l'a. sia tenuta a letto, assume di

giorno in giorno una tinta più scura. Mano destra ipotrofica, con pelle sottile, dita in flessione, con ostacolo evidente al movimento.” (Cartella clinica n°644)

Oltre al diario clinico è possibile trovare in quasi tutte le cartelle un documento in cui vengono riportate in maniera sintetica alcune informazioni riguardanti le notizie storiche della paziente. Ad esempio, oltre ai dati anagrafici si possono leggere notizie relative alla modalità con cui è insorta la patologia, se la paziente tende a fare del male a sé stessa o agli altri, se soffre di altre condizioni patologiche, oppure se ha sintomi particolari come le allucinazioni.

Qua sotto viene riportato un esempio:

Notizie Storiche

Cognome e nome del malato

Carattere morale prima dello sviluppo della pazzia *Senza fin' allora lo scetticismo*

Occupazioni consuete ed abitudini *Senza di capo*

Modo d'invasione della pazzia; se improvvisa o preceduta da prodromi *Improvvisa*

Sintomi che accompagnano la pazzia, notando principalmente se l'alienato sia dominato da allucinazioni e da tendenze pericolose *Afferma di aver maltrattati da giovani defunti, vuol fuggire di casa; tenta di gettarsi in acqua, vede figure, angeli & prete*

Atti commessi contro se, o contro altri, in istato vero o presunto di alienazione mentale; se gridi, laceri o rompa, e se ricusi di cibarsi e da quando *Si è spacciata da molto tempo, in faccia con gli spiriti e gli prete*

Da quanto tempo siasi riconosciuta la necessità di allontanare dalla famiglia l'infermo *In alcuni giorni*

Figura 1 (Cartella clinica n°644)

Oltre ai documenti di tipo clinico, in alcune cartelle si possono trovare delle lettere. Frequenti sono quelle scritte dalla paziente per i famigliari, solitamente la sorella, la madre o più raramente il marito, ma non sono rare neanche quelle che hanno come destinatario il direttore dell'ospedale psichiatrico, verso cui l'alienata chiedeva favori e rivolgeva richieste inerenti al suo internamento nell'istituto.

Oltre alle lettere, le cartelle contengono un gran numero di documenti di tipo giudiziario, dato che dopo la legge del 1904 la decisione di ricoverare un individuo spettava al giudice.

Durante gli anni della prima, ma soprattutto della seconda guerra mondiale, si è potuto notare un progressivo impoverimento delle cartelle cliniche, a causa del fatto che durante il periodo 1915-1918 i manicomi di Treviso vennero direttamente coinvolti dall'avanzata del fronte austriaco, portando al trasferimento di molti pazienti. Durante la seconda guerra mondiale, invece, gran parte dei medici vennero chiamati sul fronte, per assistere i soldati che combattevano.

5.1 La questione diagnostica

Dal punto di vista diagnostico, il modo in cui venivano chiamate le patologie è mutato nel corso del Novecento. La classificazione delle patologie psichiatriche e i criteri diagnostici sono sempre stati dei temi importanti, di cui si discute ancora oggi. All'epoca, il manuale di riferimento per gli psichiatri italiani era il "Trattato di psichiatria" di Tanzi del 1904, pubblicato nuovamente vent'anni dopo con una riedizione scritta in collaborazione con E. Lugaro (76; 77).

Nel 1907 si riunì una commissione formata da Bianchi, De Santis, Morselli e Tamburini che propose un elenco formato da diciannove gruppi diagnostici (14).

Tuttavia, nonostante il tentativo di mettere ordine, il campo della diagnostica psichiatrica rimaneva una "galassia multiforme" di condizioni perlopiù sindromiche di cui non si conoscevano le cause e che venivano spesso attribuite a patologie organiche, che venivano affrontate con un approccio descrittivo (14).

Relativamente al problema delle diagnosi, meritano di essere riportati i criteri utilizzati da Gustavo Modena, vicepresidente della Società Freniatria italiana, per la classificazione delle malattie mentali. Secondo lui, le diagnosi dovevano essere limitate a quelle fondate su criteri sintomatici, bisognava ridurre il numero delle varie forme morbose, prediligere l'eziologia come criterio per suddividere i gruppi diagnostici, indicare la nomenclatura diagnostica presente nelle schede inviate e, infine, tenere in considerazione il progresso avvenuto in quel periodo nella valutazione delle patologie mentali che avevano alla base una causa endocrina oppure infettiva (14).

In ogni caso, alla fine di questo dibattito vennero individuati dieci gruppi principali, a cui si aggiungeva il gruppo dei cosiddetti "non competenti", cioè coloro che non

appartenevano al manicomio, come per esempio i militari durante la prima guerra mondiale (78).

La classificazione diagnostica predominante all'epoca prevedeva (21, p.16):

- Frenastenia
- Degenerazione
- Psicosi epiletica
- Psicosi affettive
- Demenza precoce ovvero altri tipi di schizofrenia
- Schizofrenia
- Psicosi tossiche endogene
- Psicosi tossiche esogene infettive
- Psicosi senili
- Psicosi da encefalopatie organiche
- Non competenti al ricovero.

Nelle cartelle cliniche dell'archivio del Sant'Artemio alcune delle diagnosi che venivano fatte più di frequente nei primi decenni del Novecento erano, ad esempio, la "psicosi pellagrosa", che si riferiva quindi ai pazienti affetti dalle sequele neurologiche tipiche della pellagra, la "psicosi circolare" oppure la "psicosi isterica".

L'ospedale psichiatrico di Treviso ospitava anche pazienti pediatrici affetti da patologie che comportavano un ritardo cognitivo, a cui ci si riferiva con il termine "cerebropatia infantile", o, più in generale indipendentemente dall'età, "gracilità intellettuale".

Allo stesso tempo, nel Sant'Artemio venivano accolte molte donne di età avanzata che soffrivano di "cerebropatia degli adulti", probabilmente quella che oggi verrebbe definita come demenza su base arteriosclerotica, termine che a partire dalla metà del Novecento e con l'evolversi delle conoscenze scientifiche neurologiche inizia a comparire anche nelle cartelle cliniche dell'Ospedale di Treviso.

Fra le pazienti del manicomio di Treviso, molte erano quelle affette da epilessia, testimonianza del fatto che all'epoca non c'era ancora una netta distinzione tra la neurologia e la psichiatria.

Altra diagnosi molto frequente era quella di “psicosi tossica esogena”, che si riferiva a quelle donne che abusavano di alcol, condizione che, contrariamente a quanto si possa pensare, era comune anche nel genere femminile e non solo in quello maschile.

Altri termini spesso utilizzati per fare diagnosi erano: “Sindrome vesanica”, “Distimia”, “Demenza precoce” e “Psicosi affettiva”. Quest’ultimo durante gli anni Trenta e Quaranta fu probabilmente il termine più utilizzato nelle cartelle cliniche del manicomio di Treviso, e si riferiva alla condizione patologica che oggi chiamiamo “Schizofrenia”, denominazione che al Sant’Artemio inizia a comparire con frequenza solamente nelle cartelle degli anni Cinquanta, sebbene di schizofrenia se ne parlasse già agli inizi del Novecento, in particolare quando nel 1908 Bleuler formulò questo termine (79).

Negli anni Sessanta e Settanta, le diagnosi più comuni erano quelle di alcolismo, schizofrenia, “Sindrome paranoide”, “Sindrome dissociativa” e “Delirio allucinatorio”.

5.1.1 Casi di immoralità costituzionale

A sostegno del concetto per cui in molti casi le donne venivano internate non perché soffrivano effettivamente di una malattia mentale, ma perché si allontanavano dal ruolo che era stato loro imposto dalla società, in alcune cartelle cliniche le diagnosi riportate erano “immoralità costituzionale” o “personalità amorale”. Si menziona il caso di S.M. (2379), che, accusata di tentato omicidio del marito, venne rinchiusa nell’ospedale psichiatrico di Treviso il 30 aprile 1923, per poi rimanerci per più di un anno ed essere infine trasferita al manicomio di S. Clemente. Nel diario clinico la paziente viene definita una “degenerata erotico-isterica” per via di alcuni episodi di esibizionismo e fughe di casa a causa di amori illeciti.

Un altro caso ancora è quello di G.M. (11123), che fu internata nel Sant’Artemio più volte: la prima nel 1915 per un mese, poi nel 1924 sempre per un mese, infine entrò di nuovo nel 1956 e ci rimase fino al 1961.

Dalla relazione fatta dall’assistente sociale si rileva che la donna non aveva famiglia ed era una ex prostituta conosciuta in tutta Treviso con il nome di Maria Orbeta. Viene specificato che *“è stata ricoverata in ospedale psichiatrico non perché malata di mente, ma perché oggetto di scandalo pubblico e, data la sua scioltezza di lingua, di poco decoro per la città di cui la paziente conosceva alcune autorità e*

alcune fra le persone più in vista, e delle quali la paziente non nascondeva la conoscenza”.

La relazione prosegue con la descrizione dei tentativi di spostare la donna in luoghi a lei più adeguati, data l’anziana età, il fatto di non avere famiglia e lo stato mentale tutto sommato non compromesso. Quando venne chiesto il trasferimento alla Casa Cronici di S. Giuseppe, la Superiora inizialmente si oppose perché la paziente era troppo conosciuta e avrebbe ricevuto troppe visite. Ciò avrebbe urtato la sensibilità degli altri ospiti, in particolare dei loro parenti, che avrebbero ritenuto indecoroso sapere che i loro congiunti erano ricoverati insieme ad una nota prostituta.

Nel corso del Novecento, l’attenzione verso i pazienti del manicomio e le ingiustizie che erano costretti a subire aumentò notevolmente. A testimonianza di questo viene riportata la lettera che negli anni Sessanta venne scritta dalla Direzione dell’ospedale psichiatrico al prefetto, con l’obiettivo di far trasferire la signora G.M. in un luogo a lei più consono. Si riportano alcune righe: *“Sentendo il dovere di evitare, quanto più possibile, il disagio e la sofferenza di una permanenza in luogo del tutto inadeguato e controindicato dal punto di vista medico, permanenza imposta ora unicamente da motivi economici e da pregiudizi, questa Direzione chiede che codesta Prefettura voglia autorizzarla a far ricoverare la persona in oggetto nella Casa di Riposo Pio X di Cordignano”.*

Nella cartella clinica erano contenute anche alcune lettere scritte dalla paziente stessa e rivolte al direttore del manicomio. In queste righe, la donna si lamentava della sua condizione, scrivendo: *“Ho bisogno di spiegarle certe cose importantissime che mi riguardano poiché sono stanca, veramente stanca, di trovarmi ancora in manicomio. Creda che le mie sofferenze sono grandissime con molte lacrime e sospiri, non posso trovare pace nel vedermi rinchiusa in questi luoghi senza essere pazza. No, non lo sono e non lo sono mai stata e se per il capriccio di due persone mi hanno ridotta così che si pentano sopra al male che mi hanno fatto”.*

5.1.2 I delitti di gelosia

A causa del fatto che l’istituto manicomiale ricopriva anche un ruolo di tutela sociale, all’interno del Sant’Artemio non c’erano solo donne con malattie mentali o neurologiche, ma anche quelle che avevano commesso dei crimini, in particolare se questi erano connessi alla sfera familiare, come i delitti di gelosia.

Si riporta, in merito a questo, il caso di G.E. (2349), una donna che è stata ricoverata dal 23 marzo 1923 al 26 luglio 1923, accusata di aver ucciso il marito in preda a un delirio di gelosia. In anamnesi, all'inizio del diario clinico, si legge: *“Eredità neuropsicopatica e alcoolica da parte Paterna e Materna. Precedenti individuali di “carattere” strano, di deficienza etica, di “habitus” eretistico, di alcoofilia (con abnorme reazione al tossico). Da vario tempo è affetta da delirio di gelosia. Nell’anamnesi prossima sono da notare due tentativi di autoviolenza.”*

Venne poi aggiunto che la paziente non soffriva di turbe psicosensoriali e che l'ideazione non era alterata, se non per quanto riguardava la vita coniugale, le colpe del marito e le cause del delitto. In una delle visite viene riportato il pensiero della paziente riguardo al fatto di essere stata rinchiusa nel manicomio: ella riteneva che la compagnia delle malate di mente fosse deleteria per la mente dei sani. Inoltre, quando le venivano fatte domande riguardo al delitto mostrava *“visibile contrarietà a parlare della sciagura capitatele che spiega coll’esacerbazione dell’animo suo di moglie, di amante e di madre”*.

Il medico annotò anche che queste affermazioni erano accompagnate da disturbi circolatori periferici, contrazioni fibrillari dei muscoli delle labbra, leggera afonia e pianto. Venne osservata con attenzione anche l'affettività nei confronti del marito e dei figli, che sembrava agli occhi del medico sentita e manifestata in un modo normale.

Nella cartella è contenuta anche una lunga lettera scritto da un medico amico della vittima, rivolta all'avvocato che si stava occupando del caso. L'autore scrisse che la signora G.E. era una povera demente dal carattere impulsivo e nervosissimo e che era in preda ad un vero e proprio delirio persecutorio geloso.

Venne lasciato molto spazio all'anamnesi familiare della donna, riguardo alla quale il medico scrisse: *“l’anamnesi è uno sfacelo: figlia di padre beone, nipote di zia materna isterica e morta per convulsioni epilettiformi; di zio materno morto per degradazione da etilismo cronico, nipote materna di zio morto pazzo al manicomio di S. Servilio Venezia, sorella di un beone epilettico suicida”*.

Dopodiché, la lettera prosegue con il racconto di alcune vicende in cui la donna avrebbe tentato il suicidio più volte per futili motivi ed avrebbe anche aggredito la suocera. Il marito, invece, veniva descritto come *“persona proba e stimata da tutti, amante della moglie, tenero, tollerante”*. Alla base del delitto, come si può dedurre dalla lettera in questione, ci sarebbe stata la convinzione da parte della paziente che

il marito avesse un'amante, cosa che l'amico medico smentì in ogni modo, dicendo che la donna che veniva da essa descritta, non esisteva.

Nella cartella è presente anche un'altra lettera diretta al direttore del manicomio e scritta da un altro amico del marito che confermava ancora una volta quanto egli fosse *“il migliore degli uomini, dei mariti, dei padri. Forse un po' debole, ma incapace di commettere qualsiasi atto men che onesto”*. Riguardo alla moglie, invece, scrisse: *“è una stupida ambiziosa, pigra, incapace di reggere una casa, cattiva moglie e violenta, pessima madre”*.

Nella relazione che venne fatta durante le indagini, sono state raccolte le testimonianze di molte donne, le quali confermarono i sospetti della signora G.E. Ad esempio, le nipoti della vittima dichiararono che lo zio aveva un contegno libertino e che *“il loro onore era stato più volte tentato con promesse di compensi pecuniari”*. Pure l'ex domestica confermò i tentativi di conquista fatti verso di lei dal padrone, anche in questo caso con offerta di denaro.

5.2 Le terapie

5.2.1 Sedativi, clinoterapia e idroterapia

Leggendo le cartelle cliniche dei primi decenni del Novecento, risulta evidente una sostanziale assenza di strategie terapeutiche specifiche della disciplina psichiatrica. In molte cartelle la cura non veniva neanche menzionata, e, quando questo avveniva, si trattava nella maggior parte dei casi di cure ricostituenti.

Riguardo a questo problema è emblematico ciò che scrisse lo psichiatra Enzo Girone nel suo libro *“Io e i pazzi”*: *“L'inanità terapeutica mi sgomentava. Mi dicevo: studio l'ammalato, faccio le ricerche del caso, riesco, tante volte, con fatica, a fare una bellissima diagnosi e poi? Bromuri, sedativi, giubbetto di forza e... tempo. Poi mi affido al tempo, alla forza medicatrice della natura, al caso. A tutto fuorché a una cura efficace, come fanno invece il medico internista, il chirurgo, il ginecologo. Lì dentro tutto si riduceva alle pratiche giudiziarie: trattenere l'infermo o affidarlo alla famiglia, interdirlo o non, legarlo come un salame o mandarlo alla colonia agricola”*. (80, p. 157).

Il ricovero in sé costituiva il principale obiettivo del “trattamento” ed era correlato a una tecnica manicomiale che prevedeva interventi aspecifici come la clinoterapia, l'idroterapia e l'utilizzo di sedativi. La clinoterapia era una pratica che consisteva

nel riposo forzato a letto, e veniva utilizzata soprattutto nei casi di mania, dove c'era bisogno di un maggior controllo sul paziente (9).

L'idroterapia consisteva nel far fare all'alienato dei bagni a una temperatura tra i 35 e i 37 gradi con del ghiaccio appoggiato in testa, per un periodo di tempo molto lungo, fino anche a ventiquattro ore (9).

Le terapie più utilizzate erano i sedativi come i bromuri di potassio, somnifen, veronal, luminal, scopolamina, duboisina, joscina, a volte anche la morfina, e le sostanze ricostituenti a base di iodio e arsenico.

Si ritrovano indicazioni dell'utilizzo di queste sostanze nelle cartelle del primo ventennio del Novecento, ma un uso sistematico dei farmaci è documentato a partire dagli anni Cinquanta, dopo la scoperta degli psicofarmaci. Prima di questo grande cambiamento furono però applicati molti altri approcci terapeutici che oltre ad essere poco fondati dal punto di vista dell'efficacia pongono anche significativi interrogativi dal punto di vista etico.

5.2.2 La piretoterapia

Nella prima metà del Novecento, venne introdotta la piretoterapia, che nella maggior parte dei casi coincideva con la malarioterapia. L'obiettivo di queste cure era scatenare un accesso febbrile nell'alienato perché si riteneva che la febbre avesse un impatto positivo sui disturbi mentali. L'effetto curativo della febbre era conosciuto sin dai tempi di Ippocrate: egli scriveva che durante e dopo aver contratto la malaria, i pazienti che soffrivano di malattie mentali miglioravano e la loro aggressività si riduceva. Anche durante il Medio Evo, si era notato che, quando questi pazienti venivano colpiti dal colera, miglioravano, ma è specialmente con la comparsa della sifilide e con la ricerca di una cura per quella che era una delle sue principali complicanze, e cioè la paresi generalizzata, che la piretoterapia acquisì una grande importanza (81).

A occuparsene fu in particolare Julius Wagner von Jauregg, medico che studiò a Vienna e che prese il premio Nobel per la medicina nel 1927, proprio grazie ai suoi studi sulla malarioterapia. Egli inizialmente eseguì una serie di esperimenti in cui inoculava nei pazienti psicotici degli agenti infettivi come la tubercolina, lo streptococco che causava l'erisipela e il vaccino contro il tifo, senza però ottenere grandi risultati (82).

In seguito all'acquisizione di maggiori conoscenze sulla sifilide, come, ad esempio, la scoperta dell'agente che lo causava e il fatto che le spirochete del *Treponema Pallidum* non resistevano ad alte temperature, Wagner von Jauregg testò la malarioterapia sui pazienti affetti da paresi generalizzata e pubblicò i risultati dei suoi esperimenti, secondo i quali tre pazienti su nove erano guariti completamente, altri tre avevano mostrato un buon miglioramento, due erano rimasti invariati e uno era morto di malaria (81).

Per quanto la malarioterapia fosse eticamente discutibile e non avesse percentuali di successo molto alte, segnò comunque una svolta nella terapia delle malattie mentali, poiché si trattava di un vero e proprio trattamento medico e perché introdusse il concetto dello scontro tra patologie, secondo il quale per curare una malattia se ne dovesse usare un'altra. Quindi, in questo caso la febbre indotta dal patogeno della malaria permetteva di curare la paralisi progressiva causata dalla sifilide, ma negli anni a seguire si iniziò a pensare anche che l'attacco epilettico potesse curare la schizofrenia, concetto alla base delle terapie con il cardiazol e l'elettroshock (9).

Viene riportato come esempio di malarioterapia il caso di M.A. (8892), ricoverata nell'ospedale Sant'Artemio dal 7 gennaio del 1955 al 7 luglio dello stesso anno con la diagnosi di "Paralisi generale progressiva".

In anamnesi non si rilevano particolari tare ereditarie, e venne riportato che era coniugata da 28 anni con un uomo affetto da lue, motivo per cui nel 1931 fece una reazione di Wasserman sul siero, test di fissazione del complemento che serviva a diagnosticare la sifilide, che risultò positivo. Nonostante le cure fatte per la sifilide che portarono a una negativizzazione dei test su siero fatti successivamente, il marito riferiva che negli ultimi anni la paziente aveva cominciato a essere triste, a piangere molto e a manifestare spunti deliranti di persecuzione e di rovina credendo che la gente parlasse male di lei e che l'avessero maledetta.

Inoltre, presentava segni di amnesia e perdeva spesso il filo del discorso mentre parlava. Mostrava poco interesse per la casa, con un atteggiamento apatico e ipoaffettivo. In seguito all'ingresso in manicomio, le venne fatto un esame psichico, di cui si riportano alcune righe: *"All'ingresso è in stato di eccitamento psicomotorio e pertanto viene contenuta con la camicia. Quando ci avviciniamo per interrogarla ci grida "cosa volete? Andatevene". Dette queste parole inizia un soliloquio incomprensibile, tuttavia dagli atteggiamenti che assume e da qualche*

monosillabo che pronuncia sembra che sia in preda ad allucinazioni uditive. Infatti, dà l'impressione che ascolti qualche voce ed ogni tanto pronuncia in tono interrogativo: "Come? Va bene?". Anche se stimolata ripetutamente l'inferma non risponde alle nostre domande e pertanto non è possibile esplorare le varie funzioni psichiche".

Il 20 aprile venne iniziata la piretoterapia con "Neurovaccino forte Bruschetti", ma, nonostante questo, le condizioni della paziente rimasero invariate. Qui sotto viene riportato uno schema dei sei accessi malarici a cui è stata sottoposta la paziente, conservato all'interno della sua cartella clinica.

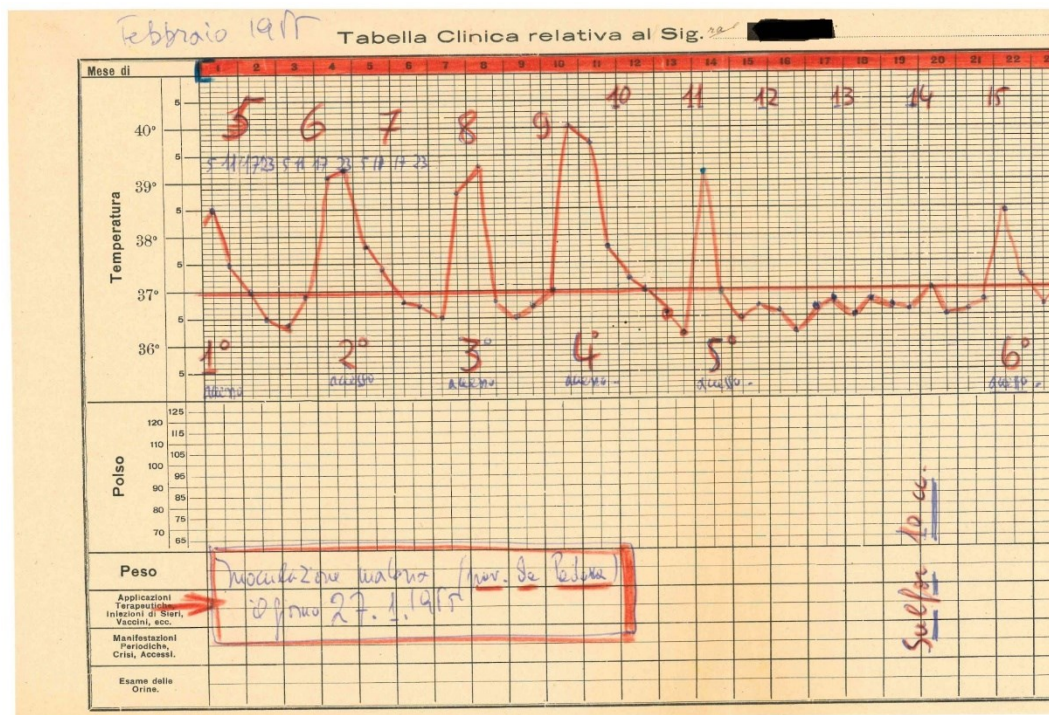


Figura 2: grafico relativo a un protocollo di malarioterapia applicato in una paziente dell'ospedale Sant'Artemio

Oltre alla malarioterapia, venne fatta anche un'intensa terapia penicillinica di oltre 35 milioni di unità per via parenterale. La paziente nei mesi a seguire rimase apatica, anaffettiva e taciturna. Si trascurava nella pulizia personale e mangiava solo se stimolata. Solo al momento della dimissione venne riportato un leggero miglioramento per quanto riguardava i fenomeni allucinatori di tipo uditivo e la paziente risultò un po' più comunicativa ed interessata all'ambiente.

5.2.3 L'ergoterapia

Un altro trattamento che venne usato in maniera costante nei manicomi nel corso del Novecento fu l'ergoterapia, che consisteva nel far lavorare i malati in modo tale

da tenerli occupati e da dar loro l'idea che fossero in grado di svolgere un lavoro. A volte venivano anche retribuiti con un minimo compenso monetario. Tuttavia, negli anni Trenta, questa tecnica terapeutica iniziò ad essere messa in discussione. Alcuni psichiatri come Vidoni, sostenevano che l'ergoterapia sfruttava gli automatismi presenti in alcuni pazienti, impegnandoli in lavori non salutari. Inoltre, ritenevano che fosse molto importante usare l'ergoterapia come mezzo per far sì che il paziente ritrovasse la propria dignità personale e acquisisse un'autonomia che gli permettesse, una volta uscito dal manicomio, di continuare la propria vita all'interno della comunità, riducendo il rischio di recidive (9).

5.2.4 L'insulinoterapia

Durante il fascismo, in risposta al bisogno degli psichiatri dell'epoca di trovare cure, rimedi risolutivi e di rendere la psichiatria assimilabile a tutte le altre discipline mediche, si diffusero velocemente le terapie di shock, che agivano più sui meccanismi che sulle cause dei disturbi mentali (9).

L'insulinoterapia fu una delle prime ad essere introdotte e, per certi versi, somigliava molto alla malarioterapia sia come esecuzione che come principio alla base: questa tecnica venne inventata dal neurofisiologo e neuropsichiatra polacco Manfred J. Sakel, che, mentre lavorava come internista in un ospedale a Berlino, provocò involontariamente, attraverso un'iniezione eccessiva di insulina, un coma superficiale in una donna dipendente dalla morfina, notando poi che l'incidente aveva in realtà causato un netto miglioramento delle sue facoltà mentali (83).

Un eccesso di insulina nel corpo causa uno stato di ipoglicemia, che si manifesta con coma e convulsioni: gli scienziati dell'epoca utilizzarono questo effetto per trattare le psicosi più gravi, in particolare la schizofrenia. Secondo i risultati di Sakel, più del 70% dei pazienti miglioravano in seguito all'utilizzo di questa terapia, che acquistò una grande fama in seguito ad altri studi che vennero fatti negli Stati Uniti nel 1939 e nel 1942. In realtà, numerose analisi successive dimostrarono che i risultati non erano così eccellenti come si pensava, ma poiché fra tutte le terapie di shock quella insulinica era quella associata a meno complicanze, diversi paesi continuarono ad usarla per molti decenni (83).

Di insulinoterapia ne parlò Mario Tobino, medico e poeta italiano, nell'articolo "I risultati ottenuti con l'insulina e la cardiazolterapia in cento casi di schizofrenia" pubblicato nel 1940 (84). Egli trattò con la shockterapia cento casi di demenza

precoce, trenta con l'insulina e settanta con il cardiazol. La procedura utilizzata per l'insulinoterapia rispettava le norme dettate dal Congresso di Muensingen, omettendo la fase preparatoria suggerita da Sakel e dimettendo l'ammalato direttamente dopo lo shock, senza aspettare il periodo di riposo. La procedura consisteva nel portare l'ammalato a digiuno in un reparto specializzato, gli veniva messa la camicia di forza e dopodiché venivano iniettate le prime 30 unità di insulina se era un uomo, 20 nel caso di una donna.

Nei giorni dopo si aumentava la quantità di 10 unità ogni volta, fino a raggiungere la dose che permetteva di ottenere lo shock, il quale si poteva riconoscere per la comparsa di scosse cloniche, stati di eccitamento, fino alla completa abolizione della coscienza.

Il vero e proprio shock prolungato e profondo veniva raggiunto in maniera graduale, interrompendolo dopo 15 minuti il primo giorno, per poi aumentarne sempre di più la durata nei giorni successivi fino a raggiungere uno stato di shock di tre o quattro ore.

La durata, inoltre, variava in base al tipo di patologia di cui soffriva il paziente: ad esempio, nelle forme paranoidee venivano indotti shock prolungati, mentre nei casi di eccitamento schizofrenico si preferivano shock più brevi.

In alcuni casi, durante la fase di eccitamento comparivano dei sintomi psichici che non si erano mai manifestati prima di allora, come se fossero stati nascosti nel subconscio, per poi essere portati in superficie nel momento in cui la crisi indotta dallo shock annullava ogni controllo.

Il risveglio veniva indotto attraverso la somministrazione con sondino gastrico di 150 gr di zucchero sciolti in 300 cc di acqua. Nel caso in cui questo non fosse sufficiente, venivano fatte anche delle iniezioni di adrenalina sottocute e venivano date delle pasticche di vitamina B1 sciolte in una soluzione di glucosio per via ipodermica. L'ultima soluzione, se proprio il malato non si fosse svegliato, sarebbe stata l'iniezione endovenosa di 20 cc. di glucosio al 33%.

Riguardo al momento del risveglio, Tobino scriveva: *“Si ha, durante tale fase, l'impressione che questi malati si stiano liberando da qualche cosa di pesante che li tenga oppressi e separati dall'ambiente esterno; rinasce in questa fase post-risveglio l'affettività e scompare l'autismo: non di rado l'ammalato si interessa della sorte del vicino di letto dimostrando quella solidarietà del tutto umana che avvicina gli sventurati tra di loro”* (84, p. 99).

Infine, Tobino scrisse che, finito l'effetto dell'insulina, la maggior parte dei malati parlava dello shock come di *“un sonno un po' agitato, ma senza incubi, né angosce, né stati d'ansia”*. Solo pochi casi ricordavano l'esperienza come molto angosciata, e di aver percepito una sensazione di morte imminente.

Nell'ospedale psichiatrico di Treviso, l'insulinoterapia inizia ad essere citata all'interno delle cartelle cliniche a partire dagli anni Quaranta, e resta una delle terapie più utilizzate fino alla fine degli anni Sessanta. Spesso l'insulina era accompagnata dall'iniezione di altre sostanze, come si può leggere nel diario clinico di F.V. (7155), ricoverata nel Sant'Artemio nel 1949 per *“Delirio acuto (amenziale) in corso di sintomatologia depressivo-ansiosa”*.

Nelle prime pagine del diario si può leggere: *“Fino dal suo ingresso la paziente presentava uno stato di una certa gravità ... per lo stato ansioso tanto che fu subito sottoposta alla seguente cura: iniezioni di Sparteina, ipodermoclisi glucosate + 5U. di insulina + iniezioni di Nicotene. A calmare lo stato ansioso – accompagnato da accentuati fatti confusionali – si tentò, anche, iniezioni endovenose di Novocaina. In terza giornata insorse febbre e allora, nella impossibilità di una indagine soddisfacente in ambito viscerale e anche per la indicazione data dallo stato amenziale sempre più accentuato si aggiunge anche somministrazione di Penicillina e iniezioni endovenose di Coramina e iniezioni di Biocortone e iniezioni di estratto Epatico”*.

5.2.5 Leucotomia dei seni frontali

Nel Novecento si credeva che i seni frontali fossero la sede delle attività superiori e delle emozioni. Una lesione a quel livello portava a cambiamenti della personalità e ad un'alterazione delle funzioni riguardanti il giudizio e l'adattabilità sociale. Sulla base di queste conoscenze scientifiche, lo psichiatra portoghese Egas Moniz provò ad effettuare la prima leucotomia prefrontale sull'uomo, che consisteva nell'asportazione di una parte di sostanza bianca, a cui si accedeva passando attraverso l'osso frontale. Un'altra tecnica era stata sperimentata dal neurochirurgo Almeida Lima, che iniettò dell'alcol nel lobo frontale con lo scopo di interrompere le connessioni con il talamo (9).

Testimonianze di questa tecnica si possono trovare anche nell'ex ospedale psichiatrico di Treviso. Viene riportato a titolo d'esempio il caso di C.M. (11129),

che venne ricoverata quattro volte tra il 1957 e il 1963 con la diagnosi di “Schizofrenia paranoide”.

La paziente proveniva dall’Ospedale Psichiatrico di Padova, dove le era stato praticato l’elettroshock. Nel diario vennero riportate le parole dell’alienata, che riteneva che quella terapia fosse stata eseguita contro il suo consenso e che le avesse “rovinato la punta del cuore, dopodiché ho dovuto respirare e mandar fuori dalla bocca aria piena di elettricità”.

Durante il ricovero del 1958, si decise di effettuare un intervento di leucotomia prefrontale, dopo aver eseguito una radiografia di controllo che aveva evidenziato dei seni frontali di normale sviluppo e trasparenza, ma con dei recessi sopraorbitari assai poco sviluppati. In seguito all’intervento, la paziente presentava una modica incoordinazione della marcia. Dal punto di vista psichico era inquieta, i test d’intelligenza mostravano importanti deficit, soprattutto per quanto riguardava i test di performance, meno per i test verbali. Vennero rilevate anche difficoltà di sintesi e di valutazione globale, attenzione labile, incapacità di integrazione e strutturazione percettiva piuttosto deformata¹.

5.2.6 *Lo shock cardiazolico*

Negli anni Trenta, dunque nello stesso periodo in cui Sakel rese pubblici i risultati dell’insulinoterapia, un medico ungherese di nome Ladislaus von Meduna, ebbe un’intuizione che avrebbe avuto poi un grande impatto sulle tecniche terapeutiche dei disturbi mentali. Egli si rese conto che sembrava che ci fosse un naturale antagonismo tra la schizofrenia e l’epilessia e questo gli fece pensare che l’induzione di convulsioni epilettiche potesse far guarire coloro che soffrivano di stati psicotici. Meduna iniziò a testare diverse sostanze, come la canfora, la stricnina, la tebaina e il metrazolo, anche detto cardiazolo, iniettandole per via intramuscolare e sempre in associazione all’insulina. Tuttavia, egli raggiunse il suo obiettivo, cioè creare convulsioni controllabili e riproducibili, solamente quando iniettò il metrazolo per via endovenosa. Dopo aver sperimentato questa terapia su 110 casi, Meduna condivise i risultati, sostenendo di aver ottenuto notevoli miglioramenti in molti pazienti e a volte delle vere e proprie guarigioni. Le convulsioni causate dal metrazolo, però, erano molto violente, a tal punto da causare fratture della colonna vertebrale. Per evitare questi effetti collaterali, al cardiazolo

¹ Si veda nella sezione allegati: figura 3 e 4

vennero aggiunti i curari che servivano a inibire le potenti contrazioni muscolari (83).

Da questo momento in poi, gli psichiatri si divisero in due fazioni: coloro che sostenevano l'insulinoterapia e quelli che ritenevano che la miglior opzione fosse l'utilizzo del cardiazol. Quest'ultimo era più economico, più facile da usare e gli effetti erano più prevedibili rispetto all'insulina, che causava degli episodi di coma che duravano dalle cinque alle nove ore e che, per via dell'elevato rischio, necessitavano di un controllo stretto, sebbene i suoi effetti fossero facilmente reversibili con l'utilizzo di glucosio e adrenalina. Molti studi che vennero fatti negli anni a seguire dimostrarono che la teoria per cui l'epilessia e la schizofrenia sono biologicamente incompatibili era infondata, ma le convulsioni riuscivano veramente, in qualche caso, a ridurre la sintomatologia di alcune condizioni psichiatriche. Nonostante questo, l'insulina si affermò come terapia principale e lo shock cardiazolico venne presto abbandonato (83).

5.2.7 L'elettroshock

L'invenzione dell'elettroshock viene attribuita ad Ugo Cerletti, psichiatra e neurologo italiano che nacque a Conegliano nel 1877 e morì a Roma nel 1963. Questo tipo di terapia veniva chiamata da alcuni "pushbutton psychiatry" (85), riferendosi all'atto di premere il pulsante per attivare il macchinario che trasmetteva le scosse elettriche al paziente. Il primo a farlo fu proprio Cerletti e questo gesto ebbe una tale influenza sulla storia della psichiatria da assumere i contorni del mito, al pari della ugualmente nota immagine di Pinel che libera i folli dalle catene (86). Cerletti, poiché era un esperto di epilessia e aveva già praticato l'elettroshock sugli animali, sapeva che il passaggio di scosse elettriche attraverso la testa poteva causare un attacco epilettico e quindi, ispirato dalla cardiazolterapia di Meduna e dopo aver visto dei maiali venire tramortiti con l'elettroshock prima di essere macellati, decise, nel 1938, di provare ad applicarlo sull'uomo (83).

Principale responsabile della creazione del macchinario fu Lucio Bini, un assistente di Cerletti. L'apparecchio doveva permettere di regolare con estrema precisione il tempo di passaggio della corrente ed il voltaggio: la dose per un uomo era pari a 125 volt e durava un quinto di secondo.

La procedura prevedeva che il paziente venisse fatto sdraiare, dopodiché le regioni temporo-parietali venivano bagnate con dell'acqua salata e vi si applicavano gli

elettrodi. Ci vollero diversi tentativi per capire i dettagli di come dovevano essere applicate le scariche elettriche, al fine di ottenere delle vere e proprie convulsioni epilettiche, ma, una volta individuato il protocollo migliore, l'elettroshock venne applicato su molti pazienti, tanto che nel periodo tra il 1938 e il 1940, il gruppo di Cerletti lo sperimentò su 4000 persone (9).

I principi scientifici alla base di questa terapia vennero esposti nel 1940 nella "Rivista sperimentale di freniatria". In queste pagine Cerletti scrisse che la crisi epilettica agiva in due modi: da un lato distruggeva le sinapsi malate a livello corticale, dall'altro stimolava il sistema neurovegetativo diencefalico, attivando i meccanismi primordiali di difesa dell'organismo. L'effetto terapeutico si basava sulla teoria appoggiata da Cerletti per cui in disturbi psichiatrici come la schizofrenia ci fosse una disregolazione proprio dell'ipotalamo-diencefalo (87).

L'elettroshock acquisì presto molta popolarità e ricevette un grande sostegno in Italia, soprattutto perché per eseguirlo non servivano sostanze costose e che provenivano principalmente dall'estero come l'insulina e il cardiazol. Inoltre, in un clima patriottico come quello che c'era in Italia negli anni Trenta, l'elettroshock terapia veniva orgogliosamente rivendicata come un'invenzione tutta italiana, che gli psichiatri degli altri Paesi avevano iniziato a studiare e ad imitare. Inoltre, dato il suo facile utilizzo e il basso costo, divenne la terapia ideale durante la seconda guerra mondiale, dove era difficile procurarsi del cibo, tantomeno farmaci costosi come l'insulina e il cardiazol (9).

L'elettroshock cominciò a essere usato in tutto il territorio italiano, compreso il manicomio di Treviso, dove inizia ad essere menzionato nelle cartelle cliniche a partire dagli anni Cinquanta. Da quel momento in poi divenne una costante nella terapia di quasi tutti i pazienti del manicomio.

Tra gli allegati (Figura 5) è possibile vedere il grafico contenuto nella cartella della già citata A.P. (7806), ricoverata a Treviso per tre volte nel periodo tra il 1946 e il 1951 con la diagnosi di "Frenastenia". In questo grafico si può notare la corrispondenza tra il flusso mestruale e la somministrazione delle scariche di elettroshock, poiché la sintomatologia psicotica sembrava avere una stretta correlazione con le mestruazioni.

Come esempio viene riportato anche il caso di D.E. (11128), ricoverata al Sant'Artemio nel 1951, nel 1958 e nel 1962 con la diagnosi di "Schizofrenia".

Nel diario relativo al primo ricovero, al suo arrivo in manicomio la paziente venne descritta così: *“si presenta in arresto psicomotorio di indole catatonoida, in posizione di statuarietà apatica, con inaccessibilità, completo mutacismo, negativismo passivo, completo assenteismo alle circostanze”*.

Dopo l'elettroshock venne riportato che la paziente iniziò a mostrare un certo contatto con la realtà, ma con persistente rallentamento intellettuale e disinteresse affettivo.

Durante il ricovero nel 1956 venne ripetuto l'elettroshock e nel diario si può leggere che *“la paziente si mostrava mutacica e ostile ed era colta da una grande pavidità e paura quando veniva condotta per elettroshock”*.

5.2.8 L'avvento degli psicofarmaci

La scoperta degli psicofarmaci avvenne negli anni Cinquanta in Francia, nell'ospedale psichiatrico del Saint-Anne a Parigi. La psicofarmacologia nacque quando ci si rese conto degli effetti a livello psichico della clorpromazina, una fenotiazina che venne messa in commercio con il nome di Largactil e che faceva parte della categoria dei neurolettici. La scoperta di questo farmaco derivò dagli studi del chirurgo dell'esercito francese Laborit e del suo collega Huguenard, che insieme inventarono la cosiddetta “ibernazione artificiale”, la quale era una tecnica anestesiológica che si basava sull'utilizzo di borse del ghiaccio e “cocktail litici”, che permetteva di ridurre lo stress operatorio e di poter realizzare con successo anche le operazioni più delicate. All'interno dei “cocktail litici” Laborit e Huguenard aggiunsero la clorpromazina, e videro che, se somministrata per via endovenosa con un dosaggio di 50-100 mg, induceva uno stato di indifferenza per l'ambiente circostante, condizione che chiamarono “atarassia” (9; 88).

Laborit aveva già intuito che questo farmaco avrebbe potuto essere utilizzato sui pazienti psichiatrici oltre che nelle operazioni chirurgiche e condivise questa teoria con Jean Thuillier, un medico francese che lavorava al Saint-Anne. I primi a sperimentare l'utilizzo della clorpromazina sui malati mentali furono i medici del Val-de-Grace, un ospedale militare di Parigi, poiché Pierre Deniker, allora direttore del Saint-Anne si era rifiutato di farlo. Dopo aver visto i primi successi nell'utilizzo dello psicofarmaco, Deniker si convinse ad usarlo anche nell'istituto di Parigi, unendo alle iniezioni della fenotiazina l'ibernazione artificiale di Laborit, eseguita

attraverso delle borse di ghiaccio che venivano appoggiate sui pazienti fino a far loro raggiungere una temperatura di 33-35 gradi (9).

Il primo paziente a cui venne somministrata la clorpromazina fu Jacques Lh., un ragazzo affetto da psicosi manica. In seguito ai risultati ottenuti, venne pubblicato il primo articolo sulla clorpromazina nel 1952, nella rivista “Annales Medico-psychologiques”. Ben presto ci si rese conto che il raffreddamento non aveva nessun impatto sull’effetto terapeutico della clorpromazina e che bastava somministrare giornalmente 75 mg di quest’ultima per controllare la sintomatologia delle psicosi (88).

Gli scienziati che studiarono questo farmaco sottolinearono sin da subito le differenze rispetto ai sedativi usati fino a quel momento, poiché la clorpromazina non era semplicemente un calmante, ma aveva un’azione centrale più complessa.

Negli anni a seguire vennero scoperti molti altri farmaci, come la reserpina oppure l’aloperidolo, messo in commercio con il nome di Serenase, che agiva come un neurolettico ma senza effetti sedativi. Questi farmaci col tempo iniziarono a soppiantare completamente l’utilizzo della terapia insulinica e dell’elettroshock (9).

L’avvento della psicofarmacologia è testimoniato anche dalle cartelle cliniche del Sant’Artemio, dove, a partire dagli anni Sessanta, i pazienti lì ricoverati venivano tutti trattati con gli psicofarmaci, spesso associati anche all’uso dell’elettroshock.

Negli anni Sessanta, le cartelle tornarono ad essere compilate a mano, le visite erano più frequenti rispetto ai decenni precedenti, ma riportate in maniera meno dettagliata e meno focalizzata sulla descrizione dei sintomi e di come si presentava la paziente. Nei diari clinici, a lato venivano riportati in maniera molto sintetica tutti i farmaci che venivano somministrati alla malata, e i nomi che comparivano con maggiore frequenza erano Largactil (clorpromazina) e Serenase (aloperidolo), ma anche Sordinol (clorpromazina), Melleril (tioridazina)², Disipal (orfenadrina), Entumin (clotiapina) e Valium (diazepam)³.

² Ora non più utilizzabile in Italia

³ Tra gli allegati (Figura 6 e 7), è possibile vedere gli schemi terapeutici di due pazienti del Sant’Artemio.

6. CONCLUSIONI

In questo studio si è cercato di analizzare come sono cambiati nel corso del Novecento il modo in cui si diagnosticavano malattie mentali nelle donne e gli approcci terapeutici che si sono susseguiti nel corso del XX secolo.

Per farlo, si è deciso di prendere come campione l'Ospedale Psichiatrico Sant'Artemio di Treviso e le cartelle cliniche conservate all'interno del suo archivio. Durante la lettura di tali documenti è stato possibile ritrovare nella realtà locale trevigiana gli approcci clinici e la visione della malattia mentale nella donna che erano comuni in tutto il territorio italiano dell'epoca e che sono ampiamente descritti nella letteratura sul tema.

Attraverso l'analisi delle cartelle cliniche si è potuto osservare l'evoluzione della diagnostica e dei termini che venivano utilizzati per riferirsi alle varie patologie psichiatriche, partendo dall'inizio del Novecento, quando la pellagra era una delle principali cause di ricovero e non esisteva ancora una netta distinzione tra neurologia e psichiatria, facendo sì che nei manicomi ci fossero anche molte donne affette da epilessia oppure anziane con demenza senile.

Col passare dei decenni, la condizione patologica più comune, che all'epoca veniva definita come "psicosi circolare", iniziò ad essere chiamata "psicosi affettiva" o "demenza precoce", fino a quando iniziò a comparire a partire dagli anni Cinquanta, in ritardo rispetto alla letteratura psichiatrica del tempo, il termine "schizofrenia". All'inizio, la terapia per queste condizioni patologiche era inesistente, limitata all'utilizzo di cure ricostituenti e di tecniche come la clinoterapia, l'idroterapia e l'ergoterapia.

Col passare dei decenni si svilupparono altri approcci terapeutici che ebbero poi molta fortuna non solo nel territorio italiano, ma anche in quello europeo e americano, come la piritoterapia, l'insulinoterapia, la leucotomia, lo shock cardiazolico e l'elettroshock, che continuò ad essere utilizzato fino alla chiusura dei manicomi, avvenuta grazie alla promulgazione della legge 180 del 1978.

Inoltre, è stata analizzata l'influenza che la visione della donna e del suo ruolo sociale nel corso del Novecento hanno avuto sullo sviluppo di patologie psichiatriche tipiche del genere femminile, e sull'internamento delle donne nei manicomi.

Nei diari delle cartelle cliniche veniva dato ampio spazio alla descrizione dell'età in cui erano comparse le mestruazioni, ad eventuali anomalie ad esse connesse, al

numero di gravidanze, di aborti, all'andamento del puerperio e all'allattamento. Gran parte delle malattie mentali nelle donne venivano attribuite ad irregolarità registrate nell'ambito di questi fenomeni fisiologici tipicamente femminili, a testimonianza del pensiero dominante dell'epoca per cui la follia nella donna nasceva nel momento in cui essa si allontanava dal suo ruolo socialmente imposto di madre e moglie.

A partire dagli anni Cinquanta, grazie anche all'istituzione della figura dell'assistente sociale, si iniziò a prestare maggior attenzione alle condizioni sociali da cui provenivano le pazienti del manicomio e a fare luce sulle ingiustizie che molte donne erano state costrette a subire, internate non perché soffrivano effettivamente di un disturbo mentale, ma perché considerate di pubblico scandalo. A permettere che un individuo venisse rinchiuso in manicomio per questi motivi era la legge del 1904, a cui si aggiunse poi il Codice Rocco, che entrò in vigore durante il fascismo, periodo in cui i manicomi vennero usati come strumento per allontanare dalla società le donne che non rispecchiavano le caratteristiche della donna ideale dettate dall'ideologia fascista (Valeriano, 2019).

Questa ricerca si conclude nel 1978, quando la legge 180 e il movimento antiistituzionale promosso da Basaglia, che raggiunse anche la realtà del manicomio di Treviso.

In definitiva, tra i punti di forza di questa tesi si cita il fatto che la ricerca è partita da un archivio in cui sono stati utilizzati dei documenti originali, confermando ciò che era stato già affermato dalla letteratura sul tema con documenti storici e clinici mai analizzati prima. Attraverso questa documentazione è stato possibile studiare le pratiche terapeutiche usate nel Novecento e la loro evoluzione. Inoltre, il campione di questa ricerca è stato limitato al solo genere femminile, scelta giustificata dal sempre crescente interesse riguardo alla medicina di genere e alla psicoanalisi al femminile.

Dall'altro lato, potranno essere raggiunti risultati migliori e più approfonditi nel momento in cui si deciderà di effettuare un'indagine sistematica di tutte le cartelle, e non randomica come in questa tesi. Sarebbe interessante anche fare un confronto con gli archivi di altri istituti manicomiali per far emergere similitudini e differenze. A partire da queste criticità, si auspica un lavoro che integri quanto emerso da questa ricerca.

BIBLIOGRAFIA

1. Foucault M. Storia della follia nell'età classica. Rizzoli; 1963.
2. Ackerknecht E.H. Breve storia della psichiatria. Massari Editore; 1999.
3. Eliade M. Mito e realtà. Borla; 1993.
4. Favaretto G. L'assistenza psichiatrica e i servizi per la salute mentale. In: Manuale di psichiatria, a cura di Favaro A, Sambataro F, Piccin; 2021.
5. Pinel P. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale. Tipografia Orcesi; 1830.
6. Esquirol JED. Delle passioni considerate come cause, sintomi e mezzi curativi dell'alienazione mentale. Marsilio; 1982.
7. Treccani. Gall, Franz Joseph. [Consultato il 25 agosto 2023]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.treccani.it/enciclopedia/franz-joseph-gall/>
8. Bynum WF, Bynum H. Dictionary of medical biography. Greenwood Pub Group; 2006.
9. Babini VP. Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento. Il Mulino; 2011.
10. Kraepelin E. Die Abschaffung des Strafmasses. Ein Vorschlag zur Reform der heutigen Strafrechtspflege. Stuttgart Enke; 1880.
11. Chiarugi V. Della pazzia in genere, e in specie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni. Presso Luigi Carlieri in via de Guicciardi; 1793.
12. Tamburini A, Antonini G, Ferrari GC. Assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni. Unione tipografico – editrice torinese; 1918.
13. Vanzan Marchini NE. Venezia la salute e la fede. De Bastiani; 2011.
14. Favaretto G. Introduzione. In: Un manicomio dismesso: frammenti di vita, storie e relazioni di cura. A cura di: Galanti MA, Paolini M. Pisa: Edizioni ETS; 2020.
15. Bruttocao P, Frattini R, Tosi L. 100 anni del Sant'Artemio: un secolo attraverso immagini, notizie e testimonianze. Treviso: Istresco; 2011.
16. Reynolds-Finley Historical Library. History of Pellagra, The University of Alabama at Birmingham. [Consultato il 16 agosto 2023]. Disponibile all'indirizzo: <https://library.uab.edu/locations/reynolds/collections/regional-history/pellagra/history>.
17. Tosi L, Frattini R, Bruttocao P. Il Sant'Artemio: Storia e storie dell'ospedale psichiatrico di Treviso. Treviso: ed. a cura della Provincia; 2004.
18. Bettiol N. Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto. Treviso: Istresco; 2008.
19. Romano P. S. Artemio anni '70. Silea (TV): Piazza editore; 2005.
20. Giannelli A. Follia e psichiatria: crisi di una relazione. FrancoAngeli; 2007.
21. Modena G. Le malattie mentali in Italia (al 1-1-1926). Prefazione Istituto centrale di Statistica del Regno d'Italia; 1928.

22. Reale E. Il posto della donna nella storia della psichiatria. *Devianza ed Emarginazione*. Anno IV, n. 8; 1985.
23. Michelet J. *La donna*. Napoli: Liguori; 1977.
24. Manfredi M, Mangano A. *Alle origini del diritto femminile*. Bari: Dedalo; 1983.
25. Galzigna A. *Delle passioni di J.E.D. Esquirol*. Padova: Marsilio; 1982.
26. Descuret JBF. *La medicina delle passioni*. Alcide Parenti; 1844.
27. Favaretto G. Paolo Mantegazza, la fisiologia della donna e il tema del genere. *Rivista di Sessuologia*. Giugno, 2023; 47(1), 23-41.
28. Mantegazza P. *Fisiologia della donna*. Milano: Treves ed; 1853.
29. Sanzovo S. Dalla medicina di genere alla psichiatria di genere. *Rivista di Sessuologia*. Giugno, 2023; 47(1), 43-57.
30. Schopenhauer A. *L'arte di trattare le donne*. Milano: Adelphi; 2000.
31. Valeriano A. *Malacarne: donne e manicomio nell'Italia fascista*. Roma: Donzelli; 2019.
32. Reich W. *Psicologia di massa del fascismo*. Milano: Sugarco; 1976 (I ed. 1933).
33. Veith I. *Hysteria: the history of a disease*. Chicago: University of Chicago Press; 1965.
34. Kohon G. Reflections on Dora: the case of hysteria. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 1984; 65:73.
35. Ellenberger HF. The story of "Anna O". A critical review with new data. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 1972.
36. Ellenberger HF. *La scoperta dell'inconscio*. Bollati Boringhieri; 1996.
37. Kanaan RAA. Freud's hysteria and its legacy. *Handbook of clinical neurology*. 2016; 139: 37-44.
38. Accerboni AM. *Psicoanalisi al femminile*. Laterza; 1992.
39. Sanzovo S. Dalla sociologia alla psicologia di genere. *Rivista di Sessuologia*. Giugno 2023; 47(1), 10-22.
40. Baggio G, Corsini A, Floreani A, Giannini S, Zagonel V. Gender medicine: a task for the third millennium. *Clin Chem Lab Med*. 2013; 51(4):713-727.
41. WHO. *Addressing structural racial and ethnicity-based discrimination*. Geneva: World Health Organization. 2021.
42. Mencacci C, Anniverno R. *Le patologie psichiatriche nelle donne*. Pacini Editore; 2007.
43. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The Spectrum of Eating Disorders in Young Women: A Prevalence Study in a General Population Sample. *Psychosomatic Medicine*. July 2003; 65(4):p 701-708.
44. Lasalvia A. *Psicologia e psichiatria di genere (presentazione)*. *Rivista di Sessuologia*. Giugno 2023; 47(1), 5-9.
45. Vale TC, Cardoso F. Chorea: A journey through history. *Tremor Other Hyperkinet Mov*. 5, 2015.


46. Charcot JM. Lectures on the Diseases of the Nervous System, trans. Goerge Sigerson. Londra: New Sydenham Society; 1877.
47. Camoni L, Mirabella F, La Sala L, Romano G, Barbano G, Cattaneo M, Cena L, Michielin P, Ialenti V, Veltro F, Cascavilla I, Del Re D, Palumbo G, Gigantesco A. Feasibility and effectiveness of the Australian perinatal mental health approach in the Italian health services: progress and challenges. *Annali dell'Istituto Superiore Di Sanità*. 2021; 57(1), 51-56. Disponibile all'indirizzo: <https://annali.iss.it/index.php/anna/article/view/1331> [Consultato il 1 settembre 2023].
48. Maso G, Sorz A. Salute mentale in gravidanza e nel post-partum. From IRCCS materno infantile Burlo Garofolo. 2017; Disponibile all'indirizzo: <https://www.burlo.trieste.it/content/salute-mentale-gravidanza-post-partum> [Consultato il 5 settembre 2023].
49. Stein A. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet* 384.9956. 2014; 1800-1819.
50. Cremonese C, Busato G. Maternità, psicopatologia e Stati Mentali a Rischio: osservazioni sullo stato dell'arte. *Rivista di Sessuologia*. Giugno 2023; 47(1), 69-94.
51. Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, Cascavilla I, Palumbo G, Gigantesco A. Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto [positive screening and risk factors of postpartum depression in women who attended antenatal courses]. *Riv Psichiatri*; 2014; 49(6), 253-264.
52. Recto P, Champion JD. Psychosocial risk factors for perinatal depression among female adolescents: a systematic review. *Issues in mental health nursing*. 2017; 38(8), 633-642.
53. Austin MP, Priest SR. Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005; 112(2), 97-104.
54. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks, and consequences. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*. 2009; 16(1).
55. Beyondblue. Draft clinical practice guidelines for depression and related disorders - anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis - in the perinatal period. The national depression initiative. Melbourne, Australia; 2010.
56. Ross LE, McLean LM, Psych C. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *Depression*. 2006; 6(9), 1-14.
57. Anniverno R, Bramante A, Petrilli G, Mencacci C. Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale: Linee Guida per professionisti della salute. Indicazione di buona pratica clinica per la gestione della depressione perinatale. 2010.
58. Spano M, Bertoncetto M, Grassi C, Zamuner G, Meneghetti L. Depressione e genere: psicopatologia perinatale. *Rivista di Sessuologia*. Giugno 2023; 47(1), 112-135.
59. Miller LJ, Rukstalis M. Beyond the "blues". Hypotheses about postpartum reactivity. *Postpartum mood disorder*. 1999; 3-19.
60. Pitt B. Maternity blues. *The British journal of psychiatry*. 1973; 122(569), 431-433.

61. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence report/technology assessment. 2007; (153), 1-186.
62. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeeding medicine*. 2009; 4(S1), S-17.
63. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology*. 2011; 118(2), 214-221.
64. Steardo L, Caivano V, Sampogna G, Di Cerbo A, Fico G, Zinno F, Fiorillo A. Psychoeducational Intervention for Perinatal Depression: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial, 20129. *Frontiers in psychiatry*. 2019; 10, 55.
65. Stone SD, Menken AE. Perinatal and postpartum mood disorders: Perspectives and treatment guide for the health care practitioner. Springer Publishing Company. 2008.
66. Grussu P, Bramante A. Manuale di psicopatologia perinatale: profili psicopatologici e modalità di intervento. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson; 2016.
67. NHS, Perinatal Mental Health Good Practice Guide, 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nhs.uk/media/268691/pnmhgoodpracticeguideaug21.pdf> [Consultato il 5 settembre 2023].
68. Istituto Superiore di Sanità. Processi di audit nell'analisi dei casi di mortalità materna: l'esperienza della regione Emilia-Romagna. 2012.
69. Delaney J, Lupton MJ, Toth E. *The Curse: A Cultural History of Menstruation*. Univ of Illinois Pr; 1988.
70. Plinio il Vecchio. *Naturalis Historia*. Torino: Einaudi; 1982-88.
71. Handy AB, Greenfield SF, Yonkers KA, Payne LA. Psychiatric Symptoms Across the Menstrual Cycle in Adult Women: A Comprehensive Review. *Harvard Review of Psychiatry*. 2022; 30(2): pp 100-117, 3/4.
72. Brock R, Rowse G, Slade P. Relationships between paranoid thinking, self-esteem and the menstrual cycle. *Arch Womens Ment Health*. 2016; 19:271-9.
73. Ajroldi C. *I complessi manicomiali in Italia fra Ottocento e Novecento*. Milano: Electa; 2013.
74. Galanti MA, Paolini M. *Un manicomio dismesso: frammenti di vita, storie e relazioni di cura*. Pisa: Edizioni ETS; 2020.
75. Dall'Acqua M, Miglioli M, Bergomi M. Considerazioni di metodo per la storia della psichiatria. Una ricerca sul San Lazzaro di Reggio Emilia. *Quaderni storici* vol. 17, N.49, 1982.
76. Tanzi E. *Trattato sulle malattie mentali*. Milano: Società Editrice Librai; 1905.
77. Tanzi E, Lugaro E. *Trattato sulle malattie mentali*. Milano: Società Editrice Librai; 1916.
78. Battaglia A. *I militari ricoverati nell'ospedale psichiatrico Sant'Artemio di Treviso nell'anno di Caporetto*, Tesi di laurea in scienze politiche Università di Padova a.a.2017/2018.

79. Stotz-Ingenlath G. Epistemological aspects of Eugen Bleuler's conception of schizophrenia in 1911. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2000; vol. 3, n. 2.
80. Girone E. *Io e i pazzi*. Milano: Ceschina; 1953.
81. Freitas CDR, Santos JB, Castro CN. Healing with malaria: a brief historical review of malariotherapy for neurosyphilis, mental disorders and other infectious diseases. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2014; 47: 260-261.
82. Albert MR. Fever therapy for general paresis. *International J Dermatology*. 1999; 38:633-637.
83. Sabbatini R. The history of shock therapy in psychiatry. *Brain & Mind Magazine*. Disponibile all'indirizzo: https://cerebromente.org.br/n04/historia/shock_i.htm [Consultato il 5 settembre 2023].
84. Tobino M. I risultati ottenuti con l'insulina e la cardiazolterapia in cento casi di schizofrenia. *Rassegna di studi psichiatrici* 29. 1940.
85. Kneeland TW, Warren CAB. *Pushbutton psychiatry. A history of electroshock in America*. Westport: Praeger Publishers; 2002.
86. Passione R. *Ugo Cerletti: scritti sull'elettroshock*. Vol. 97. FrancoAngeli; 2006.
87. Cerletti U. *L'elettroshock*. *Rivista sperimentale di freniatria*. 1940.
88. De Luca C. La schizofrenia ed il farmaco che ha rivoluzionato il trattamento delle psicosi. *Storiadellamedicina.net*. 10 ottobre 2019; Disponibile all'indirizzo: <http://www.storiadellamedicina.net/la-schizofrenia-ed-il-farmaco-che-ha-rivoluzionato-il-trattamento-delle-psicosi/>. [Consultato il 12 agosto 2023].

ALLEGATI

Mod 22 D



Ospedale Psichiatrico della Provincia di Treviso

UFFICIO DIREZIONE

Treviso, li 18/10/1978

..... sottoscritt , edotto della malattia del propri.....

..... *fun* [redacted] -

richiede alla Direzione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Treviso che al dett ammalat venga praticata la specifica cura da shock (~~cura convulsivante~~) con leucotomia prefrontale =

L. M. Stalderia Bussicella
Superiore Ist. Carcere
Treviso

=

1984 FORM 1 (PRINT) & 7 (FORM) 114 (1984-VI)

Figura 3: consenso all'intervento di leucotomia prefrontale eseguito su una paziente del Sant'Artemio.

- 1° = 35" scheletro dell' uccello, con un uccello - DBE
 ipistallo -
 spine dorsale (centro),
 ali = → W'
- 2° = 45" parte del corpo musco - parte bene - G =
 un becco = (~~parte dorsale centrale~~) > B
 (a) poi la spine basale (~~parte dorsale centrale~~)
- 3° = 48" un no. scheletro, parte muscolare - una parte + delicata - EE'
 E+E' sono = della parte + delicata (~~parte dorsale centrale~~)
- 4° = 33" busto, ^(B) (~~parte dorsale~~), fianchi ^(O) (~~parte dorsale~~)
 (h) 2 zampe (~~parte dorsale~~) =
 parte di un uccello = scheletro di un uccello - (G)
- 5° = 15" ipistallo - senza scheletro (G)
- 6° = 25" un no - spine dorsale = DAB
 x è un animale, un rapet come dire -
- 7° = 28" non è corpo musco = non so come ric -
- 8° = 1.15" parte dello scheletro, non so di che animale -
 spine dorsale, parte bene - (~~parte dorsale centrale~~)
 (x) 2 ali, 2 zampe di animale (~~parte dorsale centrale~~)
- 9° = 1.05" (~~parte dorsale centrale~~) pluvai (~~parte dorsale centrale~~) (T)
 R+X+T { parte posteriore media e superiore del corpo musco e di
 un animale (~~parte dorsale centrale~~)
- 10° (x) frando, 2 frandi -

Figura 4: test eseguito su una paziente del Sant'Artemio in seguito all'intervento di leucotomia prefrontale.

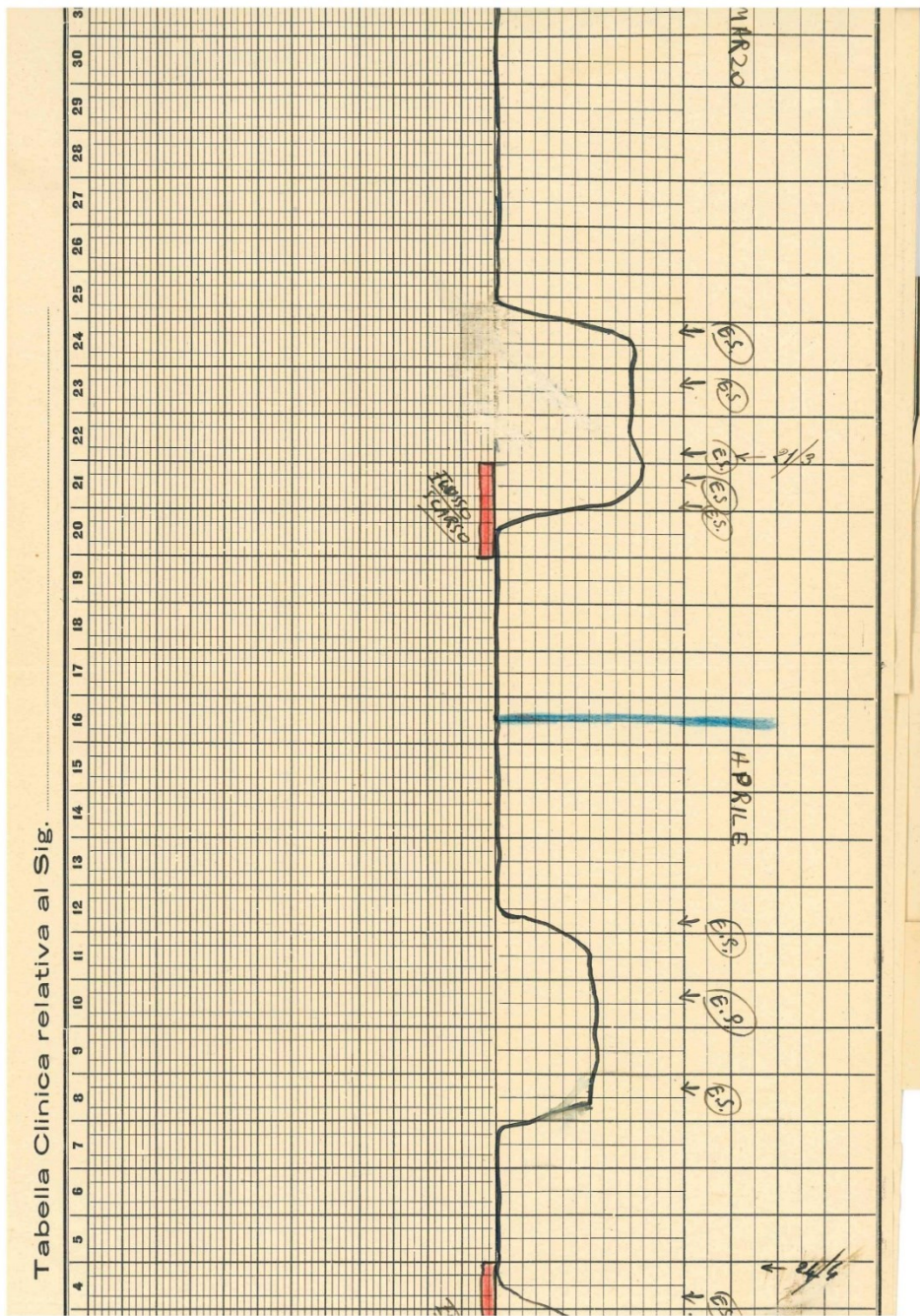


Figura 5: grafico raffigurante l'esecuzione delle sedute di elettroshock in base all'andamento del ciclo mestruale di una paziente del Sant'Artemio.

	Sondinol c2 + bisipol e2 + Sereuase e2 + Valium 2f + Slebo-elisi bisintossicade										
14/4/1	Slebo bisintossicante x vit e forte 2f + Betetol 2f + Sleboentid 1f										
	Sondinol c2 + bisipol e2 + Sereuase e2 + Valium 2f + Zussulina vino sud.										
16/11	"	e2	"	e2	"	e2	"	2f	"	"	EST
20/11	"	e2	"	e2	"	e2	"	2f	"	"	1
23/11	"	e2	"	e2	"	e2	"	2f	"	"	3
24/11	"	e2	"	e2	"	e2	"	2f	"	"	
25/11	"	e2	"	e2	"	e2	"	2f	"	"	

Dimessa 25.4.69

Figura 6: piano terapeutico di una paziente del Sant'Artemio.

5-7-75	Entumin c 1x3, Lufahan e 1x3, Bixipal e 1x3, Paludone e 1 Micoreu pec 3x3, Nutrinu 1x2.	(C. 10)
6-7-8	Idem	
9-10-11-12-13-14	Idem	
5-16-17-18-19-20-21-22	Idem	
23-24-25-26-27	Idem	
		(A.R.T. 4)
<i>Monessa</i>		
5-17-3-78		
18-19-	Luvotren c 1x3 x Zavor c 1/2 x 1/2 x 1 x Micoreu pec 20 x 3 Emoxian B12 fl 1x2 + Entumin 5g pec 20 + fl 1x2 x 6	
20-21-22-23-	Idem	
24-25-26-27-28-	Idem	
29-30-31	Luvotren c 1x2 x Zavor c 1/2 x 1/2 x 1 x Micoreu pec 20 x 3 Emoxian B12 fl 1x2 x Entumin pec 5 ore 20 --	
1-4-78)	Idem	
2-3-4-5-6	Idem	

Figura 7: piano terapeutico di una paziente del Sant'Artemio.