

## Capitolo 1°

### **Teorie scientifiche, valutazioni mediche e cure psichiatriche: dall'epoca vittoriana ai primi decenni del Novecento**

“Nothing is less like genius than insanity”, George Henry Lewes, *Dickens in Relation to Criticism*

#### **1.1. Visione retrospettiva e approccio clinico alle malattie neurologiche e psichiatriche**

Per molti secoli le malattie neurologiche e psichiatriche come l'isteria, la pazzia, la depressione e numerose forme di nevrosi<sup>1</sup> furono considerate dai medici una prerogativa esclusiva dell'universo femminile, una sorta di stigma misterioso, riconducibile a un'oscura causa genetica, che trovava nella natura stessa delle donne la sua ragion d'essere. Tale convinzione affondava le sue radici in una lunga tradizione medica e culturale, che si tramandò in forma pressoché inalterata dalle antiche società patriarcali fino all'epoca moderna. Di essa si avvalsero nel corso del tempo le correnti politiche e ideologiche più conservatrici e maschiliste di numerosi paesi occidentali per avallare il concetto di superiorità dell'uomo sulla donna, alimentare pregiudizi di genere, sostenere un'idea divisiva dei due sessi e favorire una ripartizione rigida dei ruoli sociali.

Di questi sviluppi storici e culturali offrono testimonianza non solo le politiche sociali, le leggi sui diritti civili, la tradizione medica e psichiatrica di vari paesi europei, ma anche la letteratura che si è ispirata alla vita della gente per narrare al grande pubblico, attraverso racconti scritti e orali, storie umane esemplari su cui riflettere e meditare.

---

<sup>1</sup> Il termine nevrosi fu coniato per la prima volta da William Cullen nel 1769 per indicare un disturbo psichico causato da un'affezione del sistema nervoso. Qui è usato volutamente al plurale per indicare i più comuni disturbi psicopatologici, come l'ansia, la depressione, l'angoscia, l'inquietudine, l'irritabilità, la rabbia immotivata, le fobie e gli atti ossessivo-compulsivi. Le nevrosi, a differenza delle psicosi che sono delle psicopatologie croniche caratterizzate da stati di delirio e di allucinazione, non comportano la perdita di contatto con la realtà. Per secoli furono attribuite all'universo femminile, ma negli anni della Grande guerra, quando molti militari manifestarono dei traumi psicologici, fra cui lo *shell shock*, la medicina psichiatrica dovette rivedere la sua posizione sulle nevrosi e mettere in discussione alcuni fondamentali su cui per secoli aveva basato le sue certezze. Tale scoperta segnò, come vedremo, un cambio di paradigma epocale nella valutazione e nella attribuzione delle malattie mentali.

L'epoca vittoriana fu uno dei periodi storici più fortemente caratterizzati dal fenomeno di radicalizzazione delle posizioni ideologiche sulle differenze di genere, come dimostrano il rigore e l'inasprimento delle regole comportamentali imposte in ogni ambito di vita sociale e culturale, e i modelli educativi impartiti a scuola e in famiglia.

In un contesto storico in cui la mentalità maschilista imperava e non c'era spazio per le donne, non è difficile immaginare come le malattie neurologiche e psichiatriche, considerate una "prerogativa" delle donne, fossero non solo diffusissime, ma anche terreno di scontri sociali fra i sostenitori delle correnti di pensiero più conservatrici e le emergenti forze femministe, che difendevano la posizione della donna-oggetto sfruttata e vilipesa dall'uomo-padrone. Se gli scontri sociali avvennero dentro e fuori le istituzioni pubbliche, nelle piazze e sugli organi di comunicazione più noti e diffusi del tempo, come giornali e riviste, in ambito medico e scientifico si continuò a sostenere (con poche differenze di vedute fra i vari medici) la tesi della predisposizione naturale delle donne alle malattie neurologiche e psichiatriche, e a conferire a loro l'"esclusiva", stabilendo una linea di demarcazione netta fra *malattie femminili* e *malattie maschili*.

I dibattiti scientifici ebbero quasi sempre luogo nei convegni organizzati periodicamente dalle società mediche e psichiatriche, sulle riviste specialistiche, dove medici, neurologi, esperti del settore pubblicavano i risultati più significativi delle loro ricerche, o in altre sedi istituzionali dove ognuno si confrontava liberamente su temi di comune interesse, illustrava i lavori fatti, proponeva delle soluzioni o coglieva l'occasione per smentire deliberatamente le idee dei colleghi, per sconfessare assunti e convinzioni del passato, facendo leva su scoperte più recenti, avalate da solide teorie e da sperimentazioni cliniche di moderna concezione.

Nel corso del sessantennio (tanto a lungo durò l'epoca vittoriana) l'approccio clinico alle patologie psichiatriche, l'interpretazione dei disturbi del sistema nervoso e le cure prescritte ai malati cambiarono molto lentamente e non sempre necessariamente, come vedremo, secondo modelli progressivi e migliorativi.

Nella prima parte dell'Ottocento la neurologia clinica si basò su studi in parte tradizionali e in parte sperimentali. Per quanto innovativi e promettenti potessero apparire rispetto a quelli del passato, mancavano tuttavia di tante informazioni e di dati utili a comprendere meglio quei complessi meccanismi della psiche umana, che solo la psicanalisi moderna un secolo dopo fu in grado

di capire e divulgare prontamente. Si può quindi dire, senza essere troppo lontani dal vero, che gli studi sulle malattie mentali si fondavano sostanzialmente sul sapere pregresso rielaborato in forma nuova e originale, e su osservazioni empiriche e valutazioni scientifiche più rigorose e accreditate di quelle del passato.

Se i sintomi e i disturbi delle malattie neurologiche erano già abbastanza noti ai medici del tempo, i metodi di studio da loro utilizzati non erano in grado di dare delle risposte esaustive sull'insorgenza delle medesime, ecco perché tali patologie rimasero avvolte da un alone di mistero e si continuò a considerarle delle strane, bizzarre manifestazioni della natura umana. La lentezza, che caratterizzò lo studio di queste malattie e la scoperta delle loro cause, si spiega alla luce di due grossi limiti della medicina del tempo: il primo fu che gli studiosi si limitavano a cercare una spiegazione organicistica al problema, precludendosi strade alternative che potessero portare a intuizioni nuove e a risposte più soddisfacenti; e il secondo si ricollega al primo, poiché la mancanza di una visione completa della relazione fra *mente e corpo* non permise loro di maturare la consapevolezza di quanto influente fosse la mente sul corpo, di quanti disagi e malesseri potesse produrre su una persona che viveva in condizioni insostenibili o, ancora peggio, se subiva violenze fisiche e psicologiche continue.

L'insorgenza delle malattie neurologiche e psichiatriche veniva dunque ricondotta a cause esclusivamente biologiche e spiegata con concetti organicistici: alcuni medici ponevano per esempio l'enfasi sulla costituzione fisica più debole e cagionevole delle donne rispetto a quella degli uomini, altri sulla fragilità emotiva e caratteriale che le stesse mostravano dinanzi alle avversità della vita, altri ancora sulla funzionalità mutevole nel tempo del loro sistema riproduttivo, soggetto a cambiamenti significativi fino a esaurirsi e a depotenziarsi del tutto al raggiungimento della menopausa, causando loro problemi considerevoli. L'approccio dei medici nei confronti delle pazienti affette da queste patologie era però nell'insieme indulgente e comprensivo, le cure e i trattamenti clinici erano rispettosi della persona e della dignità umana, e gli ambienti in cui vivevano gradevoli e accoglienti.

Che la categoria più seriamente colpita da disturbi neurologici e malattie psichiatriche fosse quella delle donne era un dato oggettivo che si evinceva in modo chiaro e inequivocabile da un'analisi dei rapporti clinici e dei dati statistici fatti dai medici in ospedale, ma per rendersi conto che la presenza femminile fosse di gran lunga superiore a quella degli uomini bastava visitare ba-

nalmente un manicomio o una clinica specializzata.<sup>2</sup> Le spiegazioni che si possono dare a questo fenomeno sono numerose e implicano considerazioni di natura umana e sociale molto varie: le donne avevano un ruolo marginale e subalterno sia in famiglia che in società; il sovraccarico di incombenze, doveri e responsabilità domestiche era molto elevato a fronte delle poche soddisfazioni e gratificazioni personali che ricevevano; molte ragazze venivano fortemente ostacolate nel percorso di autorealizzazione dalla mentalità maschilista imperante, che le faceva sentire inferiori e inadeguate e le portava a rinunciare ai propri sogni senza poter neppure tentare la carta del riscatto; la società sottraeva loro libertà e dignità; e infine le condizioni di lavoro, a cui molte di loro dovevano sottostare nelle fabbriche, erano pesanti e a volte persino disumane.

Nel passaggio dalla prima alla seconda metà dell'Ottocento si venne affermando, se pur lentamente e tra le mille difficoltà poste dal contesto della medicina psichiatrica ufficiale, un'esigua minoranza di medici e studiosi che, scevra da posizioni ideologiche pregiudiziali, volle elaborare delle ipotesi alternative al pensiero scientifico dominante nel tentativo di trovare delle spiegazioni di natura diversa rispetto alle tesi sostenute fino allora, sposando una visione più ampia e integrata della relazione corporemente, focalizzando la ricerca sull'influenza che la mente ha sul corpo, e prediligendo lo studio della psiche nell'espressione delle sue ricche potenzialità. Questi medici e studiosi si mostrarono con le loro intuizioni delle menti illuminate e coraggiose, indicando una via maestra da seguire, non a caso sono conside-

---

<sup>2</sup> Nell'immaginario collettivo la donna rappresentò per molti secoli l'icona di numerose malattie psichiatriche. In fasi storiche diverse fu l'emblema dell'isteria, oi della pazzia, della depressione, della nevrastenia, dell'anoressia, e così via. Solo gli augustei concepirono nel Settecento la pazzia come una malattia maschile e la rappresentarono con figure deformi di uomini confinati in un ruolo spregievole e mostruoso, come testimoniano le statue scolpite da Caius Gabriel Cibber per il Bethlem Hospital, menzionate da Alexander Pope in *The Dunciad*. Nell'Ottocento a incarnare il concetto di pazzia tornarono in auge alcune figure femminili leggendarie come Ophelia la suicida, Crazy Jane la sentimentale, e Lucy la violenta (v. *Nota 7*). Durante il periodo vittoriano la donna rappresentò non solo il prototipo della follia, ma anche quello della isteria, dell'anoressia e della nevrastenia. Del resto il numero di donne ricoverate nei manicomi pubblici e negli ospedali psichiatrici era talmente più alto di quello degli uomini da non lasciare spazio a speculazioni di altra natura. I numeri sembrano dare ragione agli uomini, ma questa rappresentazione storica della malattie psichiatriche e neurologiche attraverso prototipi femminili nasceva chiaramente da posizioni pregiudiziali sessiste. La ragione vera per cui vi erano tante donne con disturbi mentali era nelle condizioni più sfavorevoli in cui si trovarono a vivere, nel forte stress emotivo a cui furono sottoposte, e nelle difficoltà che avevano nel trovare uno spazio in cui sentirsi realizzate come persone al di là dei ruoli di *mogli* e di *madri*, che venivano assegnati loro fin dalla nascita.

rati i pionieri della psicoanalisi e della psichiatria moderna. Prima però che le loro teorie potessero trovare credibilità dovettero passare decenni, perché nel frattempo una nuova corrente di pensiero s'impose con forza travolgente nel Regno Unito fino a dominare per quasi mezzo secolo la scena della medicina psichiatrica, ovvero la psichiatria di ispirazione darwiniana.

Se nella prima parte dell'Ottocento molti medici avevano dato ampio credito alle teorie organicistiche avvalorate dalla medicina tradizionale, facendo di esse la chiave di lettura principale per comprendere le malattie neurologiche e psichiatriche, e avevano lasciato fuori dalla loro indagine gli aspetti emotivi e psicologici dell'essere umano, nella seconda metà del secolo a occupare una posizione centrale nel dibattito scientifico furono le teorie evoluzioniste di Charles Darwin, che rafforzarono e inasprirono le posizioni organicistiche precedenti, escludendo categoricamente ogni ipotesi che, a scatenare tali malattie, potessero contribuire, al di là della predisposizione naturale riconosciuta ad alcuni soggetti, anche dei fattori *esterni* come per esempio l'educazione rigida e severa della famiglia, un ambiente sociale fortemente repressivo, o esperienze di vita frustranti e deludenti.

Questi concetti entrarono in campo, e furono compresi meglio, solo nei primi decenni del Novecento dopo la nascita degli studi sociologici e della psicoanalisi, e soprattutto con l'avvento della Prima guerra mondiale, quando l'urgente necessità di curare migliaia di soldati sotto *shock* mise a nudo sconcertanti verità che stavano nascoste dietro rassicuranti convinzioni e pregiudizi di comodo sulle malattie neurologiche e sulle differenze di *gender*; pregiudizi e convinzioni che furono spazzati via per sempre nel giro di pochi anni, poco dopo lo scoppio della Grande guerra, nonostante fossero radicati da secoli nel tessuto sociale.

Nell'arco di tempo che va dai primi decenni del Diciannovesimo secolo ai primi decenni del Ventesimo secolo la psichiatria inglese conobbe quindi due fasi importanti, a cui fanno riscontro due visioni antropologiche, due posizioni filosofiche e due narrazioni storiche contrapposte sulle malattie neurologiche, sul rapporto medico-pazienti e sulle identità di genere. La prima fase, indicata convenzionalmente con l'appellativo di *psichiatria vittoriana*, si colloca grosso modo fra il 1830 e il 1870, mentre la seconda, comunemente conosciuta come *psichiatria darwiniana*, copre l'arco temporale 1870-1920. La continuità temporale fra questi due periodi così diversi fra loro intende stabilire nelle pagine che seguono i passaggi gradualmente da una posizione ideologica all'altra in ambito scientifico, nella cultura medica, nell'assi-

stenza sanitaria e nelle cure psichiatriche; e, nello stesso tempo, intende ricostruire e mostrare la mutata percezione, che tali cambiamenti produssero nella visione di scrittori/scrittrici, studiosi e intellettuali del tempo, che, con le loro storie e testimonianze, hanno consentito di ripercorrere le tappe più significative della psichiatria inglese. A margine di questa indagine non si tralascerà di parlare delle ricerche condotte in altri paesi europei ed extra-europei (Germania, Francia, Austria e Stati Uniti) dove tali malattie erano altrettanto diffuse, la ricerca scientifica avanzata e le cure mediche all'avanguardia.

## 1.2. La psichiatria vittoriana: 1830-1870

“The lunacy-reform movement had its immediate origins in revelations of the brutal mistreatment of frail women in madhouses”, E. Showalter, *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*

Nel 1828 grazie all'emanazione del *Madhouse Act*,<sup>3</sup> che prevedeva una riforma radicale del sistema sanitario psichiatrico, una gestione più controllata e regolamentata dei manicomi esistenti, e un'assistenza più vigile e attenta dei pazienti, l'Inghilterra visse una fase di rinascita che le permise di superare quello stigma spiacevole che aveva subito in passato, di essere cioè la nazione con la maggiore incidenza epidemica, o meglio con il più alto tasso di malattie psichiatriche in Europa. Nel giro di pochi decenni divenne così un paese all'avanguardia nell'amministrazione del sistema sanitario a indirizzo psichiatrico e nella cura dei pazienti affetti da malattie mentali, e la medicina psichiatrica inglese fu considerata una delle più avanzate per l'approccio clinico, le terapie

---

<sup>3</sup> Fino a questa data e per tutto il XVIII secolo i manicomi privati furono gestiti nel Regno Unito da persone più interessate a realizzare lauti guadagni che a trattare i malati col dovuto riguardo, come dimostravano le condizioni penose in cui erano tenuti. Quando il malcontento della gente crebbe fino ad assumere le dimensioni di una protesta nazionale, la Camera dei Comuni nominò un Comitato ristretto, che impose, dal 1763 in poi, un controllo serrato dei manicomi privati, mirato a garantire la tutela giuridica dei pazienti cronici ricoverati e a proteggerli dalle crudeltà che spesso venivano inflitte loro. Tali raccomandazioni furono prima approvate dal Parlamento inglese e nel 1774 furono acquisite dal *Madhouses Act*, che nell'ambito della medicina psichiatrica inglese rappresenta il punto di partenza di tutte le leggi sulla salute mentale. A partire da quell'anno furono costruiti nuovi ospedali psichiatrici, e quelli già esistenti, fra cui il Bethlem Royal Hospital, furono migliorati e potenziati. Simbolo per antonomasia dei manicomi inglesi, il Bethlem o Bedlam fu convertito in una struttura psichiatrica moderna e, nel volgere di pochi anni, divenne l'ospedale dove destinare i casi più gravi e complicati. Nel 1828 venne promulgato e approvato un nuovo *Madhouses Act*, a cui seguì nel 1845 un *Lunatics Act*: entrambi segnano delle tappe storiche importanti nel processo di miglioramento delle leggi inglesi in tema di riforma dei manicomi e di trattamento della pazzia.

somministrate e le soluzioni logistiche offerte ai degenti. Dal 1830 fino al 1870 circa i manicomi inglesi e le cliniche psichiatriche rappresentarono per molti medici e assistenti sociali di altri paesi europei un modello di successo da seguire, una sorta di “Mecca” della medicina dove andare a imparare metodi di ricerca innovativi e trattamenti clinici avanzati nella cura delle malattie mentali.

Il primo segnale di questa rinascita giunse con l’avvio dei cantieri edilizi a partire dal 1828. Su decisione del Parlamento britannico in ogni contea dell’Inghilterra e del Galles si iniziarono a costruire dei nuovi manicomi pubblici destinati a sostituire le case di cura private malandate e quelle gestite in modo abusivo e arbitrario da furfanti senza scrupoli e da individui maldestri, la cui unica preoccupazione non era la salute della gente, ma l’arricchimento personale realizzato, lucrando sulla miseria umana e sul bisogno altrui.

La gestione dei nuovi manicomi fu affidata a enti statali, ritenuti più seri e affidabili di quelli privati, che avevano goduto fino allora, in mancanza di validi *competitors*, di piena autonomia e di una posizione egemonica incontrastata, pur mostrando molte pecche nella cura e nell’assistenza dei pazienti. A usufruire di questi nuovi manicomi, finanziati con fondi pubblici e amministrati da personale altamente qualificato, furono soprattutto le classi operaie e i ceti sociali più poveri, poiché la classe media e quella alta affidavano più volentieri i loro famigliari a cliniche a pagamento o a manicomi privati, certificati dal Governo britannico, dove godevano di cure personalizzate e trattamenti privilegiati.

Il *Madhouse Act* prevedeva che fosse esclusivamente il *Board of Commissioners in Lunacy* a concedere la licenza di idoneità agli ospedali e alle cliniche, che volessero gestire i pazienti psichiatrici. I manicomi pubblici e privati dovevano essere inoltre controllati periodicamente da ispettori, che rilevavano per tempo inadempienze, abusi mirati al profitto e comportamenti scorretti da parte di sovrintendenti, medici e assistenti sanitari nei confronti dei pazienti ricoverati, e una volta smascherati andavano puniti in modo esemplare.

La distinzione fra manicomi pubblici, privati, parzialmente pubblici e privati, rispecchiava da un lato la logica classista che contraddistinse per decenni la mentalità vittoriana, ma dall’altro rispondeva anche alle richieste di una realtà sociale molto eterogenea e variegata, consentendo alle persone di fare le scelte più adeguate in base alle proprie esigenze e disponibilità economica. Le cure, l’assistenza e i trattamenti che tali strutture di accoglienza offrivano erano molto diversificati. I manicomi privati ri-

spondevano ovviamente alle esigenze delle classi sociali alte e medio-alte, per le quali i manicomi pubblici erano l'ultima delle soluzioni logistiche dove ricoverare il proprio familiare, non solo per la vergogna e il disagio sociale, che ne derivavano, ma anche per le condizioni in cui la persona malata veniva a trovarsi. Curare certe malattie psichiatriche aveva però un costo elevato e, quando ad ammalarsi era il capofamiglia, a volte anche le persone più agiate erano costrette a trovare per il loro parente un manicomio più economico, ma pur sempre dignitoso, come erano il *Bethlem* e il *St. Luke's*, dove le rette da pagare erano decisamente più sostenibili per le loro tasche. La soluzione più estrema era quella di ricorrere a una struttura pubblica, rinunciando chiaramente a servizi e trattamenti privilegiati.

I ricchi, se potevano, cercavano in genere di evitare al proprio familiare lo stigma della malattia mentale. Spesso con la complicità di un medico consenziente, che sminuiva la portata della malattia e dichiarava i comportamenti del malato eccentrici e un po' bizzarri, provavano a gestirlo in casa, finché non diventava minaccioso o pericoloso, mettendo in atto delle azioni aggressive e violente. Solo quando non era più oggettivamente possibile gestire in casa il proprio familiare, i ricchi si rivolgevano a un manicomio o a una clinica privata dove gli venivano riservati servizi di alta qualità e spazi comodi, da condividere con altri ospiti di uguale condizione sociale, come accadeva al *Laverstock House Lunatic Asylum* vicino Salisbury e al *Ticehurst House Hospital* nel Sussex. In queste strutture a gestione privata i parenti potevano contare sul rispetto della *privacy* e sulla discrezione più totale dei medici e del personale infermieristico. Chi voleva avvalersi invece dell'anonimato ricoverava il proprio parente in una *maison de santé* sul continente, lontano da casa e da sguardi indiscreti.

Prima del 1828 il trattamento riservato dai medici ai soggetti più poveri, disagiati o economicamente svantaggiati, era ben diverso da quello riservato ai pazienti ricchi, perché non disponendo di soldi, di diritti sociali, né di facilitazioni burocratiche, <sup>4</sup> venivano dichiarati fin da subito dementi, psicotici o malati cronici, e come tali destinati a finire i loro giorni nelle stanze

---

<sup>4</sup> Se per ricoverare una persona agiata in una struttura psichiatrica a pagamento bastava la certificazione di due medici, più complesso e farraginoso era l'*iter* per il ricovero di una persona indigente. In questo caso occorre un certificato medico e l'ordine firmato da due magistrati o, in alternativa, da un sacerdote e un sorvegliante.



tristi e buie dei manicomi o degli ospedali psichiatrici più miseri.

Le cliniche pubbliche, inaugurate col *Madhouse Act*, rappresentarono per le classi operaie e per i ceti meno abbienti una tutela fondamentale per la sopravvivenza, perché garantiva loro la salvezza dal degrado e dallo stato di abbandono a cui erano destinati. L'assistenza domiciliare, che le famiglie povere potevano fornire a un loro malato, non era infatti sufficiente a garantirgli la giusta dignità umana. In queste famiglie la persona disagiata finiva con l'essere gradualmente trascurata fino a ridursi a una condizione di vera indigenza e brutalizzazione.

Che la povertà fosse una delle cause primarie di numerose malattie mentali, fra cui la depressione e la pazzia, lo conferma il fatto che i pazienti ricoverati in cliniche psichiatriche a gestione pubblica, provenienti da classi povere, operaie e disagiate, quadruplicarono letteralmente fra il 1844 e il 1890, fino a costituire alla fine dell'Ottocento il 91% dei casi.

La costruzione di nuovi manicomi, forniti di strutture moderne, gestite e controllate dallo Stato, come prevedeva la riforma del 1828, fu motivo di orgoglio e di compiacimento per molti vittoriani, non a caso il sovrintendente medico Edgar Sheppard, che lavorò presso il Male Department di Colney Hatch dal 1862 al 1881, giunse ad affermare in uno dei momenti più lucidi e felici della sua carriera, che nel Regno Unito non esisteva una categoria di persone più curata e seguita di quella dei pazzi:

*no class of persons in the United Kingdom so well cared for as the insane. The best sites in the counties are selected for their palaces ... an acreage per head is meted out to them in the most fertile districts; a supply of water per head is welled up for them with a profusion which alarms alike the dirty and the clean; the fat kine of our fields are laid under contribution for them; the corn and the wine is stored for them; clothing of the warmest and supervision of the best are provided for them. Every sort of indulgence within reasonable bounds is theirs.*<sup>5</sup>

Questo nuovo orgoglio, che i vittoriani provarono per il modo in cui venivano curati i loro malati, si riflettè anche nel lessico comune, che divenne più rispettoso e civile, più garbato e riverente non solo verso i pazienti neurologici, ma anche verso le figure professionali che si occupavano di loro, ovvero medici e assi-

---

<sup>5</sup> Edgar Sheppard, "The Modern Teachings of Insanity", *Journal of Mental Science*, 17, 1872, p. 510.

stenti. Accanto a termini inflazionati come “madness” e “folly” si giustapposero sempre più frequentemente espressioni e neologismi come “lunacy”, “insanity”, “mental derangement” e “mental deficiency”; i pazienti non furono più additati semplicemente come “crazy” o “mad”, ma considerati per la loro patologia “mentally afflicted”; i luoghi in cui venivano ricoverati furono chiamati alternativamente “asylums”, “retreats” o “benignant refuges”; i medici, chiamati prima con l’appellativo “mad-doctors”, divennero nel linguaggio comune “superintendents” e “alienists”; il termine “keepers”, usato in precedenza per il personale che gestiva i pazienti ricoverati, fu affiancato e poi quasi interamente sostituito da “attendants”, che produceva un effetto mitigato nella percezione del ruolo e della funzione che essi svolgevano; la medicina, che si occupava dello studio e del trattamento di queste malattie, fu riconosciuta come “mental science”, mentre il termine “psychiatry” contrassegnò una volta per tutte quel ramo della medicina che si occupava della cura e della riabilitazione di persone affette da disturbi mentali (“mental disorders”).

Sulla scia del *Madhouse Act* anche il *Lunatics Act*, emanato nel 1845, impose a tutte le contee e ai distretti principali dell’Inghilterra e del Galles di provvedere alla cura dei malati mentali, mettendo a disposizione manicomi e cliniche psichiatriche con strutture ed edifici più nuovi e moderni. In due anni su 52 contee ben 36 costruirono di sana pianta dei manicomi pubblici.

L’aspetto più significativo che contraddistinse la psichiatria vittoriana fu l’idea - per quei tempi molto innovativa! - di tutelare il più possibile la dignità umana dei pazienti ricoverati in ospedale, offrendo loro le migliori possibili condizioni per trascorrere le giornate in modo lieto e motivato, per quanto limitato e chiuso potesse apparire loro quell’ambiente.

Con la riforma del sistema sanitario e la creazione di ambienti nuovi, accoglienti e piacevoli il Governo si sforzò di realizzare un’illusione di *normalità*. Rendere la vita dei malati simile alla vita del mondo esterno significava non solo rispettare la loro condizione, comprenderne i bisogni e i desideri, ma evitare loro ulteriori traumi, disagi e sofferenze, dovuti alla privazione della libertà e degli affetti più cari. Per i medici l’elemento più importante, che doveva essere percepito dai pazienti ricoverati nei manicomi e nelle case di cura, era l’*homishness*, il sentirsi cioè accolti come in famiglia dalle persone che li seguivano e accudivano.

Organizzate sul modello della *famiglia tipo*, queste strutture avevano come figura di riferimento principale un sovrintenden-

te medico, affiancato dalla moglie. Entrambi incarnavano i ruoli di un “padre” e di una “madre” ideali, mentre gli assistenti e gli infermieri avevano i ruoli di “fratelli” e “sorelle” maggiori.

La gestione dei manicomi e dei reparti di psichiatria somigliava molto a quella degli asili nido e delle scuole materne. I pazienti erano considerati dei bambini imprevedibili, lunatici e capricciosi, ed era importante che prestassero ascolto al superiore, che sentissero la sua autorità e ubbidissero a lui, se richiesto. Compito del sovrintendente era quello di tutelare e gestire i pazienti, alternando disciplina e gentilezza, pensare al loro benessere fisico e psichico, garantire cure adeguate, programmare delle attività di lavoro, stimolare in loro lo sviluppo di abitudini e ritualità quotidiane come per esempio frequentare corsi di disegno, di lettura e cucito, offrire momenti di intrattenimento e di svago ovvero passeggiate all’aperto, serate di danza, etc., in modo da tenere occupata la mente e rendere soddisfacente il loro soggiorno in ospedale. In questo modo anche la follia (la più temuta delle malattie psichiatriche!) poteva essere non solo ammansita, ma anche vissuta e percepita come una condizione quasi normale.

Il più noto psichiatra del primo periodo vittoriano, John Conolly, disse, a proposito della figura del sovrintendente, che un uomo che giungeva ad occupare quel ruolo centrale non poteva col tempo non affezionarsi ai propri pazienti e non trattarli come dei figli dopo il loro arrivo in manicomio:

*Their cares and their joys will become his; and humanly speaking, his whole heart will be given to them*.<sup>6</sup>

Nei manicomi vittoriani era possibile vedere uomini e donne soddisfatti e motivati, mentre svolgevano le loro attività quotidiane, più di quanto non fosse dato vedere nei *plays* elisabetiani dove i personaggi, invasi dalla pazzia, erano spesso tristi, arresi e smarriti (si pensi a re Lear e a Ophelia), e più di quanto non fosse dato scoprire nei romanzi e nelle ballate di epoca romantica, dove i personaggi erano ancor più minacciosi o esaltati come in *The Bride of Lammermoor* di Walter Scott.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> John Conolly, *The Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*, John Churchill, London 1847, p. 144.

<sup>7</sup> Nell’immaginario romantico furono tre le figure femminili che rappresentarono la pazzia e la depressione in modo emblematico e significativo. La prima è Ophelia, la fidanzata di Amleto, che dopo i fatti tragici a cui assiste, in preda a una depressione, smarrisce il lume della ragione, lasciandosi andare nelle acque di un fiume per annegare i pensieri, che sono diventati ormai dei veri incubi per lei; e con lei annegano nell’acqua diversi fiori, simbolo di una sensualità femminile che si abbandona a un destino senza più speranze. La seconda figura è quella di Crazy Jane, la protago-



Figura 13

*Lunatic's Ball*, litografia eseguita da Katharine Drake e pubblicata nel 1848 da Backhouse Wells & Ackermann. Il disegno ritrae alcuni pazienti del Somerset County Asylum durante un ballo serale

A riprova del fatto che, fra gli obiettivi principali dei sovrintendenti vittoriani, vi fosse la volontà di rendere piacevole il soggiorno dei loro pazienti in ospedale ricordiamo l'iniziativa che fu presa nel 1868 in alcuni manicomio inglesi di organizzare dei programmi ricreativi con feste, concerti e spettacoli teatrali per i loro ricoverati. Questi eventi, distribuiti nella stagione estiva e invernale, divennero presto dei momenti di svago e di pura

---

nista di una ballata di Matthew Monk Lewis scritta nel 1793. La storia di questa ragazza era molto nota nella tradizione popolare romantica inglese per la sua fine struggente. Innamorata di un ragazzo che si approfitta di lei, viene abbandonata di punto in bianco per un'altra donna. Il dolore che Crazy Jane prova è così forte da farle perdere il senno, e per il resto della sua vita cerca il suo ragazzo, credendolo perso, e lo fa chiedendo a tutti in modo docile e mansueto se per caso lo hanno visto o incontrato da qualche parte. L'immagine commovente che Jane rappresenta è diventata col tempo iconica, incarnando plasticamente il concetto di dipendenza femminile da un affetto maschile falso e illusionistico. La terza figura è Lucy Ashton, la protagonista del romanzo di Walter Scott *The Bride of Lammermoor* (1813), ambientato in Scozia durante il regno della regina Anna. Costretta dalla famiglia a rinunciare all'uomo che desidera e a sposare per interessi economici un uomo che non ama, Lucy in preda a un *raptus* di follia uccide il marito la prima notte di nozze. Da quel momento la giovane sposa finisce con l'incarnare nell'immaginario collettivo la forma più violenta e aggressiva di follia, la forza demoniaca e assassina della pazzia, gli aspetti compulsivi e incontrollati di una creatura mentalmente insana e quindi socialmente pericolosa, e non la ragazza resa folle e infelice dalle scelte imposte dai famigliari, da comprendere e additare come esempio rovinoso di un'educazione sbagliata.

gioia. Molti indossavano i vestiti più eleganti che avevano (presi quasi sempre dal guardaroba delle donazioni per poveri) per esibirsi in danze tradizionali come la polka, il valzer e la mazurka, e pur di arrivare in grande forma, impeccabili nel loro *outfit*, iniziavano a prepararsi molti giorni prima; ma a curare naturalmente di più il *look* erano le donne, che amavano truccarsi vistosamente e adornare il loro abito con collane, braccialetti e fiori di carta finti, fatti a mano da loro.

In alcuni manicomi i balli divennero col tempo una consuetudine e si svolgevano una volta a settimana nella sala principale. Al Bethlem, dove i pazienti ricoverati erano in gran parte istruiti e appartenevano alla classe media, il ballo del lunedì divenne l'evento più atteso della settimana, e gli ospiti facevano di tutto per trasformarlo in un momento lieto, "raffinato" ed "elegante".

Per usare le parole del dottor John Alfred Lush, sovrintendente del manicomio di Fisherton a Salisbury, questi eventi erano davvero il più grande regalo che si potesse offrire a quelle povere creature.<sup>8</sup>

### **1.3. *Moral insanity, moral management e moral architecture: tre concetti chiave della psichiatria vittoriana***

I principi guida, che gli psichiatri del primo periodo vittoriano si proposero di perseguire col loro operato rieducativo sui pazienti affetti da "mental disorders", si possono riassumere fondamentalmente in questi tre concetti: "moral insanity", "moral management" e "moral architecture". L'aggettivo "moral" indicava in questo caso, ancor prima che un impegno etico assunto dai medici nell'assistere e curare le persone malate, lo *scopo* della loro missione, che era quello di riportare i malati psichiatrici all'ordine e alla ragionevolezza. Le tre "formule" contrassegnano i tre ambiti specifici di intervento e sottendono la volontà da par-

---

<sup>8</sup> In occasione di una visita fatta al Fisherton Asylum in qualità di *Assistant Poor Law Commissioner*, William Gilbert rimase stupito dal modo in cui venivano trattati i criminali ricoverati. Invitato a un ballo sociale, a cui dovevano partecipare molti detenuti, chiese al dottor Lush, "But is it not a rather dangerous thing to allow a number of convict lunatics to assemble together?". La risposta che gli fu data lo spiazzò: "you will admit you never saw a more well behaved or orderly assembly in your life". Dopo il ballo Lush giudicò quella serata "the greatest treat the poor creatures have". Tutti i dettagli di questo evento, e del dialogo avuto con il sovrintendente del manicomio, furono raccolti da Gilbert nell'articolo intitolato *A Visit to a Convict Lunatic Asylum*, pubblicato sul *Cornhill Magazine* nel 1864 (vol. 10, pp. 448-460). Il documento è molto interessante, perché testimonia i cambiamenti avvenuti nei manicomi nella gestione e nel trattamento dei pazienti, il rapporto di fiducia e di rispetto che si creava fra medici e pazienti, e perché sfida idee e pregiudizi fortemente radicati nei vittoriani verso criminali, ladri e furfanti, affetti da disturbi mentali.

te dei medici e dei loro assistenti di controllare, gestire e correggere la follia, rendendola una condizione quanto più vicina possibile alla normalità.

L'idea, su cui si fondava il concetto di "moral insanity", era che la follia non fosse una perdita della ragione, ma una *deviazione* dagli *standards* etici e comportamentali, e come tale da rettificare, redimere e reindirizzare verso un modello di "normalità", o quasi "normalità", in modo da diventare più gradevole e accettabile per tutti. Fu James Cowles Prichard a coniare per primo il concetto di "moral insanity" nel 1835. Facendosi interprete dello spirito caritatevole e indulgente del suo tempo, vide nella follia non una malattia senza ritorno, ma un comportamento deviato dell'individuo, che si manifestava con gesti o atti fuori dal comune, evidenti agli occhi di tutti e di varia natura. Nel saggio *A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind* si sofferma a descrivere tali atti con delicatezza e sensibilità umana, evitando di parlare con tono negativo e pregiudiziale degli aspetti oscuri e tenebrosi della malattia:

*a morbid perversion of the natural feelings, affections, inclinations, temper, habits, moral dispositions, and natural impulses, knowing and reasoning faculties, and particularly without any insane illusion or hallucination.* <sup>9</sup>

In molti erano in verità a considerare la follia un'alterazione temporanea della mente, causata da un evento catastrofico o da un forte stress psicologico ed emotivo. Eventi avversi, come la perdita di un familiare, di una casa, l'impovertimento improvviso, situazioni di vita complesse e impossibili da gestire razionalmente, erano capaci, quando vi era già una fragilità caratteriale, non solo di destabilizzare l'equilibrio di una persona, ma di annullarne la *volontà* e progressivamente anche l'*identità*.

L'espressione "moral insanity", coniata da Prichard e condivisa da molti suoi colleghi, nasceva dalla convinzione che la follia fosse determinata da una causa "morale". Non tutti erano però concordi su questa origine e cercavano una risposta in cause fisiche e organiche come i traumi cranici, le lesioni del cervello, le infiammazioni neurologiche, gli attacchi epilettici, l'alterazione dei valori ematologici, gli stati febbrili e l'ubriachezza. Altri cercavano la "causa morale" nella sofferenza personale, nella frustrazione domestica, nella gelosia, nella disoccupazione e nelle gravi

---

<sup>9</sup> James Cowles Prichard, *A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*, Carey & Hart, Philadelphia 1837, p. 16.