

Le rappresentazioni della follia: ninfomani e asceti, indemoniate e malinconiche

Vinzia Fiorino

Nell'Archivio storico dell'ex-manicomio romano Santa Maria della Pietà è conservata un'importantissima collezione di cartelle cliniche, le più antiche delle quali risalgono al 1851, che ci restituiscono tratti importanti della storia del sapere psichiatrico, dell'istituzione ospedaliera e che contengono, soprattutto, storie di vita e di malattia degli internati nell'asilo. Questa specifica fonte storiografica testimonia aspetti diversi dell'internamento: dalle relazioni che la Direzione medica intrattenne con le famiglie all'intervento dei sindaci, dei poliziotti e dei sacerdoti, che furono protagonisti delle pratiche di ricovero; dall'analisi della composizione sociale della popolazione internata ai mutamenti storico-culturali che hanno riguardato l'emergere di specifiche patologie mentali. Essa può essere utilizzata, quindi, per ambiti di ricerca molto distinti: oltre ai dati più squisitamente psichiatrici, è possibile avviare ricerche che riguardano lo stretto legame tra crimine e follia, che investono le tradizioni popolari inerenti la follia ed ancora, a partire dalle storie dei pazienti, è possibile avviare percorsi storiografici sulla storia della paura, delle sessualità, della religiosità popolare.

In questo mio contributo cercherò di delineare un itinerario di ricerca molto particolare: a partire dalle storie di vita e di malattia contenute in uno specifico spazio della cartella clinica, denominato "Storia di questa alienazione avanti l'ingresso nell'Ospizio", in cui gli psichiatri mescolavano elementi biografici dei ricoverati con le ansie, i tormenti e le evoluzioni della malattia, farò emergere alcune figure tipiche di malati mente. Questi racconti, che per l'appunto intersecano aspetti importanti del sapere psichiatrico con frammenti di vita ed espressioni proprie della cultura popolare, danno luogo a precise rappresentazioni culturali entro cui si snoda l'esperienza della follia tra la fine del XIX e i primi anni del XX secolo. Vorrei infatti sottolineare il tratto storico-culturale di tali rappresentazioni: i modelli del disagio psichico cambiano in riferimento a parametri molto complessi in cui confluiscono le riflessioni della disciplina psichiatrica e contraddizioni sociali molto profonde. Non credo possibile, infatti, separare le manifestazioni del disagio psichico dalla cultura di riferimento; ogni civiltà ha conosciuto forme specifiche di elaborazione del malessere che sono mutate in rapporto a trasformazioni socio culturali di grande profondità; contraddizioni sociali, sguardo medico e elaborazione scientifica sul disagio sono elementi strettamente connessi, nonché in continuo e reciproco mutamento¹. Reputo centrale e del tutto affascinante per lo storico il lavoro di ricostruzione di quelle variabili sociali e culturali che hanno permesso in un dato contesto l'emergere di talune sindromi e che ne hanno decretato la fine in una fase successiva². Il tema di fondo rimane, dunque, il fatto che la manifestazione e la cristallizzazione di talune forme patologiche

¹ Da questo punto di vista reputo di grande interesse gli indirizzi metodologici e l'intera ricerca etnopsichiatrica: dal punto di vista storico, però, il rapporto tra culture di riferimento e emergenza di specifiche patologie va posto in termini diacronici. Tra i maggiori contributi in questa direzione, cfr. G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando, 1978 (ed. orig. 1970); T. Nathan, *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, Firenze, Ponte alle Grazie, 1990 (ed. orig. 1986); P. Coppo, *Etnopsichiatria*, Milano, Il Saggiatore, 1996; M. Galzigna (a cura di), *La sfida dell'altro. Le scienze psichiatriche in una società multiculturale*, Venezia, Marsilio, 1999 e, più recentemente, R. Beneduce, *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*, Torino, Bollati Boringhieri, 2002.

² Esempio classico della storicità delle malattie mentali è l'isteria che ha avuto il suo momento di massima diffusione sul finire dell'800 e che adesso non esiste più nella forma classica: cfr. M. S. Micale, *On the "Disappearance" of Hysteria. A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis*, in «Isis», vol. 84, n. 3, 1993, pp. 496-526 e Id., *Approaching Hysteria. Disease and its Interpretations*, Princeton-New Jersey, Princeton University Press, 1995.

sono frutto di una specifica combinazione tra elementi intrinseci alla psichiatria e quelli inerenti i dati normativi del nostro vivere. In un contesto socio-culturale in cui il valore della persona è misurato sulla capacità di reprimere il proprio comportamento sessuale, di sapersi adeguare alle regole e alle convenzioni imposte, il disagio non può che essere legato al senso di colpa che deriva da una eventuale e temuta trasgressione dei codici comportamentali imposti³. In una società in cui prevale, invece, l'ansia di affermazione e di successo personale, la depressione sembra riassumere lo scarto tra tali esigenze e la grigia constatazione della frequente impossibilità di realizzare queste aspettative; la depressione, come prevalente forma patologica moderna, si configura inoltre come campo di tensione tra le attese di affermazione della propria originalità e specificità soggettiva e gli insuperabili meccanismi di omologazione e massificazione dell'io⁴.

I disturbi psichici rivelano dunque elementi culturali condivisi e addensano precisi idiomi e stilemi sedimentati: il folle incarna ed esprime simbolicamente i valori e la cultura in cui vive. In questa direzione, i racconti di sofferenza psichica contenuti nelle cartelle cliniche danno luogo a precise e reiterate rappresentazioni culturali. Utilizzo il termine rappresentazione in un'accezione molto precisa: essa investe i livelli più profondi della conoscenza, rivela la struttura più intima dei concetti, esprime le mappe di base, gli orizzonti generali entro cui si esprimono le identità collettive. Il concetto di rappresentazione riguarda quindi quel complesso di valori e di atteggiamenti irrinunciabili degli individui che investono la sfera cognitiva di ciascuno⁵. Indagando sulle rappresentazioni della follia, intendo riferirmi pertanto alle forme di pensiero collettivo, agli schemi concettuali di fondo, a quel substrato che orienta la percezione, la codificazione, le classificazioni. Le rappresentazioni sociali alimentano inoltre e fanno parte dell'attività simbolica, investendo i meccanismi di attribuzione di senso agli eventi e alla realtà. E' evidente quindi che allorché i testi di natura anche differente (dalla letteratura alle cartelle cliniche) attestano la figura del folle come essere innocente o criminale, in pose da clown o posseduti dal diavolo abbiamo a che fare con concetti di tale profondità⁶. Il termine rappresentazione può suggerire, tuttavia, un tratto di costruzione e di esagerazione: non mancano certo delle iperboli nei racconti di malattia contenuti nelle cartelle cliniche e, più in generale, nella riflessione psichiatrica. La prima figura che prendo in considerazione, tra le tante rappresentazioni possibili, è quella della ninfomane. Talvolta amplificazione ulteriore della ben più nota figura dell'isterica, a volte categoria nosografica specifica, la "ninfomane" è raccontata con una sessualità dai tratti esasperati e parossistici ed è, con tutta evidenza, una figura che racchiude al tempo stesso la riprovazione, l'inquietudine e le fantasie maschili alimentate verso la sessualità femminile. Dai racconti contenuti nelle due cartelle che seguono, emergerà con grande nitidezza il tratto di invenzione e di costruzione di una categoria poco credibile nella realtà effettuale: Domenica R. in P. è una vedova di Capodimonte di circa 30 anni di condizione miserabile, il cui stato di ninfomania

³ Ho analizzato questi aspetti specifici in *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, 2002, in particolare pp. 213-223 e in *La fiaba e la follia. Medicina, folklore e religione nelle rappresentazioni culturali della malattia mentale (1850-1915)*, in «Genesis», in corso di stampa.

⁴ Su questo orizzonte epistemologico rimando ai fondamentali lavori di I. Hacking, *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della memoria*, Milano, Feltrinelli, 1996 (ed. orig. 1995); Id., *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dada*, Roma, Carocci, 2000 (ed. orig. 1998) e A. Ehrenberg, *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Torino, Einaudi, 1999 (ed. orig. 1998).

⁵ In questa direzione si è mossa D. Jodelet, *Folies et représentations sociales*, Paris, Puf, 1989.

⁶ Cfr. G. Bellelli (a cura di), *La représentation sociale de la maladie mentale*, Napoli, Liguori, 1987.

dipende, nell'interpretazione del medico che ha redatto il primo certificato, da una prolungata amenorrea. Così si legge nel documento:

“è impossibile apprendere dalla R. gli antecedenti della malattia, così dagli altri: vive pressoché sola coi suoi bambini dal giorno della sua vedovanza. Non è deturpata da visione o abitudini che io sappia. Il padre prima di morire ebbe replicati accessi di pazzia. La R. passò al marito saranno circa otto anni, da cui ebbe tre figli, i quali allattò tranne il primo, per male sopraggiuntole alle mammelle. Mi si dice che in quell'epoca vi fu un momento in cui visse non troppo sana nelle mentali facoltà. Non ho potuto sapere se è sollecita o tarda la mestruazione e come fosse regolare. (...). Da circa sei mesi, mi si dice, taccia in essa la funzione uterina, né per quel poco che ho potuto esternamente esaminare pare esista in essa dubbio di gravidanza. Ebbe parole ingiuriose con altre donne, dopo le quali cominciò ad alterarsi la sua ragione. Io non fui chiamato che alcuni giorni dopo. Trovai questa donna in letto. Il suo sguardo, le sue parole, gli atti del suo corpo erano ispirati dalla più sozza libidine. La faccia era accesa, l'occhio voluttuoso, pulsavano le carotidi, teso il ventre, non teso l'addome, il polso ha qualche battito al di sopra del normale: qualche lucido intervallo restava ancora alla vagina; le sue parole erano sempre figlie di libidinosi desideri. (...) Girava anche di notte seminuda, disturbando l'altrui pubblica quiete, improntando ogni suo discorso delle sue più sozze immagini. Mi si dice che in questo frattempo abusasse di liquori. Ieri potei rivederla e la trovai in sua casa che ritta sul letto saltellava, fischiava, batteva palma a palma, era ingiuriosa dei nomi da postribolo a chi l'assisteva, né risparmiava se stessa. Niuna reverenza per le idee per le cose sante. E' stata praticata una docciatura sull'occipite, bagno freddo”.

Resterà ricoverata presso il manicomio romano dall'ottobre del 1856 al gennaio del 1859⁷. Se il rapporto tra equilibrio psichico e corretto funzionamento degli organi di riproduzione è, secondo un paradigma di lunga prospettiva, centrale fino agli ultimi anni del XIX secolo⁸, la ninfomania può anche costituire un elemento della più ampia costruzione della rappresentazione della donna scandalosa e dal comportamento immorale: Annunziata P. è una ragazza orfana di entrambi i genitori e sordomuta dalla nascita; non ha ricevuto alcuna educazione, è giunta all'età della pubertà senza alcuna coscienza del pudore, ha commesso e continua a commettere atti di pubblico scandalo. Data in custodia presso una buona famiglia, non è stata possibile correggerla e fu ospitata in due diversi istituti romani. Fuggì da un istituto di suore, che peraltro non era più disponibile a tenerla “per lo scandalo delle compagne”. E' giudicata affetta da “ninfomania”. Il primo certificato medico, che ne chiede il ricovero, la classifica come idiota ed epilettica specificando che

“commette atti nel pubblico contro la moralità e l'onestà, non essendo consapevole di ciò che ella faccia. La medesima per opera del Municipio fu rinchiusa nell'istituto dei

⁷ Archivio Sanitario Santa Maria della Pietà (d'ora in poi ASMP), Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Domenica R. in P. - 1859

⁸ Ho ricostruito le tappe principali di questo paradigma in *Bizzarrie della natura: malattie e rappresentazioni delle donne nella scienza psichiatrica del XIX secolo*, in L. Attenasio (a cura di), *Fuori Norma. La diversità come valore e sapere*, Roma, Armando Editore, 2000, pp. 198-209.

sordomuti di Roma, dal quale fu licenziata perché incorreggibile (...) oziando tutto il giorno per le vie con atti indecenti e di scandalo a tutti”.

Ricoverata una prima volta presso il manicomio romano, sarà dimessa perché non presentava i sintomi di una vera alienazione. Successivamente riammessa al Santa Maria della Pietà, la più compiuta medicalizzazione sposterà il fulcro dell'attenzione verso aspetti diversi: il comportamento morale diventerà prova di un corretto funzionamento della capacità di mantenere la propria memoria, di una corretta percezione, di una giù generale padronanza di sé. Ecco come cambiano i contenuti della cartella di Annunziata:

“non è da credere che la deficienza mentale sia così grave, come può sembrare al primo aspetto, la percezione è prontissima e corretta. Si accorge subito della presenza del medico. Lavora in farmacia e lavanderia. I sentimenti affettivi sono vivaci, prevalgono notevolmente gli altruistici sugli egoistici, al contrario di quanto si osserva nella maggior parte degli idioti. (...) Non ci sono gli estremi per un ulteriore internamento, non è pericolosa, neppure è da ritenersi di pubblico scandalo perché attivamente, di sua iniziativa, non compie alcun atto di tal genere; comunque potrebbe essere custodita in qualsiasi altro luogo all'infuori del manicomio: si richiama su questo caso l'attenzione del signor Direttore, per un giudizio in proposito”⁹.

Affermatasi come precisa etichetta alienista nella seconda metà del Settecento¹⁰, la ninfomania riceve una grande attenzione da Cesare Lombroso che ha raccontato di soggetti femminili rappresentate come figure plastiche, ora in grado di vivere una sessualità esasperata, prive di alcun minimo senso del pudore, disponibili a qualsiasi tipo di rapporto sessuale, ora tramutate in gelidi corpi, insensibili alle sollecitazioni amorose e sprovviste di qualsiasi affettività. Sui corpi di queste donne furono praticate lunghe serie di “sperimentazioni” di estrema violenza: volendone quantificare la sensibilità dolorifica, ad esempio, lo stesso Lombroso racconta che ad alcune ricoverate venivano strofinate le parti intime con un magnete o con altri strumenti atti a produrre dolore¹¹.

Non è strano, all'interno di una costante e ossessiva preoccupazione rivolta al controllo degli aspetti passionali e sentimentali, che i pazienti fossero costantemente descritti ora in preda a incontrollabili istinti sessuali, ora in atteggiamenti mistici. Tra i numerosissimi esempi, ricordo quello di Penelope P. in P., una casalinga di 41 anni, classificata come affetta da demenza paralitica:

“maritata da 14 anni, non ha avuto figli né aborti, beveva più di un litro di vino al giorno. Circa 12 anni fa fu contagiata dal marito di sifilide (...). Stette abbastanza bene per circa 6 anni, lamentando dolori alla testa (...). Da 3 anni circa cominciò a presentare molteplici disturbi: spesso dimenticava gli oggetti, si sbagliava nel fare i conti, andava in chiesa e metteva le mani negli arredi per cambiarne la disposizione secondo il suo gusto, era diventata irritabile, era disordinata, faceva poco le faccende di casa. Negli ultimi mesi

⁹ ASMP, Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Annunziata P. – 1910.

¹⁰ Importante testo di riferimento sul tema è il trattato del 1771 di J. D. T. de Bienville, *La ninfomania ovvero il furore uterino*, a cura di A. G. Michler e S. Vegetti Finzi, Venezia, Marsilio, 1986. Cfr. anche A. Goldberg, *Sex, Religion and the Making of Modern Madness. The Eberbach Asylum and German Society (1815-1849)*, Oxford, Oxford University Press, 1999, in particolare pp. 85 e ss.

¹¹ Tra i tanti interventi, cfr. C. Lombroso, *Ninfomania paradossa*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», vol. VI, 1885, pp. 363-369.

non voleva più mangiare, ma solo bere, si spogliava nuda per casa con le finestre aperte. Andava in chiesa a comunicarsi ogni giorno e poi fermava i passanti, dormiva pochissimo, discorreva sempre.

Si dice depressa perché non mangia, ma urla per le strade. Ha lo sguardo smarrito, vitreo, qualche movimento mimico, qualche contrazione, ma non ha convulsioni. Getta roba dalla finestra, ingiuria le persone”¹².

I deliri dei ricoverati presentano sistematicamente contenuti religiosi, sui quali si innesta una certa polarità di genere. Comune ad entrambi i generi è l'identificazione dei malati con la vita dei santi, con Gesù Cristo o con la Madonna; ancora comune ad entrambi i sessi è l'eccesso delle pratiche devozionali e l'espressione di un sentimento religioso divenuto incomprensibile perché non condiviso e non codificato; tuttavia, mentre gli uomini, mediamente più istruiti, esprimono l'indiscussa diffusione dei contenuti religiosi nei loro deliri in termini di profondi conflitti di coscienza, nella rappresentazione della malattia mentale delle donne, sembra prevalere più semplicisticamente il binomio obbedienza/trasgressione. Le espressioni del disagio femminile sembrano cioè più meccanicamente soggiacere al senso di colpa derivante dalla trasgressione delle imposizioni ecclesiastiche, dall'infrazione alle norme del comportamento morale e alle leggi del pudore. La differenza è tanto più evidente quanto maggiore è il livello di istruzione dei soggetti: un esempio interessante dei conflitti di coscienza connessi ai temi religiosi è quello di Bartolomeo D. A., un impiegato postale di 37 anni, classificato come affetto da “demenza paranoide precoce (con idee deliranti persecutorie sufficientemente sistematizzati)” e pertanto destinato ad un lungo internamento. Il medico esterno allo stabilimento, che ne ha richiesto il ricovero, lo descrive come religiosissimo, i suoi familiari invece come “miscredente, che si atteggiava”. Ed inoltre: “riteneva tutti i suoi colleghi di ufficio congiurati contro di lui. Carattere taciturno melanconico. Un giorno per fare penitenza si era buttato in una siepe di spine. Voleva da proprietario regalare tutte le sue robe poiché doveva vivere miseramente”. Sappiamo inoltre che fu trovato dai carabinieri dinanzi ad un convento di frati che diceva che voleva entrarvi come contadino. Nella cartella clinica è descritto come “immerso nelle sue idee ascetiche: non ha voluto accettare le proposte della sorella di essere ritirato in famiglia, dicendosi contento di voler stare in manicomio perché provato ai sacrifici dagli imprescrutabili voleri delle divinità. Ha un fare correttissimo ed umile (...)”. Aveva perseguito, infatti, uno stile di vita primitiva, semplice e religiosa; si era dato alla campagna, “spogliandosi delle scarpe e delle calze, dormendo sotto gli alberi e cibandosi miseramente. Questa è secondo lui una ispirazione divina, alla quale non ha né forza, né volontà di ribellarsi”.

Bartolomeo mantiene una corrispondenza con la sorella Agata, che già più volte si era adoperata per ottenere la sua libertà. Lungi dall'autorappresentarsi come un malato di mente, Bartolomeo si descrive in uno stato di grazia; la sorella è infatti in errore quando lo compiangere e crede che egli marcisca in manicomio. Questo è un giudizio della gente comune “con la mente rivolta alla terra” ed aggiunge:

“Devo dunque farti notare che il mio stato non è di disgrazia come tu dici, ma è di grazia e pel dono della penitenza ché mi ha chiamato Iddio per speciale sua pietà e misericordia e ciò significa che egli mi vuole redento e mi ha dato i mezzi per diventarlo. Con i mezzi mi ha dato anche i lumi per comprendere l'alto e nobile fine poiché molti talvolta soffrono dolori ben più acuti dei miei e non ne sanno ricavare il frutto. I castighi di

¹² ASMP, Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Penelope P. in P. – 1910.

Dio sono fatti per correggere e guarire e non per distruggere e solamente quando restiamo sordi alle prime chiamate, ai primi avvertimenti, agli scuotimenti, è allora che egli per trarci dal peccato in cui viviamo viene a colpirci con mano forte. (...) E difatti se tu mi dicessi di cambiare il mio stato d'animo attuale, che spero sempre più di perfezionare, con lo stato materiale del primo ricco o proprietario che tu mi potessi proporre, siano pure regni interi, io non accetterei. Certo vi sono sofferenze per la libertà che Dio mi ha dato e che Egli stesso ha permesso mi sia tolta, ma appunto sono queste privazioni che fortificano l'anima contro le avversità e nella fede la rendono sempre più degna di Dio: le avversità stesse saranno di mezzo quindi per migliorare, per acquistare pazienza, per acquistare virtù che ci rimuovono l'anima stessa"¹³.

Un altro esempio di questa specifica rappresentazione del malato di mente con tratti da asceta è rappresentato da Benedetto D. A., affetto da eccitamento maniaco periodico che quasi certamente giustifica il continuo andirivieni dal manicomio (risulta ricoverato, infatti, per ben sei volte). Ecco alcuni tratti più salienti della sua anamnesi¹⁴:

"Il padre è bevitore, subì il carcere per 10 mesi per aver ferito un cugino, anche la madre abusava di vino. Di carattere mite, affezionato ai parenti, laborioso. Sopportava con animo mite le fatiche del lavoro campestre, facendo mostra di sufficiente intelligenza (...).

Dieci anni or sono e un'altra volta qualche tempo dopo ebbe a subire un grave spavento, vedendosi inseguito da un contadino a cui egli aveva danneggiato le olive. L'attuale forma morbosa è cominciata dallo scorso inverno: andò a confessarsi da un gesuita, il quale trovandolo assai disposto ai sentimenti religiosi, lo incoraggiò a proseguire nella buona via e col andare spesso a confessarsi da lui, che lo avrebbe fortificato contro ogni sorta di tentazioni, le quali lo avrebbero potuto far diventare un serpente, una vipera od altro animale. Per tema di ciò il giovane esagerò le sue pratiche religiose e in questi ultimi tempi trascurava il suo lavoro passando le sue giornate in tutte le chiese di Tivoli ed in tutti i santuari dei dintorni, occupato in preghiere e in penitenza. Giunse persino ad assentarsi da casa e rimaneva per le vie della città facendo preghiere e cantando le lodi di Maria e la Passione di Cristo: ciò durava fino alle 4 o 5 del mattino. Dormiva pochissimo e mangiava anche poco, in modo che l'infermo si era anche consumato.

Stato presente: L'infermo si presenta leggermente eccitato, non accusa alcuna sofferenza; dice di chiamarsi Benedetto perché sta vicino a Dio, il quale con Maria Vergine e lo Spirito Santo illumina il Mondo: afferma che non vuole ammettere peccati e vuol trovare una ragazza buona e pura come lui.

Stato mentale: L'infermo ha fisionomia mobile, sguardo vivo, aumentata la mimica e i movimenti: prevalgono esageratamente i sentimenti religiosi e di questi

¹³ ASMP, Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Bartolomeo D. A. – 1915.

¹⁴ Le testimonianze autobiografiche sull'esperienza della malattia mentale meritano un'attenzione specifica; su questi aspetti rinvio a R. Porter, *Storia sociale della follia*, Milano, Garzanti, 1991, (ed. orig. 1987).

s'informa unicamente il suo delirio religioso, che egli manifesta con una loquacità profusa ed incessante, dando così prova manifesta della folla di idee che fanno ressa nel suo cervello. L'infermo ha nelle mani un libretto delle Massime eterne che egli finge di leggere: nomina spesso la Madonna e Dio, ogni volta si scopre il capo: dice che ogni notte gli comparisce la Madonna, dice di essere simile a Dio, il quale gli vuole bene perché andava tre volte al giorno in Chiesa. Egli è figlio di Santo, però suo padre andrà all'inferno perché bestemmia Dio, la Madonna e non può vedere gli altri santi, ma spera che Dio lo illumini e lo porti a salvamento: i preti e i frati devono tutti sprofondare nel fondo dell'Inferno, perché sono Ministri del Demonio, sono sacrileghi, non aiutano i poverelli, disprezzano Dio, la Madonna, lo Spirito Santo e tutti i santi del Paradiso. Di tanto in tanto cessa di parlare, rimane estatico colle braccia in croce e cogli occhi rivolti al cielo, intanto che mormora preghiere. Le idee oltre ad essere aumentate in quantità ed alterate nel loro contenuto, appaiono sconnesse tra loro in modo che il processo logico dell'infermo ne viene alterato e ne risultano discorsi privi di senso, benché sempre si aggirano sul tema religioso. Diminuiti i sentimenti di famiglia, ben accentuati quelli del proprio stato, del proprio dovere, i morali: così Egli dice che se ne andava in Chiesa lo faceva dopo aver soddisfatto i suoi obblighi, giacché prima il lavoro e poi le pratiche di devozione: inoltre ci tiene a far sapere che Egli a Tivoli (...) rispettava il sindaco e le autorità: così egli dice che viene prima Dio, poi il Governo, poi il popolo. Istinto sessuale languidissimo: aborre le donne e rifugge dalle loro arti (...). La coscienza è turbata nel senso che l'infermo non comprende di essere ammalato. Nel corso del ricovero sta con la camicia di forza perché agitato”¹⁵.

Un'altra fondamentale polarità all'interno della quale si strutturano altre importanti rappresentazioni culturali della malattia mentale è la coppia: inquietudine/tristezza. Continui stati di agitazione, continua irascibilità, irrequietezze irrefrenabili caratterizzano le maniche ed in particolar modo quelle ritenute indemoniate come Antonietta V., trentenne, senza fissa dimora, ricoverata perché in stato depressivo. Antonietta

“non ha più famiglia, sempre irrequieta, facilmente irascibile, è vissuta sempre sola, dapprima a servizio ed in seguito aprì un chiosco ove vendeva bibite e liquori, dice di non aver mai abusato di vino e liquori. Gli morì un fratello al Policlinico ed era inquieta perché la cognata voleva rinchiudere i nipoti in uno ospizio. Grave litigata per questo, parole sconnesse al suo chiosco, grave eccitamento fu condotta all'ospedale San Giovanni e quindi al manicomio il 6 marzo 1906”.

Più interessante la descrizione del suo stato psichico:

“Clamorosa, imitava le altre a non mangiare, rispondeva alle domande che le si rivolgevano in tono enfatico; idee di persecuzione, volgevano avvelenarla, faceva brutti sogni, vedeva animali, presentava disturbi sensoriali molteplici, poi improvvisamente divenne tranquilla, con contegno abbastanza corretto, le idee deliranti di persecuzione si

¹⁵ ASMP, Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Benedetto D. A. - 1910.

fecero più chiarite, non era più sicura dell'esistenza del complotto, lavorava. Dopo 10 giorni di tranquillità la paziente incominciò a dire all'improvviso che avrebbe fatto la grazia ad alcune malate, il mattino successivo divenne clamorosa, gridava che andava a fuoco, che era diventata un diavolo, che doveva andare all'inferno. L'inferma assumeva atteggiamenti quasi coreografici, gesticolava in modo manierato, parlava in modo enfatico declamatorio. Parlava saltuariamente di inferno, paradiso, diavoli, eternità, inganni, grazie (...)"

Viene considerata affetta da eccitamento maniacale¹⁶.

Una nota a parte merita uno dei luoghi più diffusi e costantemente ripetuto del racconto della malattia mentale declinato al femminile: la possessione diabolica. In questo caso, Antonietta vede solo il diavolo, mentre in genere molte ricoverate narrano di essere possedute dal diavolo. Presenza quanto mai vicina nella cultura popolare del tempo, attraverso le variegata immagini legate al diavolo si esprimevano conflitti interiori, tabù sessuali e contrasti sociali e familiari di vario tipo¹⁷. Dalla parte degli psichiatri, atteggiamenti ascetici, resistenza volontaristica alle tentazioni del male e possessione diabolica, ossia le tre principali immagini attraverso cui si delinea forse la più importante rappresentazione del malato di mente, esprimono l'aspetto che più sta al cuore alla ricerca psichiatrica del tempo: l'uomo può essere padrone del proprio destino? Può superare i limiti e le cadute che la sua stessa fisiologia gli impone? Può raggiungere l'obiettivo di una coscienza ferma ed unitaria? In questo ambito, credo che la cultura religiosa abbia fornito il linguaggio, le forme espressive, il calco per esprimere una gamma di contenuti, tutti squisitamente moderni, che si addensano attorno al tema della follia. Attraverso l'uso di simboli religiosi, attraverso la figura dell'invasata e quella dell'uomo che lotta contro le tentazioni del male, tratti peraltro tutti presenti e diffusi nella cultura popolare, si esprime una drammatizzazione del soggetto che rivela un conflitto interamente appartenente

¹⁶ ASMP, Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Antonietta V. – 1915.

¹⁷ Uno studio molto vasto sulle diverse epifanie del diavolo nelle diverse tradizioni culturali è quello di Alfonso M. Di Nola: *Il diavolo. Le forme, la storia, le vicende di Satana e la sua universale e malefica presenza presso tutti i popoli dall'Antichità ai nostri giorni*, Roma, Newton Compton, 1987. Cfr. anche G. Minois, *Piccola storia del diavolo*, Bologna, Il Mulino, 1999 (ed. orig. 1998). Sulle tradizioni popolari che costituiscono il substrato culturale di queste espressioni cfr. E. De Martino, *Il mondo magico*, Torino, Boringhieri, 1958 (prima ediz. 1948); Id., *La terra del rimorso*, Milano, Saggiatore, 1961; A. M. Di Nola, *Gli aspetti magico-religiosi di una cultura subalterna italiana*, Torino, Boringhieri, 2001 (prima ed. 1976); L. Lombardi Satriani, *Introduzione a santi, streghe, diavoli*, Firenze, Sansoni, 1971; C. T. Altan, *La sagra degli ossessi: il patrimonio delle tradizioni popolari italiane nella società settentrionale*, Firenze, Sansoni, 1972; M. Pandolfi, *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano*, Milano, F. Angeli, 1991.

all'evo moderno, un contrasto interno alla costruzione delle identità soggettive come processo che sta alle origini dell'individualismo moderno¹⁸.

Come ho già anticipato, sul polo opposto dello stato di continuo eccitamento vi è la rappresentazione dello stato melanconico, di cui Adelaide G. in C., una sarta affetta da demenza precoce, è un esempio quanto mai paradigmatico¹⁹:

“Il padre bevitore, la madre convulsionaria, il giorno del matrimonio della figlia ebbe un attacco convulsionario e i parenti la portarono in manicomio. I primi segni di alienazione si verificarono dopo un mese di matrimonio. Aveva paura che il marito l'uccidesse, aveva detto prima di un matrimonio felice. Gelosa di una cognata. Carattere malinconica. Rifiuta il cibo, stato di apatia profonda; ha tutti i sintomi della demenza precoce; le visite dei parenti e dello sposo la lasciano assolutamente indifferente.

Forma di malinconia attonita. Immobile, rigida negli atteggiamenti con la testa abitualmente abbassata contro il petto, lo sguardo fisso al suolo, ostinatamente si opponeva a qualsiasi movimento passivo si volesse imprimere ai suoi arti, fuggiva la compagnia delle altre ricoverate, non parlava mai spontaneamente con alcuno né rispondeva per quanto si insistesse alle domande; l'espressione del volto era triste, la fronte corrugata, il colorito pallido, qua e là si notavano delle decorticazioni, dei graffi che la paziente si infliggeva nonostante le ripetute esortazioni a non farlo. Inoltre la G. si nutriva con grande difficoltà (...) fisicamente denutrita, da mesi amenorroica.

Non manifestava idee deliranti che erano però tradite dal contegno e da qualche espressione che era di tempo in tempo sfuggita «mi vogliono ammazzare, ed altro».

A poco a poco in seguito ad opportuno trattamento ricostituente, all'applicazione al lavoro, il mutato ambiente, la G. incominciò come a riaversi, a farsi pulita, ordinata, a dormire e nutrirsi meglio.

Ora è ritornata in condizioni psichiche tali da doversi perfettamente normali.

Poco ricorda la paziente dei sofferti trascorsi disturbi, sa dire soltanto come avvertisse una grande spossatezza per la quale non si poteva muovere dal letto, e soffriva di cefalee. Racconta che rifiutava il cibo solo perché temendo che volessero farla morire, credeva con tal mezzo di riuscirvi più sollecitamente da sé; temeva ancora che

¹⁸ Sulla storicità della concezione occidentale della persona intesa come un universo compatto, cfr. M. Mauss, *Une catégorie de l'esprit humain: la notion de personne, celle de "moi"*, in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950 (prima ediz. 1938), pp. 349-81; su questo importantissimo saggio si veda anche A. Momigliano, *Marcel Mauss e il problema della persona*, in R. Di Donato (a cura), *Gli uomini, le società, le civiltà. Uno studio intorno all'opera di Marcel Mauss*, Pisa, ETS, 1985, pp. 7-15. Cfr. Inoltre C. Geertz, *"From the Native's Point of View". On the Nature of Anthropological Understanding* e M. Z. Rosaldo, *Toward an anthropology of self and feeling*, entrambi in R. A. Shweder – R. A. LeVine (a cura di), *Culture Theory, Essays on Mind, Self, and Emotion*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, rispettivamente pp. 123-36 e pp. 137-57; M. Douglas, *Credere e pensare*, Bologna, Il Mulino, 1994 (ed. orig. 1992), in particolare il capitolo III: *Un esempio di stile di pensiero: l'idea del sé*, pp.75-103.

¹⁹ La concettualizzazione della demenza precoce anche nei suoi rapporti con la più classica melanconia è al centro dell'opera di Emil Kraepelin; cfr. il suo *Introduzione alla Clinica psichiatrica. Trenta lezioni*, Milano, Società editrice libraria, 1905. Sul tema importante testo di riferimento è: R. Klibansky-E. Panofsky-F. Saxl, *Saturno e la melanconia: studi di storia della filosofia naturale, religione e arte*, Torino, Einaudi, 1983.

tutti la reputassero una donna cattiva e prima ancora del suo internamento, a casa sua, temeva di essere inutile e di peso alla famiglia (Delirio d'indegnità).

Rammenta affatto sommariamente dei disturbi allucinatori visivi, le sembrava di vedere dappertutto cadaveri, rivedeva persone morte etc. Ora critica bene i fatti morbosi progressi (...) sta meglio, sono ricomparse le mestruazioni anche se scarse.

Da quanto sopra risulta più probabile che si sia trattato d'una forma di malinconia pura e semplice con transitorie note ansiose ed attonite piuttosto che d'uno stato depressivo in demente precoce (...); il tempo dimostrerà se ci sarà una evoluzione in senso maniaco depressivo. Consegnata al suocero²⁰.

Un altro esempio di rappresentazione della figura della melanconica è costituito da Giovanna B., una contadina di 54 anni, affetta da psicosi allucinatoria. Ella

“stette male in seguito alla morte di una figlia. Dal suo ingresso al manicomio la paziente ha mantenuto sempre il contegno di persona depressa; se ne sta continuamente a letto, non occupandosi affatto di ciò che le avviene intorno, guardando un punto avanti a sé. Talvolta ha presentato un vero stato ansioso, specialmente al mattino, era in preda a continua irrequietezza, si alzava di continuo dal letto e andava in giro per la corsia, senza alcuno scopo (...). Attualmente continua nello stato di depressione (...) rimane seduta ove si mette. La mimica è di persona preoccupata, addolorata, le rughe frontali e sopraccigliari sono profonde, la paziente sta col corpo raccolto, guarda fissa avanti a sé nello spazio. Percezione lenta. Esistono disturbi psico-sensoriali: ha inteso continuamente rumori; sente dirsi puttana, sente puzza di petrolio. Ha veduto di notte la Madonna vestita di nero²¹.

²⁰ ASMP, Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Adelaide G. in C. – 1910.

²¹ ASMP, Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Giovanna B. – 1910.