

Una storia di silenzi.

Pazienti croniche di un ospedale psichiatrico nella provincia di Buenos Aires (1908 – 1949)**

Aída Alejandra Golcman

In questo articolo ci occuperemo di un gruppo di pazienti croniche residenti nell'Hospital Esteves di Lomas de Zamora, in provincia di Buenos Aires, tra il 1908 e il 1949. Queste donne, cui venne diagnosticata una malattia mentale, vissero all'interno dell'ospedale neuropsichiatrico fino alla morte. Il periodo preso in esame va dall'inaugurazione dell'Esteves – nel 1908 – fino al 1950, quando l'impiego degli psicofarmaci modificò in profondità la vita quotidiana della struttura¹. Ci proponiamo di prendere in considerazione diverse variabili: la cronicità, la convivenza e, soprattutto, i problemi causati dalla lingua delle pazienti immigrate, sia per quel che riguarda la formulazione della diagnosi che ne determinò l'ingresso in ospedale, sia per quanto attiene alle relazioni con le altre pazienti.

Le cartelle cliniche di queste donne sono cartelle di silenzi; permettono di ricostruirne la vita in maniera frammentaria, di abbozzarne solo alcuni tratti e qualche segno. Le loro individualità e soggettività scomparvero nel momento in cui fecero il proprio ingresso all'Esteves e vennero trasformate in un'"etichetta diagnostica", in una cartella clinica o in un cumulo di sintomi che, spesso, non arrivarono nemmeno ad assumere una identità nosologica.

*

L'ospedale Esteves era, ed è tuttora, una struttura pubblica; gran parte della popolazione che vi abitò durante l'epoca presa in considerazione aveva vissuto in un contesto di povertà estrema prima di entrare in clinica, tanto che molte delle pazienti erano state mendicanti. Le condizioni di vita dell'Esteves non erano dunque molto diverse da quelle che le residenti avevano sperimentato nelle case sovraffollate o nelle pensioni per migranti da cui provenivano. Molte avevano sofferto situazioni di violenza nelle proprie

** Questo articolo è tratto da un lavoro di tesi di dottorato che analizza la formazione dello "sguardo clinico" a Buenos Aires tra il 1908 e il 1971. Il lavoro di ricerca, realizzato sotto la direzione del professor Mariano Plotkin, istituisce un dialogo tra il discorso medico sviluppato a partire da alcune diagnosi psichiatriche e la pratica clinica dei medici in una istituzione destinata a pazienti psichiatriche croniche (l'*Hospital Esteves* di Lomas de Zamora, provincia di Buenos Aires).

↵ I want to thank Jonathan Ablard and Maddalena Carli for trusting my work. Also Riccardo Emilio for his small but necessary contribution to the Italian.

1 La ricerca si arresta al 1949 poiché non conosciamo l'anno esatto in cui gli psicofarmaci vennero introdotti nel paese, ragion per cui abbiamo deciso di fermarci alle soglie degli anni Cinquanta.

famiglie o sul lavoro, nonché la fame e il freddo, ragion per cui l'ospedale rappresentava quanto meno un tetto sicuro. In altri casi, tuttavia, entrare nell'istituto significava abbandonare la casa e la famiglia per cominciare una vita solitaria in un luogo ostile.

Cercheremo di seguire le logiche dell'ospedale per ricostruire le soluzioni date, al suo interno, a differenti congiunture sociopolitiche; al contempo, occorre tuttavia tenere a mente che le informazioni rintracciabili nella documentazione suggeriscono di mettere in rapporto la struttura con il contesto nel quale essa si inserisce. Il contesto, nella fattispecie, è rappresentato dall'immigrazione.

La nostra fonte principale è rappresentata dalle cartelle cliniche delle pazienti. In esse sono reperibili i dati personali: provenienza, anno di ingresso nell'istituto, nazionalità, occupazione, il nome della persona che le accompagnò, diagnosi medica che determinò la necessità di ricovero (solo in taluni casi), anno di morte.

1. Breve cronaca della costruzione dell'ospedale

L'Esteves venne creato per decongestionare l'Hospital Nacional de Alienadas (HNA) della capitale del paese². Così dichiarava la presidentessa della Società di beneficenza, Etelvina Costa de Sala, all'inizio del Novecento: «abbiamo richiesto uno stabile per installarvi le folli croniche e le idiote, cosa che porterà sollievo alla sede principale, che è sempre sovraffollata e permetterà l'accesso giornaliero, molto richiesto»³. Curiosamente, nei casi che abbiamo analizzato non compaiono pazienti con diagnosi di idiozia fino al 1922 e sempre in quantità molto basse (ventidue casi in tutto il periodo considerato); se ne può dedurre che, nonostante fosse stato pensato come ospedale per idiote, nella pratica l'Esteves si è caratterizzato come ricovero per pazienti croniche.

Come testimoniano i registri⁴, già nel 1902 l'HNA ospitava 2056 pazienti; 132 di loro dormivano per terra⁵. Nel 1908 la situazione era così grave che il direttore, il dottor José A. Esteves – al cui nome sarebbe stata intitolata la nuova istituzione nel 1967 – riteneva che non fosse possibile ammettere nuove pazienti, tranne che in casi

2 L'HNA, fondato nel 1854, è stato il più importante ospedale di Buenos Aires dedicato all'assistenza femminile.

3 Atti della Società di beneficenza, 10 luglio 1903, Archivo General de la Nación.

4 Come indica la dottoressa Valeria Pita, la Sociedad de beneficencia era una agenzia statale fondata nel 1823, formata da donne dell'élite della capitale del paese, prima nelle mani del governo provinciale e dal 1880 inserita nello stato nazionale. La Sociedad de beneficencia amministrava strutture pubbliche e si occupava dell'intervento e della tutela su bambine, donne povere, lavoratrici e malate. Cf. V. Pita, *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes. Buenos Aires, 1852 – 1890*, Rosario, Prohistoria, 2012, p. 16. All'apertura della succursale di Lomas de Zamora, sono state queste donne a venir prese in carico dall'ospedale.

5 *Memorias de los 75 años del hospital*, Hospital José Esteves de Lomas de Zamora, s/d.

eccezionali. Non sapendo dove mandare le alienate che avevano superato lo stadio iniziale della crisi, diventava impossibile agire metodicamente sui casi acuti. La conseguenza fu il sovraffollamento. Le pazienti, inoltre, non venivano suddivise per tipologia di malattia; non vi erano fondi per il personale e i salari erano insufficienti⁶.

La situazione dell'HNA divenne una questione di stato; in questi termini ne parlò il potere esecutivo al Congresso della nazione, nel settembre del 1906, allorché manifestò l'imperiosa necessità di migliorare le condizioni igieniche nell'Hospital Nacional de Alienadas. Ciò indusse il ministero degli Affari esteri e del culto, facente capo a Manuel Montes de Oca, a gestire attraverso la Banca nazionale (*Banco Nacional en Liquidación*) presieduta da Rafael Peró, l'utilizzo provvisorio di una casa che l'istituto possedeva nel villaggio di Lomas de Zamora, conosciuta come Quinta Varela. Una volta adottata questa soluzione, realizzate le minime riparazioni e i fabbricati indispensabili a ospitare un considerevole numero di alienate, si pensò a costruire uno stabilimento che garantisse non soltanto l'espansione necessaria dell'ospedale, ma anche i vantaggi di carattere tecnico derivati dalla sua ubicazione in un villaggio di campagna, in condizioni ottimali per il trattamento delle malate. A questo proposito la Società di beneficenza, con il concorso del governo, eseguì studi appropriati ed elaborò i progetti per la nuova costruzione⁷.

Il piano generale dell'ospedale venne concepito con l'idea di trasferirvi 500 pazienti dell'HNA⁸. L'intenzione originaria era «che lo stabile in via di costruzione dovesse essere destinato esclusivamente a dementi croniche incurabili che non avevano bisogno di maggiori cure assistenziali, senza distinzione di categoria, a eccezione di un padiglione speciale per le idiote». In tal modo, l'HNA avrebbe potuto svolgere la funzione di ospedale di trattamento, senza disperdere il proprio personale nella cura di malate che non necessitavano strettamente di questa funzione⁹.

Inaugurato nel 1908, l'ospedale constava di tre padiglioni; poco a poco vennero realizzati ristrutturazioni e ampliamenti, fino a un numero di quattordici padiglioni. Le costruzioni, insieme all'acquisto dell'attrezzatura, furono registrate negli Atti della Società di beneficenza e, in alcune occasioni, ne venne data notizia sulla stampa locale, dal momento che l'inaugurazione dei padiglioni avveniva alla presenza di invitati

6 Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora, Sociedad de beneficencia, fasc. 190, anno 1911 – 1923, Archivo General de la Nación.

7 Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora, Sociedad de beneficencia, fasc. 197, anni 1902 – 1908, Archivo General de la Nación.

8 Acta 13 Sociedad de Beneficiencia, Archivo General de la Nación.

9 Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora, Sociedad de beneficencia, fasc. 198, anno 1912, Archivo General de la Nación.

importanti del mondo politico e religioso. È verosimile che si operasse in questo modo per dare visibilità alla struttura e ai lavori a carico della Società di beneficenza¹⁰.

In ciascun padiglione vi era una zona per i letti, un'altra per i pasti, i bagni e le docce, l'infermeria e il consultorio medico. Ogni padiglione ospitava più di cento pazienti: anche dopo essersi trasferite, le donne continuavano a vivere, di fatto, in condizioni di sovraffollamento. Tale situazione sta a dimostrare, oltre alle difficoltà connesse alla concentrazione in un unico spazio di persone con problemi mentali (di difficile risoluzione), che lo scopo principale era quello di distaccare altrove le pazienti ritenute croniche.

Si può notare, infine, l'interesse degli amministrativi per la creazione di spazi verdi all'interno della struttura. Il responsabile dei giardini di Lomas de Zamora aveva inviato all'intendente comunale, al momento della costruzione dell'edificio, una lista di semi e alberi per allestire i giardini; la richiesta testimonia delle strette relazioni che intercorrevano fra l'ospedale e la municipalità locale¹¹.

A fronte delle modalità che caratterizzarono la creazione dell'ospedale, tra i vicini e anche tra alcuni operatori della sanità si pensava che la succursale di Lomas de Zamora avesse la funzione di “deposito” delle pazienti irrecuperabili. Riteniamo che l'ospedale, in quanto tale, ne abbia sofferto e, di conseguenza, anche il personale e le pazienti¹². Sebbene la succursale si sia resa indipendente dall'HNA nel 1946 e si sia sviluppata sino a diventare un punto di riferimento per la zona ovest della provincia di Buenos Aires – dove gran parte della popolazione locale ha trovato lavoro o ha avuto la possibilità di ricoverare i propri familiari con problemi mentali affinché fossero curati – è fuor di dubbio che una sorta di connotazione negativa (l'“avanzo”, il “deposito”) è rimasta iscritta nell'immaginario legato alla struttura ospedaliera e che se ne può avvertire l'eco ancora oggi¹³. Come se la qualificazione di “irrecuperabile” attribuita alle pazienti si fosse trasferita automaticamente all'ospedale, finendo per segnare culturalmente entrambi.

10 Actas de la Sociedad de beneficencia, 13 y 15, Archivo General de la Nación.

11 *Ibid.*

12 Per Goffman, la persona stigmatizzata non viene considerata del tutto umana, ma in qualche modo differenziata e discriminata; cf. E. Goffman, *Stigma: Notes on the Management Spoiled Identity*, New York, Simon and Schuster, 1963 (trad. it. *Stigma: l'identità negata*, Roma-Bari, Laterza, 1963).

13 Per questa ragione, a partire dagli anni Ottanta e Novanta del Novecento, esiste un importante gruppo di professionisti che porta avanti diversi progetti per reintegrare le pazienti nell'ambito della comunità e per svincolare l'ospedale dalla sua fama di “cronicità” (Intervista a Lilia Vera, psicologa, maggio 2013).

2. Le relazioni all'interno dell'ospedale: perdita d'identità, scene di violenza e solitudine

Proviamo ora ad aprire le porte dell'Esteves, per entrare e conoscere – per quanto parzialmente – le pazienti che vi hanno risieduto, la loro vita quotidiana e le relazioni che hanno costruito, come vi hanno trascorso l'esistenza fino alla morte.

Le fonti ci parlano, nella maggior parte dei casi, di donne che arrivavano con sintomi lievi (fossero confuse o tristi a causa di situazioni personali); sintomi che, col trascorrere del tempo, si andavano acuendo fino a cronicizzarsi, per cui le pazienti passavano il resto della loro vita internate. Trascorrevano interi decenni nei corridoi, alcune dedicandosi a mansioni di ordine e pulizia dei padiglioni o alla biancheria nel lavatoio; altre, invece, occupavano semplicemente lo spazio, rimanendo per la maggior parte del giorno sdraiate, senza nessuna attività e senza mantenere alcuna relazione con le proprie famiglie né con il mondo esterno. Molte delle ricoverate non ricevevano neppure cure mediche in modo sistematico. In un rapporto ospedaliero del 1909, un medico commentava: «Fino a oggi, niente è risultato essere più efficace del riposo a letto, aiutato o meno da coperte umide [...]. Sulla totalità delle malate si può calcolare un 8 o 10 % che ha bisogno di rimanere più o meno tempo a letto»¹⁴.

I racconti di alcuni operatori sanitari che hanno lavorato nella struttura a partire dagli anni Sessanta segnalano, per esempio, che nei primi decenni di esistenza dell'ospedale le donne mangiavano con le mani: non essendoci posate, il cibo veniva depositato direttamente sul tavolo¹⁵. Indossavano camicioni lunghi con un numero e il nome del padiglione ricamato sulle spalle; in questa maniera, le loro caratteristiche individuali si perdevano anche nell'abbigliamento. In molte cartelle cliniche si racconta di come alle pazienti venissero tagliati i capelli a caschetto, in molti casi per tentare di contrastare i pidocchi che avevano quando venivano ricoverate¹⁶. Viene così descritto un variegato scenario di vite che tendevano a essere uniformate sotto una comune categoria: quella delle alienate mentali. Altre differenze, come il paese d'origine, la lingua e l'età venivano cancellate: le donne non erano che pazienti psichiatriche. Vestite tutte alla stessa foggia, con un identico taglio di capelli, le ricoverate venivano dunque sottoposte a un processo di standardizzazione. Di fronte all'immagine del “lato sano” delle donne, la soggettività e i tratti personali sparivano per lasciare posto alla “malattia”.

14 Memoria 1909, Sociedad de beneficencia, Archivo General de la Nación.

15 Intervista al dottor Zriky, realizzata il 30 ottobre 2011.

16 A titolo di esempio di cartelle cliniche che testimoniano del taglio di capelli a caschetto: Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Ospedale Neuropsichiatrico Esteves di Lomas de Zamora, fasc. 92, cartella clinica 5005; fasc. 150, cartella clinica 27388; fasc. 3, cartella clinica 7322; fasc. 9, cartella clinica 530; fasc. 64, cartella clinica 29566.

2.1. *Convivere con la violenza*

Un altro aspetto della vita quotidiana nella struttura ospedaliera è rappresentato dalla violenza. Gran parte delle ricoverate avevano vissuto situazioni domestiche difficili, prima di entrare in clinica, specialmente quelle che soffrivano patologie che si manifestavano attraverso azioni fisiche particolarmente convulse¹⁷. Senza offrire alcuna giustificazione alla violenza, è necessario considerare che per le famiglie deve essere stato complicato convivere e sopportare una persona affetta da malattia psichiatrica, soprattutto senza sapere di cosa si trattasse e senza avere le competenze per potersene occupare¹⁸. Per esempio, nella cartella clinica di Lucía (ricoverata dietro domanda del marito nel 1930) si legge: «Malattia attuale: comincia nel 1928 con un complesso di persecuzione riguardante una famiglia di vicini [...]. Allucinazioni della vista. Soliloqui, canti. Risate immotivate. Periodi di frenesia. Il marito le applicò una terapia personale (botte) che è fallita. Le sue alterazioni sono continuate senza variazioni fino al momento attuale. Ha allargato il circolo dei suoi persecutori. Affettività mantenuta. Lavoratrice. Aggressiva a momenti. Soffre di insonnia»¹⁹. Soffermiamoci sulla definizione delle percosse del marito come «terapia personale che è fallita». Forse chi si è occupato dell'accettazione ha cercato soltanto di trascrivere le parole del marito, o forse le botte venivano considerate come un possibile trattamento per una donna con una diagnosi psichiatrica. Non viene formulato un giudizio negativo rispetto alle percosse, anzi le si descrive come una possibile terapia; la situazione non è dunque interpretata come un possibile abuso su una donna con alcuni tratti di patologia psichiatrica.

Per quel che concerne la violenza all'interno dell'ospedale, è possibile distinguere due scenari: da un lato, la violenza tra le pazienti; dall'altro lato, le situazioni in cui erano le stesse ricoverate a mettersi in pericolo. Rispetto alla prima tipologia, vi sono segnalazioni di colpi, aggressioni con elementi fibrosi o tirate di capelli, benché nella maggior parte delle cartelle cliniche non si trovi la descrizione dei singoli episodi. Si rinvengono altresì indicazioni di cadute, ma senza alcuna spiegazione delle cause: nelle cartelle cliniche, si constata esclusivamente che le pazienti provavano dolore o erano in fase di recupero. Probabilmente, si pensava che la condizione

17 L'analisi attuale di una situazione di violenza fisica o emozionale di una donna con un quadro patologico psichiatrico non segue gli stessi parametri che si utilizzavano all'epoca dei fatti esaminati: picchiare i bambini e utilizzare la forza fisica su di una donna affetta da malattia psichiatrica poteva essere accettato o quantomeno non giudicato socialmente allo stesso modo durante una buona parte del periodo preso in considerazione. Pertanto la prospettiva della nostra ricerca – come del resto di ogni lavoro di questo tipo – è un'analisi che facciamo a partire dall'angolo visuale del nostro tempo.

18 Intervista a Lilia Vera, 19 maggio 2013.

19 Archivo General de la Nación, Departamento intermedio. Ospedale Neuropsichiatrico Esteves di Lomas de Zamora, fasc. 9, cartella clinica 29.055.

psichiatrica le facesse disinteressare dell'integrità fisica e le rendesse inclini a colpirsi da sole. Accadeva inoltre di frequente – e le cartelle cliniche lo dimostrano – che i problemi di convivenza si risolvessero a botte. Si parla di morsi tra ricoverate o di attacchi con oggetti acuminati²⁰. In un caso, un colpo inferto con un tubo provocò nella vittima la fuoriuscita del globo oculare²¹. Si può supporre che i vertici dell'istituzione fossero a conoscenza di questi episodi e che in alcune occasioni perdessero il controllo della situazione. Abbiamo trovato una comunicazione della presidente della Società di beneficenza del 30 maggio 1924, che si lamentava per gli incidenti occorsi tra due pazienti nel padiglione Charcot dell'ospedale e chiedeva che venissero prese maggiori precauzioni perché non si ripetessero. Alla segnalazione, seguirono molteplici risposte in cui le autorità dell'ospedale assicuravano di occuparsi della situazione²². Benché non sia specificato a quale episodio in particolare si facesse riferimento, l'intervento della presidente della Società di beneficenza in merito a un episodio di violenza all'interno dell'ospedale – cosa che, secondo quanto indicato dalle fonti, era all'ordine del giorno – ci induce a credere che si trattasse di un fatto particolarmente grave, al di fuori dei parametri di quella che era considerata la “normalità” e che preoccupò oltremodo i dirigenti dell'ospedale.

Pur supponendo che la malattia mentale comportasse un eccesso di energia o di violenza, le fonti raccontano come le situazioni conflittuali mettessero solitamente in pericolo le stesse ricoverate; probabilmente, non c'era personale sufficiente e preparato a prevenire o a contenere le pazienti durante gli episodi critici. Vivere per anni in un ambiente di questo tipo deve avere inciso negativamente sull'evoluzione delle patologie mentali o aggravato la cronicità dei quadri clinici delle residenti. Alcune, forse, non potevano esprimere a parole la propria sofferenza a causa della gravità dei sintomi psichiatrici; altre, probabilmente, erano coscienti della violenza quotidiana in cui erano immerse.

Ci sono poi i casi in cui le pazienti mettevano in pericolo se stesse, le proprie compagne o il personale dell'ospedale²³. Come risposta alle attitudini violente, venivano prese alcune misure che, seppure non considerate veri e propri trattamenti terapeutici,

²⁰ Ivi, fasc. 7, cartella clinica 7913.

²¹ Ivi, cartella clinica 6931.

²² Archivo General de la Nación, Sociedad de beneficencia. Ospedale Neuropsichiatrico Esteves di Lomas de Zamora, fasc. 191, Sociedad de beneficencia.

²³ Si veda, a titolo di esempio: Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Ospedale Neuropsichiatrico Esteves do Lomas de Zamora, fasc. 46, cartella clinica 9839; fasc. 139, cartella clinica 19.246; fasc. 7, cartelle cliniche 7913 e 6931; fasc. 8, cartella clinica 8574; fasc. 9, cartella clinica 36.380; fasc. 3, cartella clinica 9452.

facevano parte delle pratiche psichiatriche “di controllo” delle pazienti. Tra queste, figuravano la camicia di forza o l’iniezione di fiale al latte²⁴.

Il disciplinamento dei corpi e l’accettazione della violenza come pratica terapeutica per ridurre i sintomi e “migliorare” la qualità di vita dei pazienti sono processi costanti negli ospedali psichiatrici; sono stati analizzati, e continuano a esserlo, da varie discipline²⁵. Come hanno indicato diversi autori, le relazioni tra il paziente, il personale e la struttura ospedaliera sono di natura dinamica e si sviluppano e strutturano attraverso l’interazione. Si sono verificati casi in cui l’azione di contenimento è stata diretta al corpo. Una scena di tensione e di violenza tra infermiere e una paziente, per esempio, ha avuto come protagonista Natalia. Nella sua cartella clinica è annotato:

Poco dopo il suo ricovero cercò di scappare arrampicandosi nei bagni fino alla finestra e creando momenti di pericolosa apprensione, che non ebbero conseguenze gravi grazie alla fermezza e all’abnegazione delle infermiere di turno e del personale tecnico; fu necessario tagliare un ferro della finestra del bagno per poter permettere senza pericoli la discesa della paziente. Si raccomanda una vigilanza speciale e l’uso di *restraint*²⁶. Steccatura dell’avambraccio.²⁷

L’episodio dimostra come in alcuni casi le infermiere avessero bisogno della collaborazione di altro personale della struttura per contenere le pazienti ed evitare danni fisici a loro stesse e agli altri. La pratica del *restraint* segnala che si trattava di una paziente esuberante, difficile da contenere e senza cognizione del pericolo a cui si era esposta con il tentativo di fuga.

Come sostiene Jimena Mantilla nella sua ricerca sulle pratiche psichiatriche attuali, sono le interazioni tra pazienti e operatori a definire i termini dell’uso dei mezzi di contenimento e il loro significato²⁸. Non è nostra intenzione semplificare la questione del ricorso alla forza all’interno di un’istituzione psichiatrica; sappiamo che, dinanzi ad argomenti tanto delicati, è opportuno analizzare i singoli casi prima di trarre affrettate conclusioni. Ciò che ci interessa sottolineare è uno degli elementi che hanno

24 Le fiale di latte erano iniezioni applicate generalmente alle gambe. Provocavano febbre, edemi e incapacità di movimento, costringendo il paziente al riposo forzato.

25 Si veda A. Bialakowsky, C. Lusnich, E. Rosendo, *La institución manicomial: los silencios sociales en el proceso de trabajo*, in «Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina», vol. 46, n. 3, 2000, pp. 235–246; M. J. Mantilla, *De persona a paciente. Las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la ciudad de Buenos Aires*, tesi di dottorato, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Buenos Aires, 2010.

26 Il *restraint* era una pratica di contenimento delle pazienti che consisteva nell’immobilizzarle a letto legando loro mani e piedi.

27 Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Ospedale Neuropsichiatrico Esteves di Lomas de Zamora, fasc. 45, cartella clinica 44.673.

28 Mantilla, *De persona a paciente* cit., p. 116.

caratterizzato la quotidianità nella vita dell'ospedale. È necessario considerare che se le cartelle cliniche descrivono esclusivamente episodi di violenza delle ricoverate, ciò non significa che non si siano verificate azioni violente da parte del personale che conviveva con loro. Ovviamente, nei resoconti non se ne trova traccia, dal momento che la voce delle pazienti vi è del tutto assente²⁹.

2.2. *Anni di solitudine*

Tra gli aspetti importanti della vita quotidiana delle donne ricoverate in ospedale, vi è infine la solitudine. Esemplicativa, a questo proposito, una lettera scritta da Olga ai suoi familiari. La donna era stata accompagnata all'ospedale dalla polizia, con un «quadro patologico di alcolismo acuto in una mente debole». Ricoverata nel 1928, morì nel 1949, dopo aver vissuto internata per ventun anni. Come sostiene Rafael Huertas, le lettere -come altri documenti scritti da pazienti - che si trovano uniti alla sua storia clinica e che non raggiunsero la destinazione, pongono di fronte al ricercatore la vita quotidiana negli stabilimenti psichiatrici dal punto di vista dell'esperienza dell'internato, le sue preoccupazioni, angosce e paure, siano essi patologici o meno, e in definitiva sull'esperienza della malattia.³⁰

Caro zio. La presente è per manifestarle che sto bene di salute e altrettanto spero di voi tutti. Desidererei che mi portino via da qui quanto prima perché sono stanca di starci da così tanto tempo e prometto di comportarmi al meglio possibile per non doverci ritornare di nuovo, perché mi mancate molto e sono molto triste e ho molta voglia di vedervi tutti e di venirvi a trovare.³¹

Si può notare, innanzitutto, come fosse la stessa paziente a chiedere a un suo familiare di essere ritirata dalla struttura, in una lettera scritta con assoluta coerenza e senza problemi di espressione. Olga manifestava un pentimento (confessione di peccato) come un primo segnale di guarigione. Riconoscendo la cattiva condotta, esisteva in lei un riconoscimento dell'errore e una equiparazione fra la sua “follia” accettando il suo errore; possibilmente anche la famiglia aveva operato tale comparazione e perciò lei lo ripeteva. L'autore Rios Molina descrive la normatività domestica come le regole domestiche che ogni membro deve seguire a seconda della sua età o sesso; esse si

29 Intervista a Lilia Vera, cit.

30 R. Huertas, *Historia Cultural de la Psiquiatría. (Re)pensar la locura*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2012, p. 168.

31 Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Ospedale Neuropsichiatrico Esteves di Lomas de Zamora, fasc. 68, cartella clinica 2.898.

fondano sull'eredità culturale e la tradizione del “dover essere” di ogni membro. Un tal connubio di diritti e doveri si basa in relazioni di potere. In questi ideali di comportamento, “la folle” della famiglia romperebbe con questo ideale e con le possibilità di controllo della famiglia. Di fronte alla incapacità della famiglia di controllare tale situazione domestica, la donna venne internata nell'ospedale che disponeva dei mezzi per intervenire. Di fronte a tali comportamenti, indipendenti dalla patologia mentale dell'internata, che non implicavano crimini però andavano contro la moralità domestica, Foucault dichiara che la psichiatria si iscrive come una tecnica di restituzione della giustizia familiare.³²

La lettera continua:

Ho già detto alla nonnina che le avrei obbedito e non sarei uscita dalla porta tranne quando lei è presente o quando vado a passeggiare. Spero che non sarai così cattivo con tua nipote e che ti ricordi che ormai sono più di due anni che sono isolata senza avere niente e che sono completamente ristabilita e curata.³³

La paziente prometteva di non uscire per strada e si può ipotizzare che la possibilità che Olga lo facesse comportava due ordini di problemi: in primo luogo, c'era il rischio legato alla circostanza che una donna con un quadro psichiatrico simile andasse in giro da sola. Di fatto, come abbiamo detto, Olga era stata portata in ospedale dalla polizia, che probabilmente la trovò quando stava causando qualche tipo di “disturbo” oppure, come veniva dichiarato nelle schede di ammissione, in preda a un “comportamento anomalo”. In secondo luogo, uscire liberamente era un modo di mostrarsi in pubblico, mentre probabilmente la famiglia preferiva tenerla nascosta in quanto “diversa” a causa dei suoi problemi mentali, per una questione di pregiudizio e di stigma sociale.

La richiesta di Olga continuava così: «anche solo per venire a visitarvi, uscire un poco, respirare l'aria che mi fa tanto bene e poi se volete posso tornare di nuovo»³⁴. L'ultima parte della lettera recitava:

Perché ho... voglia di darvi una mano e occuparmi della nonnina che tutti i lunedì deve faticare per venire qui e ormai non ce la fa più ed evitarle tutta questa fatica un saluto da parte mia a tutti e baci alla [...] e ai ragazzi spero che verrai a trovarmi e che mi risponderai presto. Non ho altro da dirti per ora. Ti saluta la tua nipote che ti vuole bene e che ha voglia di vederti e portami via presto da qui.

32 M. Foucault, *Los Anormales*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000. P140

33 Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Ospedale Neuropsichiatrico Esteves di Lomas de Zamora, fasc. 68, cartella clinica 2.898. cit.

34 *Ibid.*

Il riferimento alle visite settimanali della nonna denota la presenza della famiglia nella sua vita. Olga offriva una “controprestazione”: in cambio dell’uscita dall’ospedale, si sarebbe occupata di sua nonna e non le avrebbe più causato il disturbo di doverla andare a trovare. Un riferimento ai lavori di casa portati avanti dalle donne, un modo di “comprare la sua libertà” offrendo in cambio l’adempimento di una mansione tipicamente femminile.

Allegata alla lettera vi è una annotazione del medico, per il quale «la malata benché fosse migliorata non era in condizioni di ritornare a casa sua»; senza indicazione delle ragioni né di quale fosse stata la risposta della famiglia alla richiesta di Olga di tornare a casa.

Huertas enfatizza come queste lettere non arrivarono al destinatario e che furono allegate alle storie cliniche per diverse ragioni, tra le quali quella di illustrare la patologia o la resistenza all'internamento.

Per le caratteristiche delle lettere di Olga, consideriamo che il motivo possa essere più vicino alla seconda ipotesi esposta. Chiaramente a queste lettere non seguì risposta e pertanto, come sostiene l'autore spagnolo, sono portatrici di solitudine e assenza.³⁵ In ultimo, Rafael Huertas lega la solitudine che deriva dall'analisi di tale tipo di fonte, con l'esclusione sociale del malato mentale, la sua perdita di luogo come cittadino, denominandolo una non-persona localizzata nel non-luogo di Marc Augé, dove l'asilo è visto come un luogo di transito e non di pertinenza (i pazienti aspirano ad uscirvi), “...come un'area di esclusione, nella quale a questo sentimento di non appartenenza si aggiunge la negazione dell'identità, il linguaggio non condiviso, la solitudine, il silenzio, e, in sintesi, l'alienazione.”³⁶

A nostro giudizio, la missiva mette in luce la situazione di una paziente che probabilmente avrebbe tratto beneficio dalla partenza dalla struttura e che, a differenza di ciò che mostra la maggior parte dei documenti medici ai quali abbiamo avuto accesso, ha potuto esprimere i propri sentimenti e desideri nella redazione di una lettera che, d'altra parte, mostra la tristezza e la noia che la vita da reclusa le provocava e il desiderio di reinserirsi nel nucleo familiare. Olga morì nell'ospedale di Lomas de Zamora. Riteniamo che molte altre donne avvertirono questa stessa solitudine; i quadri clinici erano sufficientemente lievi – o forse neppure esistevano – da permettere loro di capire che erano in condizioni di abbandonare l'ospedale e che invece, per cause diverse (famiglie che le abbandonavano, questioni burocratiche, decisioni mediche), avrebbero passato il resto della vita nella struttura.

³⁵ Huertas, *Historia de la Locura*, cit. p. 168

³⁶Ivi., p. 169

3. *Vivere in un'altra lingua: le immigrate*

Sul finire del XIX secolo, arrivarono in Argentina circa quattro milioni e duecentomila persone, la maggior parte delle quali provenienti dall'Europa. Tra gli ultimi decenni dell'Ottocento e lo scoppio della prima guerra mondiale, giunsero soprattutto poveri, contadini, in gran parte analfabeti che venivano a “fare l'America” e a popolare il “deserto”. La principale virtù di questi immigrati era la capacità di lavoro, che aumentava il loro valore³⁷. Nell'ospedale, la maggior parte delle immigrate proveniva dalla Spagna e, in secondo luogo, dall'Italia, ma vi erano pazienti per un totale di venti paesi stranieri. La maggioranza delle ricoverate erano, dunque, argentine; a seguire spagnole, italiane, americane, immigrate dal resto dell'Europa occidentale e poi, ancora, dalla Polonia, dalla Russia e da altri paesi dell'Europa orientale³⁸.

Le politiche sull'immigrazione degli anni Quaranta del Novecento davano la priorità a persone che potessero inserirsi come lavoratori industriali o agricoli. In Argentina, arrivarono tuttavia anche criminali di guerra e popolazione “non gradita né produttiva”. Durante il primo governo del presidente Juan D. Perón (1946–1952), uno dei grandi problemi da risolvere fu proprio quello dell'immigrazione: per quanto incentivati, i flussi di ingresso vennero sottoposti a criteri di selezione e incanalamento che davano la preferenza ad arrivi culturalmente prossimi agli usi, ai costumi e alla lingua locali, nonché a quanti esercitavano mestieri utili allo sviluppo della nazione (agricoltori, pescatori, tecnici industriali, operai specializzati)³⁹.

37 F. Devoto, *Historia de la inmigración en Argentina*, Buenos Aires, Sudamericana, 2003, p. 29.

38 I processi di integrazione in Argentina sono stati indagati tanto dalla sociologia che dagli storici. Negli anni sessanta, il sociologo Gino Germani avviò una interpretazione sistematica dell'Argentina dando grande rilievo al problema della immigrazione (per un approfondimento sul tema si veda Devoto, *Historia de la inmigración* cit., p. 322). A partire dagli studi storici e da un'analisi circostanziata di diverse prospettive, come i matrimoni e le condizioni di vita, Devoto sostiene che non si può parlare di “crogiuolo di razze”, quanto piuttosto di un pluralismo culturale ampio e poco conflittuale, con alcune caratteristiche che si sposarono alla assenza di conflitti: ampia disponibilità d'impiego che ammortizzava le tensioni tra i gruppi; espansione urbana; minore distanza sociale tra spagnoli, italiani, francesi e nativi. D'altra parte, l'autore sostiene che è necessario distinguere fra l'ambiente urbano e quello rurale e che, dunque, parlare di crogiuolo o di pluralismo per tutta l'Argentina non è possibile, mentre occorre procedere a uno studio caso per caso. Infine, Devoto sostiene che l'impostazione di Germani e dei sociologi con i quali dialogava si basava su un concetto di società omogenea, intesa come un tutto unico. Devoto considera la necessità di pensare alla società dalla prospettiva dell'eterogeneità, ovvero come a un insieme composto da diverse persone, famiglie e gruppi (Devoto, *Historia de la inmigración* cit., pp. 343–346).

39 Ivi., p. 78.

Il profilo ideale di “argentino” era l’uomo sano, lavoratore e obbediente⁴⁰. Non sappiamo con certezza cosa ci si aspettasse dalle donne immigrate. Le donne erano “migranti invisibili” e non hanno lasciato quasi alcuna traccia nelle fonti. Sono state considerate come parte integrante del processo familiare di immigrazione, un anello nella catena migratoria degli uomini, anche se molte raggiunsero il paese da sole⁴¹.

La vita di quante arrivavano era difficile e ostile. Negli anni Novanta dell’Ottocento negli ostelli abitavano 2,49 persone per stanza; nel 1917, l’88,4% delle famiglie operaie vivevano in un unico vano⁴². Gli appartamenti erano luoghi sordidi, sovraffollati, con ambienti poco aerati e senza luce. Lo spazio condiviso era quello del patio, ove si svolgeva ogni tipo di attività di socializzazione, dove si lavavano i panni e giocavano i bambini. Le condizioni igieniche erano pessime; c’erano poche latrine e generalmente l’acqua veniva attinta dai pozzi. L’affollamento generava problemi di convivenza e situazioni di violenza tra inquilini. Comuni erano anche i conflitti tra inquilini e proprietari. La mancanza di pulizia e l’affollamento convertivano gli ambienti in focolai di infezione di svariate malattie. Tra i casi studiati all’interno dell’ospedale di Lomas de Zamora, troviamo con frequenza nei primi decenni del Novecento riferimenti al fatto che le pazienti avevano vissuto in ostelli prima di essere ricoverate ed è per questa ragione che ci interessa descrivere le condizioni di vita delle donne precedenti al ricovero.

Il processo di immigrazione internazionale che interessò l’Argentina tra la fine del XIX e la prima metà del XX secolo ha influito anche sulla composizione sociale dell’ospedale oggetto della nostra analisi. Le percentuali di immigrate subirono dei cambiamenti nel tempo, ma stiamo parlando di una struttura in cui la metà delle persone ricoverate erano immigrate: su un totale di 781 pazienti, 424 erano straniere, pari cioè al 54%. Tra le pazienti che sono morte in ospedale, le straniere sono state più numerose delle argentine fino agli anni Quaranta del Novecento. Dopo la seconda guerra mondiale è cambiata non soltanto la situazione dell’immigrazione in generale, a seguito di una nuova legislazione, ma anche la popolazione dell’Esteves.

L’autore messicano Andrés Ríos Molina, facendo riferimento a Dinesh Bhugra, sostiene l’esistenza di una stretta relazione tra emigrazione e follia: la mancanza di una solida rete familiare che fungesse da appoggio quando si presentavano i sintomi di qualche malattia mentale avrebbe reso la popolazione migrante molto più vulnerabile e

40 M. S. Di Liscia, *Desde fuera y desde dentro. Enfermedades, etnias y nación. (Argentina, 1880–1940)*, in G. Hocjman, M.S. Di Liscia, S. Palmer, *Patología de la patria: enfermedades, enfermos y nación en America Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 125–155.

41 Devoto, *Historia de la inmigración* cit., p. 302.

42 J. F. *La construcción del país urbano*, in *Nueva historia Argentina. El Progreso, la Modernización y sus límites (1880–1916)*, t. V, a cura di M. Z. Lobato, Buenos Aires, Sudamericana, 2014, pp. 409–465.

più incline alla reclusione psichiatrica⁴³. Siamo d'accordo con l'ipotesi sostenuta dall'autore e riteniamo che ciò possa relativizzare le convinzioni dell'epoca circa la maggiore propensione degli emigrati a contrarre malattie mentali rispetto ai nativi⁴⁴. È probabile che la mancanza di una casa propria, le condizioni economiche disagiate di chi era appena arrivato, le carenze affettive familiari e amicali, siano state tutte cause che influenzarono le donne straniere ammesse all'Esteves. In alcuni casi, probabilmente, le donne vennero internate poiché stavano attraversando situazioni emozionali difficili e non necessariamente a causa di malattie psichiatriche; una volta ricoverate, subirono un processo di cronicizzazione.

Le fonti testimoniano, per il periodo tra il 1920 e il 1940, una predominanza di donne straniere cui veniva diagnosticato il delirio; mentre vi era una maggior quantità di argentine schedate come dementi precoci e schizofreniche. La demenza è presente in tutti e quattro i decenni analizzati; era molto comune che alle immigrate venissero diagnosticate molteplici psicosi. Non disponiamo di dati sufficienti per sapere se le diagnosi multiple venissero formulate in uno stesso momento o se subissero delle variazioni durante il periodo di ricovero⁴⁵.

Con il proposito di comprendere se le differenze tra le diagnosi delle argentine e quelle delle straniere rappresentino un problema di linguaggio, abbiamo realizzato due diversi calcoli: innanzitutto, abbiamo distinto le diagnosi delle pazienti di lingua spagnola da quelle di chi non parlava castigliano; in secondo luogo, abbiamo confrontato le pazienti argentine con le straniere. Considerando la percentuale delle differenze diagnostiche, siamo giunte alla conclusione che la lingua non ha avuto una importanza significativa, mentre l'ha avuta il fatto che la paziente fosse argentina o straniera. L'“occhio clinico” dei medici era probabilmente influenzato dalla diversità culturale delle pazienti. Benché non fosse determinante, la lingua è una componente ulteriore che è necessario considerare al momento di analizzare le diagnosi, visto che il 47% (199 casi) del totale delle pazienti straniere non parlava spagnolo.

Secondo i dati raccolti, ad alcune donne venne diagnosticata una determinata patologia e vissero l'intero ricovero in base alla diagnosi iniziale o in assenza di una diagnosi chiara, probabilmente perché non erano riuscite a farsi capire al momento

43 C. A. Ríos Molina, *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910–1920*, Città del Messico, El Colegio de México, 2009, p. 44.

44 Vezzetti segnala che Arturo Ameghino dimostrò come ci fosse un maggior numero di pazienti immigrate ricoverate, a partire da statistiche da lui realizzate tra il 1902 e il 1928; cf. H. Vezzetti, *La locura en Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 1983, p. 224.

45 L'analisi delle diagnosi si allontana dall'interesse per la formazione dell'“occhio clinico” durante il XX secolo; d'accordo con questa premessa, il nostro caso di studio è costituito dai diversi quadri patologici di psicosi, ovvero dalle patologie maggiormente diagnosticate nell'ospedale.

dell'ingresso in ospedale, a causa della lingua o di altre differenze culturali. Non avere avuto una diagnosi precisa durante i primi anni di esistenza della struttura, quando le cure erano praticamente nulle, potrebbe aver generato situazioni particolarmente gravi, considerando che il fine dell'ospedale era "trattenere" quelle donne che «non dovevano fare parte della società né transitare sulla pubblica via». A partire dal 1930 la situazione cambiò, dato che dalla diagnosi dipendeva la scelta della terapia che le pazienti avrebbero dovuto ricevere in accordo con i loro sintomi (sono presenti quadri clinici con maggiore iperattività psicomotorio e altri di donne che tendevano più alla depressione).

Come sostenuto da alcuni studiosi, non esiste ancora una bibliografia che consideri in maniera differenziata gli effetti dell'emigrazione sugli uomini e sulle donne. Una delle conseguenze dirette dell'immigrazione straniera all'interno dell'ospedale di cui ci stiamo occupando è stata la varietà di lingue che vi si poteva incontrare. A proposito di questo aspetto, intendiamo soffermarci sulle difficoltà che i diversi idiomi hanno introdotto nella vita quotidiana, nelle relazioni con il personale e nelle questioni psichiatriche.

In che modo è possibile appurare se la maniera di esprimersi di una persona sia delirante se chi ne registra il ricovero non ne comprende la lingua? La lingua rappresenta un dato aggiuntivo per identificare i vuoti di informazione delle cartelle cliniche, considerando che il futuro delle pazienti dipendeva da come andava l'accettazione. In poche occasioni le cartelle cliniche menzionano la presenza di un interprete e, nei casi in cui se ne parla, si tratta generalmente di un'altra paziente della struttura che conosceva la lingua impiegata dalla neo arrivata. Nancy, per esempio, venne ricoverata quando era incinta di quattro mesi. Nel 1943 è descritta in questo modo:

Svizzera, 32 anni [...] entrata nell'HNA [...] nel 1938; portata da suo marito [...] trasferita il 29 gennaio 1941 in questo ricovero dove attualmente viene assistita [...] aiuta in piccole incombenze domestiche [...] durante il colloquio risponde in tedesco, interrogata da un'interprete la sua attenzione si distrae facilmente, si orienta male nel tempo e nello spazio [...]. Riferimenti deliranti di tipo persecutorio poco logici senza ripercussione affettiva, associazioni sconnesse.⁴⁶

La diagnosi di Nancy è stata formulata sulla base di quel che ne riferiva l'interprete. Non siamo certi che la paziente non presentasse effettivamente un quadro patologico; intendiamo comunque sottolineare come il processo di traduzione potesse generare un problema interpretativo. Se a ciò si aggiunge che non si era in presenza di un interprete professionista, la formulazione di una diagnosi chiara doveva essere tutt'altro che

46 Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Ospedale Neuropsichiatrico Esteves di Lomas de Zamora, cartella clinica 11.694.

agevole. È legittimo chiedersi se in questa catena “scomposta” di comunicazione le parole della paziente venissero considerate sintomi deliranti anche in virtù del fatto che si stava interpretando il suo discorso in tedesco a partire da una traduzione di un soggetto terzo.

Nella scheda di Chelsea, inglese, si legge: «non riesce a dire una sola parola in spagnolo, dunque risulta difficile esplorare la sua psiche». Veniva quindi annotato che la paziente aveva idee deliranti megalomani. Più avanti si indicava che un'altra “malata” le faceva da interprete⁴⁷. Siamo in presenza di una situazione simile a quella precedente, che richiede di prendere in considerazione quale fosse la patologia dell'interprete e quali fossero le sue condizioni psichiche mentre traduceva le parole di una sua compagna. Più che preoccuparci di quali furono le diverse diagnosi delle donne che non parlavano spagnolo, ci interessa sottolineare come, nel dispositivo della cartella clinica, simili metodi di gestione delle ammissioni furono prassi comune. Berta, per esempio, era polacca e venne trasferita nella struttura di Lomas de Zamora dall'ospedale generale. Le infermiere l'hanno descritta come tranquilla, dedita a monologhi nella sua lingua che loro non riuscivano a capire. Entrò nell'HNA nel 1932 e morì nel 1954; era arrivata a Lomas de Zamora nel 1939. Non se ne conoscevano né lo stato civile né la professione. La sua cartella d'ingresso riportava: «tranquilla, non capisce e non parla la lingua. Sembra del tutto disinteressata alla sua sorte; accetta sommessamente senza nessuna protesta quello che viene deciso». In quella del 1932 si legge:

Di animo eccitabile, volubile, parla prevalentemente lo yiddish [...]. Non si presta all'interrogatorio, dà l'idea di non capire lo spagnolo. Interrogata in yiddish da un'altra malata. L'interprete risponde in questa lingua con forma poco precisa e con capricciosità pessimista. Sembra disorientata, confusa.⁴⁸

Siamo nuovamente in presenza di una seconda paziente che ne descrive un'altra ai medici; si dava per scontato che le descrizioni si basassero su impressioni, dato che la donna non parlava la lingua del luogo.

Pur non disponendo di tutte le informazioni necessarie sui casi di quante si incaricavano di interpretare chi non parlava e non capiva lo spagnolo, partendo dalle fonti possiamo affermare che le accettazioni venivano realizzate in maniera assai superficiale e senza una idea concreta del quadro psichiatrico, ammesso che questo esistesse. La situazione delle donne che non parlavano spagnolo – e la mancanza di un interprete che potesse trasmettere ciò che veniva detto nel corso del colloquio – si inserisce in un contesto difficile: anche le pazienti argentine erano accolte con poche informazioni e uno studio piuttosto approssimativo del loro quadro clinico. Nella

⁴⁷ Ivi, fasc. 150, cartella clinica 20.411.

⁴⁸ Ivi, fasc. 48, cartella clinica 30.888.

maggior parte dei casi, inoltre, le diagnosi – che avrebbero rappresentato l'identità delle pazienti all'interno della struttura ospedaliera – le hanno accompagnate durante tutto il ricovero. Una diagnosi effettuata con maggiore precisione non avrebbe probabilmente modificato la terapia, ma avrebbe per lo meno consentito di capire se quella che si aveva di fronte era una donna con un profilo tranquillo oppure iperattivo, se era alterata o triste o se, al contrario, presentava un quadro mentale che meritava di essere trattato in una struttura come quella di Lomas de Zamora, pensata in un primo momento per pazienti croniche senza possibilità di recupero.

La questione idiomatica è rilevante, dunque, in relazione a due aspetti. Il primo riguarda i punti oscuri delle cartelle cliniche, dettati forse da limitazioni burocratiche della struttura o, magari, da una mancanza di interesse a conoscere le proprie pazienti in profondità. Ciò mette in luce un aspetto del lavoro clinico con le pazienti croniche, delle quali non si padroneggiava neppure con esattezza la patologia. In secondo luogo, il tratto idiomatico può essere considerato come la punta di un *iceberg*, una traccia per capire come trascorrevano la vita di queste donne all'interno della struttura ospedaliera, senza la possibilità di comprendere né di essere comprese. Molte di loro devono avere creato piccole costellazioni di relazioni (forse in alcuni casi di una o due persone), con le quali potevano capirsi e dialogare. Sebbene sia possibile ipotizzare che, con l'andare del tempo, chi non parlava spagnolo ne imparasse qualche parola, va considerato il fatto che vivere per decenni lontani dalla propria cultura senza comunicare con le altre persone potrebbe fare "impazzire" chiunque. Con ciò ci riferiamo alla influenza del contesto nel processo di cronicizzazione dei quadri patologici di queste donne.

Conclusioni

In conclusione, vorremmo rilevare la complessità che comporta la nostra ricerca. Abbiamo lavorato utilizzando quale fonte principale le cartelle cliniche delle pazienti ricoverate tra il 1908 e il 1950 e morte all'interno della struttura ospedaliera. Documenti di questo tipo non offrono informazioni sistematiche: è stato necessario raccogliere piccoli indizi a partire da una lettura approfondita dei rapporti medici, tenendo sempre presente il fatto che la voce delle pazienti non vi compare mai. Nonostante i mutamenti sociali, politici e culturali che durante il periodo in esame si verificavano all'esterno dell'ospedale, abbiamo constatato che quest'ultimo viveva di inerzia e che il tempo sembrava essersi fermato, tanto che le descrizioni che le fonti ci offrono della vita quotidiana delle donne sembrano sempre le stesse malgrado il passare dei decenni. Abbiamo voluto riprodurre questa sensazione di calma e di "isolamento dall'esterno" che traspare dalle cartelle cliniche. La situazione si modificò, almeno in parte, con l'arrivo degli psicofarmaci, che costituirono un nuovo modo di trattare la patologia

psichiatrica, anche se il grande cambiamento avvenne con l'esperienza delle comunità terapeutiche sviluppatasi nell'ospedale Esteves tra il 1969 e il 1971⁴⁹.

In secondo luogo, abbiamo voluto mettere in luce la vita quotidiana delle pazienti e la maniera in cui è stata registrata nelle cartelle cliniche, che ci consentono di capire alcuni aspetti del lavoro clinico realizzato con loro; questioni che forse non sono propriamente psichiatriche ma che hanno fatto parte dell'assistenza di una struttura ospedaliera speciale. Come abbiamo segnalato all'inizio, l'ospedale era infatti stato pensato per pazienti croniche che "non potevano" ricevere nessun tipo di cura, per cui era preferibile lasciassero il posto libero a pazienti "curabili". Le donne al centro della nostra analisi sono rimaste al di fuori della storia, per loro non c'era posto nel progetto riservato alla popolazione sana nella società argentina in crescita; le pazienti affidate all'istituto ospedaliero hanno accompagnato con le loro vite il succedersi delle teorie e delle pratiche psichiatriche, recitando sempre lo stesso ruolo: quello delle malate croniche.

Infine, abbiamo voluto sottolineare come, trattandosi per la maggior parte di una popolazione di immigrate in condizioni economiche disagiate o addirittura in stato di mendicizia, la struttura garantì loro, nonostante le privazioni e le difficoltà, le condizioni essenziali per far fronte alle patologie, sempre ammettendo che ne soffrissero veramente.

(traduzione dallo spagnolo di Laura Orlandini)

49 Sulle comunità terapeutiche nell'ospedale Esteves si veda A. Golcman, *The Experiment of the Therapeutic Communities in Argentina: the Case of the Hospital Esteves*, in «Psychoanalysis and History», vol. 4, t. 2, 2012, pp 269–284; Id., *Tendencias innovadoras en las practicas psiquiatricas. Argentina, 1960–1970*, in «Revista Ciencias de Salud», vol. X, n. 3, 2012, pp. 387-401.