UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA

SCUOLA DI SCIENZE UMANISTICHE

DIPARTIMENTO DI ANTICHITÀ, FILOSOFIA E STORIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze storiche

Tesi di Laurea

I mutilati dell'anima durante la Grande Guerra.
Studio sulla nevrosi di guerra attraverso le cartelle cliniche dell'ex Manicomio di Racconigi (1915-1920)

Relatore: Ch.mo prof. Guri Schwarz

Correlatore: Ch.mo prof. Marco Natalizi

Candidato: Alessandro Catalano

Anno Accademico 2024/2025

«*Dulce bellum inexpertis*»

Ai miei genitori.

Ad Anna e Abby.

INDICE

Introduzione …… 5

1. L'evoluzione del concetto di shock da trauma nel corso del Novecento …….. 11
1.1. Lo shock da trauma prima della Grande Guerra ……. 11
1.2. Un percorso attraverso i termini: da *Shell Shock* a *Post Traumatic Stress Disorder*…. 49
1.2.1. *Shell Shock* …….. 50
1.2.2. *Combat Exhaustion* ……. 75
1.2.3. *Combat Stress* e *Post Vietnam Syndrome* …… 95
1.2.4. *Post Traumatic Stress Disorder* …….. 109

2. La nevrosi di guerra nell'ex manicomio di Racconigi (1915-1920) ……... 116
2.1. Cenni storici sulla struttura ……. 116
2.2. L'archivio storico e le cartelle cliniche ……... 126
2.3. I sintomi e le diagnosi ……. 139
2.3.1. Nostalgici e malinconici …….. 141
2.3.2. Allucinati e amnesici …….….. 156
2.3.3. Agitati e violenti …….. 173

Conclusioni …… 189

Bibliografia …… 191

Sitografia ……... 195

Ringraziamenti ……... 196

Abbreviazioni

ASONR = Archivio storico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi

APCN = Archivio della Provincia di Cuneo

Introduzione

Che cosa succede all'essere umano quando si ritrova schiacciato da macchinari e tecnologie che non è in grado di gestire, ordini che non ha la forza di eseguire e situazioni che non è capace di sopportare? Perché in contesti eccezionalmente stressanti, completamente terrorizzato ed in balia dell'ansia e dell'angoscia, l'uomo sembra che possa talvolta perdere la ragione, tanto da sembrare di impazzire? Per rispondere a questi interrogativi ho voluto partire da un momento storico ben preciso e delineato quale è quello della prima guerra mondiale, non a caso definita in varie parti del mondo occidentale la Grande Guerra. Un conflitto come mai ce n'erano stati prima, il quale per portata e risonanza ha cambiato profondamente non solo le nazioni che ne hanno preso parte, ma anche e soprattutto gli uomini, indipendentemente dal fatto che essi siano stati protagonisti o spettatori di quanto avvenuto tra il 1914 ed il 1918. È a partire da questi accadimenti infatti, e soprattutto dalla quantità di soldati apparentemente impazziti, che gli psichiatri, primi fra tutti quelli inglesi e francesi, si rendono conto di che cosa può comportare una guerra del genere, non solamente sul corpo, ma anche e soprattutto a livello della psiche del soldato. Si inizia dunque a parlare in modo massiccio di soldati rimasti traumatizzati, e diversi giornali e riviste dell'epoca ne denunciano il problema, completamente inedito, almeno in quelle proporzioni. Inizialmente la reazione dell'opinione pubblica e degli addetti ai lavori è molto varia, e tutto tranne che compassionevole e ricettiva verso gli sventurati che vengono reclusi mesi, se non anni, in strutture manicomiali non adeguatamente attrezzate per contenerli e per trattarli.

Una prima voce estremamente originale arriva dall'Inghilterra, paese in cui opera lo psichiatra Charles Samuel Myers, il quale, dopo aver analizzato diversi casi di soldati che si mostrano privi di senno, si accorge che l'esperienza al fronte – una specifica esperienza al fronte, ossia l'essere sopravvissuti ad un bombardamento – è l'unica cosa che lega i diversi casi. Da questa prima rudimentale intuizione, elabora una teoria secondo la quale alcuni episodi bellici particolarmente violenti e straordinari siano in grado, potenzialmente, di alterare l'equilibrio psicofisico dei combattenti. All'inizio del 1915, trascorsi pochi mesi dall'avvio delle ostilità, definirà la diagnosi apposita con il termine *Shell Shock* (letteralmente "shock da granata" o, meglio ancora, "shock da bombardamento"). Tale diagnosi rappresenta un passo in avanti fondamentale per il panorama psichiatrico mondiale, in quanto riconosce per la prima volta l'esistenza di

una tipologia di malattia mentale prima completamente ignorata. È una rivoluzione. Benché già in passato – a questo proposito abbiamo informazioni risalenti al Seicento – alcuni medici avessero trattato il tema delle malattie mentali presenti negli eserciti, Myers è il vero pioniere in questa direzione poiché nessuno prima aveva elaborato una diagnosi specifica per una precisa tipologia di malati, quali sono appunto i soldati traumatizzati. Documenti soprattutto ottocenteschi e primonovecenteschi – che spaziano dalle guerre napoleoniche al conflitto italo-turco, passando per la guerra civile americana, la guerra franco-prussiana, il conflitto anglo-boero e quello russo-giapponese – ci informano di alcune patologie sofferte dai soldati al fronte, riconducibili e riassumibili alla semplice nostalgia per la propria casa, i propri cari e la propria vita in tempo di pace. Quello che invece prospetta Myers va ben oltre un semplice stato d'animo.

Questa rivoluzione concettuale nasce dunque nel contesto del primo conflitto mondiale, ma non si afferma immediatamente e, anzi, impiegherà più di cinquant'anni prima di venire universalmente riconosciuta e accettata dalla totalità degli psichiatri. Come si diceva, infatti, la reazione suscitata dalla proposta di Myers è molto varia e sono in pochi tra i professionisti del settore a considerare valido il suo assunto. La maggioranza, difatti, rigetta la sua prospettiva, vuoi per interessi economici, ideologici e politici, vuoi per testardaggine o conservatorismo. Chi invece accetta ed approva la sua intuizione, la definisce un vero e proprio sisma, insieme clinico e concettuale. Se analizzati seguendo la sua prospettiva, ci si rende conto che molti degli *scemi di guerra* prodotti dal conflitto del '14-'18 non devono essere trattati a livello terapeutico seguendo le direttive dei medici più conservatori, ma, all'opposto, si devono adottare tecniche e strumenti nuovi messi a disposizione proprio dalla psichiatria dell'epoca. Ci si riferisce in particolar modo alla psicanalisi di matrice freudiana, un'innovazione diffusasi a cavallo tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, lungamente respinta da molti psichiatri, specie nel nostro paese. E, assieme a questa, torna estremamente utile tutta una nuova disciplina quale è la psicologia, che proprio in quegli anni, agli albori del Novecento, muoveva i suoi primi passi.

Risposto quindi alla prima domanda, ossia cosa possa succedere ad un essere umano esposto a situazioni al limite della sopportabilità fisica e psichica, ecco che si è presentata subito un secondo quesito, non meno importante del primo: il concetto derivante dalla sindrome di *Shell Shock* è rimasto immutato nel corso del tempo, oppure ha subito variazioni? E ancora, se sì, quali?

Ripercorrendo le acquisizioni storiografiche, italiane ed internazionali, maturate nel corso degli ultimi cinquant'anni, si è potuto approfondire lo studio su tali questioni. Ne è risultato che il concetto iniziale proposto da Myers nel 1915 ha avuto vita estremamente breve. Già a partire dai primi mesi del 1918, gli psichiatri, anche quelli d'accordo in linea di massima con tale

proposta, preferiscono adottare altre diagnosi, affidandosi ad altre terminologie per designare le nevrosi presentate dai soldati, poiché *Shell Shock* risulta un'espressione troppo limitante e vincolante. Da qui tutta una serie di vocaboli suggeriti, adottati, scartati e mantenuti nel corso di circa sessant'anni, prima dell'ufficializzazione, ad inizio anni Ottanta, del termine diagnostico attivo ancora oggi: *Post Traumatic Stress Disorder* (*PTSD*). Il tema della nevrosi di guerra, più volte dimenticato e più volte riemerso a seconda dei contesti storici e geografici, ha infatti coinvolto un ampio numero di termini tecnici, i quali, di volta in volta, prendevano in esame aspetti più o meno specifici dell'esperienza bellica. *Shell Shock*, lo si è detto, almeno all'inizio, considerava quasi esclusivamente lo scoppio delle bombe durante i bombardamenti, i rumori forti o gli spostamenti d'aria causati dalle diverse esplosioni. Pochi anni dopo, a guerra ancora in corso, invece, i medici tendevano a tenere in considerazione anche altri fattori prevalentemente psichici e non esclusivamente somatici, quali ad esempio lo shock emotivo causato dall'esperienza diretta od indiretta di atrocità, violenze, abusi di forza e altre barbarie inevitabilmente presenti in un contesto bellico, specie se cruento ed estremo come quello del primo conflitto mondiale[1].

Il termine che l'ha seguito, *Combat Exhaustion* – anch'esso nato in ambiente anglosassone – spostava l'attenzione soprattutto sulla stanchezza fisica del soldato e sul conseguente esaurimento nervoso, dando molta più importanza, esattamente come la diagnosi precedente, all'aspetto fisico, più che a quello squisitamente psichiatrico. Rimasto in vigore per tutta la durata della seconda guerra mondiale, si è dovuto aspettare l'inizio della guerra in Vietnam e la stagione della contestazione a cavallo tra anni Sessanta e Settanta, per assistere ad una modifica concettuale, in termini tanto politici quanto medici. La nuova diagnosi si presentava ora attraverso il termine *Combat Stress*, ribattezzata appena una decina d'anni più tardi *Post Vietnam Syndrome*. Per la prima volta veniva introdotto un elemento fondamentale, senza il quale non si è in grado di comprendere appieno tale patologia: lo *stress*. L'ultimo vocabolo apparso sul *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*[2], aggiornato periodicamente, riporta infatti l'acronimo *PTSD*, dove la questione dello stress generato a seguito dell'esperienza di una situazione traumatica risulta di primaria importanza.

---

[1] Cfr. Fabio Milazzo, *Una guerra di nervi. Soldati e medici nel Manicomio di Racconigi (1909-1919)*, Pacini, Pisa, 2020, p. 221. «Anche se già verso la fine del conflitto, soprattutto in Inghilterra, con il termine "*Shell Shock*" si fece riferimento non soltanto all'effetto traumatico dello scoppio violento delle granate, ma più in generale alle conseguenze del conflitto sulla mente dei militari, ciò non determinò alcun riconoscimento sociale del valore patogeno del conflitto».

[2] O più semplicemente noto tramite la sola sigla *DSM* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), attualmente aggiornato alla quinta versione.

Concluso dunque il percorso di analisi delle diverse categorie impiegate dagli psichiatri, la ricerca si sposta su un caso di studio specifico. Dopo aver localizzato nell'archivio storico dell'ex Manicomio di Racconigi un luogo adatto dove poter fare ricerca seguendo questi interrogativi, lo studio specifico delle varie cartelle cliniche ha permesso di elaborare un quadro più completo e coerente sull'argomento. La pratica, infatti, confermava la teoria. Analizzando i diari clinici dei vari militari che tra il 1915 e il 1920 hanno attraversato le porte del frenocomio racconigese, si è potuto constatare che gli psichiatri attivi nella struttura in quegli anni non apparivano in nulla diversi dai "rivali" di Myers. Gli alienati infatti venivano legati, immobilizzati, costretti a letto, trattati con terapie shock, quali l'elettroterapia, o il trattamento cosiddetto morale. In loro si vedevano dei disertori, dei simulatori, degli effemminati, degli isterici, dei deboli: tutta una congerie umana da considerare alla stregua di rifiuti della società. Non si poteva riconoscere la guerra come la causa fondamentale e scatenante della psiconevrosi, altrimenti si sarebbe dovuto risarcirne gli affetti attraverso pensioni d'invalidità, troppo onerose per le casse dello Stato, già fortemente provate dall'evento bellico. Non si poteva riconoscere la malattia come una risposta legittima e giustificata della psiche umana sottoposta a situazioni eccezionali, altrimenti questa poteva essere sfruttata da simulatori e disertori, i reietti dell'esercito, per fuggire oltre gli obblighi individuali anche gli orrori che una guerra del genere comportava.

Insomma, questa patologia doveva essere trattata come se non esistesse, mascherandola con termini e diagnosi che non la collegassero direttamente al conflitto, e soprattutto che non fosse riconducibile a cause di servizio. Da qui, l'utilizzo di terapie e diagnosi provenienti direttamente dalla psichiatria civile per trattare pazienti che con il contesto civile ormai non avevano più niente a che fare. Da sempre la guerra ha rappresentato un laboratorio eccezionalmente vario per il progresso, oltreché politico, militare, tecnologico e medico-chirurgico. Ma in questo caso, si optò scientemente di ignorare e celare gli indizi provenienti dal campo di battaglia. La ragione di stato – che imponeva la vittoria della guerra – era più importante del progresso medico e culturale; pertanto l'evento bellico non poteva essere responsabilizzato in questo senso, e chi si fosse dimostrato affetto da tali disturbi doveva assolutamente essere allontanato dagli occhi indiscreti dell'opinione pubblica. Rinunciare a tutta una serie di stereotipi e pregiudizi sarebbe stato impossibile in un contesto così complesso e difficile, come quello che affrontavano tutte le nazioni partecipanti al conflitto. Non a caso, gli psichiatri degli Stati Uniti d'America, almeno fino al 1917, anno dell'entrata in guerra ufficiale nel vecchio continente, ne approfittarono per imparare dall'esperienza dei colleghi franco-britannici ed adottare prospettive terapiche tutto

sommato innovative e maggiormente efficienti, presentandosi sul campo di battaglia con una riserva medica e psichiatrica in media più pronta e ricettiva rispetto a quelle europee.

L'Italia invece, rimase quasi completamente tagliata fuori da queste nuove acquisizioni, complice indubbiamente il profondo conservatorismo vigente all'epoca tra le file degli psichiatri italiani. Questi ultimi, infatti, non adottarono quasi mai una prospettiva mentalmente più aperta e moderna, preferendo la certezza granitica delle credenze passate, alla precarietà delle nuove tecniche provenienti da oltralpe. Poca o nulla psicanalisi, dunque, reputata una terapia barbara, poiché d'origine germanica. Molto meglio, al suo posto, l'italianissimo elettroshock, brevettato dallo psichiatra Ugo Cerletti agli albori del secondo conflitto mondiale e rimasta una pratica attiva fino agli anni Settanta, prima che la celeberrima Legge Basaglia portasse alla chiusura definitiva di tutte le strutture manicomiali attive nella penisola. Oppure evitare completamente di definire l'evento bellico come la causa fondamentale e scatenante nell'insorgenza di tali patologie, e scaricare tutte le responsabilità del caso su tare ereditarie potenzialmente predisponenti.

Questa tesi è divisa in due parti, seguendo i due macro-capitoli che la compongono. Nel primo capitolo si analizza il versante teorico. Il capitolo 1.1. prende in esame, in maniera sommaria, i conflitti e gli approcci psichiatrici precedenti alla Grande Guerra, focalizzando l'attenzione soprattutto sui tre conflitti novecenteschi antecedenti al 1914: la guerra anglo-boera, la guerra russo-giapponese e la guerra italo-turca. Tale prospettiva è risultata utile per comprendere la mentalità e le proposte psichiatriche preponderanti ancora, almeno, alle soglie del 1914. Il capitolo 1.2., invece, è suddiviso a sua volta in paragrafi, per meglio schematizzare l'evoluzione del concetto della nevrosi di guerra nel corso del tempo, una volta presa coscienza dell'esistenza di tale patologia. Nell' 1.2.1. ho preso in esame il primo conflitto mondiale e ho delineato le questioni più rilevanti che la scoperta di una simile malattia comporta. Attraverso l'analisi delle diverse prospettive degli psichiatri ho potuto ricostruire il panorama afferente all'opinione pubblica coeva ed analizzarne le soluzioni proposte e le relative critiche. Nel capitolo 1.2.2. l'attenzione si sposta sul secondo conflitto mondiale, e sulle innovazioni specifiche che esso ha portato, evidenziando l'evoluzione del termine tecnico adottato e, di nuovo, le diverse proposte psichiatriche venute alla luce in quegli anni. Nell'1.2.3. ho preso in esame il termine diagnostico maturato a seguito della guerra in Vietnam, nelle sue due possibili varianti, concentrando l'attenzione soprattutto sull'accoglienza riservata ai veterani al momento del rientro in patria. Nell'ultimo sottocapitolo della prima parte della tesi, l'1.2.4., mi sono concentrato sull'evoluzione della percezione degli psichiatri che ha portato all'adozione della diagnosi di

PTSD, specificando come anche questa soluzione, benché immutata nel nome, non sia stata scevra di modifiche durante gli ultimi quarantacinque anni.

Nel secondo capitolo l'attenzione si sposta dalla teoria alla pratica. Nel capitolo 2.1. ho ricostruito brevemente la storia dell'ex Manicomio di Racconigi, focalizzandomi soprattutto sui due conflitti mondiali e sulle prospettive dei diversi direttori succedutisi nel corso del Novecento. Nel 2.2., invece, ho preso in analisi l'archivio storico dell'ex ospedale psichiatrico, descrivendone le fasi di formazione e le sue condizioni attuali, nonché la composizione delle cartelle cliniche in esso conservate. In conclusione, l'ultimo sottocapitolo, il 2.3., è stato a sua volta suddiviso in tre paragrafi, per esaminare meglio e in modo più approfondito i diversi fascicoli, prediligendo i sintomi alle diagnosi come elemento discriminante per classificarli ed analizzarli. Tuttavia si deve evidenziare fin da subito che alcuni casi clinici travalicano la categorizzazione qui proposta. Ci si ritroverà infatti delle cartelle cliniche che descrivono soldati al contempo depressi, allucinati e violenti; oppure amnesici e agitati, e via di seguito. La parcellizzazione tiene conto di necessità organizzative funzionali alla trattazione della materia. Purtroppo la realtà non sempre è semplificabile e razionalizzabile come la si vorrebbe.

Senza alcuna pretesa di esaustività tale ricerca mira soprattutto a ricostruire gli snodi principali dell'evoluzione di un concetto estremamente specifico – e in realtà enormemente complesso – quale è quello della psiconevrosi traumatica di origine emotiva. Per raggiungere tale scopo ho innanzitutto esaminato le principali opere storiografiche di riferimento in tale ambito; successivamente sono passato ad un'attività di ricerca diretta sul campo, reperendo ed analizzando circa centocinquanta cartelle cliniche manicomiali – tra le quali ho selezionato un campione sufficientemente variegato utile a delineare il suddetto fenomeno. Inoltre, per meglio rappresentare lo sviluppo dei diversi concetti e l'esperienza diretta dei protagonisti che hanno personalmente preso parte ai vari conflitti, ho deciso di utilizzare anche altre tipologie documentali che esulassero parzialmente dalle fonti primarie e secondarie tradizionali. Pertanto ho proceduto ad analizzare opere letterarie coeve ai conflitti descritti, oltreché video, film e documentari, dai quali ho estrapolato alcuni fotogrammi, scelti tra quelli valutati più interessanti e funzionali per tale trattazione.

1. L'evoluzione del concetto di shock da trauma nel corso del Novecento

«La guerra è una maestra silenziosa che insegna a diventare silenziosi.»
Rudolf G. Binding, *A Fatalist at War*

1.1 Lo shock da trauma prima della Grande Guerra

Grazie ad una grande opera di ricerca storica maturata negli ultimi cinquant'anni, a partire dalla fine degli anni Settanta e l'inizio degli Ottanta, prima all'estero e poi in Italia, è possibile per «chi oggi si propone di storicizzare l'evoluzione delle scienze della mente, le pratiche concrete attraverso cui è stata affrontata nel tempo la malattia mentale, la psichiatria e le sue istituzioni»[1] fare riferimento a un numero cospicuo di pubblicazioni. A partire proprio dagli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso si assiste sempre di più allo sviluppo negli storici, specie se contemporaneisti (ma non mancano a riguardo anche ricerche portate avanti da storici modernisti), dell'interesse per la psichiatria, le istituzioni manicomiali e il trattamento dei rispettivi internati. Insomma, un interesse generalizzato per il mondo della follia in tutti i suoi possibili aspetti e implicazioni, dal trattamento terapeutico del paziente, alla questione sociale, culturale e soprattutto politica a lui strettamente correlata. Si tratta di una vera e propria categoria storiografica che ha preso origine dalle prime ricerche realizzate da parte di psichiatri con particolare predilizione per la storia, immediatamente seguite e corroborate dalle ricerche di storici professionisti, i quali hanno il particolare merito di aver «rivitalizzato gli studi del settore non soltanto problematizzando l'oggetto della ricerca, ma cogliendone nessi e continuità, rotture e specificità […] favorendo l'ibridazione tra generi e discorsi diversi, con rilevanti e interessanti effetti sulla storia della società, della cultura e della medicina»[2].

[1] Graziano Mamone, Fabio Milazzo, *Introduzione*, in Graziano Mamone, Fabio Milazzo (a cura di), *Storia e Psichiatria. Problemi, ricerche, fonti*, Biblion, Milano, 2019, pp. 5-20.
[2] Ivi, p. 5.

Un approfondimento storico e scientifico che mancava quasi completamente in passato, dovuto, oltre all'assenza di una particolare sensibilità culturale, soprattutto al fatto che le cartelle cliniche conservate all'interno degli istituti psichiatrici non erano consultabili, poiché inaccessibili agli studiosi. Fino alla fine degli anni Sessanta, infatti, «chi tentava un bilancio degli studi […] di storia della psichiatria, approdava ad una sconsolata conclusione. Vuoto, silenzio, o almeno *mancanza di seri e moderni contributi* erano lamentati in disonorevole contrasto con lo sviluppo dei lavori all'estero»[3]. È proprio a partire da quegli «anni della contestazione»[4], nonché dalla «rivoluzione psichiatrica»[5] maturata in Italia, sulla scia lunga delle prime riforme in ambito psichiatrico e manicomiale d'inizio anni Sessanta – e soprattutto dei tumulti sessantottini – che si assiste a quella «svolta culturale»[6] che caratterizzerà i decenni a venire in ambito non solamente culturale, ma anche politico, sociale ed economico. Fu a seguito di quel periodo, infatti, che gli storici (primi fra tutti gli anglosassoni Eric J. Leed e Paul Fussel[7] e il tedesco George L. Mosse, veri innovatori in questo ambito), iniziarono ad interrogare fonti del tutto originali, che mai erano state prese in considerazione in passato per fare ricerca storica, legando tra loro, ad esempio, le cartelle cliniche psichiatriche o la produzione culturale e letteraria di un'intera generazione ad uno studio più approfondito su una guerra.

Tuttavia, ciò che si propone di analizzare in questa ricerca non è propriamente la storia della psichiatria nel corso del Novecento, ma lo studio più approfondito di un concetto specifico, ovvero la «psiconevrosi traumatica di origine emotiva»[8], e di storicizzarne l'evoluzione nel corso di un secolo attraverso contributi tanto psichiatrici quanto storici. È doveroso segnalare fin da subito che il pioniere, in Italia, di un tipo di approccio storiografico che mettesse in comunicazione lo studio di fonti primarie psichiatriche, ossia le cartelle cliniche manicomiali, e l'evento bellico (in particolar modo ragionando sulla Grande Guerra[9]) fu Antonio Gibelli, all'inizio degli anni Ottanta. L'ex professore di storia contemporanea presso l'Università di Genova, infatti, viene unanimemente riconosciuto dagli specialisti italiani del settore come l'iniziatore di un particolare modo di fare ricerca storica, il quale, a sua volta, aveva ripreso temi e metodi adottati in precedenza da diversi storici anglosassoni (ma non solo), e

[3] Patrizia Guarnieri, *Storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Olschki, Firenze, 1991, p. 9.
[4] Cfr. Valeria P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna, 2009, pp. 177-240.
[5] Ivi, p. 177.
[6] Cfr. Carlotta Sorba, Federico Mazzini, *La svolta culturale. Come è cambiata la pratica storiografica*, Laterza, Bari, 2021.
[7] Cfr. Antonio Gibelli, *Introduzione*, in Paul Fussel, *La Grande Guerra e la memoria moderna*, il Mulino, Bologna, 2000, pp. IX-XLII.
[8] Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007, p. 129.
[9] Il conflitto più approfondito sotto questo punto di vista, in Italia.

applicandoli nello specifico al caso italiano. Lo stesso Gibelli afferma nella prefazione alla prima edizione della sua opera *L'officina della guerra*, datata 1990:

> il percorso che ha condotto a questo libro è cominciato circa dieci anni fa quando, nel corso di ricerche presso l'Archivio storico della Provincia di Genova, mi imbattei in un fascicolo del 1916-17 recante un titolo che mi parve allora strano e sollecitò la mia curiosità: «Maniaci militari». Il fascicolo raccoglieva pratiche relative al ricovero presso l'ospedale psichiatrico provinciale di soldati affetti da disturbi mentali o sospetti di simulazione. La cosa mi suggerì una ricognizione sulle riviste psichiatriche dell'epoca e, poi, tra le cartelle cliniche dello stesso ospedale psichiatrico. Ne trassi la convinzione via via più forte di essere di fronte a una grande questione, a un versante sconosciuto – o meglio dimenticato – della storia della Grande Guerra, e a sorprendenti possibilità di rivederne il profilo e la portata[10].

E poi continua: «poco più tardi, la lettura del volume di Eric Leed, *No Man's Land*, quando ancora in Italia se ne parlava poco, mi diede una conferma inattesa e molto convincente delle prospettive che potevano aprirsi grazie all'uso di categorie antropologiche e di fonti psichiatriche nella ricostruzione di quell'evento»[11]. L'opera di Eric J. Leed alla quale fa riferimento venne pubblicata per la prima volta nel 1979, nel Regno Unito, e la prima versione italiana uscì per i tipi de il Mulino sei anni più tardi, nel 1985. L'autore a riguardo ha affermato:

> ho concepito questo libro come analisi di un'esperienza storica ben definita, e con lo scopo di individuare e precisare il modo in cui un evento storico di prima grandezza possa aver contribuito alla definizione peculiare di «moderno». La guerra interviene sul carattere dell'epoca alterando lo status, le aspettative, e le personalità dei partecipanti al conflitto. […] In senso stretto, questo libro tratta del modo in cui la guerra mutò gli uomini che vi presero parte[12].

Tale saggio storico è considerabile alla stregua di uno spartiacque per questo tipo di analisi storiografica, e rientra perfettamente all'interno di quello che due storici come Mario Isnenghi e Giorgio Rochat[13] definiscono «un cambiamento globale di prospettiva [che] prende corpo [a partire dalla] seconda metà degli anni Sessanta»[14]. Infatti è proprio in questo periodo che «l'interesse per la Grande Guerra […] risorge con una nuova generazione di studiosi, che non è più composta di ex combattenti e a cui non riesce congeniale riviverla e raccontarla come attitudine

---

[10] A. Gibelli, *op. cit.*, p. VII.
[11] *Ibidem*.
[12] Eric J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, il Mulino, Bologna, 1985, pp. 5-6.
[13] Da notare che gli stessi Isnenghi e Rochat, nel corso della loro ricerca storica riguardo la prima guerra mondiale, in particolar modo nella loro opera *La Grande Guerra* (prima edizione del 2008), si rifanno al metodo adottato per la prima volta in assoluto, all'interno del contesto britannico, da Paul Fussel in *La Grande Guerra e la memoria moderna* (1975, edita in Italia solo nel 1984). Entrambe le opere, infatti, ricostruiscono l'evento bellico concentrando la loro attenzione soprattutto sulla produzione letteraria di numerosi reduci, lasciando in secondo piano le fonti fino all'epoca convenzionali per fare ricerca storica su una guerra.
[14] Mario Isnenghi, Giorgio Rochat, *La Grande Guerra*, il Mulino, Bologna, 2014, p. 507.

da reduce o da erede, né dell'interventismo democratico, né di quello nazionalista»[15]. Una generazione che «si sente piuttosto stimolata a interrogare con animo nuovo e con differenti attese gli *esclusi* [corsivo nostro]: quella dolente umanità [composta] di […] milioni di "fuori storia"»[16]: renitenti, autolesionisti, neutralisti, disertori, ammutinati e anche, ovviamente, i cosiddetti *scemi di guerra*. Ed è grazie a questi nuovi approcci e nuove domande se s'instaura, a partire da quegli anni, un modo inedito di pensare la Grande Guerra (e in generale tutti i conflitti più recenti). Nel corso degli anni Novanta, Stéphane Audoin-Rouzeau e Annette Becker denunceranno a proposito «una «sconfitta della memoria», dovuta a un'ipermnesia nei confronti di coloro che – secondo i casi – erano visti come gli eroi o le vittime delle trincee e a un'amnesia rispetto a tutti gli altri»[17] verificatasi a partire dal periodo immediatamente successivo al termine delle ostilità, concluso solo con l'avvento di una nuova generazione di storici non più direttamente coinvolta negli eventi trattati.

Può essere utile notare anche che *Terra di nessuno* di Leed venne editato quasi in contemporanea alla legge 180 in Italia (legge 13 maggio 1978, n. 180), la cosiddetta legge Basaglia, di un anno precedente, la quale prevedeva la progressiva abolizione delle strutture manicomiali italiane e drastici cambiamenti nel trattamento dei pazienti psichiatrici (sulle conseguenze molto rilevanti e sul profondo impatto che questa legge ebbe sulla società dell'epoca si tornerà a parlarne in modo più approfondito in seguito). Sebbene le due cose non siano ovviamente direttamente correlabili, sono indicative di quel cambiamento, non solamente in ambito culturale – di quella «svolta» di cui si è detto, appunto –, maturato in quel torno d'anni nelle diverse società occidentali. Difatti, entrambe, sebbene su due piani molto diversi – uno su quello della ricerca storica e dell'approfondimento, particolarmente caro in quel periodo, riguardante la prima guerra mondiale; l'altro invece sul piano legislativo – rappresentano una volontà di rinnovamento e attestano l'avvenuta mutazione di interessi e prospettive in ambito sociale, culturale e politico, eredità di anni di dura contestazione: tanto la volontà di dare voce agli emarginati della storia ufficiale, quanto la scoperta, per la prima volta, di un passato a lungo taciuto e tentato di nascondere senza troppe remore da parte delle istituzioni, rientrano perfettamente all'interno di questa nuova sensibilità. Tanto i basagliani quanto gli storici che decideranno di seguire l'approccio adottato da Leed, hanno come comune obiettivo primario quello di reintrodurre (o di introdurre per la prima volta) all'interno della società ciò che per tanto tempo ne era

[15] *Ibidem*.
[16] Ivi, pp. 507-510.
[17] Annette Becker, Stéphane Audoin-Rouzeau, *La violenza, la crociata, il lutto. La Grande Guerra e la storia del Novecento*, Einaudi, Torino, 2002, p. 77.

stato escluso; ciò che era stato allontanato dagli occhi della gente comune, adottando anche mezzi spesso condannabili, a posteriori, moralmente ed eticamente.

In ambito storiografico, ancora, inizia ad emergere un nuovo modo, una nuova possibilità di fare ricerca, che prevede l'opportunità di mettere mano a documenti fino ad allora inediti, per ampliare via via sempre di più lo sguardo sul passato, approfondendone la conoscenza: è il tentativo di creare una sorta di storia dal basso che evidenzi prospettive e tematiche completamente nuove, le quali avrebbero condizionato profondamente i decenni a venire. Per citare uno degli esempi più importanti, il saggio intitolato *Storia della follia in età classica* (1961) di Michel Foucault, è stato fin da subito preso a modello da diversi storici specializzati in questo ambito, e considerato un'opera fondamentale in grado di testimoniare un mutato interesse ed un nuovo approccio di gran parte della ricerca storiografica. Esso rappresenta una radicale critica alla società borghese, sviluppatasi in Francia a partire dal XVII e XVIII secolo, e alle istituzioni manicomiali viste come uno strumento del potere per emarginare dalla collettività chi non riuscisse ad omologarsi ai suoi standard minimi. Opera che assieme alle altre dello stesso autore, come ad esempio *Nascita della clinica* (1963), *Le parole e le cose* (1966), *L'archeologia del sapere* (1969) e *Sorvegliare e punire* (1975), analizzate da Carlotta Sorba e Federico Mazzini ne *La svolta culturale*[18] come testi spartiacque di quegli anni, vengono alla luce con la dichiarata intenzione di scardinare le presunte solidità delle conoscenze scientifiche e culturali della società borghese dell'epoca. Tutti saggi che risultano essere al contempo causa e conseguenza di quel clima di fervore intellettuale caratteristico dell'epoca: indice del sisma culturale sperimentato in comune da tutte le società occidentali del periodo in questione.

Ed è proprio da queste profonde innovazioni in ambito intellettuale e storiografico che questo lavoro prende origine. Per poter trattare nello specifico della psiconevrosi traumatica di origine emotiva durante la prima guerra mondiale, però, bisogna partire dalla fine: vale a dire da quegli studi storico-scientifici iniziati a diffondersi dagli anni Settanta, poiché, in precedenza, questo concetto non veniva reputato meritevole di mirate ed approfondite ricerche. Infatti, l'obbiettivo è soprattutto quello di analizzare come la categoria del trauma di guerra (in fattispecie un particolare tipo di trauma, quello psichico) sia stata rielaborata (o appositamente creata) all'interno del dibattito storiografico riguardante i diversi contesti bellici, ed assistere all'evoluzione subita nel corso del tempo dai diversi termini medici adottati per designare la nevrosi di guerra. Tale concetto è assurto all'attenzione della ricerca storica solo a seguito della guerra in Vietnam, *in*

[18] Cfr. C. Sorba, F. Mazzini, *op. cit*., pp. 70-96.

primis grazie al contributo di storici anglosassoni, che poterono interessarsi e appassionarsi al tema a causa della realtà e dei dibattiti intellettuali che quotidianamente li circondava.

A riguardo, lo storico Fabio Milazzo ha sottolineato come

> nello specifico la diagnosi che più direttamente si pone in continuità con il trauma da guerra [*Shell Shock*] è il «*Post Traumatic Stress Disorder*» [*PTSD*], il disturbo correlato tra l'altro allo stress da guerra [*Combat Stress*], che è stato riconosciuto solo alla fine della guerra in Vietnam [*Post-Vietnam Syndrome*], quando il numero dei soldati che ha evidenziato problemi mentali, la polemica ideologica, il clima culturale e sociale e la questione del reinserimento in società dei reduci hanno reso ineludibile il dibattito sulla questione[19].

Ancora Gibelli a riguardo ha sostenuto che

> fino a che gli storici non hanno pensato di utilizzare i resoconti dei medici a proposito delle malattie, dei traumi fisici e psichici di guerra, della follia dei soldati – il che è avvenuto piuttosto di recente – tali resoconti sono rimasti confinati al mondo degli specialisti, sono stati letti esclusivamente con i loro occhi di scienziati, e non hanno concorso a formare il racconto pubblico della guerra né la sua immagine. Come se questo aspetto della guerra, che aveva dato l'impronta all'esperienza quotidiana di milioni di uomini, potesse essere tenuto nell'ombra o messo tra parentesi, senza permettergli di interferire col processo di santificazione cui la guerra stessa era stata sottoposta[20].

Ad ogni modo, sul tema specifico dell'elaborazione del trauma conseguente la Grande Guerra si tornerà più approfonditamente nel paragrafo appositamente dedicato. Ciò che interessa segnalare in questa fase è appunto la presa di coscienza da parte degli storici di un tema completamente nuovo. «Come ha sottolineato Stéphane Audoin-Rouzeau, la storiografia della Grande Guerra ha a lungo trascurato i "corpi", ma per certi aspetti anche le "anime" di coloro che vi presero parte»[21]. Per l'appunto, la volontà primaria di queste ricerche storiografiche è anzitutto quella di

> superare una visione per così dire sterilizzata della guerra, depurata dei suoi aspetti più disgustosi e intollerabili, sostanzialmente dematerializzata, che ha dominato a lungo la memoria e la storiografia, in parte anche quella più attenta ai fenomeni del dissenso e del rifiuto. Fare i conti con questa dimensione della Grande Guerra significa non solo capirla meglio, ma capire meglio la storia del nostro tempo[22].

Ma come mai così tanta attenzione viene dedicata al primo conflitto mondiale? In che modo questo ha potuto plasmare, più di altri, la mentalità e il carattere di un'epoca, oltreché gli uomini

---

[19] Fabio Milazzo, *Dal trauma alle psico-nevrosi di guerra*, in Graziano Mamone, Fabio Milazzo, *Deserti della mente. Psichiatria e combattenti nella guerra di Libia 1911-1912*, Le Monnier, Firenze, 2019, p. 17.
[20] Antonio Gibelli, *La Grande Guerra degli italiani 1915-1918*, BUR, Milano, 2007, p. 376.
[21] A. Gibelli, *L'officina della guerra*, *op. cit*., p. XV.
[22] *Ibidem*.

che vi presero parte? Come mai questo conflitto, più di altri, viene considerato il vero evento discriminante, tanto in ambito psichiatrico, quanto storiografico? Per rispondere a queste domande bisogna innanzitutto riconoscere la straordinaria portata traumatica (non solamente a livello psichico) che questa guerra è stata in grado di generare. Si noti a riguardo l'aggettivo stesso scelto per designare il conflitto utilizzato da quasi tutti i paesi che ne hanno preso parte: *Grande Guerre* in Francia, *Great War* per i paesi anglofoni, *Großen Kriege* per quelli tedeschi. Unica eccezione è la Russia, o meglio, l'Unione Sovietica la quale, essendo nata proprio dalla guerra civile derivata dal primo conflitto mondiale, nella storiografia subito successiva ha sempre distinto la guerra imperialista combattuta dallo Zar Nicola II, assolutamente da condannare, dalla Grande guerra patriottica, da consacrare alla memoria dei posteri, termine utilizzato per riferirsi, però, al secondo conflitto mondiale, combattuto sempre contro i tedeschi, ma questa volta nazisti. Aggettivo, quindi, indice di una presa di coscienza, una piena consapevolezza che il dramma conclusosi ufficialmente nell'undicesima ora, dell'undicesimo giorno, dell'undicesimo mese del quarto anno di guerra (11 novembre 1918) sia stato qualcosa di incredibilmente e negativamente sorprendente. Un conflitto come mai se ne erano visti in precedenza di simili per numero di morti, feriti, dispersi, mutilati, reduci, vittime civili, danni economici, materiale bellico impiegato (dalle divise dei soldati, ai fucili, passando per i proietti d'obice, arrivando agli areoplani, utilizzati il larga scala per la prima volta in modo quasi sperimentale proprio durante questo conflitto, e tante altre innovazioni rese possibili dalla seconda rivoluzione industriale e dalla poderosa crescita economica della cosiddetta *Belle Époque*). Dalla mobilitazione mediatico-propagandistica per incentivare l'interventismo e la prosecuzione delle ostilità messa in atto da tutti i paesi coinvolti, allo stravolgimento della società civile, in quello comunemente definito come fronte interno. Fino al numero di professionisti in diversi settori ed ambiti impiegati direttamente o indirettamente a supporto dell'esercito e del paese in guerra. In tale ultimo ambito, per il *case study* specifico di questo lavoro, si darà maggiore attenzione ovviamente a psichiatri e psicologi.

In nuce, un coinvolgimento olistico della società, che nel corso di quattro anni si è dedicata quasi esclusivamente a questo fenomeno; «una grande esperienza collettiva […] nel senso che tutti, non solo gli uomini in età militare e quindi i combattenti, ne furono in qualche maniera coinvolti»[23]. Un conflitto di una portata talmente vasta da non avere precedenti in tutta la storia

[23] A. Gibelli, *La Grande Guerra degli italiani, op. cit.*, p. 7.

umana, e solo un caso successivo in grado di superarne (di gran lunga) la portata, ovvero la seconda guerra mondiale.

Una guerra totale, o totalizzante, come è stata più volte definita, in parte a torto, portatrice di innovazioni e stravolgimenti, alcuni dei quali, ancora oggi, a distanza di più di un secolo, condizionano la nostra quotidianità e la vita delle nostre nazioni. Infatti, come affermano Annette Becker e Stéphane Audoin-Rouzeau, se si analizzano i due conflitti mondiali ci si renderà conto

> – ma nel primo con più chiarezza che nel secondo – [che] appaiono molteplici segni di totalizzazione, sia nelle modalità di scontro fra combattenti sia nel trattamento riservato alle popolazioni civili che diventano, per la prima volta a tal livello, una delle poste centrali della strategia degli avversari al momento del faccia a faccia[24].

Nella loro analisi, viene posto l'accento in particolar modo sulla violenza, al contempo, perpetrata ai danni dei civili e subita, per mano degli eserciti nemici, dai combattenti. Per intendere meglio la portata violenta, spinta dall'odio e dalla frustrazione, nonché da «false notizie»[25] appositamente propagandate dai diversi media in patria, della Grande Guerra, i due storici francesi consigliano di eseguire un semplice paragone con i due conflitti antecedenti sentiti come i più rilevanti dall'opinione pubblica europea del tempo: la guerra franco-prussiana (1870-1871) e la guerra di secessione statunitense (1861-1865), di cui si avrà modo di trattare anche successivamente.

> Nella guerra franco-prussiana del 1870-71, risulta ancora ben viva la lunga tradizione di «guerra regolata». Del pari, molte limitazioni alla violenza rimangono operanti nella guerra di Secessione, anche nella fase finale, caratterizzata dalla famosa «marcia verso il mare», operazione che pur era finalizzata a terrorizzare i confederati e che porterà il Sud alla sconfitta. Ed è proprio questa tradizione di «autocontenimento» della violenza di guerra a crollare di colpo, e definitivamente, nel 1914-18. Se un tempo l'assedio della città seguiva un preciso cerimoniale, ivi comprese le modalità di resa, ora si bombardano i centri urbani fino a completa distruzione. Laddove gli ufficiali prigionieri beneficiavano di un trattamento di riguardo che andava fino a essere prigionieri soltanto sulla parola, come i vinti di Sedan nel 1870, e a poter ritornare a casa per la durata della campagna, dall'inizio del secolo XX essi subirono la sorte comune dei campi di internamento. Il superamento della soglia appare ancora più evidente quando si tratta di feriti: la tregua dei barellieri e il recupero dei sopravvissuti, in uso alla fine di ogni scontro, non vengono più rispettati. Nel 1914-18 a parte rare eccezioni verificatesi sui Dardanelli nel 1915 e sulla Somme il 1° luglio 1916 seppur in un tempo assai breve e in forma localizzata, i feriti rimasti tra le linee sono raccolti e soccorsi in estremo ritardo[26].

[24] A. Becker, S. Audoin-Rouzeau, *op. cit.,* p. 20.
[25] Cfr. Marc Bloch, *La guerra e le false notizie. Ricordi (1914-1915) e riflessioni (1921)*, Fazi, Roma, 2014, pp. 121-129.
[26] A. Becker, S. Audoin-Rouzeau, *op. cit*., p. 20.

Si diceva, però, di una guerra totale in parte a torto, perché, sebbene si sia conosciuto, durante lo svolgersi delle ostilità, una partecipazione pressoché totale della collettività, come afferma Antonio Gibelli «bisogna intendersi sul significato dell'espressione»[27]. Difatti,

> solo la seconda guerra mondiale fu […] totale in senso proprio, con la caduta della distinzione tra fronte e fronte interno a causa dei bombardamenti aerei, dello sconvolgimento dell'intero territorio, della deportazione di popolazioni, sicché davvero tutti, compresi i vecchi, i bambini e le donne, ne videro coi propri occhi gli effetti, ne subirono direttamente le conseguenze e talvolta – con l'esplosione della guerra civile – vi presero parte attiva. Ciò non accadde nel corso della Grande Guerra[28]

che non coinvolse la totalità del territorio, ma si limitò a tormentare unicamente le regioni direttamente occupate dagli eserciti.

Si vorrà dunque analizzare come l'evento traumatico, la sua portata e le sue conseguenze sulla collettività e sugli individui – i quali, direttamente o indirettamente, hanno assistito e vissuto in prima persona, sulla propria pelle o nella propria testa, la Grande Guerra (ma anche altri conflitti) – sia stato rielaborato dalla storiografia successiva, proprio a partire da quella «svolta culturale» sviluppatasi a partire dagli anni Sessanta e Settanta.

Sebbene questo conflitto sia stato portatore – e al contempo conseguenza – come già ricordato, di numerose innovazioni e trasformazioni, proprio per via della sua natura di rottura epocale, le implicazioni sarebbero troppe per analizzarle tutte in un unico lavoro. L'interesse, quindi, è in particolar modo rivolto verso il trauma psicologico e, in seconda battuta, sociale che ha lasciato l'evento. E precipuamente, non tanto al trauma connesso al lutto, dunque alla morte dei soldati e dei civili durante gli anni analizzati – tema già trattato nello specifico da importanti maestri del Novecento come George L. Mosse, Jay Winter o Paul Fussel[29] – quanto quello connesso ai reduci, i veterani, coloro i quali, mutilati di alcune parti del corpo o integri, feriti o sani (almeno a livello fisico) hanno riscontrato complicazioni temporanee o croniche a reinserirsi nella società civile postbellica. Si utilizzerà perciò il trauma – una specifica tipologia di trauma, appunto – come categoria storiografica per trattare di un evento.

Studi specifici e molto approfonditi hanno analizzato questo conflitto seguendo le diverse tipologie di *shock* che esso è stato in grado di generare. Ad esempio attraverso la categoria del trauma politico: la decadenza della politica di vecchio stampo liberale, delle maggiori potenze

---

[27] A. Gibelli, *La Grande Guerra degli italiani*, *op. cit*., p. 8.
[28] *Ibidem*.
[29] Si fa particolare riferimento ai seguenti saggi storici: George L. Mosse, *Le guerre mondiali. Dalla tragedia al mito dei caduti*, Laterza, Bari, 2002. Jay Winter, *Il lutto e la memoria. La Grande Guerra nella storia culturale europea*, il Mulino, Bologna, 2014. E infine Paul Fussel, *La Grande Guerra e la memoria moderna*, il Mulino, Bologna, 2014.

europee, in favore di nuove possibilità, come il fascismo o il comunismo, che proprio la guerra aveva dischiuso, degenerate poi, quasi naturalmente, nei totalitarismi. Quindi, il trauma ideologico: la caduta definitiva di antiche concezioni, si direbbe cavalleresche, ancora legate al modo di far guerra nell'Ottocento, portando ad una nuova consapevolezza che la guerra totale necessariamente implicava. Infatti, se ancora nel luglio del 1914 si poteva credere ad una cosiddetta "guerra lampo", sulla scia dei conflitti ottocenteschi – l'ultimo che aveva interessato direttamente le potenze europee una contro l'altra, nel cuore dell'Europa, era stata la guerra franco-prussiana (1870-1871), della durata di appena dieci mesi – nel 1939 molto meno probabile sarebbe stato illudersi sulla possibilità di una guerra rapida, con danni limitati. Tanto che le principali nazioni europee, che ancora portavano le cicatrici del primo conflitto mondiale, tentarono in tutti i modi di scongiurare altre guerre di portata continentale (come ad esempio accadde nel 1938 nell'infelicemente nota Conferenza di Monaco, dove le stesse cedettero alle richieste del *Führer* nel timore di ricadere nel baratro bellico. Apocalisse tuttavia rimandata solo di un anno). Lo stesso termine *blitzkrieg*, tanto caro agli storici militari per spiegare l'approccio della Germania nazista alla guerra, è più un vocabolo per riferirsi alla tattica nella singola battaglia, rispetto alla grande strategia di un'intera guerra.

E ancora, il trauma economico-sociale, tanto per i paesi usciti sconfitti, quanto per quelli vincitori, come l'Italia. Indicativo il mito della "vittoria mutilata" di dannunziana memoria per riferirsi al trattamento ricevuto dal Regno di Vittorio Emanuele III durante le conferenze di pace subito successive alla conclusione delle ostilità. Vittoria, sì, militare, ma sconfitta dal punto di vista socio-economico, col paese in recessione e il "Biennio rosso" alle porte. Tanto le cause delle guerre civili russe[30], quanto il tentativo fallito, represso nel sangue, della rivolta spartachista, nel cuore della Germania ad inizio 1919, o l'implosione dei cosiddetti "grandi malati d'Europa", come l'Impero Austro-ungarico, quello Ottomano e ancora quello zarista, sono tutte dettate, in modo preponderante, da motivazioni di tipo economico (senza ovviamente tralasciare le lotte intestine ai diversi imperi, per via di nazionalismi ed irredentismi covati da molto tempo al loro interno, i quali hanno indubbiamente contribuito al collasso generale). E spesso la disfatta militare è stata conseguenza del tracollo economico. Unico caso eccezionale,

[30] Cfr. Robert Gerwarth, *La rabbia dei vinti. La guerra dopo la guerra 1917-1923*, Laterza, Bari, 2019, pp. 65-89. L'autore considera un arco temporale più lungo, quasi inusuale, per raccontare tutti i conflitti scoppiati verso la conclusione del primo conflitto mondiale e che, in qualche maniera, sono risultati essere una sua naturale conseguenza e continuazione, come ad esempio, quelle da lui definite «le guerre civili russe». «Quella che solitamente viene definita "guerra civile russa" fu, di fatto, tutta una serie di conflitti sovrapposti che si rafforzarono a vicenda: una lotta che conobbe una rapida escalation tra le forze armate del governo bolscevico di Lenin e i suoi avversari controrivoluzionari; i tentativi compiuti da varie regioni poste sui confini occidentali dell'ex Impero russo di staccarsi completamente dal governo di Pietrogrado; le insurrezioni contadine innescate dalle requisizioni forzate attuate dai comunisti di generi alimentari di cui vi era estrema necessità. […] Tre conflitti distinti ma intrecciati».

volendo, è l'impero di Guglielmo II, crollato indubbiamente a livello economico e politico ma, di fatto, ancora vivo e vitale a livello militare, sebbene ormai profondamente spossato dalla crescente pressione sul fronte occidentale dell'alleanza anglo-franco-americana. È caduto l'impero, non l'esercito, tanto da dare adito a risentimenti di matrice complottistica ai danni delle milizie e dei veri tedeschi, combattenti fino al sacrificio estremo per amore della propria nazione, nella Germania di Weimar. Rancori raccolti e difesi strenuamente dal partito Nazionalsocialista di Hitler, fomentando il sentimento di revanscismo, in quella comunemente nota come la "leggenda della pugnalata alla schiena" (*Dolchstoßlegende*), per spiegare la sconfitta politica e non militare della propria patria nel recente conflitto.

Insomma, quasi impossibile trattare tutte le tipologie di trauma derivate dalla sola Grande Guerra in modo approfondito tutte assieme in un unico lavoro (per giunta, a loro volta derivanti dal più generico «trauma della modernità»[31], affermato dalla storica Bruna Bianchi, di cui si dirà più avanti). Da qui la necessità di concentrarsi sulla sola psiconevrosi traumatica di origine emotiva.

Sebbene sarebbe indubbiamente stimolante dal punto di vista storiografico analizzare questo specifico trauma nella collettività civile, uscita stremata dal conflitto, troppo poche sono le tipologie di materiali a nostra disposizione per portare avanti un'analisi il più corretta ed oggettiva possibile. Le pressoché uniche fonti primarie consultabili riguardano le cartelle clinico-psichiatriche, conservate nei diversi archivi storici di ex ospedali psichiatrici e manicomi, sparsi per tutta la penisola. Ma proprio per questo motivo, dette fonti permettono un'analisi solo per gli individui ricoverati temporaneamente (o nei casi più gravi internati a vita) nelle strutture assistenziali, tralasciando la gran parte della popolazione, la quale, anche se uscita in qualche maniera *disturbata* dal conflitto, non è mai stata presa in cura (o nemmeno mai ricevuta per qualche tempo d'osservazione) presso alcuna struttura manicomiale. Si fa riferimento, ad esempio, a tutti i componenti familiari del veterano scioccato, i quali, assistendolo nella sua quotidianità per anni, rimanendo al suo fianco giorno e notte, sono stati testimoni indiretti della nevrosi di guerra e, in molti casi, loro stessi traumatizzati dagli abusi, dal comportamento anomalo, violento, impulsivo e sconsiderato del proprio padre, marito, fratello, compagno… Di tutti questi individui, sebbene si sia a conoscenza della loro esistenza, non disponiamo di abbastanza materiale per procedere ad un'analisi storiografica (s'intende limitatamente all'esperienza del primo conflitto mondiale) che non sia in prevalenza speculativa.

[31] Cfr. Bruna Bianchi, *Il trauma della modernità. La nevrosi di guerra nella storiografia contemporanea*, in Andrea Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica di* matti *e psichiatri nella Grande Guerra*, Marco Valerio, Torino, 2008, pp. 9-64.

Questo lavoro, dunque, non parte assolutamente dalla premessa di essere esaustivo, ma dalla consapevolezza di esaminare solo una piccola porzione della totalità delle casistiche possibili (come d'altronde tutti gli storici che dall'inizio degli anni Duemila ad oggi, in assenza della testimonianza diretta dei protagonisti del conflitto sopravvissuti, hanno approcciato questo tema relativo al caso specifico della Grande Guerra). In particolar modo l'attenzione sarà rivolta esclusivamente ai soldati, tralasciando perciò la componente civile; e primariamente si farà riferimento solo ai soldati internati in manicomio (nella fattispecie nell'ex manicomio di Racconigi). Infatti è solo grazie alle cartelle cliniche redatte dagli psichiatri, se è stato possibile trovare traccia del loro passato, della loro "strana malattia"; delle conseguenze infauste che la guerra contemporanea è stata ed è tuttora in grado di lasciare (momentaneamente o permanentemente) nella psiche dei combattenti.

Oltre ad analizzare l'evoluzione dei diversi termini adottati prima in ambito psichiatrico e successivamente in quello storiografico per trattare i soldati affetti da disturbi mentali, si vuole anche gettare uno sguardo al trattamento e all'accoglienza riservata ai combattenti di ritorno dal fronte, prendendo in esame lo stigma sociale dei supposti *scemi di guerra* (con accezione negativa, derisoria; o *mutilati dell'anima*, con accezione più compassionevole) e il cambiamento di sensibilità nei loro confronti sperimentato dalla società contemporanea del tardo XX secolo, primo XXI. Ed è proprio a questo secondo vocabolo, *mutilati dell'anima*, che si cercherà di dare maggiore risalto. Termine coniato al principio del secolo scorso dal medico Camillo Golgi (ex allievo di Cesare Lombroso, nonché premio Nobel per la medicina nel 1906), e in parte ripreso dal neurologo Gaetano Boschi nel suo lavoro *La guerra e le arti sanitarie* (1931), «l'opera [come afferma la storica Barbara Bracco] certamente più nota e citata sulla guerra e sulle scienze mediche»[32]. Un termine non privo di contestazioni, ma che poneva per la prima volta l'attenzione sui «mutilati funzionali», ossia su «quegli infermi che non erano amputati anatomicamente di una parte del loro corpo, ma avevano di quella parte perduta la funzionalità, erano mutilati della funzione»[33]. Si diceva un termine non privo di contestazioni perché, assieme ad un altro, «mutilato del polmone»[34], apparivano

> espressioni certamente d'effetto che, allo scopo […] di attirare l'attenzione generale sulla sorte di disabili poco «visibili» ma fortemente segnati dalla guerra, finivano per strutturare una gerarchia decisamente nuova e pericolosa del corpo del soldato; qui non si trattava più di stabilire supremazie

[32] Barbara Bracco, *La patria ferita. I corpi dei soldati italiani e la Grande Guerra*, Giunti, Firenze, 2012, p. 97.
[33] Gaetano Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, Mondadori, Milano, 1931, p. 198.
[34] Tommaso Detti, *Stato, guerra e tubercolosi (1915-1922)*, in Franco Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia – Malattia e Medicina*, VII, Torino, 1984, p. 199. Termine utilizzato per riferirsi ai malati di tubercolosi.

> anatomiche e culturali tra gli arti superiori e quelli inferiori, tra il cranio e l'addome, ma per la prima volta tra il «dentro» e il «fuori»[35].

Dibattito intellettuale, questo, nel riconoscere e distinguere a livello medico-culturale che la guerra fosse in grado di causare anche danni, mutilazioni, ferite interiori che si tratterà più avanti, nel sottocapitolo dedicato esclusivamente alla Grande Guerra. Ci basti affermare, per ora, che fino allo scoppio del primo conflitto mondiale, la medicina e, specificatamente, la psichiatria non avevano in nessun momento preso in considerazione la possibilità che un evento tanto imponente e invasivo quanto quello bellico, potesse avere delle ripercussioni degne di nota a livello psichico sugli individui. Infatti, esiste un solo esempio, precedente alla prima guerra mondiale, di approccio medico-psichiatrico alle nevrosi sofferte dai combattenti: ossia a seguito della guerra russo-giapponese (1904-1905). Tuttavia, è necessario segnalare che gli studi (pochi quantitativamente ed insufficienti qualitativamente) effettuati da alcuni psichiatri russi, non ebbero la forza di portare questo dibattito all'attenzione dei colleghi a livello globale e che, in pratica, l'esperienza si concluse con un nulla di fatto. L'evento bellico, di conseguenza, non venne riconosciuto come motivo, non solamente scatenante, ma di primaria importanza nell'insorgenza di disturbi nervosi nei reduci. A riguardo, si prenda in esame l'affermazione dello storico Andrea Scartabellati, all'interno della sua opera d'analisi storica della psichiatria d'inizio XX secolo:

> nonostante la guerra russo-giapponese del 1905 avesse lasciato intravvedere, agli osservatori meno frettolosi, le pesanti dinamiche delle moderne battaglie di uomini e materiali […] nell'ottica della totale produzione scientifica dell'epoca, mi pare di poter considerare auspicabile il ridimensionamento di quelle valutazioni storiografiche recenti che hanno, a mio avviso, esagerato nella considerazione del conflitto asiatico quale momento di svolta e di disvelamento del rapporto guerra/follia[36].

Sarà proprio la prima guerra mondiale, invero, come concordano attualmente tutti gli studiosi di questo concetto, ad aprire ufficialmente il dibattito a livello planetario sulle psicosi di guerra; questione che sarebbe stata quasi dimenticata, abbandonata (da alcuni Stati) tra le due guerre e riemersa, come un fiume carsico, a fasi alterne, nei successivi conflitti, andandosi in seguito a consolidare come elemento portante e peculiare delle guerre tecnologiche contemporanee, ad alto impatto distruttivo e traumatizzante.

---

[35] B. Bracco, *op. cit*., p. 98.
[36] Andrea Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa, 2003, p. 66.

Tuttavia, seguendo l'esempio di numerosi storici che hanno evidenziato tale tematica, prima di poter trattare direttamente come lo *shock* emotivo da guerra sia stato analizzato, interpretato e rielaborato a partire dal primo conflitto mondiale, è necessario inizialmente rivolgere la propria attenzione agli eventi bellici precedenti, e analizzare come, in passato, prima che lo *shock* da trauma venisse riconosciuto a livello oltreché storiografico, psichiatrico, questo sia stato trattato dai diversi specialisti. In particolar modo bisogna fare riferimento, come già anticipato, al cosiddetto «trauma della modernità», proposto dalla storica Bruna Bianchi. Come sottolineato da Milazzo e Mamone, ad essa va infatti ascritto il merito di aver ripreso e sviluppato, approfondendo, «attraverso una grande quantità e varietà di documenti»[37], quanto inizialmente dimostrato da Gibelli. Se Gibelli «intrecciava magistralmente le testimonianze scritte dei soldati con le fonti psichiatriche aprendo a nuovi scenari d'interpretazione soggettiva»[38], lei ha il merito di aver reso «ancor più nitido il quadro dei fenomeni di psicopatologia militare»[39] e, più in generale, del concetto di trauma procurato alla società civile di fine Ottocento derivante dalla modernità industriale. Con il termine «trauma della modernità» si fa riferimento a tutte quelle innovazioni, anzitutto in ambito tecnologico, che hanno scosso le fondamenta del mondo precedente, a carattere preindustriale, portando numerosi cambiamenti soprattutto a livello sociale ed ideologico, oltreché politico. Bisogna concentrarsi in particolar modo sul periodo storico comunemente noto come *Belle Époque*, ossia a quei quarant'anni intercorsi tra la conclusione della guerra franco-prussiana (1871) e lo scoppio della Grande Guerra (1914). Quarantennio in cui le principali superpotenze europee non si sono sfidate direttamente sui campi di battaglia, ma si sono limitate a condurre guerre di stampo imperialista solamente in territori coloniali, portando l'Europa a conoscere un periodo di pace duratura, mai sperimentato in precedenza (anche se non privo di tensioni continue tra le diverse potenze, che sarebbero risultate decisive per la deflagrazione del conflitto nel 1914). Un'epoca tanto ricca di innovazioni e invenzioni a fini positivi, costruttivi, per facilitare la vita all'essere umano, quanto a fini opposti, per la distruzione dello stesso.

Antonio Gibelli ha descritto questo progresso anzitutto industriale e tecnologico come qualcosa in grado di destabilizzare profondamente la psiche e la percezione di se stessa della società dell'epoca:

[37] G. Mamone, F. Milazzo, *Deserti della mente*, op. cit., p. 1.
[38] *Ibidem*.
[39] *Ibidem*.

> la tecnologia dell'elettricità che trasforma le notti in giorno, la tecnologia della chimica che distrugge il paesaggio e lo ricrea, che dilania il corpo umano e ne reintegra le parti con protesi perfezionate, con apparecchi automatici di torsione, presa, deambulazione, con mani meccaniche capaci di accendere un cerino. È l'epoca della riproducibilità tecnica e della distruzione creativa. Sullo sfondo di una società ancora in gran parte ancorata ai ritmi e alle scansioni tradizionali della vita e della morte, del giorno e della notte, del lavoro e del riposo, si disegnano dinamismi e meccanismi sovversivi, capaci di violare antichi limiti e di capovolgere antichi ordinamenti[40].

Ciò che interessa in questa sede, sulla scorta delle ricerche storiche maturate negli ultimi quarant'anni, è capire come il "grande balzo in avanti" in ambito tecnologico e materiale, consentito dall'avvento della modernità industriale in occidente, abbia influito all'interno dell'ambito bellico e, quindi, sulla psiche dei combattenti.

La seconda rivoluzione industriale ha avuto ovviamente un grande impatto anche sulla vita quotidiana dei civili e non solamente su quella dei soldati. Tuttavia, del trauma della modernità in ambito civile e del dibattito intellettuale intrattenuto dagli psichiatri del periodo in questione si approfondirà più avanti, nel capitolo 2, dove verrà data maggiore importanza all'approccio medico-culturale. Qui l'attenzione è rivolta soprattutto al campo bellico e storiografico.

Va riconosciuto, in partenza, che prima della Grande Guerra la psichiatria non è mai stata interpellata per dirimere questioni direttamente connesse ai diversi conflitti. Ciò che noi attualmente definiamo "nevrosi di guerra" è un concetto tutto sommato recente. Infatti, in ambito psichiatrico, il primo termine in assoluto impiegato per riferirsi a questa particolare patologia, «*Shell Shock*»[41], è stato coniato solo nel febbraio del 1915, dallo psichiatra inglese Charles S. Myers, all'interno di un articolo comparso sull'autorevole rivista scientifica britannica *The Lancet*. Un termine, come si avrà modo di vedere nel paragrafo appositamente dedicato, non privo di contestazioni e che conoscerà numerose trasformazioni e rielaborazioni nel corso di circa un settantennio, fino all'ultimo quarto del XX secolo.

Una definizione, quella di *Shell Shock*, molto criticata a livello planetario da numerosi professionisti del settore dell'epoca, poiché per la prima volta si allacciavano assieme i disturbi psichici dei combattenti e la guerra, scaricando su quest'ultima la responsabilità per l'insorgenza di tali patologie. Per i conflitti precedenti, come riconoscono diversi storici tentando di ricostruire l'origine medica del trauma da guerra, l'unico termine in qualche maniera avvicinabile a questo concetto è quello di "Nostalgia". Vocabolo utilizzato per riferirsi a tutti quei combattenti che apparivano indubbiamente provati dalla fatica e dalla violenza del fronte, ma che

[40] A. Gibelli, *L'officina della guerra*, *op. cit*., p. 26.
[41] Charles S. Myers, *A contribution to the study of shell shock. Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the duchess of Westminster's war hospital*, *le Touquet*, in «*The Lancet*», Volume 185, Issue 4772, Londra, 13 febbraio 1915, pp. 316-320.

non ha nulla a che fare con un termine psichiatrico. Il soldato poteva essere nostalgico, ma non per questo affetto da qualche disturbo nervoso e quindi bisognoso di cure o terapie specifiche ad opera di professionisti del settore.

Come riporta lo storico olandese Hans Binneveld, questo fenomeno ha origini ben più antiche, rintracciabili, in Europa, sin dalla guerra dei trent'anni (1618-1648); ma è solo con l'industrializzazione moderna e le guerre contemporanee che si assiste al ripresentarsi pressoché sistematico di tale patologia. Infatti, «that soldiers can become wounded not only in the physical sense, but mentally as well, has been recognized for centuries»[42]. Ogni paese, in epoca moderna, utilizzava un termine specifico, nella propria lingua, per designare il combattente stressato. Ad esempio, «during the Thirty Years War […], Spanish military doctors used the expression *estar roto* (to be on the point of breakdown) to characterize the situation of soldiers who could no longer endure combat»[43]. Oppure i medici svizzeri, i quali «regularly diagnosed *Nostalgia*»[44]; o, ancora, quelli tedeschi, che utilizzavano il termine "*Heimwee*" (Nostalgia, appunto).

Per concludere questa breve digressione sulla storia del vocabolo, si tenga in considerazione che questa diagnosi fu adottata ancora nel corso dell'Ottocento, almeno fino alla guerra civile statunitense, per venire infine ufficialmente rimpiazzata da altri, di matrice, questa volta, psichiatrica.

Binneveld conclude a riguardo:

> Nostalgia is the most widespread concept one meets with throughout the pre-industrial era. This diagnosis was also regularly applied to French soldiers who took part in the Napoleon wars of conquest, and especially during the retreat from Moscow and the campaign in Egypt.
>
> The American Civil War (1861-1865) was the last conflict in which the appearance of Nostalgia on a large-scale was confirmed. Thereafter new terms and new labels came into use but the psychologically soldier remained[45].

Per soldato nostalgico s'intende, è bene specificarlo, un uomo genuinamente provato dalla stanchezza della battaglia, delle lunghe marce e fatiche del fronte, che prova infelicità per ciò che è costretto a fare, e che non vede l'ora che la campagna sia terminata per tornare finalmente a casa, indenne, dalla propria famiglia. È uno stato d'animo, dunque, strettamente legato alla situazione in cui il soldato si trova. Un riflesso temporaneo, inconscio diremmo oggi – con alle spalle la lezione di Freud – della sua mente. Non per questo, però, esso non è più in grado di

[42] Hans Binneveld, *From Shell Shock to Combat Stress. A comparative History of Military Psychiatry*, Amsterdam University Press, Amsterdam, 1997, p. 3. Traduzione in inglese di John O'Kane.
[43] *Ibidem*.
[44] *Ibidem*.
[45] *Ibidem*.

combattere o sia da considerare un disertore, o ancora un "effemminato" (*forma mentis* comune a molti psichiatri all'inizio dello scorso secolo). Quasi ogni uomo che abbia preso parte ad una guerra in epoca moderna aveva famiglia, specie i più maturi. Era dunque considerato normale che questi provasse nostalgia di casa e volesse ritornare dai propri cari, senza per questo svilirlo, condannarlo o emarginarlo dalla società, facendo in modo che la sua "debolezza" non fosse mai esistita, internandolo in qualche manicomio (atteggiamento adottato, invece, da numerosi psichiatri e da tutti i comandi generali durante il primo conflitto mondiale, senza eccezioni). Tuttavia, ci sono alcune differenze fondamentali che devono essere analizzate per capire i motivi per i quali da uno stato d'animo provato dal combattente riconosciuto come perfettamente legittimo, si sia passati a considerarlo un fenomeno psichiatrico generalizzato (con il rischio che si tramutasse in una vera e propria psicosi di massa) da debellare il prima possibile, intervenendo tempestivamente al primo sorgere dei sintomi, per evitare che l'organizzazione dell'esercito, e di conseguenza dello Stato, potesse collassare su se stessa.

Durante la guerra civile americana, ad esempio, i soldati che presentavamo disturbi mentali venivano semplicemente rispediti a casa, quando possibile, o nei casi più gravi persino abbandonati a loro stessi; dato utile, questo, anche per capire la relativa limitatezza del fenomeno:

> psychologically wounded soldiers were simply escorted to the gate of the barracks or the military encampment and abandoned to their lot. If they were lucky, they were put on a train with their name and place of residence pinned on their jacket. […] For psychiatry the conflict proved to be of no significance. The psychologically wounded soldier passed into oblivion[46].

Un approccio del genere, durante la Grande Guerra, con il numero di soldati coinvolti da disturbi mentali, sarebbe stato assolutamente improponibile.

Per capire, quindi, come erano cambiate le guerre nel corso dell'Ottocento gli storici partono dall'analisi delle differenze intrinseche ai conflitti stessi. In passato, fino alla guerra civile statunitense – primo evento per segnalare l'inizio della contemporaneità bellica[47] – le guerre avevano (mediamente) durate ridotte. Si fa riferimento, nello specifico, al tempo effettivo di combattimento durante una battaglia. Per lo scontro si dovevano sfruttare appieno le ore diurne e difficilmente questo si prolungava per più di una giornata. Battaglie, quindi, tutto sommato brevi, di alcune ore; indubbiamente intense (specie se combattute all'arma bianca) ma che non

[46] Ivi, p. 4.

[47] Cfr. Raimondo Luraghi, *La guerra civile americana. Le ragioni e i protagonisti del primo conflitto industriale*, BUR, Milano, 2021. In questo saggio l'autore, stimato come uno tra i maggiori specialisti italiani del Novecento sulla guerra civile americana, considera l'evento come il primo grande conflitto industriale della storia: il primo in cui le innovazioni tecnologiche portate dalla seconda rivoluzione industriale abbiano davvero inciso sulle sue sorti, facendo la differenza sul campo di battaglia. Vinsero, infatti, i paesi maggiormente industrializzati, facenti parte dell'Unione, imponendosi su quelli Confederati, non altrettanto sviluppati.

avevano nulla a che vedere con lo stato di stress continuo e prolungato provato dai combattenti dei conflitti più recenti. Infatti, lo sviluppo tecnologico maturato sul *fin de siècle* aveva reso possibile il protrarsi delle battaglie per più giorni, notti incluse, tanto che proprio durante il conflitto civile americano si assisté a queste prime tipologie di scontri. Sempre Binneveld specifica: «only springtime and summer were suitable for launching an offensive. For the rest of the year the condition of roads made large-scale movements of an army impossible. Combat itself was carried out during the day. Battle could not be engaged during nocturnal hours»[48].

Poi, continua lo storico olandese, introducendo un altro elemento che tratteremo poco più avanti, a proposito della differenza degli eserciti mercenari professionisti d'epoca moderna e quelli, invece, caratteristici dell'epoca contemporanea, di civili arruolati in massa attraverso la coscrizione obbligatoria: «this was not only due to the fact that the arrival of darkness made impossible to coordinate military action, but also had to do with the nature of the pre-industrial mercenary's motivation. A dark battlefield afforded too many opportunities to desert»[49].

Un piccolo segno di svolta nell'arte della guerra, dunque, che conoscerà la piena trasformazione solo durante la Grande Guerra. Battaglie come l'offensiva tedesca di Verdun, della durata complessiva di quasi dieci mesi (21 febbraio 1916 – 18 dicembre 1916)[50], nota come una tra le battaglie più lunghe della storia, o la corrispettiva controffensiva inglese della Somme, prolungatasi per più di quattro mesi (1° luglio 1916 – 18 novembre 1916), rientrano all'interno delle innovazioni specifiche del primo conflitto mondiale. Non più, dunque, scontri di alcune ore o di alcune giornate, ma mesi interi, durante i quali, i soldati vivevano in condizioni pressoché disumane, rimanendo rintanati all'interno dei rifugi e dei bunker delle relative trincee, continuamente tormentati dal fuoco dell'artiglieria, propria e nemica, nonché dal rischio perenne di attacchi di ogni tipo, da quelli con i gas[51] a quelli alla baionetta. Un lungo periodo di tensione e paura continua che avrebbe permesso agli specialisti del settore, una volta analizzati i suoi effetti prolungati sul corpo e la mente dei combattenti, di distaccarsi dal concetto di semplice nostalgia per i propri affetti, come nei decenni precedenti, diagnosticando invece seri disturbi mentali.

---

[48] H. Binneveld, *op. cit*., pp. 37-38.
[49] Ivi, p. 37.
[50] Per comprendere la portata traumaticamente rivoluzionaria della Grande Guerra, e di queste battaglie in particolare, utilizzando un metro di paragone, si ricordi che il conflitto precedente combattuto tra Germania e Francia (la guerra franco-prussiana) durò nella sua totalità dieci mesi.
[51] Cfr. Ben Shephard, *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists 1914-1994*, Random House, Londra, 2002, pp. 62-64. Lo storico approfondisce il tema del *Gas Shock*, ossia la destabilizzazione e il terrore che l'utilizzo di gas letali incuteva nei soldati schierati in prima linea. Sebbene, infatti, il numero di vittime dovute all'esposizione a queste sostanze sia tutto sommato limitato (data soprattutto la difficoltà pratica nel gestire la nube tossica una volta rilasciata all'aria aperta), la paura e l'angoscia che queste incutevano nei soldati hanno fin da subito plasmato il panorama mentale di un'intera generazione di combattenti.

Dopodiché, come naturale conseguenza delle innovazioni tecnologiche e il prolungamento della durata della singola battaglia, altra differenza segnalata dagli storici è l'impiego massiccio di materiale bellico, in quelle che sarebbero diventate famose come le "battaglie (o guerre) di materiali" (*Materialschlacht*)[52], caratteristiche della prima guerra mondiale. I primi a constatare questo nuovo tipo di guerra sarebbero stati proprio gli stessi comandanti che portarono avanti queste offensive, vedendo di persona ciò che accadeva sui rispettivi fronti a partire dal 1916. È utile, in questo frangente, citare un passo tratto dal capolavoro letterario di Ernst Jünger, *Nelle tempeste d'acciaio*, quando afferma, in quanto testimone diretto dell'evento, il cambio di concezione maturato dai comandi generali dei diversi eserciti nel corso dei primi mesi di guerra, che ha portato alla grande svolta in ambito dottrinale:

> era la battaglia della Somme che proiettava le sue prime ombre. Essa segnava la fine del primo periodo di guerra, quello meno duro; ormai, in un certo senso, ci apprestavamo a una guerra nuova. Ciò che fino a quel momento avevamo conosciuto era stato, senza che ce ne rendessimo conto, nient'altro che il tentativo di vincere la guerra con le battaglie condotte alla vecchia maniera, tentativo inesorabilmente sfociato nella snervante guerra di posizione. Ora ci attendeva la battaglia dei «materiali» col suo gigantesco spiegamento di mezzi. Questa a sua volta diventò, verso la fine del 1917, una battaglia di mezzi meccanizzati[53].

Ma sulla svolta effettiva meditata dagli eserciti, nonché sulle diverse fasi del primo conflitto mondiale si vedrà più avanti, nel paragrafo specifico. In questa fase, ciò che interessa segnalare sono invece le differenze insite nel modo di fare la guerra, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, che hanno permesso di superare l'utilizzo del termine Nostalgia in ambito psichico.

Ulteriore diversità, come si è accennato più sopra, è la composizione effettiva degli eserciti, ossia dei combattenti che prendevano parte agli scontri. Gli storici fanno notare che mentre in epoca moderna le milizie erano in prevalenza (se non quasi interamente) composte da mercenari professionisti, che dedicavano la vita intera all'arte della guerra, e dei quali «ben pochi s'erano arruolati per ragioni diverse da quelle professionali o monetarie»[54], a seguito della Rivoluzione francese – in particolar modo alle guerre combattute dai cittadini francesi durante quel periodo (1792-1799) – in tutta Europa si assiste alla trasformazione della composizione delle forze armate, attraverso la nascita dei grandi eserciti nazionali. Infatti, è proprio con Napoleone che assistiamo per la prima volta all'azione di un grande esercito (la *Grande Armée*) in guerre di

[52] Un'altra formula, però poco utilizzata, per tradurre *Materialschlacht* è quella di "scontro di equipaggiamenti".
[53] Ernst Jünger, *Nelle tempeste d'acciaio*, Guanda, Milano, 2014, p. 79.
[54] G. Mosse, *op. cit*., p. 10.

conquista sul continente. Novità, quella della coscrizione obbligatoria, che ha permesso di creare eserciti di dimensioni mai viste in precedenza.

Riprendendo le parole di George L. Mosse, quegli eserciti erano «invero [composti da] una nuova razza di soldati»[55]. Questo cambiamento, oltre a comportare una significativa svolta ideologica in relazione all'importanza attribuita al conflitto, portando alla creazione del «Mito dell'Esperienza della Guerra, che guardava al conflitto come ad un evento carico di senso, positivo, e anzi sacro»[56], ha come diretta conseguenza anche l'approccio dei soldati allo stesso. In questi nuovi eserciti composti in prevalenza da «cittadini, [originariamente] in buona parte […] volontari devoti alla loro causa e alla loro nazione»[57], sebbene gli ufficiali fossero professionisti del mestiere, i quali dedicavano tutta la loro vita all'ambiente militare, la grande massa dei coscritti, soldati semplici, altri non erano che comuni cittadini. Civili che, dopo aver partecipato alla leva obbligatoria, potevano essere richiamati in ogni momento in caso di necessità[58].

La stessa qualità della preparazione, sempre migliorabile attraverso un addestramento costante e mirato, come faranno notare ad esempio Joanna Bourke[59], Ben Shephard e Hans Binneveld, ancora agli esordi della prima guerra mondiale non era paragonabile a quella raggiunta dalle milizie mercenarie tipiche dell'epoca precedente. Per addestramento s'intende anche, necessariamente, quello psicologico: la preparazione mentale al massacro; l'abilità del combattente nel saper rispondere positivamente alla violenza che avrebbe incontrato sul campo di battaglia; la reazione che questi avrebbe avuto a contatto diretto con la sofferenza, la paura e l'ansia nei momenti critici. Tutte lezioni che il soldato avrebbe imparato, per sua sfortuna, direttamente sul campo di battaglia, al momento del faccia a faccia col nemico, in quanto l'addestramento dell'epoca non forniva alcuna di tali competenze. «Another disadvantage of a conscript army has to do with training. […] This meant that millions of soldiers had to be inducted and put through a rapid course of training over a brief period of time. When they then got their first taste of combat, […] they were still not properly prepared»[60].

---

[55] *Ibidem*.
[56] Ivi, p. 7.
[57] Ivi, p. 10.
[58] L'unico esercito occidentale che ancora alle soglie del primo conflitto mondiale non arruolava sulla base della coscrizione obbligatoria di massa era quello britannico. Ma, date le difficoltà riscontrate fin dall'inizio, e le tremende carneficine del fronte occidentale in cui in ogni battaglia si potevano perdere decine di migliaia di soldati (nonché l'impegno in contemporanea su più fronti in diversi continenti, come ad esempio in Africa e in Medio Oriente), si trovarono costretti, a partire dal 1916, ad introdurre la coscrizione obbligatoria per i civili. Questa sarebbe rimasta in vigore fino al 1920, per poi venire dismessa durante gli anni di pace e ripresa solo all'inizio della seconda guerra mondiale, nel 1939, rimanendo attiva fino ai primi anni Sessanta.
[59] Cfr. Joanna Bourke, *Le seduzioni della guerra. Miti e storie di soldati in battaglia*, Carocci, Roma, 2001.
[60] H. Binneveld, *op. cit*., p. 27.

Sul tema dell'addestramento, oltreché fisico, mentale, dei soldati torneremo in seguito, quando si vedrà nello specifico l'approccio adottato *in primis* dagli Stati Uniti nella fase conclusiva della Grande Guerra, e successivamente imitato da molti altri paesi nei conflitti seguenti. Qui interessa soprattutto segnalare la coincidenza, certo non fortuita, tra il cambiamento della composizione degli eserciti e la conseguente mutazione delle dottrine belliche, e come a questo cambiamento gli storici conferiscano particolare importanza.

Come farà notare gran parte della storiografia successiva agli anni Settanta, e quindi interessata a demitizzare la narrazione tradizionale della guerra sviluppata nei decenni precedenti, dibattendo proprio la questione del trauma, il coscritto era anzitutto un civile. Eccetto una sparuta minoranza di volontari, credenti ferventemente nella causa ideologica o nazionale per la quale si arruolavano, la maggioranza delle milizie era composta da contadini e piccolo-borghesi, forzati dalla necessità a prendere parte al conflitto. Costretti ad abbandonare affetti e luoghi conosciuti per recarsi al fronte, la maggior parte vedeva il conflitto più come una sofferenza inevitabile che come un atto eroico per affermarsi sul nemico. Su questo tema specifico si soffermeranno numerosi studiosi nel corso degli anni Novanta dello scorso secolo. Oltreché ai già citati Stéphane Audoin-Rouzeau e Annette Becker, in Francia, troviamo particolare attenzione rivolta a questa tematica nella letteratura anglosassone. Storiche come Joanna Bourke e Cathy Caruth hanno dedicato diversi saggi al tema del trauma esperito dal passaggio dell'individuo dalla vita civile a quella militare (e di nuovo al suo reinserimento in società a conclusione dell'evento traumatico). Si tornerà a citare i loro lavori trattando nello specifico i tre conflitti più violenti del Novecento (prima e seconda guerra mondiale e guerra in Vietnam), oltreché più importanti dal punto di vista di mole di traumi generati, nel corso dei paragrafi successivi.

Attualmente, infatti, gli storici sono concordi nell'affermare che, sebbene la propaganda patriottica, le opere letterarie e gli scritti degli intellettuali presentassero la guerra come un evento sacro, contribuendo appunto a creare e a rafforzare il già menzionato Mito dell'Esperienza di Guerra, la grande massa incolta non accoglieva positivamente tali messaggi, non riuscendo a coglierne compiutamente il profondo significato patriottico. Questo modo di pensare il conflitto predisponeva indubbiamente il soldato a non accettare benevolmente l'evento bellico, contribuendo in modo sensibile all'insorgenza di isterie e nevrastenie, portandolo così al tracollo psichico (sui sintomi, anamnesi e diagnosi specifiche si vedrà meglio nel capitolo 2, dedicato all'analisi diretta delle cartelle cliniche manicomiali).

Nel corso del Novecento, sebbene con alcune differenze, molti specialisti del settore avrebbero concordato che per ridurre sensibilmente il rischio di nevrosi nei combattenti e, anzi,

prevenirlo, almeno parzialmente, una tra le migliori soluzioni sia quella di far credere al soldato che stia combattendo una guerra giusta, necessaria, in modo che questi possa facilmente riconoscersi nella narrazione ufficiale e quindi appoggiare completamente, attraverso il proprio consenso implicito, l'intervento bellico (questione particolarmente delicata, che si avrà modo di approfondire soprattutto trattando del conflitto in Vietnam e del coinvolgimento da parte degli Stati Uniti). Fare in modo che questi non provi troppa nostalgia per i propri cari, e sia persino disposto a sacrificarsi, nei casi estremi, purché il fine sia raggiunto. Convincere (o tentare di convincere) il soldato talmente a fondo della giustezza della guerra che deve combattere, da fare in modo che anche i possibili sensi di colpa non abbiano conseguenze importanti sulla psiche del combattente. Proprio a riguardo Joanna Bourke fa notare come le forze armate, ad esempio, «potevano traferire al governo il senso di colpa per gli orrori visti o compiuti»[61], deresponsabilizzandosi almeno parzialmente. L'obiettivo fondamentale per i politici e gli specialisti coinvolti nell'evento bellico era quello di portare a favore della propria causa interventista il maggior numero di civili e soldati possibile. Il che era attuabile attraverso una continua e pervasiva (a tratti ossessiva) campagna di propaganda mediatica. Su questo tema si sono soffermati numerosi studiosi; per il caso italiano si faccia particolare riferimento a Marco Mondini[62] e a Mario Isnenghi[63].

Da qui la necessità di rafforzare quel Mito dell'Esperienza di Guerra sviluppato nel corso dell'Ottocento romantico e arrivato a piena maturazione agli esordi della prima guerra mondiale. Come si avrà modo di vedere nei paragrafi dedicati, tutti i governi, tanto del primo quanto del secondo dopoguerra (unica eccezione l'ex Germania nazista), saranno particolarmente attenti a consacrare il conflitto appena terminato e la figura del combattente, dell'eroe, disposto a tutto, fino al martirio testimoniale per affermare la propria causa sul nemico. E sarà proprio da questa parziale distorsione della realtà che si avrà modo di sperimentare quella sorta di «sconfitta della memoria», già segnalata, e a relegare a margine, fino a nasconderlo e dimenticarlo totalmente, tutto ciò che non sia funzionale alla celebrazione eroica dell'evento bellico (ad esempio mutilati particolarmente gravi e disturbati mentali).

Dopo aver accennato qualche elemento utile a inquadrare il trauma da guerra per quanto riguarda i conflitti ottocenteschi, come questo sia stato elaborato (o meglio, non elaborato) dagli

[61] J. Bourke, *op. cit*., p. 167.
[62] Cfr. Marco Mondini, *La guerra italiana. Partire, raccontare, tornare 1914-18*, il Mulino, Bologna, 2014, pp. 59-106.
[63] Cfr. Mario Isnenghi, *Il mito della Grande Guerra*, il Mulino, Bologna, 2014.

psichiatri dell'epoca e come la storiografia non si sia interessata a tale questione fino alla seconda metà inoltrata del secolo successivo, la volontà adesso è quella di prendere in esame alcuni dei conflitti novecenteschi precedenti la Grande Guerra. L'obiettivo è soprattutto quello di capire come la storiografia, persino attuale, non sia in grado di trattare questi eventi troppo nello specifico, proprio a causa della scarsa o nulla importanza attribuita al tema della follia di guerra dagli specialisti, in prima battuta gli psichiatri, del periodo coevo, lasciando agli storici del futuro poca (o addirittura pochissima) documentazione a riguardo.

Nelle diverse opere storiche analizzate per inquadrare la psiconevrosi traumatica, la quasi totalità degli studiosi accenna poche informazioni sui primi conflitti del XX secolo, concentrandosi quasi esclusivamente su uno in particolare: la guerra russo-giapponese (1904-1905). Questo conflitto, trattato per la prima volta in Italia sotto questa prospettiva da Gibelli[64], viene a ragione considerato il primo evento bellico moderno in cui gli psichiatri, sebbene non abbiano avuto un ruolo rilevante, siano stati comunque interpellati dal Comando Generale di un esercito. Tuttavia, prima di trattare di questa guerra, alcuni storici hanno condotto alcuni approfondimenti, seppur parziali – data, appunto, la scarsa quantità di documentazione conservata a riguardo – anche sui conflitti precedenti, a cavallo tra XIX e XX secolo. In particolar modo, a partire dalle ricerche degli anni Novanta di Hans Binneveld e di Ben Shephard e, nel caso italiano, da quelle di Andrea Scartabellati, Graziano Mamone e Fabio Milazzo, sono stati presi in esame altri due conflitti di quel periodo: la seconda guerra anglo-boera (1899-1902) e la guerra di Libia (1911-1912).

Gli storici citati, innanzitutto, sono concordi sul fatto che i possibili insegnamenti che questi conflitti potevano fornire ai diversi eserciti occidentali che ne hanno preso parte, non siano stati recepiti e sfruttati come competenze utili di partenza per affrontare quelli successivi. In particolar modo è indicativo segnalare fin da subito una caratteristica insita a tutte le società occidentali, e di conseguenza ai rispettivi eserciti, dell'epoca: il profondo livello di razzismo. Per la mentalità dominante di fine secolo, queste guerre non potevano offrire nulla di nuovo da imparare ai popoli civili e rispettabili del Vecchio Mondo – tutti, chi più chi meno, sullo stesso livello di sviluppo industriale e culturale – in quanto erano combattute contro popolazioni considerate barbare ed arretrate. Il pregiudizio di partenza verso i popoli non occidentali, oltreché la grande considerazione che essi avevano di loro stessi, ha portato le popolazioni bianche (è d'obbligo qui specificare le popolazioni bianche europee, per distinguerle ad esempio dai boeri o dagli statunitensi), tanto in ambito dottrinale, quanto in ambito medico-psichiatrico, a rifiutare le

[64] Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra*, *op. cit*., pp. 17-42.

preziose lezioni che questi conflitti potevano offrire. La sottovalutazione del nemico, infatti, ha portato l'arte della guerra a non conoscere significative mutazioni e a confermare la perdurante percezione, ormai obsoleta, che si aveva dei conflitti, maturata fin dall'epoca napoleonica (gli ultimi scontri, in ordine cronologico, di grande portata, in grado di investire tutta l'Europa). Sebbene vigesse ancora, come dura tuttora sotto molti aspetti, la percezione di una guerra continua e di logoramento (o di attrito) per annientare il nemico – sulla scorta degli insegnamenti del più influente teorico bellico dell'Ottocento, Carl von Clausewitz, e della sua opera più importante *Vom Kriege*[65], apparsa postuma, per la prima volta, nel 1832 – i comandi generali dei diversi eserciti europei non tennero in considerazione il possibile effetto piscologico che il grande sviluppo tecnologico, avrebbe potuto provocare sui combattenti. Questi, infatti, condussero guerre d'aggressione molto simili, dal punto di vista tattico, a quelle della *Grande Armée*, nonostante l'armamentario utilizzato e la composizione degli eserciti, come si è visto, fossero profondamente cambiati nel corso di quasi un secolo.

Una lezione che, almeno in parte, l'esercito statunitense, riunificato sotto un'unica bandiera, aveva introiettato, a seguito della guerra civile, era che l'attacco frontale a schieramento compatto, tipico dei conflitti settecenteschi e napoleonici, non era più possibile con i nuovi fucili a canna rigata e l'introduzione della polvere nera[66], in sostituzione di quella bianca (entrambe innovazioni di metà secolo). Se ancora ad inizio Ottocento, i due eserciti potevano avvicinarsi fino a poche decine di metri, schierarsi su due file parallele, una in piedi, l'altra inginocchiata, e sparare in modo coordinato per garantire la massima resa in termini di accuratezza e mole di fuoco, già negli anni Sessanta questo era impensabile. Questa lezione poté già apprenderla, direttamente sulla propria pelle, l'esercito confederato nella *débâcle* della battaglia di Gettysburg (1863), probabilmente la più celebre di tutto il conflitto, terminata con il grandioso successo dell'Unione. L'attacco frontale, marciando a ritmo di trombe e tamburi, con al seguito stendardi e bandiere, fu destinato a infrangersi contro lo scoglio della modernità industriale. I nordisti, infatti, arroccatisi in difesa all'interno di trincee poco profonde, più simili a solchi nel terreno rispetto a quelle che invece si avrà modo di conoscere cinquant'anni più tardi, durante la Grande Guerra, iniziarono a far fuoco sul nemico già quando questi si trovava a centinaia di metri di distanza, dimezzandone le forze ancora prima che gli attaccanti potessero sparare il

[65] Cfr. Giacinto Cardona, *Nota introduttiva* in Carl von Clausewitz*, Della Guerra*, BUR, Milano, 2025, pp. I-VII. «*Vom Kriege* […] ha rinnovato i metodi e la dottrina di guerra, tanto che uno degli elementi del successo schiacciante della Germania nella guerra del '70 è dovuto, secondo gli storici tedeschi, alla benefica innovazione nella mentalità militare, apportata da essa».

[66] Questo particolare tipo di polvere da sparo infume permetteva di imprimere molta più potenza al proiettile al momento dello scoppio e quindi di poter sparare da maggiori distanze e con maggiore precisione.

primo colpo, diminuendone drasticamente il morale. Una dura lezione, come si diceva, non considerata però come tale dagli eserciti europei, che non vedevano ancora gli statunitensi come ad un popolo dal quale poter apprendere qualcosa di nuovo, specie in ambito bellico. Questa ostentata sicumera, questa fede incrollabile nelle proprie capacità e dottrine belliche, portò a riproporre ancora, almeno per i primissimi mesi del conflitto nel 1914, prima che questo s'impaludasse nella estenuante guerra di posizione (almeno sul fronte occidentale), attacchi in schieramento compatto, allo squillo di tromba. Sul trattamento riservato, durante il conflitto civile americano, ai soldati rimasti traumatizzati psicologicamente e sulla totale assenza di dibattito psichiatrico ad esso correlato, si è già detto. Tutti possibili insegnamenti passati sotto silenzio e ben presto dimenticati.

Gli stessi successi che conobbero gli inglesi durante le due guerre anglo-boere, in particolar modo nella seconda, dovuti in larga parte alla superiorità tecnologica, non permisero agli occidentali di imparare qualcosa di nuovo per quanto riguardasse l'ambito psichiatrico.

Tanto Binneveld quanto Shephard fanno notare, invece, come gli inglesi ebbero modo di apprezzare appieno, ad esempio, l'importanza fondamentale di una nuova arma come la mitragliatrice che, posta in posizioni difensive, era capace di creare un fuoco di sbarramento inimmaginabile in precedenza. Tuttavia, proprio a causa del razzismo insito nei comandi generali, e della supposta superiorità culturale e biologica, questi scelsero di non concedere troppa rilevanza a siffatta novità, al contempo bellica e tecnica, poiché reputavano che i soldati dei paesi più sviluppati, come quelli europei, non avrebbero mai tentato un attacco frontale contro una postazione trincerata e difesa da mitragliatrici. O ancora che in un eventuale conflitto combattuto esclusivamente tra europei si avrebbero avute più remore ad utilizzare, su altri bianchi occidentali, un'arma di tale portata distruttiva. Carl von Clausewitz affermava infatti: «se le guerre dei popoli civili sono molto meno crudeli e devastatrici di quelle dei barbari [o contro i barbari], questo dipende dalla situazione della società, tanto nella vita interna degli stati quanto nei loro rapporti. Da questa situazione la guerra sorge, ne viene condizionata, limitata, moderata»[67].

Tutte considerazioni che si sarebbero rivelate, col senno di poi, infondate e che, anzi, proprio quei popoli bianchi europei, considerati i più civili e lontani dalla barbarie, avrebbero sperimentato senza troppi scrupoli di sorta, tanto nel primo quanto nel secondo conflitto mondiale, i peggiori strumenti di distruzione che l'uomo sia mai stato in grado di creare[68]. Tante possibilità

[67] C. von Clausewitz, *op. cit*., p. 9.
[68] Indicativo ricordare, ad esempio, che nell'ultimo decennio dell'Ottocento, in diversi contesti coloniali, come mezzo di repressione degli indigeni ribelli che portavano avanti azioni di guerriglia contro l'esercito europeo

di apprendimento mancate, che si sarebbero inevitabilmente condensate tutte assiema nel conflitto del '14 - '18, provocando quella profonda rottura epocale col passato.

Nello stesso conflitto si assisté anche, ovviamente, a diversi casi di soldati inglesi rimasti scioccati dalla brutalità degli scontri e dalla violenza esercitata e subita. In modo particolare furono rilevati diversi militi provati dal rumore e dall'intensità dei bombardamenti, cosa, per l'epoca, quasi completamente inedita. Fu, infatti, proprio durante questo conflitto che si iniziarono a sperimentare in modo massiccio le novità tecnologiche, le quali avrebbero, via via, disumanizzato la battaglia, contribuendo a penetrare sempre di più nella piena contemporaneità bellica, dove la componente umana viene relegata a margine, in favore di quella meccanica (si tornerà su questo tema trattando la Grande Guerra e nello specifico l'opera di Eric Leed). Tuttavia, come è ormai facile immaginare, «that reports on the after-effects of shellfire written by Army surgeons after the Boer War […] (which read todays premonitions of *Shell Shock*) were never followed up»[69].

Ben Shephard afferma che fu proprio con questa guerra che iniziarono a circolare le prime voci critiche di comandanti e politici nei confronti dei soldati che dimostravano disturbi mentali; fenomeno che lentamente iniziava ad apparire anche all'opinione pubblica e che era da scongiurare in tutti i modi. La guerra, per la diffusa convinzione dell'epoca, non poteva aver causato questi disturbi. Semmai, il soldato poteva essere un soggetto predisposto per via di tare ereditarie; oppure semplicemente peccava in coraggio ed onore, senza dover ricercare possibili motivazioni o scusanti in ambito psichiatrico. Giudizi draconiani, che non ammettevano attenuanti o possibilità di considerare la nevrosi come qualcosa di direttamente collegabile allo scontro. I soldati che, in numero sempre maggiore, dimostravano di non essere più in grado di sostenere il combattimento, venivano marchiati come codardi, disertori, uomini di infimo livello, meritevoli soltanto di finire giustiziati per fucilazione. Il soldato traumatizzato era qualcosa di completamente opposto al valoroso gentleman britannico, patriottico, in grado di controllare i propri nervi e portare a termine i doveri richiesti: «men were either sick, […] wounded or mad; anyone neither sick, wounded, nor mad but nonthless unwilling to or incapable of fighting was necessarly a coward, to be shot if necessary»[70].

---

invasore, vennero organizzati da questi ultimi i primi campi di concentramento, che sarebbero diventati tristemente noti al grande pubblico solo a seguito del secondo conflitto mondiale. In principio sorsero campi a Cuba, per mano degli spagnoli nel 1896; seguiti da quelli statunitensi nelle Filippine nel 1898, arrivando a quelli inglesi in Sudafrica, proprio durante la seconda guerra anglo-boera. Il termine *Lager* figurò per la prima volta quando i tedeschi li allestirono, nel 1905, in Namibia.

[69] B. Shephard, *op. cit.*, p. 24.

[70] Ivi. p. 25.

Per concludere la trattazione relativa a questo conflitto, si ricordi ancora che fino al 1916 l'esercito britannico, che era composto esclusivamente da volontari, si basava su una serie di valori tradizionali comunemente riconosciuti e condivisi, che designavano l'uomo virile per eccellenza e vedevano nel soldato il suo migliore esempio. Certi elementi disturbati, deboli, fossero essi predisposti o meno, non potevano essere ancora considerati parte dell'esercito dopo aver dato prova della loro inaffidabilità. Dovevano dunque essere condannati, nascosti e allontanati dalla società – servendosi delle strutture manicomiali – senza possibilità di ritorno. Può risultare interessante specificare ancora che quell'esercito di volontari, di giovani motivati e ben addestrati, si trovò ad assottigliarsi sempre di più, fino a sparire quasi completamente, con l'inizio delle ostilità nel 1914. Infatti, come ricorda Shephard, «by the end of 1914 the "old" Army has ceased to exist, bled to death in the battles of that autumn»[71]. Quell'esercito di professionisti e veterani, composto in prevalenza da giovani volontari entusiasti e disposti a tutto pur di dare il proprio contributo per il paese in guerra, a causa della coscrizione di massa, venne rimpiazzato in poco tempo da truppe completamente estranee alle fatiche ed alle rigidità della vita militare, che avrebbero irrimediabilmente fatto perdere quelle caratteristiche elitarie dell'esercito inglese, contribuendo inevitabilmente ad aumentare quel divario, già importante, tra la truppa, i comandanti, i politici e alcuni specialisti in ambito d'igiene mentale.

È solo nel corso del conflitto russo-giapponese, di pochi anni posteriore, che però gli storici riescono a rintracciare i primi segni di cambiamento in ambito psichiatrico. Tutti sono inoltre concordi nel riconoscere il notevole impatto traumatico che questa guerra ebbe sulla percezione di sé dell'Occidente in genere. Era la prima volta, infatti, che un esercito non bianco aveva la meglio su un esercito europeo. Questo fu reso possibile, di nuovo, grazie al grandioso sviluppo industriale conosciuto dal paese del Sol Levante nei decenni che seguirono l'apertura forzata dei commerci con l'Occidente, in particolar modo con gli Stati Uniti. Usciti da un secolare periodo di isolazionismo, i nipponici si aprivano ufficialmente alle innovazioni tecnologiche provenienti da oltreoceano, e le ripercussioni furono palesi soprattutto in ambito bellico. Una guerra durata poco più di un anno, dal febbraio del 1904 al settembre del 1905, in grado di minare la solidità dell'ideologia imperialista occidentale. Sebbene esistano altri precedenti, nella storia, di sconfitte di eserciti coloniali per mano di milizie extraeuropee (si veda a proposito la disfatta italiana ad Adua nel 1896[72]), gli storici affermano che questa guerra spiccò all'attenzione dell'opinione pubblica occidentale del periodo soprattutto per via delle dimensioni dei

[71] Ivi, p. 26.
[72] È bene ricordare, però, che la sconfitta subita dalle milizie italiane in Etiopia non è minimamente paragonabile, né per entità né per ripercussioni politico-sociali, a quella subita dai russi nel conflitto del 1904-1905.

due contendenti. Invero, destò particolare impressione il fatto che un piccolo esercito, come era quello giapponese, fosse in grado in pochi mesi non solo di resistere all'espansione del gigante russo, ma anche di sottometterlo in combattimento.

Questa guerra viene considerata innovativa anche e soprattutto se analizzata dal nostro punto di vista, ossia quello psichiatrico. Per la prima volta, all'interno dell'esercito russo, vennero richiesti gli interventi di esperti psichiatri, per provare a gestire l'alto numero di soldati che sembravano aver perso il senno. «The Russo-Japanese War (1904-1905) once more brought to the fore a wide range of psychiatric problems. In this case it was especially Russian doctors who recognized the problem and made a serious attempt to set up a system of treatment»[73].

Come ricorda ancora una volta Antonio Gibelli:

> riaffiora, nei protagonisti di questa esperienza di confine, una «malattia mentale» riconosciuta per la prima volta nei soldati mercenari svizzeri nel Seicento, poi osservata nelle armate napoleoniche trascinate per l'Europa, e ancora comparsa tra i combattenti della guerra civile americana, ma i cui contorni, nel procedere delle nuove attitudini classificatorie della psichiatria, apparivano sfumati: la Nostalgia o *Heimweh*[74].

Il successo nipponico, infatti, fu reso possibile soprattutto grazie al cospicuo utilizzo del bombardamento d'artiglieria, capace di stanare i nemici al riparo nei loro rifugi e di disperderne le forze, sgretolandone l'unità durante le offensive. Un bombardamento continuo, protratto per diverse ore, capace di sconvolgere la tenuta nervosa dei soldati russi, i quali non potevano fare altro che attendere passivamente che questo si concludesse. S'introduce, sempre di più, quel tipo di personalità difensiva e passiva che acquisiranno, quasi inevitabilmente, i soldati protagonisti dei combattimenti (o meglio, dei bombardamenti) d'epoca contemporanea, e di cui si tratterà meglio più avanti. Un senso d'impotenza, di totale passività di fronte alla forza tecnologica del nemico; uno stato d'animo agitato, tormentato dall'ansia e dalla paura di poter morire da un momento all'altro, senza nemmeno poter vedere il nemico negli occhi[75], capace di destabilizzare l'equilibrio psichico di qualsiasi guerriero. Un senso di paura generale in grado di

[73] H. Binneveld, *op. cit*., p. 4.
[74] A. Gibelli, *L'officina della guerra, op. cit*., p. 32.
[75] Utile per comprendere la portata rivoluzionaria delle innovazioni tecnologiche maturate in questo periodo, si ricordi che uno dei consigli pratici che gli ufficiali davano ai loro sottoposti fino alla metà del XIX secolo era quello di sparare solo quando essi potevano distinguere la parte bianca dell'occhio del soldato nemico. Significava aspettare fino all'ultimo momento utile e ingaggiare il combattimento solo da distanza estremamente ravvicinata, per fare in modo di non disperdere troppo la rosa dei proiettili, né diminuirne l'accuratezza. Nei conflitti novecenteschi (pratica in vigore ancora oggi), invece, di sovente si muore o si uccide senza neppure avere la possibilità di vedere, nemmeno in lontananza, il nemico.

affliggere tutti i combattenti, dai più timorosi ai più impavidi e spavaldi, che avrebbe ben presto messo in discussione quella rigorosa divisione adottata, per esempio, dall'esercito inglese (ma non solo), tra individui normali e anormali: i primi da proteggere e celebrare, i secondi da nascondere e condannare.

Come è stato fatto notare, questo conflitto fu il primo che vide direttamente l'interesse e la partecipazione attiva degli psichiatri sui diversi teatri di combattimento, sebbene l'importanza dei loro studi sia poi stata ridimensionata dalla storiografia più recente. Questo permise un'analisi, benché non adeguatamente approfondita, sicuramento meno superficiale rispetto a quelle tentate all'epoca da altri comandi generali. Poter vedere i soldati in combattimento, assistere in prima persona alle sofferenze che questi provavano e al mutamento destabilizzante del loro stato d'animo, permise agli psichiatri di azzardare un'analisi dei sintomi mostrati e tentare un'elaborazione delle loro possibili motivazioni.

Lo psichiatra russo M. O. Šajkevič, professore dell'Università di Mosca ad inizio Novecento, dopo aver analizzato i casi di alcuni soldati, afferma:

> la chiamata alle armi in tempo di pace, l'allontanamento dalla famiglia, che nella maggior parte dei casi si trova in difficili condizioni economiche, le difficoltà legate al primo periodo lontano dalle persone care, la tensione fisica e psichica, il timore delle responsabilità, l'inusuale disciplina, la frequente abitudine di affogare i dispiaceri nell'alcol sono circostanze sufficienti a provocare, soprattutto in individui predisposti, se non una grave psicosi, almeno quel particolare disturbo psichico (da molto tempo ormai riconosciuto, ma non ancora completamente esaminato) noto come nostalgia per la patria[76].

In modo particolare, gli specialisti si resero conto che queste complicazioni insorgevano «con più frequenza nelle classi anziane, ossia nei riservisti, sui quali il distacco ha effetti più traumatici»[77]. Indice di una presa di coscienza di due fattori di fondamentale importanza per provare a ridurre la possibile diffusione endemica di tali disturbi: il morale e la motivazione del singolo guerriero. Proprio a questi due fattori furono rivolti, con particolare zelo, gli sforzi della propaganda mediatica dei diversi paesi nel corso del primo conflitto mondiale: tenerne alto il morale e abbatterne ogni riserva, convincendo il soldato che stesse combattendo, oltre che una guerra giusta, anche e soprattutto, senza troppe esagerazioni, una guerra santa. Una sorta di crociata, come ricorda il titolo della già citata opera di Annette Becker e Stéphane Audoin-Rouzeau: *La violenza, la crociata, il lutto*.

---

[76] M. O. Šajkevič, *Le malattie mentali nell'esercito in relazione alla guerra russo-giapponese*, in «VMŽ», settembre 1907, p. 85.
[77] A. Gibelli, *L'officina della guerra*, *op. cit*., p. 33.

Emergono in quest'analisi dello specialista russo, per la prima volta, alcuni elementi chiave ripresi più e più volte nel corso di numerosi altri dibattiti intellettuali da parte di psichiatri di tutta Europa. Oltre all'allontanamento forzato dai propri cari e dal proprio luogo natio, già visto e compreso, in precedenza, come un evento in grado di scuotere il combattente arruolato da semplice civile, troviamo anche prospettive finora, in parte, inedite: ad esempio il principio della predisposizione e dell'ereditarietà, il vizio dell'alcol e il timore delle responsabilità e dell'inusuale disciplina che si doveva necessariamente conservare nei ranghi dell'esercito (comunemente noto come «mal di caserma»[78]: termine utilizzato per riferirsi a tutte quelle possibili difficoltà riscontrate dai soldati, in fattispecie in quelli più ribelli, ad adattarsi al contesto estremamente gerarchizzato delle forze armate). Tutti elementi che verranno approfonditi successivamente, soprattutto nel capitolo 2, quando si analizzeranno le cartelle cliniche dell'ex manicomio di Racconigi, dove si vedrà che le stesse categorie, le stesse attitudini classificatorie utilizzate dallo psichiatra russo, verranno adottate quasi senza modifiche dai sanitari attivi, dieci anni più tardi, nell'istituto piemontese.

Gli psichiatri russi in questione tentarono anche di proporre, pur senza successo, delle possibili terapie o suggerimenti sui trattamenti da utilizzare. Mentre sulle terapie effettive non sono pervenute molte informazioni, se non per quanto riguarda l'ergoterapia e la clinoterapia (pratiche in vigore nei manicomi già prima dell'inizio del conflitto), gli storici hanno fatto emergere qualche particolare in più per quanto riguarda i consigli pratici proposti dagli psichiatri russi da applicare nel caso in cui ci si dovesse imbattere in un soldato scioccato.

Per quanto riguarda l'ergoterapia, si tratta di un tipo di approccio medico, adottato dai manicomi dell'epoca, per cercare di impiegare i malati «in lavori pratici con l'obiettivo di tenerli occupati, distogliendoli dai pensieri ossessivi e dandogli la possibilità di sentirsi nuovamente utili»[79]. Tendenzialmente, la pratica consisteva in lavori nei campi, riordino di magazzini, pulizia delle camerate: insomma tutto ciò che fosse utile per impegnare il corpo e permettere alla mente di sorvolare su quanto fosse realmente accaduto sul campo di battaglia. Di approccio opposto, ma con il medesimo intento, consisteva invece la clinoterapia: «i pazienti erano lavati e posti a letto [utilizzando di sovente anche mezzi di costrizione come camicie di forza, cinghie o catene] dove rimanevano fino a quando il medico riteneva opportuno […]; tale terapia era applicata a tutti i pazienti, abbienti o meno, che risultavano essere agitati o confusi e solitamente

[78] Cfr. F. Milazzo, *Una guerra di nervi., op. cit.*, pp. 60-69.
[79] Anna Grillini, *La guerra in testa. Esperienze e traumi di civili, profughi e soldati nel manicomio di Pergine Valsugana (1909-1924)*, il Mulino, Bologna, 2018, p. 106.

non duravano meno di una settimana»[80]. Questi approcci, ovviamente, non rappresentavano una cura, ma erano un modo per far soffrire di meno il paziente; o almeno così si credeva. Il tentativo era quello di anestetizzare il dolore del soldato, facendo in modo che questi, semplicemente, non ci pensasse. Tuttavia, le difficoltà del caso sarebbero riemerse non appena il malato avesse portato a termine le proprie mansioni, o appena avesse avuto dei momenti di pausa, di noia (o ancora, durante il sonno, attraverso i cosiddetti *Battle dream*, incubi in cui il soldato riviveva scene particolarmente drammatiche del combattimento).

Questo approccio di nascondimento dell'evento traumatico attraverso l'occupazione fisica era strettamente collegato a quel senso nichilista d'impotenza della psichiatria d'inizio Novecento, analizzata per esempio da Valeria Babini[81]. In assenza di psicofarmaci, introdotti solamente a partire dalla metà del secolo, capaci di sedare il paziente, o di altre terapie innovative, come ad esempio la psicanalisi o l'ipnosi – figlie della scuola freudiana, introdotte a macchia di leopardo a partire dal primo conflitto mondiale – capaci di intervenire in modo attivo sul disturbo attraverso il trattamento diretto del problema, evitando che questo andasse a sedimentare nell'inconscio del paziente, queste terapie primonovecentesche non avevano un reale fine curativo. Questo anche perché la Nostalgia o il trauma da bombardamento (*Shell Shock*) erano considerati dei disturbi temporanei, di importanza relativamente minore, che sarebbero via via svaniti, attenuandosi fino a sparire completamente, attraverso un decorso naturale.

Gli storici, sulla scorta dei dati lasciati in prima battuta dagli psichiatri, hanno segnalato, però, che questi trattamenti riscontrarono pochi o nulli successi pratici in ambito medico, nonostante molti di questi venissero adottati ancora durante il secondo conflitto mondiale. Se infatti il soldato poteva apparire risanato, o «migliorato» (come riportato nelle cartelle cliniche racconigesi), sovente – anzi, nella maggioranza dei casi – esisteva il rischio che il disturbo si ripresentasse, addirittura cronicizzandosi. Proprio per questo non furono rari i casi recidivi. Se, dunque, dal punto di vista terapeutico gli specialisti russi non furono in grado di trovare reali soluzioni al problema, poterono invece stilare una serie di consigli d'approccio al malato, risultati, quest'ultimi sì, utilissimi anche per i conflitti successivi, e adottati gradualmente in pianta stabile da tutti gli eserciti nel corso della Grande Guerra. Essi consisterono in alcuni principi basilari, fondamentali, che Hans Bienneveld avrebbe riassunto come «immediacy, proximity and positive expectancy»[82], ossia immediatezza, prossimità e aspettativa positiva. Sebbene con alcuni pareri discordanti, la maggioranza degli psichiatri russi intervenuta nel dibattito si rese

[80] *Ibidem*.
[81] Cfr. V. Babini, *op. cit*., pp. 149-176.
[82] H. Binneveld, *op. cit*., p. 146.

conto che sarebbe stato auspicabile l'intervento immediato in loco sui soldati traumatizzati, facendo loro evitare l'ulteriore disagio di viaggi in treno lunghi migliaia di chilometri, dal fronte agli ospedali attrezzati per il loro trattamento. «L'enorme distanza del teatro di guerra non solo si ripercuote[va] sullo stato mentale dei combattenti, ma drammatizza[va] anche il problema dell'evacuazione»[83]. Infatti in Siberia o in Manciuria non esistevano ospedali specializzati. I soldati erano dunque costretti ad un lunghissimo viaggio di ritorno, della durata di diversi giorni, per tagliare tutta la Russia e venire ricoverati nella sua parte occidentale. Gli specialisti concordarono sul fatto che questi viaggi non facevano altro che peggiorare le condizioni già critiche dei pazienti, aumentandone l'agitazione, lo stress e la paura. Da qui i primi due principi basilari: immediatezza del trattamento in prossimità del teatro bellico.

Il terzo punto consiste, invece, proprio nel cercare di evitare quell'approccio nichilista, scoraggiato e scoraggiante, all'atto pratico col paziente da parte dello psichiatra. L'obiettivo era quello di reinserire il combattente nell'esercito nel minor tempo possibile; fare in modo che, in pochi giorni, questi potesse di nuovo tornare utile alle forze armate e alla patria. Il fine primario non era più, come in passato, nascondere tali soldati anormali e confinarli a vita in strutture manicomiali, ma guarirli velocemente per renderli di nuovo operativi, almeno fin tanto che la guerra fosse ancora in corso. Un primo cambio di approccio mentale da parte del Comando Generale in difficoltà, che testimonia come questo fenomeno diventasse via via sempre più rilevante, rendendo impossibile considerarlo un fattore di scarsa importanza. Infatti, sebbene di per sé la malattia fosse reputata di poco valore, non lo era l'effetto che questa poteva avere su un intero esercito. I soldati dovevano capire fin da subito che se avessero manifestato i sintomi di questo disturbo, sarebbero stati curati e immediatamente reintrodotti nelle fila delle truppe. Questo metodo venne applicato per scongiurare il rischio di una diserzione di massa; infatti, simulare la follia non poteva rappresentare un mezzo per sfuggire alla guerra (ma su questo legame tra la follia e la fuga si tornerà meglio, in modo più approfondito, trattando della Grande Guerra[84]). Per fare in modo che il soldato acquisisse questa *forma mentis* era necessario, però, che gli psichiatri per primi adottassero questa prospettiva, trattando i disturbi psichici dei soldati come qualcosa di perfettamente curabile, sebbene anomalo. Da qui la necessità di un'aspettativa positiva.

La guerra russo-giapponese, tuttavia, si concluse in una disfatta per l'impero zarista. E i problemi economici, politici e sociali che ne derivarono fecero in modo che queste scoperte in

[83] A. Gibelli, *L'officina della guerra*, *op. cit*., p. 37.
[84] Cfr. Bruna Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano 1915-1918*, Bulzoni, Roma, 2001.

ambito psichiatrico venissero ben presto accantonate. Lo stesso dibattito a livello europeo fu molto limitato e questo fu dovuto soprattutto al fatto che gli psichiatri russi dell'epoca non venivano considerati come particolarmente autorevoli nel resto d'Europa. Infatti, sebbene furono i primi a tentare un approccio medico pratico che non si limitasse alla condanna morale del soldato traumatizzato,

> their innovations in this specialized field remain, for the most part, unrecognized because of the low level of performance of the Russian medical services in general. In 1905, Russian military medicine did not represent a model which other countries wished to emulate. Consequently, during the First World War military psychiatry had to be discovered all over again[85].

Il piccolo dibattito generato attorno a questo specifico problema venne messo da parte a guerra appena conclusa con la stessa motivazione razziale che caratterizzava gli altri conflitti analizzati in precedenza: i russi o i giapponesi non avevano da insegnare nulla di nuovo alle nazioni occidentali. Un peccato di superbia da parte delle società europee, che le stesse avrebbero pagato, con gli interessi, allo scoppio della prima guerra mondiale; poiché solamente a quel punto compresero la reale importanza d'un efficiente organizzazione psichiatrica a supporto dell'esercito in tempo di guerra.

Antonio Gibelli ha fatto notare le ripercussioni che il conflitto russo-giapponese implicò anche in campo letterario all'interno della società russa. In particolar modo ha evidenziato l'opera *Il riso rosso*[86] (*Krasnyi smech*) scritta da Leonid Andreev, a guerra ancora in corso ed edita per la prima volta nel 1905. Benché questo breve racconto non faccia alcun riferimento all'evento bellico specifico, i critici affermano che questo fu indubbiamente il conflitto al quale l'autore si ispirò. Composto da diciannove frammenti, il racconto tratta, nella primissima parte, la tragica ritirata dal campo di battaglia del protagonista, mentre assiste ad orrori di ogni genere (dal bombardamento infernale dei cannoni, alla morte di numerosi suoi commilitoni, passando per la fatica della marcia). Il resto del libro è invece il racconto, molto confuso e destabilizzante, della vita del veterano al suo rientro a casa, fino al suo tragico epilogo.

> Attraverso toni crudi ed esasperazioni grottesche, Andreev descrive con dieci anni di anticipo lo scenario umano, esistenziale e fisico di chi esce dalla guerra e "torna a casa": una massa di invalidi, colpiti e feriti nella mente, prima ancora che nel corpo, incapaci di tornare a riprendere il corso normale della loro vita[87].

---

[85] H. Binneveld, *op. cit*., pp. 4-5.
[86] Cfr. Leonid Andreev, *Il riso rosso. Racconto della nevrosi di guerra*, Feltrinelli, Milano, 2016.
[87] https://fondazionefeltrinelli.it/scopri/il-riso-rosso-racconto-della-nevrosi-di-guerra/.

Opera che sebbene abbia goduto di poco successo a livello critico, è indubbiamente da riconoscere come fondamentale in campo letterario, poiché per la prima volta si fa riferimento esplicito ai traumi psichici dei combattenti, presentando il fenomeno come qualcosa di estremamente serio e di notevole importanza. In particolar modo, è utile notare l'interesse che ha Andreev nel raccontare l'accoglienza riservata a queste tipologie di reduci: vedere in loro non solo dei folli da rinchiudere e isolare per il resto dei loro giorni, ma dei malati da curare, da trattare come tali e come tali rispettare. Proprio in riferimento a questo, Gibelli afferma: «nel racconto di Andreev torna con insistenza il tema della irriconoscibilità del soldato che ha vissuto questa esperienza. […] Un ufficiale pazzo, reduce dalla guerra, si presenta in tal modo che neppure sua madre, che gli aveva dato la vita, lo avrebbe riconosciuto»[88]. Insomma, un'apparente impossibilità di dialogo tra il veterano e la società postbellica che avrebbe caratterizzato il trattamento dei reduci ancora per numerosi decenni.

L'ultimo conflitto che ci si propone di analizzare precedente alla Grande Guerra è quello italo-turco del 1911-1912. È innanzitutto da segnalare che ancora oggi, persino in Italia, questo è un conflitto poco studiato, specialmente sotto l'aspetto del trauma psichico. L'unico saggio che tratti monograficamente questo problema, analizzando circa una settantina di cartelle cliniche provenienti da diversi manicomi italiani, è quello ad opera dei due storici Graziano Mamone e Fabio Milazzo, intitolato *Deserti della mente. Psichiatria e combattenti nella guerra di Libia 1911-1912*, edito nel 2019. A partire dalla prima guerra mondiale, come vedremo, invece, aumentano in modo considerevole le pubblicazioni specifiche di approfondimento sui diversi manicomi e, in generale, sul trauma psichico legato alla guerra, tanto in Italia, quanto all'estero, in fattispecie nella storiografia anglosassone. A riguardo, Graziano Mamone ha affermato:

> vittima di tale memoria selettiva è stata senza dubbio quella guerra di Libia del 1911-1912 che la propaganda patriottica si sforzò di presentare come una "passeggiata militare", ma che in realtà rivelò aspetti mentali terrificanti. Fu anche questo un laboratorio di pratiche psichiatriche e generò una casistica clinica importante, nota ma assai poco utilizzata dalla storiografia contemporanea[89].

Anche per questo conflitto vale quanto si è detto per quelli precedenti: le esperienze mediche vissute dai comandi generali, data la natura di guerra coloniale, dunque rivolta verso un popolo reputato inferiore, non vennero considerate degne di poter insegnare qualcosa di nuovo agli

[88] A. Gibelli, *L'officina della guerra*, *op. cit*., p. 35.
[89] G. Mamone, *La costruzione del trauma nella guerra di Libia (1911-1912)*, in G. Mamone, F. Milazzo (a cura di), *Storia e psichiatria*, *op. cit*., p. 159.

occidentali, né in ambito psichiatrico, né in ambito bellico. Infatti, si può fin da subito riconoscere che a seguito di

> indagini […], condotte empiricamente sulla base di interrogatori individuali e collettivi, dei ricordi e delle impressioni militari, con tutte le difficoltà epistemologiche che un simile procedere contempla, evidenziano ancora alla fine della guerra di Libia, nonostante alcuni articoli e sporadiche indagini, che il fenomeno dei traumi nervosi da conflitto era pressocché sconosciuto[90].

Nonostante fosse ben nota la possibilità di avere tra le fila del proprio esercito degli anormali di ogni sorta, non furono prese precauzioni adeguate ad evitare che anche i cosiddetti normali potessero incorrere in tali disturbi a seguito dell'esperienza bellica. «Infatti fino ad allora la questione delle psiconevrosi da conflitto era stata poco considerata e, più in generale, legata [esclusivamente] a predisposizione individuale e tare familiari»[91]. In più, riconoscere che la guerra potesse avere ripercussioni dirette non solo sul corpo ma anche sulla mente del combattente, avrebbe implicato l'obbligo da parte delle finanze dello Stato di garantire ai reduci una pensione d'invalidità per il resto della loro vita. Esborsi che sarebbero risultati troppo onerosi se dette pensioni fossero state concesse ad ogni tipologia di «mutilato» (richiamandoci alla definizione data da Camillo Golgi). Si presenta quindi un problema che diventerà cardinale nel corso del primo conflitto mondiale: il legame, apparentemente indissolubile per la mentalità dei comandi dell'epoca, tra follia di guerra, simulazione e diserzione. Già non erano rari casi di soldati autolesionisti, i quali s'ingegnavano in ogni maniera per provare a fuggire dalle sofferenze e dalle fatiche delle campagne belliche mediante ferite autoindotte; ora si aggiungeva un ulteriore problematica – in precedenza poco considerata, ma adesso impossibile da trascurare – ossia quella delle malattie mentali all'interno dell'esercito in tempo di guerra. Mentre per quei soldati che potremmo definire "autolesionisti fisici" esistevano già (o ne vennero elaborate di nuove) delle pratiche mediche utili ad accertarsi – nella maggioranza dei casi, almeno – se la ferita riportata fosse genuina, quindi procurata in combattimento per mano del nemico, oppure menzognera, quindi autoindotta, le stesse pratiche non erano valide per gli "autolesionisti mentali". Con questo termine si fa riferimento non in toto alla categoria dei soldati affetti da psiconevrosi traumatica, e nemmeno a quelli reputati clinicamente predisposti per via di tare familiari, ma a tutti quei militi considerati come simulatori e che, in quanto tali, sarebbero stati passabili di denuncia e persino condannabili per diserzione. Nei casi più gravi, anche a scopo esemplare, giustiziabili per fucilazione. Ma durante la guerra italo-turca non assistiamo mai a

[90] F. Milazzo, *Dal trauma alle psico-nevrosi di guerra*, in G. Mamone, F. Milazzo, *Deserti della mente*, *op. cit*., p. 15.
[91] *Ibidem*.

casi di fucilazione per follia simulata. Sarà invece molto diverso il trattamento riservato a tali soldati durante il primo conflitto mondiale, dove il sistema adottato dell'esercito italiano, in particolare sotto Luigi Cadorna, risulterà come il più rigido e intollerante a livello europeo[92].

L'approccio adottato in Libia, infatti, evidenzia come il Comando Generale italiano non fosse ancora pronto a gestire draconianamente queste nuove casistiche. Essendo il numero di tali combattenti tutto sommato ridotto, seppur non trascurabile, questi venivano semplicemente rimpatriati e inviati, nella maggior parte dei casi, previa visita medica specifica, in manicomio, per periodi limitati. Periodi reputati sufficienti per far sì che il malcapitato riacquisisse la ragione (un approccio simile lo si ritroverà ancora nel manicomio di Racconigi qualche anno più tardi). Indicativa, sotto questo punto di vista, la totale ignoranza da parte degli specialisti italiani dell'epoca dei consigli d'approccio pratico suggeriti dai medici russi pochi anni prima, circa la prossimità e l'aspettativa positiva al momento del trattamento psichiatrico. La tendenza prevalente consisteva nel non «ospedalizzare in sito i nevrotici acuti e gli alienati, ma subito trasportarli all'ospedaletto od ospedale da campo il più vicino, ed ivi ricoverarli – appartati – in una delle comuni tende, con un gruppo di comuni infermieri, rimpatriandoli non appena [fosse stato] possibile»[93]. L'obiettivo era quello di individuare e separare tempestivamente il combattente deviato da quello normale, allontanandolo dall'occhio indiscreto e preoccupato dei suoi commilitoni, per fare in modo che il suo comportamento non potesse dare adito a casi di emulazione. Il Comando Generale si limitò, per tanto, al semplice allontanamento del singolo soldato disturbato, facendolo passare, senza troppo clamore, come semplice predisposto, tarato mentalmente.

La possibilità che potesse essere la guerra stessa ad indurre tali psicosi non venne nemmeno considerata. Seconda l'assioma dell'ereditarietà, la responsabilità per l'insorgenza di disturbi mentali nei combattenti non venne scaricata né sull'esercito né tantomeno sull'evento bellico in sé, ma direttamente sulla famiglia del singolo soldato. Se un soldato avesse delirato, le motivazioni possibili potevano essere solamente due: o predisposizione, o simulazione. In ogni caso l'esercito non ne poteva essere responsabile, dunque non poteva garantire pensioni di alcun tipo. Un processo, questo, di deresponsabilizzazione quasi automatica da parte dei comandi generali, comune in tutti gli Stati europei, e che rimarrà tale ancora dopo il primo conflitto mondiale. Una reticenza che non permetteva alcuna giustizia nei confronti di tutti quegli uomini

[92] Cfr. Enzo Forcella, Alberto Monticone, *Plotone di Esecuzione. I processi della prima guerra mondiale*, Laterza, Bari, 2014.
[93] Placido Consiglio, *Studii di psichiatria militare IV. Proposte e rimedi*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», XLI (1915), pp. 35-80.

rimasti coinvolti, spesso a vita, in questa patologia. Deresponsabilizzare l'esercito, dunque, da un lato, e allontanare il soldato, quasi nascondendolo, dall'altro.

Come avrebbe denunciato, tra gli altri, Michel Foucault qualche decennio più tardi – e come si avrà modo di approfondire meglio in seguito – la psichiatria è una scienza politica: infatti, questi casi vennero trattati «in chiave politica, e non medica»[94]. Può tornare utile ricordare in questa fase che pochi anni prima, nel 1904, era entrata ufficialmente in vigore in Italia la cosiddetta legge Giolitti (legge 14 febbraio 1904, n. 36): la legge più importante in ambito psichiatrico e manicomiale fino al 1978, anno decisivo per l'entrata in vigore della rinomata legge Basaglia (legge 13 maggio 1978, n. 180). Detta legge avrebbe ufficializzato l'apparentemente inscindibile corrispondenza tra malattia mentale e pubblica sicurezza. Infatti, essa «stabiliva quale criterio d'internamento la pericolosità sociale e il "pubblico scandalo"»[95]. Il folle viene istituzionalmente riconosciuto come un essere «che ingombra la società [e] simboleggia, nell'organismo sociale, quello che rappresentano le tossine, le infezioni dell'organismo individuale»[96]. Questa legge, ad esempio, prevedeva che quando un individuo venisse ammesso in manicomio, automaticamente venisse anche registrato l'accaduto sul suo casellario giudiziario personale, anche se non fosse stato commesso alcun crimine. Permise quindi di compiere una piena «ibridazione fra la struttura manicomiale e il carcere»[97]. La storica Valeria Babini conclude: «si entra dunque in manicomio non perché si è malati, ma perché nocivi, pericolosi, improduttivi, oziosi, di pubblico scandalo»[98].

Su questa legge e le critiche ad essa strettamente correlate torneremo a parlarne meglio in seguito. Qui interessa notare come tale provvedimento legislativo abbia influito sul trattamento politico-sociale (e sul conseguente trattamento terapeutico all'interno delle strutture manicomiali) riservato a tutti i soldati rimasti traumatizzati dal conflitto per la conquista della cosiddetta "quarta sponda" italiana.

Questo approccio venne rafforzato anche nell'immediato dopoguerra. Lo conferma la gestione del problema delle pensioni d'invalidità. Difatti, si fece ricorso a quel «filone prospettico che durante la Grande Guerra orienterà le diagnosi più marcatamente amorali, cioè quelle mosse dalla convinzione che il disturbo psichico lamentato dai soldati alienati fosse la conseguenza

---

[94] F. Milazzo, *Dal trauma alle psico-nevrosi di guerra*, in G. Mamone, F. Milazzo, *Deserti della mente*, op. cit., p. 37.
[95] Valeria P. Babini, *op. cit.,* p. 19.
[96] Leonardo Bianchi, *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, legislatura XXI, II sessione, discussioni, tornata del 10 febbraio 1904, Progetto di legge Giolitti.
[97] Maddalena Carli, Vinzia Fiorino, *Introduzione*, in *Memoria e ricerca. Rivista di storia contemporanea*, fascicolo 47, FrancoAngeli, Milano, settembre-dicembre 2014, pp. 5-10.
[98] V. Babini, *op. cit*., p. 19.

del volersi sottrarre agli obblighi e ai doveri militari»[99]. Leggere questi fenomeni psichiatrici sotto la prospettiva politica significò continuare «a credere che i traumatizzati soffrissero a causa di una particolare sensibilità, a sua volta ricollegabile a predisposizione organica; ciò faceva di loro degli elementi facilmente suggestionabili e quindi poco credibili»[100]. La pressoché totalità degli psichiatri dell'epoca descrisse tali disturbi «nei termini di un riflesso patologico condizionato, che si generava a partire dalla perversa volontà del soggetto e non a causa di un fattore scatenante»[101]. Ricondurre tutta la questione ad un semplice «atto volitivo – più o meno inconsapevole – del soggetto significava sottrarre valore alla condizione patologica e ricondurla in un ambito – il desidero di ottenere un sussidio – legato alle rivendicazioni sociali, quindi»[102] politico. Insomma derubricare il tutto ad una sorta di lotta di classe per ottenere elargizioni economiche, qualcosa visto come una prerogativa socialista, dalle tinte fosche, potenzialmente esiziale per l'equilibrio nazionale (e per le sue casse).

Senza addentrarsi troppo nello specifico, in questa sede, nel dibattito tra intellettuali dell'epoca (la maggioranza di formazione positivista d'ispirazione lombrosiana), ci basti riconoscere che anche questo conflitto non fu trattato con l'attenzione che avrebbe invece meritato. Come avrebbe infatti denunciato nel 1915 lo psichiatra Placido Consiglio, già attivo in Libia fin dal 1911 «l'organizzazione psichiatrica in guerra è problema grave, e di grande attualità»[103]. Destinato ad essere velocemente dimenticato nei mesi immediatamente successivi alla conclusione delle ostilità, questo tema sarebbe riemerso, in Italia così come in Europa, solamente a partire dal 1914.

Infine, in un discorso più generale che comprenda tutti gli Stati dell'Europa occidentale, gli storici concludono che questi casi analizzati di conflitti precedenti alla Grande Guerra non risultarono in alcuna maniera utili allo sviluppo di pratiche psichiatriche adatte a gestire e curare in modo concreto i nuovi e anomali disturbi. Intellettuali, politici, generali e psichiatri passarono semplicemente oltre, non avvedendosi della reale portata di tale problema, lasciando che fosse solo l'esperienza destabilizzante del primo conflitto mondiale a destare una volta per tutte le coscienze sopite, e rendere così possibile l'avvio di un dibattito psichiatrico che prendesse in seria considerazione, per la prima volta a livello planetario, l'esistenza di queste patologie, e s'impegnasse attivamente nella ricerca di un'eventuale cura.

---

[99] F. Milazzo, *Dal trauma alle psico-nevrosi di guerra*, in G. Mamone, F. Milazzo, *Deserti della mente*, *op. cit*., p. 37.
[100] Ivi, p. 36.
[101] *Ibidem*.
[102] Ivi, pp. 36-37.
[103] P. Consiglio, *op. cit.,* p. 56.

1.2. Un percorso attraverso i termini: da *Shell Shock* a *Post Traumatic Stress Disorder*

Nelle prossime pagine verranno presi in esame i diversi termini psichiatrici utilizzati per diagnosticare la psiconevrosi traumatica di origine emotiva proposti dagli specialisti, alcuni dei quali comparsi nel corso del tempo all'interno del *DSM*, a partire dal 1952. Tali termini sono stati successivamente ripresi da numerosi studiosi e storicizzati, contribuendo ad evidenziare similitudini e differenze delle rispettive diagnosi, oltreché le diverse prospettive terapeutiche adottate dagli specialisti delle varie fasi storiche considerate.

Il primo vocabolo, *Shell Shock* (e le rispettive varianti nazionali), fu il termine specifico scelto da alcuni psichiatri inglesi nel corso della prima guerra mondiale, e che a conclusione del confitto cessò di essere utilizzato come termine psichiatrico per diagnosticare una specifica categoria di disturbo mentale all'interno dell'esercito. Dopo circa vent'anni di totale silenzio sulla questione da parte degli specialisti di tutto il mondo, nel corso del secondo conflitto mondiale il tema della psiconevrosi di guerra tornò all'attenzione degli esperti ma, data la natura davvero totalizzante di quella guerra e a causa dell'impossibilità comunicativa e di scambio reciproco all'interno dei territori occupati dai diversi eserciti, non si poté assistere ad un dibattito intellettuale su scala europea caratteristico invece del conflitto precedente. Specificamente per questa guerra si parlò di *Combat Exhaustion* o di *Combat Fatigue* (oppure ancora, nella sua variante britannica, *Battle Exhaustion*). Dal 1945 in avanti, per via dei coinvolgimenti diretti in numerosi conflitti nel corso degli ultimi ottant'anni, tutti i termini psichiatrici adottati sarebbero stati di origine statunitense. Il termine *Combat fatigue* rimase in vigore ancora nel corso della guerra di Corea (1950-1953) per venire poi ufficialmente sostituito, negli anni del conflitto in Vietnam, dalla diagnosi di *Combat stress*. A conclusione di quest'evento, profondamente destabilizzante tanto per i soldati quanto per l'opinione pubblica americana, venne adottato per breve periodo un termine specifico per descrivere il peculiare stato mentale di numerosi veterani traumatizzati, apparentemente incapaci di reintegrarsi all'interno della società civile in tempo di pace, conosciuto anche come *Post Vietnam Syndrome*. Nel 1978 alcuni specialisti proposero l'ennesima modifica del vocabolo per designare il trauma da guerra, ma con l'intenzione, questa volta, di includere al suo interno anche le nevrosi non causate esclusivamente dal conflitto ma, più in generale, da qualsiasi evento traumatico che potesse essere sperimentato da un essere umano nel corso della propria vita. Nel 1980, a conclusione di questa evoluzione terminologica (almeno fino ad oggi) entrò ufficialmente in vigore la diagnosi di *Post Traumatic Stress Disorder*, abbreviato in *PTSD* e traducibile in italiano come disturbo da stress post traumatico. Questo termine comprende tutti quei soggetti, civili o militari, che hanno direttamente subito violenze

di ogni genere, ad esempio abusi, o sofferenze legate ad eventi particolarmente traumatici come incidenti ferroviari, catastrofi naturali ed eventi bellici, e che ne siano rimasti profondamente turbati a livello mentale, tanto da necessitare di cure psichiatriche e trattamenti speciali al fine di poter riprendere, senza ulteriori complicazioni, la loro vita quotidiana.

1.2.1. *Shell Shock*

Shell Shock, letteralmente "shock da granata" o "shock da bombardamento", come si è già accennato, fu un termine utilizzato per la prima volta da Charles S. Myers. Esso venne coniato all'inizio del 1915 nel Regno Unito, a seguito del progressivo mutamento del tipo di combattimento sperimentato sul fronte occidentale tra l'autunno e l'inverno del 1914, quando il conflitto diventò stabilmente una guerra di posizione. Hans Binneveld a riguardo ha affermato: «in October 1914 the war in the trenches began for the British army. […] the horrors of the trench warfare arrived. Not only was the number of casualties great, but they were varied in nature. There were quite a few casualties who could not be diagnosed by the doctors of the military medical service»[104].

Ben Shephard, successivamente, approfondendo la ricerca, ha specificato che «in December 1914, alarming reports reached the War office in London that large numbers of soldiers were being evacuated from the *British Expeditionary Force*[105] in Europe with "nervous and mental shock". Some 7-10% of all officers and 3-4% of all ranks, it was said, were being sent home suffering from nervous or mental breakdown»[106].

Tra i diversi specialisti coinvolti nel trattamento di tali pazienti, in questo frangente, si deve dare maggiore risalto soprattutto a Charles Myers e al suo studio eseguito su tre soldati in particolare tra tutti quelli rimpatriati per disturbi mentali. Grande attenzione si deve anzitutto alla diagnosi completamente inedita che propose. I soldati in questione presentavano sintomi quali tremori, pianto isterico, amnesia e cecità. Per il primo caso, i soldati che assisterono alla scena raccontarono che il ragazzo, ventunenne, riuscì a sopravvivere miracolosamente dopo che tre proietti gli esplosero a distanza ravvicinata: «three shells exploded directly behind him.

[104] H. Binneveld, *op. cit*., p. 84.
[105] Corpo di Spedizione Britannico inviato sul continente a supporto dell'esercito francese a seguito dell'invasione del Belgio da parte dei tedeschi nell'estate del 1914.
[106] B. Shephard, *op. cit*., p. 21.

According to eye-witnesses, it was a miracle that he survived»[107]. Il secondo soldato rimase sepolto vivo per circa 18 ore dopo che un proietto nemico sfondò il tratto di trincea nel quale si trovava. Dell'ultimo caso analizzato da Myers sappiamo, invece, che il soldato ventitreenne, mentre era seduto su un muretto di pietra, venne scaraventato in aria da un'esplosione nelle immediate vicinanze e ricadde a diversi metri di distanza, impaurito ed in stato confusionario. Sebbene i sintomi presentati fossero molto diversi gli uni dagli altri, Myers poté individuare un'unica causa comune a tutti e tre i suoi pazienti, ossia l'aver sperimentato direttamente sul proprio corpo un bombardamento nemico estremamente ravvicinato. I tre non presentavano disturbi mentali pregressi, né tare ereditarie. Non erano affetti da alcun tipo di malattia venerea, non erano degli alcolizzati e rientravano ancora a pieno titolo tra quei volontari che allo scoppio delle ostilità decisero di arruolarsi di loro spontanea volontà. Insomma, non potevano essere applicate nei loro confronti tutte quelle attenuanti o scusanti tipiche della coscrizione di massa, dell'ereditarietà o del degrado morale. L'unico evento responsabile dei loro disturbi psichici poteva essere solamente la guerra, in particolar modo l'esperienza traumatica del bombardamento[108].

Ad ogni modo, Myers non arrivò a questa conclusione in modo totalmente autonomo. Infatti, sin dalle primissime settimane di combattimento, in alcune riviste scientifiche inglesi iniziarono a circolare dei brevi articoli in cui i medici evidenziavano gli effetti che l'esperienza di un bombardamento subìto potesse provocare. I dottori però, specie se chirurghi, non erano ancora attrezzati per trattare simili sintomi. Il conflitto, di lì a poco, avrebbe infatti evidenziato tutta una serie di casistiche estremamente varie e complesse prima di allora poco approfondite, portandole rapidamente all'attenzione di gran parte dell'opinione pubblica internazionale dell'epoca. La Grande guerra, come sottolineato da numerosissimi specialisti del settore sin dal periodo coevo, fu un eccezionale laboratorio medico, tanto per la chirurgia, quanto per la psichiatria. Essa permise il trattamento di una notevole quantità di ferite, sia fisiche che mentali, inconcepibili in tempo di pace, contribuendo in maniera preponderante ad un notevole sviluppo della scienza medica in genere.

> La guerra deve essere considerata dagli studiosi come un prodigioso esperimento di psicofisiologia. Degli uomini, in numero straordinariamente grande, in condizione di media salute buona, vennero tolti dalle loro consuete abitudini […] si avviarono alle frontiere e lì vennero sottoposti ad una serie di vulnerazioni morali e fisiche di tale portata delle quali non vi è esempio nell'ordine normale delle cose[109].

[107] H. Binneveld, *op. cit*., p. 84.
[108] Cfr. H. Binneveld, *op. cit*., pp. 84-91.
[109] Angelo Alberti, *I servizi psichiatrici di guerra*, in «Rivista ospedaliera», Roma, 1917, p. 235.

Numerosi storici e psichiatri hanno evidenziato il legame diretto che congiunge la diagnosi innovativa proposta da Myers – e applicata ad un contesto ben specifico, attraverso una terminologia intrinsecamente affine all'evento bellico – e le teorie e diagnosi proposte nel corso degli ultimi decenni dell'Ottocento da altri psichiatri, in particolar modo da Hermann Oppenheim. Inizialmente Myers adottò un approccio di tipo psico-somatico per trattare questa tipologia di pazienti, per poi rendersi conto, in un secondo momento, che tali disturbi non coinvolgendo necessariamente anche il soma, fossero legati ad una questione in larga parte psichica. Questa evoluzione avvenne poiché si rese conto, con l'approfondimento dello studio e l'aumento quantitativo esponenziale dei soldati scioccati che quasi quotidianamente venivano rimpatriati, che non sempre le esperienze dei militi erano paragonabili, a livello commozionale, a quelle dei tre soldati inizialmente presi in esame, di cui sopra. Lo stesso Oppenheim, decenni prima,

> al termine del suo studio […] divise sostanzialmente i pazienti in due gruppi, nel primo era ragionevolmente ipotizzabile la presenza di una micro-lesione nel cervello o nel sistema nervoso centrale causata da una caduta o da un colpo e tali danni potevano risultare impossibili da individuare a causa della loro natura. Nel secondo gruppo le ferite fisiche ricoprivano un'importanza secondaria rispetto al ruolo della psiche. In questi casi, anche in assenza di lesioni, l'evento traumatico poteva avere conseguenze che normalmente non si sarebbero notate, ma a cui la mente malata reagiva in maniera anormale e amplificata. La diagnosi elaborata da Oppenheim per questi casi era di «nevrosi traumatica» e i sintomi di tale patologia erano direttamente riconducibili all'evento traumatico che li aveva causati e in tal senso venivano trattati[110].

Esattamente com'era già accaduto allo studio del neurologo tedesco anni prima, anche la diagnosi proposta da Myers fece grande fatica ad affermarsi (almeno a conflitto ancora in corso), venendo infine aborrita dagli specialisti a guerra conclusa e mai più ripresa nei medesimi termini. In generale, in tutti i paesi coinvolti dal conflitto una tale diagnosi trovò numerosi impedimenti e in tutti quanti venne abbandonata una volta terminata la situazione d'emergenza dovuta al conflitto. In Italia ad esempio, come si vedrà, tale tesi venne scartata fin dal principio dalla maggioranza degli psichiatri e non si sviluppò mai un dibattito che prendesse in considerazione la possibilità che la guerra potesse essere l'unico fattore determinante. Come ricorda Anna Grillini:

> polemiche di questo stampo si verificarono anche in Francia e Inghilterra e anticiparono le tematiche e le argomentazioni dei dibattiti medici durante la prima guerra mondiale, periodo in cui ogni diagnosi andava soppesata per le sue implicazioni ideologiche ed economiche. L'Italia non fece eccezione e le sfaccettature legali ed economiche inerenti al dibattito sulle nevrosi traumatiche furono oggetto di studi, ancorché in numero modesto, già prima dello scoppio della Grande Guerra[111].

[110] A. Grillini, *op. cit.*, p. 59.
[111] Ivi, p. 61.

È necessario ricordare che la diagnosi proposta da Oppenheim era stata elaborata in tempo di pace, quando i pazienti affetti da questi disturbi a seguito di un evento traumatico erano ancora in modeste quantità, sebbene in numero progressivamente crescente per via dell'industrializzazione e meccanizzazione della società e i relativi potenziali incidenti che i macchinari o i mezzi di trasporto potevano causare. In tempo di guerra, quando i soldati traumatizzati si contavano a decine di migliaia, tale approccio sarebbe risultato esiziale per le finanze degli stati coinvolti nel conflitto. Infatti, «la posizione italiana sulle nevrosi traumatiche e sulla loro importanza nell'attribuzione di risarcimenti economici per ferite sul lavoro o incidenti risultò essere sorprendentemente moderata, soprattutto alla luce di quelle che sarebbero state le posizioni della psichiatria italiana nel conflitto mondiale che sarebbe scoppiato nel giro di pochi anni»[112].

Secondo Jay Winter, in uno studio comparativo condotto nel 2000 sui diversi termini adottati dalle nazioni coinvolte nel conflitto per designare la nevrosi di guerra, nessun vocabolo è più esplicito e peculiare di quello proposto da Charles Myers. Winter le definisce infatti un termine intraducibile da una lingua ad un'altra, specificando come esso abbia significato qualcosa di strettamente intrinseco alla cultura e al linguaggio inglese, e legato in particolar modo alla svolta ideologica che maturò in quel periodo. Infatti: «the precise term does not exist in the same form in French or German. […] Compare the alternatives*: Kriegshysterie*[113]*, choc commotionnel, choc traumatique, hystérie de guerre.* None carries the dramatic, alliterative, time-specific, yet universal echoes of *"Shell Shock"*»[114]. Shephard pochi anni dopo riconoscerà sulla scorta di Winter che «there was no European equivalent of the umbrella term *"Shell Shock"*»[115].

A tale proposito Bruna Bianchi, ad inizio anni Duemila, ha evidenziato come la scelta di applicare un termine medico specifico per designare un particolare tipo di patologia, distaccandosi almeno in parte dalle conoscenze pregresse in ambito psichiatrico comuni a tutti gli specialisti del settore al principio del XX secolo – ossia adottare un lessico totalmente inedito, appositamente legato alla guerra e che non si rifacesse in tutto e per tutto alle diagnosi della psichiatria civile elaborate in tempo di pace – costituisca un'importantissima svolta culturale all'interno di quelle nazioni che decisero di adottare queste nuove prospettive diagnostiche. La storica a riguardo ha affermato:

---

[112] *Ibidem*.
[113] Altri termini Tedeschi impiegati durante il conflitto furono: *Nervenshock*, *Granatkontusion*, *Granaterschütterung*, *Granatexplosionslähmung* e *Granatfernwirkung*.
[114] Jay Winter, *Shell-Shock and the Cultural History of the Great War*, in «*Journal of Contemporary History*», Vol. 35, No. 1, 2000, pp. 7-11.
[115] B. Shephard, *op. cit*., p. 97.

> l'intraducibilità di questo termine conferma, a parere di Jay Winter, la sua capacità di definire un mutamento culturale. Anche in Germania nei primi tempi del conflitto si diffusero termini quali *nervös Erschöpfte* (esaurimento nervoso), *Erzneurosen* (nevrosi cardiaca), in Francia quello *choc traumatique*, termini che ponevano l'accento sulla spossatezza e sul logoramento. Questa terminologia suggeriva la centralità dell'evento nell'insorgenza della malattia, centralità che con il procedere del conflitto passerà in secondo piano o sarà negata[116].

Svolta culturale, però, solo parziale. O meglio, non in grado di coinvolgere e mettere d'accordo tutta la società, dall'esercito ai civili, passando per le istituzioni politiche e i vari specialisti dei diversi paesi direttamente coinvolti nell'evento bellico. Anche alla fine del 1918, dopo quattro lunghissimi anni di combattimenti su tutti i fronti e decine di migliaia di casi di soldati affetti da nevrosi di guerra in tutti gli Stati, solo in pochi, tra gli psichiatri, sarebbero stati disposti a riconoscere la fondamentale importanza dell'evento bellico nella manifestazione di tali patologie. Tutti gli storici che a partire dagli anni Ottanta hanno trattato questi fenomeni (ma soprattutto dagli anni Novanta e inizio Duemila, quando, sulla scorta dei singoli casi nazionali studiati nei decenni precedenti, si poterono tentare le prime ricostruzioni comparative su scala transnazionale, come ad esempio quelli di Hans Binneveld, Ben Shephard e Jay Winter, appunto), hanno rilevato che gli psichiatri di quasi tutti i paesi coinvolti nel conflitto erano, schematicamente, scindibili in due correnti di pensiero opposte.

I primi, la maggioranza, tendenzialmente più anziana nonché di formazione positivista tardo ottocentesca, erano ancora legati ad assiomi psichiatrici pregressi, sviluppati in tempo di pace e non in grado di tenere conto nelle innumerevoli innovazioni maturate nel quarantennio precedente alla Grande Guerra, sia in campo tecnologico (specie in ambito bellico), che in fatto di scoperte o intuizioni mediche e scientifiche. Questi, come si è già potuto constatare analizzando sinteticamente lo shock da trauma prima del 1914, persistevano sull'argomentazione della predisposizione del soggetto, dell'ereditarietà e sulla necessità di ricercare, individuare e allontanare il prima possibile tali individui anormali dalle fila dell'esercito. Essi sostenevano che, in assenza di un'adeguata preselezione psichiatrica al momento dell'arruolamento (e che sarebbe stato necessario introdurre nell'ottica di eventuali conflitti futuri, come poi in parte accadde), appena fossero sorti disturbi mentali nel soldato, questi dovesse necessariamente essere ricoverato tempestivamente e, una volta guarito, reintrodotto nella truppa. Seguendo quel filone che si è evidenziato trattando del conflitto russo-giapponese, la nevrosi del soldato non poteva offrire una possibilità di fuga dalla guerra, dalle proprie mansioni e doveri. L'individuo anomalo doveva essere trattato come fosse un deviato morale, un disertore, un simulatore, un effemminato, o persino un traditore della patria nei casi più gravi: un soggetto smarrito (o che si finge

[116] B. Bianchi, *Il trauma della modernità*, *op. cit.*, p. 29.

tale) il quale deve obbligatoriamente essere convinto, attraverso un trattamento immediato e persistente, di poter tornare a combattere nel minor tempo possibile. Questa tipologia di psichiatri adottò tale prospettiva draconiana anche e soprattutto a causa della continua pressione esercitata dai diversi comandi generali nei loro confronti. Essi infatti erano visti come gli unici specialisti in grado di curare questo nuovo tipo di malattia, quasi completamente inedita in una portata così elevata, che gli altri medici non erano in grado di trattare. Si richiedeva allo psichiatra un comportamento nei confronti del soldato traumatizzato al contempo severo ma rassicurante; distaccato ma sempre presente; una via di mezzo tra le necessità del singolo paziente e quelle ben più importanti dello Stato in guerra. L'obiettivo di questi psichiatri andava in parte a cozzare con il codice deontologico ed etico della loro professione (e della medicina in genere): il loro fine si spostò da quello di guarire i malati, a permettere che questi, anche solo se parzialmente migliorati, potessero tornare rapidamente al fronte. Una forzatura dettata della necessità che una guerra totale di logoramento imponeva. Era quindi di rilevanza nazionale che tutte le componenti della società, tanto i civili quanto la classe dirigente, passando per l'esercito e i diversi intellettuali coinvolti, remassero tutti nella stessa direzione per raggiungere l'obiettivo comune. E l'unico imperativo era quello di vincere la guerra, con ogni mezzo. Questi adottarono, in parte volontariamente, in parte costretti dalla situazione, una particolare tipologia di terapia che gli storici hanno definito di carattere disciplinare o di inquadramento morale. A riguardo Eric Leed ha segnalato come «i medici che privilegiarono le terapie disciplinari agivano istituendo scenari terapeutici molto simili a situazioni giudiziarie, processuali»[117]. I «moralisti», come vennero definiti tali psichiatri,

> furono particolarmente attenti nel mantenere la distinzione fra le nevrosi che avessero una causa fisica, una caduta o l'esplosione di una granata (turbe commozionali) e quelle che avessero un fondamento puramente psichico (turbe emotive). Solo alle turbe commozionali erano riservati i diritti e le prerogative della malattia: le turbe emotive avrebbero dovuto invece essere affrontate con il sistema disciplinare, in quanto radicate nella volontà del paziente piuttosto che nel suo soma. […]
>
> I terapeuti disciplinari annullarono ogni distinzione fra nevrosi legittima e simulazione. La legittimità della nevrosi doveva essere dimostrata in sede di terapia: qui il terapeuta avrebbe determinato il *quantum* di volontà che il paziente aveva messo a disposizione del proprio desiderio di sopravvivenza. Il compito del terapeuta consisteva nel rendere angoscianti le conseguenze del sintomo, e nel persuadere il paziente a recedere dal sintomo stesso e riacquisire il proprio ruolo maschile, ufficiale, di soldato[118].

Detti psichiatri ricorsero anche a terapie estremamente invasive e ancora più destabilizzanti per il paziente già traumatizzato, come ad esempio l'elettroterapia o il coma insulinico (anche

[117] E. Leed, *op. cit.*, p. 226.
[118] Ivi, pp. 226-227.

detto shock insulinico). Terapie d'urto, quindi, molte volte addirittura considerate alla stregua di torture, che avrebbero indubbiamente reso ancora più angosciante e dolorosa la permanenza all'interno delle strutture manicomiali dove essi erano ricoverati, con l'intento fondamentale di risvegliare il prima possibile l'animo virile del combattente, momentaneamente marginalizzato dal soggetto stesso, consciamente o meno, per reintrodurre così il milite nell'esercito una volta completamente reinquadrato dal punto di vista morale.

La seconda categoria di psichiatri, a differenza della prima, in numero più esiguo e tendenzialmente più giovani, incarnava in parte una nuova prospettiva (almeno per quanto riguarda i paesi anglofoni e tedeschi) ossia quella della psicoanalisi, iniziata ad essere teorizzata pochi anni prima da Sigmund Freud. A riguardo, Valeria Babini ha sottolineato il collegamento diretto che andava via via formandosi tra la psicoanalisi e la nevrosi di guerra: «la guerra, infatti ha prepotentemente messo sotto agli occhi degli psichiatri italiani [ma più in generale di tutti gli psichiatri del mondo occidentale] l'esistenza di una «strana malattia»: è la nevrosi traumatica, da cui Freud prenderà l'avvio per la revisione della sua teoria delle pulsioni, e di fronte a cui anche la psichiatria italiana inizia a vacillare tra il vecchio e il nuovo»[119].

Questi psichiatri, influenzati dall'approccio della nascente psicologia, sebbene anche loro continuamente incalzati dalle crescenti pressioni dei rispettivi comandi generali, tentarono comunque, per quanto possibile, di rispettare il proprio giuramento e di guarire completamente il paziente prima che questo potesse essere riammesso al fronte. Almeno in parte, detti psichiatri optarono per possibilità terapeutiche innovative, spesso ampiamente criticate dai decani della disciplina, in larga misura considerate prospettive perdenti, assai dispendiose, poco efficienti (se non del tutto inutili) e che richiedevano decisamente più tempo (troppo) delle terapie tradizionali o di quelle shock. Questi tipi di trattamenti sono stati definiti da Eric Leed di tipo analitico, in netta contrapposizione con quelli di tipo disciplinare. Tali terapie prevedevano ad esempio l'ipnosi, il colloquio privato attraverso lunghe ore di conversazione informale col paziente, nonché l'analisi degli incubi derivanti dai momenti di terrore provato in battaglia (*Battle dream*)[120]. «La critica rivolta dagli analisti al trattamento disciplinare era centrata non tanto sull'efficacia quanto sulla disumanità dei suoi procedimenti. La guarigione conseguita dai moralisti sortiva un effetto distruttore sul paziente stesso»[121]. Essi sostenevano che «i dottori che ricorrevano alle torture per costringere il paziente ad abbandonare il suo sintomo riconoscevano inconsciamente la validità della teoria freudiana. […] Lo scopo centrale della terapia analitica,

[119] V. Babini, *op. cit.*, p. 51.
[120] Cfr. B. Shephard, *op. cit.*, pp. 90-95.
[121] E. Leed, *op. cit.*, p. 232.

in guerra come in tempo di pace, consisteva nel rimuovere il sintomo dall'ambito morale»[122]. Mentre i «moralisti» concentravano le loro attenzioni soprattutto sul tentativo di convincere il paziente a livello psichico che la strada da lui intrapresa per tentare di fuggire gli obblighi del fronte, rifugiandosi nella paura, fosse frutto esclusivo della propria volontà, e che la sua decisione fosse da imputare sostanzialmente ad una mancanza di rettitudine morale e di virilità, gli «analisti» obiettavano come «la nevrosi non [fosse] una decisione conscia presa dal paziente: al contrario, il soldato nevrotico era incapace di prendere decisioni, non era cioè più in grado di rinunciare né al suo desiderio di sopravvivenza né agli ideali e agli imperativi morali che lo inchiodavano al fronte»[123].

Questa scissione interiore ai combattenti, questa frattura della propria personalità, era già stata evidenziata in passato da numerosi studiosi. La difficoltà apparentemente insormontabile dell'individuo a far convivere al proprio interno due personalità tanto diverse, quasi fosse una l'antitesi dell'altra, venne reputata la causa fondamentale e scatenante per l'insorgenza di questi disturbi psichici.

> Sia l'eroe, sia il lavativo sono personalità profondamente coese generate dalla guerra. Fra di loro sta la vittima della nevrosi di guerra, che possiede sia l'egocentrica valutazione della propria esistenza tipica del simulatore, sia l'altruistico senso del dovere tipico dell'eroe. Incapace di accettare le conseguenze di una presa di posizione per l'una o per l'altra parte di sé, il soldato si rifugia nella malattia[124].

È necessario, tuttavia, evidenziare che la prospettiva ripresa da Leed sulla mutazione del carattere dell'individuo a seguito della guerra, sebbene possa risultare estremamente suggestiva per comprendere l'impatto destabilizzante del conflitto, sia sovente frutto di semplificazioni e generalizzazioni. Come afferma Fabio Milazzo:

> nell'opera lo studioso [Leed] sottolinea la connessione tra l'evento bellico e le trasformazioni identitarie dei soldati, marcando soprattutto l'aspetto di stravolgimento causato dal conflitto sulla vita dei militari. Il successo dell'opera, anche per la capacità di produrre suggestioni molto forti nell'immaginario collettivo, ha prodotto però una certa semplificazione della questione presso l'opinione pubblica interessata; in particolare sono state evidenziate connessioni quasi deterministiche tra l'emergere delle patologie psichiatriche, la trasformazione del carattere dei soldati e la guerra. In realtà, come mostrano anche i dati documentari da noi esaminati, tali legami causali non possono essere sostenuti in modo così disinvolto, anche perché le trasformazioni caratteriali non emergono che sul lungo periodo e le fonti non seguono i soldati così tanto e, anche nei casi di internamenti lunghi, non rendono mai conto di tali variazioni, limitandosi a riportare l'evoluzione sintomatica, che è molto diversa da quella dell'identità. Dunque, se la semplicità delle tesi esposte da Leed ne hanno favorito la ricezione presso il grande pubblico della questione, il confronto con il dato

[122] Ivi, pp. 232-233.
[123] Ivi, p. 233.
[124] Ernst Simmel, *Kriegsneurosen und psychisches Trauma*, Nemnich, Monaco, 1918, p. 33. (traduzione dal tedesco di Rinaldo Falcioni).

documentario invita piuttosto alla circospezione e alla problematizzazione, come tra l'altro è stato sottolineato dalla storiografia italiana più attenta[125].

Chiarito questo aspetto, tornando sul confronto tra «moralisti» e «analitici», si può notare come nella visione analitica venga progressivamente scartata l'ipotesi dell'approccio psico-somatico proposta inizialmente da Myers, per concentrarsi unicamente sulla prospettiva eminentemente psichica. Non era più necessario, dunque, che il soldato avesse subìto direttamente un trauma a livello fisico, fosse esso a causa di un bombardamento o di un urto ricevuto. L'analisi, in questo momento, si spostava dall'aspetto esteriore a quello puramente interiore. Per tentare una terapia risolutiva efficace era necessario anzitutto individuare il movente principale per cui il soldato fosse rimasto traumatizzato e, da qui, riportarlo progressivamente sulla retta via, tramite un tipo di approccio più sensibile ai bisogni del singolo individuo. Ogni paziente doveva essere trattato a parte. Poiché varie e numerose erano le cause che potevano condurre allo shock psichico, altrettanto numerose dovevano essere le terapie proposte dagli psichiatri. In più, era di primaria importanza per gli operatori capire che anche se alcuni pazienti presentavano gli stessi sintomi, ciò non significava, per forza, che questi fossero dovuti alla stessa causa, e quindi guaribili con il medesimo trattamento. E ancora, non era detto che sebbene due pazienti presentassero gli stessi sintomi per via della stessa causa, questi potessero essere risolti con gli stessi metodi. Ogni paziente era un caso isolato; lo psichiatra doveva necessariamente concentrarsi singolarmente su ognuno di essi, se voleva davvero guarirne il più possibile. Fu solo in fase avanzata del secondo conflitto mondiale, come si vedrà, che gli psichiatri (statunitensi) proposero delle sedute collettive di discussione tra i diversi pazienti, permettendo loro di comunicare gli uni con gli altri, sotto supervisione del medico curante, per fare in modo che questi comprendessero di essere affetti tutti dallo stesso disturbo, sebbene per motivi differenti, ma che esistesse la concreta possibilità di essere curati e che non erano i soli ai quali fosse capitata una simile disgrazia. La volontà di collettivizzare la terapia da parte degli specialisti derivava direttamente da quelle acquisizioni elaborate da alcuni dei loro colleghi nel corso del precedente conflitto, per cui l'isolamento del paziente e la totale chiusura empatica nei suoi confronti non facevano altro che inasprire il suo disturbo, rendendo il recupero ancora più lento e difficoltoso. L'approccio terapeutico proposto dagli «analisti» necessariamente richiedeva più tempo di quello tradizionale, ma poteva garantire sul lungo periodo una ridotta possibilità di recidiva.

Benché le basi e le progressive acquisizioni proposte dai terapeuti analitici fossero più solide ed efficaci per la cura effettiva del paziente, i metodi adottati dai «moralisti» risultarono essere

[125] F. Milazzo, *Una guerra di nervi*, *op. cit.*, p. 18.

molto più efficienti nel breve periodo, e in grado di soddisfare, almeno nell'immediato, le richieste continue degli eserciti, sempre alla ricerca di uomini atti al combattimento da inviare al fronte.

Sui diversi trattamenti e terapie specifiche adottate dai diversi psichiatri, oltreché sui diversi sintomi che una nevrosi di guerra può causare, si vedrà meglio nel capitolo 2, quando si analizzeranno nello specifico le cartelle cliniche manicomiali. Qui interessa soprattutto segnalare queste due correnti filosofiche opposte, riscontrate in quasi tutti i paesi che presero direttamente parte al conflitto e che dovettero attrezzare rapidamente, sin dai primi mesi, delle strutture ospedaliere adeguate al trattamento di tali pazienti.

Un caso a parte è quello rappresentato dall'Italia, tanto in ambito storiografico, quanto nella pratica terapeutica effettiva messa in pratica all'epoca. Le maggiori ricostruzioni comparative sul tema della nevrosi di guerra sono quasi tutte da attribuire a ricercatori e studiosi anglofoni (inglesi e statunitensi), francesi e tedeschi. Nelle analisi di questi storici, infatti, viene sempre preso in considerazione il fronte occidentale, indubbiamente il più noto e studiato della prima guerra mondiale, ossia quella linea ininterrotta di trincee e fortificazioni che dalle coste belghe e francesi si estendeva fino alle alpi svizzere, tagliando sinuosamente tutta la Francia sull'asse nord-sud, tralasciando di sovente tutti gli altri fronti, considerati di secondaria importanza e dunque meno interessanti. A riguardo, ad esempio, Antonio Gibelli nella sua introduzione alla versione italiana dell'opera di Stéphane Audoin-Rouzeau e Annette Becker, *La violenza, la crociata, il lutto*, ha segnalato come l'auspicabile apertura della storiografia sulla Grande Guerra in un'ottica europea sia un traguardo ancora da raggiungere. Così era la situazione nel 2002, quando l'opera uscì tradotta in italiano per i tipi dell'Einaudi, così, sotto molti aspetti, è ancora oggi. «Naturalmente» – afferma Gibelli – «penso soprattutto – non certo per ragioni di banale provincialismo – al primato dal punto di vista anglo-franco-tedesco, alla posizione marginale riservata al caso italiano, e quindi all'assenza di una prospettiva che ne assuma pienamente la rilevanza»[126]. E poi continua:

> dal punto di vista storiografico, ciò ha naturalmente più di una spiegazione: sappiamo bene che lo scontro tra i paesi che avevano un ruolo di leadership in Europa decise in gran parte la sorte della guerra, come pure che proprio sul fronte occidentale dove questi paesi si affrontarono essa mostrò al massimo grado il suo volto di prima guerra tecnologica di massa, la sua enormità e quel carattere profondamente traumatico che spinge molti a considerarlo come l'evento chiave nella storia del secolo XX. Anche la modernità insita nella guerra e da essa rivelata trovò in questi tre paesi le manifestazioni più estreme e significative.

[126] Antonio Gibelli, *Introduzione*, in S. Audoin-Rouzeau e A. Becker, *La violenza, la crociata, il lutto*, *op. cit*., p. XXIV.

> Tutto questo non basta però a giustificare la perdurante disattenzione storiografica verso situazioni come quella italiana. Una storia della Grande Guerra non semplicemente comparativa ma più propriamente transnazionale o trasversale può rivelare le sue valenze epistemologiche non già concentrandosi su aree omogenee ma precisamente misurandosi sulle diversità e sulle articolazioni interne ancora marcate di un'Europa che, pure, la guerra stava proprio allora sottoponendo a un formidabile processo di omologazione. In questo senso sono convinto che quello italiano sia effettivamente un caso, una variante significativa e quindi un'occasione importante di verifica di alcune linee di interpretazione generali[127].

Leggendo le opere di questi storici, già citati più volte, si evince che il fenomeno della nevrosi di guerra viene considerato solo all'interno del fronte occidentale, trascurando non solo il fronte italiano ma anche tutti quelli reputati secondari nel corso del primo conflitto mondiale (quali il fronte orientale, mediterraneo, africano e giapponese). Gli unici saggi storici che trattano il caso italiano sono, difatti, tutti di storici nazionali. Questi, anzi, partono dalle premesse e dagli studi condotti da ricercatori esteri per applicare le stesse chiavi di lettura alla peculiare situazione nel nostro paese. Quasi tutte le opere italiane, infatti, più che realizzare una disamina generale sulla psiconevrosi traumatica durante la prima guerra mondiale, tendono, almeno dagli ultimi vent'anni a questa parte, a portare avanti delle analisi specifiche per i diversi manicomi della penisola. Lo stesso metodo è stato adottato per la realizzazione di questa ricerca: partire dal tema generale per concentrarsi successivamente sul caso specifico.

Dai primissimi anni Duemila, in Italia troviamo alcune opere, spesso raccolte di saggi di diversi autori, realizzati non solamente da storici ma anche da psichiatri particolarmente interessati all'evoluzione storica del concetto di shock da trauma[128]. In ordine cronologico, va segnalato anzitutto il contributo di Bruna Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, apparso per la prima volta nel 2001, la prima opera italiana ad ampio respiro capace di trattare al contempo, per mano del medesimo autore, la situazione di numerosi manicomi, e in grado di rendere una sintesi generale sul caso della nevrosi di guerra in Italia. Del 2003 è invece il saggio di Andrea Scartabellati, intitolato *Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, anch'esso indirizzato ad un'analisi complessiva della situazione italiana, prendendo in esame un intervallo cronologico molto più ampio rispetto alle analisi tradizionali. Successivamente, sempre ad opera di Andrea Scartabellati, ma questa volta in veste di curatore, oltreché di autore di alcuni saggi al suo interno, nel 2008 esce *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e*

---

[127] *Ibidem*.

[128] Vengono citate solo opere che hanno come tema specifico quello della "follia" dei soldati durante la prima guerra mondiale aventi soprattutto interesse storico e non esclusivamente psichiatrico. Sono invece scartati da questo elenco i numerosissimi libri che trattano genericamente la Grande Guerra (apparsi soprattutto a seguito del centenario), ma che non si concentrano esclusivamente su questo aspetto, e i numerosi articoli medici, più tecnici, incentrati non tanto sull'analisi storica quanto su quella meramente patologica.

destino di matti *e psichiatri nella Grande Guerra*: una raccolta capace di rispondere a numerosi quesiti per quanto riguarda l'analisi storiografica di questo tema.

Tra il 2014 e il 2018, ovviamente, per via della celebrazione del centenario della Grande Guerra si assiste in tutto il mondo, compresa l'Italia, alla ripubblicazione di numerosi testi apparsi per la prima volta nel corso del Novecento, tanto italiani quanto stranieri, spesso con l'aggiunta di introduzioni o prefazioni ad opera di altri storici specializzati. Ma soprattutto vanno segnalati i nuovi contributi, specifici per il caso italiano, che il centenario ha indubbiamente promosso. Del 2015 è lo studio di Maria Grazia Salonna, *Gli "scemi di guerra". I militari ricoverati al manicomio di Ancona durante la Grande Guerra*. Paolo Gubinelli, Giovanni Dalle Fusine e Paolo Snichelotto nel 2017 pubblicano *Morire di paura. Shell Shock e le fucilazioni di San Vito di Leguzzano, la giustizia militare inglese e italiana a confronto*. A conclusione degli studi celebrativi del centenario, nel 2018 è il momento di Anna Grillini e il suo lavoro: *La guerra in testa. Esperienze e traumi di civili, profughi e soldati nel manicomio di Pergine Valsugana (1909-1924)*.

Tra i contributi più recenti che hanno la nevrosi di guerra come tema portante troviamo due opere solo nel 2019. La prima, *Deserti della mente. Psichiatria e combattenti nella guerra di Libia 1911-1912*, di Graziano Mamone e Fabio Milazzo, rappresenta ad oggi l'unico studio applicato ad una guerra italiana precedente al 1915. La seconda è l'opera curata a quattro mani dallo psichiatra genovese Paolo Francesco Peloso e l'archivista Chiara Bombardieri, *Il conflitto, i traumi. Psichiatria e prima guerra mondiale*[129]. Quest'ultima è l'insieme di numerosi saggi realizzati da specialisti del settore di diversa provenienza, che prendono in esame oltre che cinque manicomi italiani (quelli di Reggio Emilia, Verona, Treviso, Capodichino e Cremona), anche numerose altre prospettive applicabili per possibili approfondimenti storici, come ad esempio l'analisi dei filmati girati da vari psichiatri all'interno delle strutture manicomiali durante il conflitto per monitorare i processi di guarigione dei loro pazienti.

L'ultimo saggio storico, in ordine cronologico, è apparso nel 2020, ad opera di Fabio Milazzo e prende in esame proprio il manicomio racconigese: *Una guerra di nervi. Soldati e medici nel manicomio di Racconigi (1909-1919)*.

Tra tutti i saggi menzionati, si è volutamente lasciato fuori quello considerato come pionieristico, in Italia, in questo settore, edito nel 1991: ossia *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale* di Antonio Gibelli. Esso, infatti, sebbene venga a ragione considerato come l'opera d'avvio in Italia per l'analisi di questa tipologia di temi,

[129] Raccolta di saggi appositamente creata a seguito del convegno omonimo tenuto il 30 settembre 2016 a Reggio Emilia.

tratta della follia di guerra solo genericamente. La volontà primaria dell'autore non era quella di approfondire questo argomento, ma di illustrare il ben più vasto concetto del cambiamento mentale di un'intera società a causa di un evento traumatico collettivo tale è stata la guerra, come sottolineato esplicitamente dal sottotitolo. Nella prefazione alla seconda edizione, edita nel 1998, a riguardo l'autore ha dichiarato:

> una lettura riduttiva è affiorata anche in sede propriamente storiografica per opera di chi, pur apprezzandone gli elementi di novità dell'interpretazione, ha messo l'accento esclusivamente sul tema della «follia» dei soldati inteso nel senso più circoscritto, e ha ritenuto di confinare il libro tra i contributi specialistici sulle «nevrosi di guerra».
>
> La mia ambizione era meno settoriale. Il lettore potrà facilmente rendersi conto di come, pur godendo di una posizione di rilievo nell'impianto del libro, il tema della «follia» dei soldati traumatizzati vi compaia come indizio e rivelazione di una questione più vasta. Al centro dell'attenzione è infatti l'affacciarsi di grandi masse di fanti di estrazione prevalentemente contadina al «mondo nuovo» disegnato dalla modernità delle tecnologie e dei sistemi organizzativi e coercitivi messi in atto dagli Stati militarizzati, nel corso di un'esperienza collettiva di carattere estremo per intensità, durata, portata traumatica. Il «mondo mentale» di cui si parla nel sottotitolo e il «paesaggio mentale» di cui si parla nell'ultimo capitolo non sono esclusivamente il mondo e il paesaggio mentale dei soldati resi «folli», o che si finsero tali nel tentativo disperato di sottrarsi alla logica del massacro, ma quelli di tutti gli uomini che presero parte alla sconvolgente esperienza e ne uscirono intimamente trasformati[130].

Se a livello storiografico l'Italia è stata marginalizzata, se non addirittura completamente esclusa, dal più ampio dibattito europeo, questo è dovuto soprattutto al fatto che, a differenza degli altri paesi citati, i nostri specialisti, nel periodo in questione, non hanno mai davvero riconosciuto fino in fondo la possibilità che la guerra potesse essere l'unico fattore decisivo per l'insorgenza di tali disturbi all'interno dell'esercito. Nessuno psichiatra italiano, durante il conflitto, prese seriamente in considerazione la psicoanalisi di proposta freudiana per curare gli shock traumatici (scelte probabilmente dettate anche da risentimenti di origine nazionalistica). Essi si limitarono a ripetere gli schemi oramai divenuti tradizionali formulati dai loro colleghi tardo ottocenteschi, di matrice positivista, senza mai distaccarsi troppo dal sapere acquisito prima della guerra. Semmai essi aggiunsero alcune nozioni, come ad esempio quella proposta da Ferdinando Cazzamalli della *predisposizione acquisita*[131] (che può suonare come un ossimoro): ossia la concreta possibilità che tutti i soldati che presentassero disturbi mentali fossero semplicemente dei soggetti predisposti a tali patologie, ma che solo l'evento bellico abbia potuto innescare i processi psichici necessari per palesare pubblicamente i sintomi. Insomma, il soldato veniva reputato come un portatore sano della nevrosi (o, meglio, dell'isteria).

[130] Antonio Gibelli, *L'officina della guerra*, *op. cit*., pp. XI-XII.
[131] Cfr. Ferdinando Cazzamalli, *Problemi eugenetici del domani. Guerra e degenerazione etnica*, in «Quaderni di psichiatria», III, Genova, 1916, pp. 165-177.

Apparentemente normale, ma in attesa che un determinato evento scatenante potesse rendere noto a tutti la sua anormalità.

La guerra era indubbiamente vista come un «*avvenimento storico degenerogeno*»[132], ossia un evento estremamente traumatico in grado, potenzialmente, di portare alla degenerazione gli individui che ne avessero preso parte direttamente; tuttavia questo effetto collaterale non era applicabile a tutti gli individui, ma solo a quelli predisposti. Tale visione, come già osservato per il conflitto italo-turco, deresponsabilizzava l'esercito, permettendo di negare risarcimenti, tramite pensioni d'invalidità, ai troppi soggetti coinvolti. Bruna Bianchi ha evidenziato come «se […] nel complesso la psichiatria italiana prese le distanze dalle teorie lombrosiane, essa tuttavia accolse il concetto di degenerazione come indispensabile per la comprensione della devianza»[133]. A proposito, Alessandra Miklavcic e Andrea Scartabellati, riprendendo quanto già affermato in precedenza per ciò che concerne le pratiche terapeutiche adottate dai «moralisti», hanno calcato l'attenzione sul fatto che

> il soldato era sottoposto ad una forte pressione socioculturale – per non dire di quella militare – per farsi carico del ruolo di eroe-guerriero, di testimone di una «maschia virilità italica» potente e priva di emozioni. Se queste aspettative risultavano non soddisfatte, la soggettività del soldato rischiava di spezzettarsi e di condurre ad una forte crisi identitaria, che la psichiatria non solo non era in grado di gestire, ma che con la propria prassi esaltava. Non priva di sensi di colpa e di vergogna, la crisi d'identità del soldato, quando insanabile, lo retrocedeva al livello del genere secondario: quello femminile, condizione indegna certificata da uno sguardo medico che ne additava le prove nella fragilità caratteriale. Gli psichiatri – senza avvedersene? – pagavano così ancora una volta un pesante scotto all'eredità kraepeliniana di una diagnosi delineata in funzione dell'esito del disturbo proprio quando si faceva vanto di estirpare alla radice tutto ciò che li accomunava alla scienza nemica[134].

Nella stessa raccolta di saggi, risalenti ad inizio Duemila, Bruna Bianchi ha specificato come «in Italia, mentre nei manicomi prevalse la tendenza a non rinunciare alla nosografia tradizionale, nella letteratura psichiatrica le diagnosi di nevrosi emotiva e nevrosi traumatica furono progressivamente sostituite da diagnosi che rinviavano alla degenerazione e alla predisposizione o che ponevano un'enfasi particolare sulla volontà di sottrarsi ai propri doveri»[135].

Sebbene, a ostilità concluse, in ambito psichiatrico prevalsero, in quasi tutti i paesi coinvolti nel conflitto, eccetto Stati Uniti e Regno Unito, le certezze tradizionali già condivise e note, contribuendo al successo della prospettiva moralista e alla «terapia disciplinare», in Italia non si assisté ad un dibattito diviso tra due correnti opposte di psichiatri. Le teorie freudiane, infatti,

---

[132] Andre Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto*, op. cit., p. 144.
[133] B. Bianchi, *La follia e la fuga*, *op. cit*., p. 66.
[134] Alessandra Miklavcic, Andrea Scartabellati, *Difendere il corpo sano. Quando lo psichiatra era il paladino della nazione in guerra*, in Andrea Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio*, *op. cit*., pp. 119-151.
[135] B. Bianchi, *Il trauma della modernità*, *op. cit*., pp. 29-30.

avranno fortuna nel nostro paese solo a partire dalla fine degli anni Sessanta, ben cinquant'anni in ritardo rispetto al termine del conflitto. Mentre è possibile citare alcuni nomi di psichiatri francesi, inglesi o tedeschi favorevoli alle teorie freudiane e predisposti ad un approccio terapeutico di tipo analitico – come ad esempio Jules Dejerine, William Rivers e Ernst Simmel[136] – è quasi impossibile individuarne uno per il caso italiano.

Tuttavia, è bene segnalare come gli storici abbiano ormai da tempo riconosciuto che queste visioni innovative, queste pratiche terapiche originali e più sensibili ai bisogni del paziente, siano state fin da subito limitate e marginalizzate dal dibattito europeo del tempo.

> In Italia e in Francia, infatti, si andò diffondendo l'interpretazione che si rifaceva ampiamente al concetto di pitiatismo[137] formulato da Babiński, lo specialista che aveva limitato l'isteria ai soli sintomi riproducibili con la volontà. Anche in Germania, via via che si andava affermando l'interpretazione che individuava nella volontà di sottrarsi al servizio militare, l'origine della malattia e le diagnosi che facevano riferimento al trauma o al logoramento furono considerate inadeguate a cogliere la natura delle nevrosi di guerra. Nel settembre del 1916, a Monaco, l'Associazione dei neurologi e degli psichiatri riunita a Congresso ripudiò la diagnosi di nevrosi traumatica di Hermann Oppenheim che considerava il soldato una vittima di un avvenimento esterno. Ad essa fu contrapposta la diagnosi di isteria che con il suo accento sulla volontà di ammalarsi o di aggravare i disturbi, apriva la via alla sperimentazione terapeutica e offriva la possibilità di evitare allo stato l'aggravio economico di un gran numero di pensioni. Lo psichiatra tedesco Ewald Stier, il principale interprete di una visione autoritaria che vedeva nel traumatizzato il debole e il predisposto, giunse a proporre di accostare al termine di nevrosi quello di paura.
>
> Rigettando le diagnosi che facevano riferimento al trauma, in tutti i paesi l'interpretazione psichiatrica spostava l'origine della malattia dal campo di battaglia, dal carattere peculiare della guerra alla struttura psichica o costituzionale dell'individuo[138].

Adottando questa prospettiva, tutti gli Stati coinvolti dal cataclisma bellico poterono così eludere le responsabilità derivanti direttamente dal conflitto per l'insorgenza di tali patologie. In quasi tutti i paesi, eccetto, in parte, quelli usciti sconfitti, o "traditi" dai propri connazionali, (si fa riferimento in particolar modo alla Russia e agli imperi centrali) la guerra venne celebrata come un'impresa eroica, della quale le vittime (precipuamente i caduti e solo in seconda battuta i reduci, mutilati o feriti) dovevano essere acclamati ed innalzati ad eroi della comunità, simboli nazionali. Il conseguente «mito dei caduti» del primo conflitto mondiale è stato preso in esame da numerosi storici di fama internazionale. Si ricordino a proposito le opere di George L. Mosse, *Le guerre mondiali. Dalla tragedia al mito dei caduti* e di Jay Winter, *Il lutto e la memoria. La Grande Guerra nella storia culturale europea*. Questi studi evidenziano come, a guerra ancora

---

[136] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., pp. 97-108. Nel capitolo intitolato *Europeans*, l'autore ha comparato gli psichiatri più noti del periodo nei tre paesi presi in considerazione, riprendendo la divisione proposta inizialmente da Leed tra «moralisti» e «analisti».

[137] Cfr. voce Treccani per Pitiatismo: «dal fr. *pithiatisme*, comp. del tema del gr. *πείθω* «persuadere» e *ἰατός* «guaribile». Termine coniato dal neuropsichiatra di origine polacca J. Babiński (1901) in sostituzione di isteria, volendo con esso sottolineare l'importanza che la suggestione avrebbe nella genesi e nella terapia dei fenomeni isterici».

[138] B. Bianchi, *Il trauma della modernità*, *op. cit*., p. 30.

in corso, i diversi paesi fossero interessati a propagandare il culto degli eroi, sacrificatisi stoicamente per amore della propria patria. Fin dall'immediata conclusione delle ostilità, i vari governi si appropriarono del lutto privato delle famiglie e lo collettivizzarono, portandolo a livello nazionale, facendo in modo che tutti i cittadini assieme potessero piangere e ricordare gloriosamente i soldati caduti. Negli anni immediatamente successivi vennero eretti numerosi monumenti commemorativi dell'evento, oltre agli indispensabili cimiteri di guerra, ossari e sacrari situati presso i diversi campi di battaglia in tutta Europa.

Onde evitare sterili generalizzazioni e restringendo il campo allo specifico caso italiano, si reputa utile fare riferimento, tra i tanti sull'argomento, allo studio condotto dallo storico Marco Mondini ne *La guerra italiana. Partire, raccontare, tornare 1914-18*, il quale ha esaminato come il fascismo si sia fin da subito interessato alla celebrazione dell'evento e l'abbia in parte ricostruito, rielaborato, reinterpretato *pro domo sua* trasformando il conflitto del '15-'18 nel mito fondativo del paese mussoliniano. Difatti, il fascismo (ma un approccio simile è stato registrato in tutti i paesi intenti a celebrare il conflitto come un evento grandioso, anche nelle solide democrazie inglesi, americane e francesi), sulla scorta delle correnti nazionalistiche tardo ottocentesche, diede particolare risalto alla figura del caduto, presentandolo come un eroe e un martire. Esso poteva così assurgere a simbolo nazionale, separandosi dalla corporeità privata del singolo individuo, in grado di compattare la cittadinanza in un unico grande evento commemorativo[139]. Come ricorda Mondini, inizialmente «la monumentomania municipale era […] un movimento largamente spontaneo e tendenzialmente deregolamentato»[140], ma che venne successivamente assorbito dal partito fascista nel corso del ventennio. Fino al 1938, anno in cui venne inaugurato per la seconda volta il rinnovato Sacrario di Redipuglia, uno dei monumenti celebrativi del primo conflitto mondiale tra i più grandiosi e coinvolgenti di tutta Europa, il regime fascista fu il maggiore committente per quanto riguardasse la creazione di opere commemorative dell'evento bellico sul suolo italico. Tuttavia, queste opere, andando a mitizzare la realtà, quindi distorcendola parzialmente, raramente furono in grado di ricordare l'evento in modi originali, inediti, in qualche maniera differenti da quelli proposti dal canone fascista. Essi celebravano tutti gli effetti positivi, eroici, grandiosi del conflitto, ma non mostravano (quasi) mai la parte più disturbante e realistica del combattimento: mutilati, feriti, scemi di guerra, sangue, dolore, ossa, fango... I monumenti avevano l'obbligo di ispirare negli osservatori concetti

[139] Cfr. M. Banti, *Sublime madre nostra. La nazione italiana dal Risorgimento al fascismo*, Laterza, Bari, 2011, pp. 137-142. Si veda riguardo il grande trasporto emotivo, in grado di unire fraternamente tutti gli italiani, già generato dalla cerimonia d'inumazione della salma del milite ignoto presso il Vittoriano (ribattezzato in quel momento Altare della Patria) del 1921 e commemorato ogni 4 novembre da allora.
[140] M. Mondini, *op. cit.*, p. 330.

come l'eroismo, il coraggio, la forza, la grandezza, l'amore per la patria; quasi mai la sofferenza, le atrocità del combattimento, il trauma, il disonore dei disertori, la marginalizzazione dei soldati resi "folli"…

Questi ultimi vennero semplicemente accantonati, quasi nascosti, e quindi dimenticati. Essi, insieme ai mutilati più gravi, coloro i quali erano stati completamente sfigurati dai proiettili o dalle esplosioni, non vennero reputati utili per commemorare la grandezza della guerra. Questi ultimi rappresentavano, semmai, esattamente il suo opposto: la realtà concreta dell'esperienza bellica, le sue più tragiche conseguenze, la reale portata di un evento così eccezionale ed invasivo. La storiografia dell'epoca non se ne curò affatto, troppo presa dal racconto politico-militare dell'evento e relativamente poco interessata alle conseguenze in ambito medico e sociale.

La stessa letteratura del periodo, in Italia, sotto la censura fascista, venne accettata dal regime e diffusa solo se a scopo celebrativo dell'evento bellico. Opere di rottura, di forte critica antibellicista, come ad esempio *Un anno sull'Altipiano* di Emilio Lussu (probabilmente l'opera letteraria italiana sulla Grande Guerra a godere di maggiore fortuna), furono pubblicate integralmente, in edizioni non clandestine o estere, solo a partire dal 1945, a fascismo ufficialmente caduto. Sorte simile toccò anche in Germania, durante il Terzo Reich, all'opera di Erich Maria Remarque (forse il romanzo più famoso sulla prima guerra mondiale a livello planetario), *Niente di nuovo sul fronte occidentale*, censurata dal regime nazista.

Opere letterarie di critica radicale della guerra vennero pubblicate solo nelle grandi democrazie occidentali: la prima e più celebre è probabilmente *Il fuoco* dell'attivista comunista Henri Barbusse, edita in Francia nel 1916.

Sono rarissimi invece i romanzi che, in quegli anni, trattassero esplicitamente il tema della nevrosi di guerra. Il primo apparso e l'unico in grado di godere di particolare fortuna critica, seppur rimanendo comunque un'opera di nicchia, è *Il ritorno del soldato* della scrittrice inglese Rebecca West, edito nel 1918. Esso narra la storia di un ufficiale inglese che, rientrato dal fronte, non riesce a ricordare gli ultimi quindici anni trascorsi, destabilizzando non poco la sua vita familiare, in quanto non in grado di riconoscere la moglie. Il libro si conclude con l'uomo che, a seguito della vista di un oggetto appartenuto a suo figlio, deceduto poco prima che scoppiasse il conflitto, riesce a riacquisire la memoria e ricominciare la sua vita.

Si ricordi ancora il racconto lungo *Il macellaio* di Sándor Márai, edito nel 1924 e *Io?*, opera d'esordio del 1926 di Peter Flamm (pseudonimo dello psichiatra tedesco Erich Mosse). *Il macellaio* narra i crimini di un uomo che, nell'immediato dopoguerra, per deformazione professionale, uccide e sventra le sue vittime come fossero carcasse di animali nel tentativo di ricercare la propria pace interiore, nonché l'equilibrio mentale, perduto per sempre a causa della

guerra. *Io?* è il racconto allucinato di un uomo che è convinto di aver sottratto l'identità ad un altro soldato, suo connazionale, morto sul campo di battaglia. Al suo rientro a casa tutti lo riconoscono per chi si spaccia di essere, ma, nonostante questo, egli non riesce a ricordare nulla di quel mondo, rimanendone tagliato completamente fuori. Il romanzo si conclude senza che il lettore possa comprendere chi davvero sia il protagonista.

Altri romanzi, come ad esempio *Viaggio al termine della notte* (1932) di Louis-Ferdinand Céline, trattano non tanto il tema della follia dei soldati in guerra, quanto quello più generale della follia della guerra, e sulle conseguenze innegabili che questa procura agli uomini. In ogni modo, le opere sopra citate mettono in risalto i disturbi mentali, riconosciuti a livello psichiatrico, che l'evento traumatico è stato in grado di generare e la difficile, se non impossibile, evenienza che questi soldati riescano a reintegrarsi pienamente all'interno della pacifica vita civile, dopo aver sperimentato un'esperienza al limite della sopportazione umana.

In conclusione è doveroso segnalare che oggi è possibile approfondire lo studio sulla nevrosi di guerra utilizzando anche fonti che non siano solamente scritte. In questo senso, il cinema ha contribuito in modo sostanziale alla diffusione massiccia di immagini, video e informazioni riguardanti gli scemi di guerra. Come afferma Giovanni Nobili Vitelleschi, autore del capitolo dedicato alle fonti filmiche sulla nevrosi dei soldati durante la Grande Guerra, all'interno de *Il conflitto, i traumi*:

> se gli studi sulla Grande Guerra e i traumi erano già noti a partire dai primi anni Ottanta, dalla storiografia di area anglosassone (Fussel, 1975; Leed, 1979), italiana (Gibelli, 1991; Bianchi, 2001) fino agli storici afferenti all'*Historial de la Grande Guerre* (Peronne, 1999), fu grazie al «Festival del Cinema Ritrovato», organizzato dalla Cineteca di Bologna nel 1993 a Bologna, nell'ambito della «Mostra Internazionale del Cinema Libero», che, per la prima volta, furono proiettati e presentati, insieme a tante riprese che riguardavano le operazioni militari e le battaglie, numerosi filmati realizzati dalla Sezione fotografica e cinematografica dell'esercito francese[141].

In Italia, fu a partire da quel momento che filmati del genere, non più lunghi di poche decine di minuti, iniziarono a circolare (oggi sono quasi tutti reperibili in rete). «Tra questi filmati, oltre a quelli sulle protesi maxillo-facciali […] sulla riabilitazione dei mutilati di guerra […] sull'ortopedia di guerra […] vi erano anche quei filmati dedicati ai traumi di guerra»[142]. Essi risultarono particolarmente interessanti, sia per l'analisi storica, che per quella medico-

[141] Giovanni Nobili Vitelleschi, *Nevrosi in fotogramma: documenti sulle nevrosi di guerra negli archivi cinematografici e militari. Approccio storiografico pionieristico di un quarto di secolo fa*, in Paolo Francesco Peloso, Chiara Bombardieri (a cura di), *Il conflitto, i traumi. Psichiatria e prima guerra mondiale*, AUSL, Reggio Emilia, 2019, pp. 254-266.
[142] Ivi, p. 254.

psichiatrica. E fu, anzi, proprio per quest'ultima tipologia di analisi che, all'inizio del XX secolo, diversi psichiatri iniziarono a filmare i pazienti, i loro sintomi e le terapie adottate. L'invenzione della macchina da presa, avvenuta nell'ultimo decennio del XIX secolo, permise ai medici di catturare un determinato momento e fermarlo nel tempo, ampliando esponenzialmente le capacità sino ad allora offerte dalla semplice macchina fotografica. Tramite l'utilizzo di questi filmati era possibile monitorare ogni comportamento del paziente, ogni tic, ogni spasmo, ogni reazione e movimento, potendo poi rivedere il tutto comodamente in un secondo momento. Molti di questi filmati vennero anche proiettati in aule universitarie per permettere uno studio più approfondito agli aspiranti medici del tempo.

Proprio durante gli anni Novanta dello scorso secolo vennero organizzati in diversi paesi dei progetti di ricerca in questo ambito, al fine di proiettare tutti i materiali ritrovati negli archivi in altrettante mostre, festival e convegni appositi. Tra i contributi più rilevanti è necessario citare il progetto di ricerca organizzato a Londra, nel 1993, dal *Wellcome Institute for the History of Medicine* intitolato *Film sources in medical history*; nonché il convegno *Picturing Health? Archival Medical Film and History*, del 1996, tenuto anch'esso a Londra.

Tra i filmati più interessanti riemersi da queste ricerche e che hanno avuto maggiore successo ricordiamo, ad esempio, *War neuroses*[143]: un filmato inglese di 26 minuti girato in parte all'ospedale di Netley nel 1917, e in parte in quello militare di Seale Hayne nel 1918, e rilasciato lo stesso anno. Probabilmente il filmato più famoso da questo punto di vista, diviso in cinque capitoli, esso mostra alcuni soldati che presentano i sintomi più vari: dai tremori, all'amnesia, dalla confusione mentale, all'incapacità di parlare o camminare. Prima di ogni spezzone di filmato, una didascalia presenta agli spettatori il grado, il cognome e l'età del soldato e una breve anamnesi dei sintomi. A spezzone concluso, un'altra didascalia ci informa se il soldato sia guarito o semplicemente migliorato, senza approfondire sulla tipologia di terapia adottata.

> Tra le forme cliniche mostrate nel filmato possiamo includervi una varietà di andature atassiche ed isteriche, paralisi isteriche, contratture e insensibilità al dolore, paralisi facciali e spasmi, paraplegia, mutismo e cecità, perdita del riflesso rotuleo e achilleo. Inoltre, vengono mostrati l'uso della fisioterapia e la suggestione ipnotica nella cura e i lavori in fattoria per la riabilitazione dei pazienti convalescenti[144].

Approccio molto simile a quello che ritroviamo in *Troubles nerveux chez les commotionnés du Val de Grâce*[145] (1918). Realizzato dall'esercito francese, esso mostra «una trentina di malati,

[143] https://wellcomecollection.org/works/p5993re4.
[144] G. Nobili Vitelleschi, *op. cit.*, p. 256.
[145] https://imagesdefense.gouv.fr/fr/troubles-nerveux-chez-les-commotionnes-val-de-grace-1.html.

alcuni nudi [che] vengono ripresi in presenza di infermieri e medici. Tutti soffrono di problemi psichici quali la claudicazione, i tremori, gli irrigidimenti e le fobie come quelle delle uniformi di color rosso, talora legate all'esperienza della guerra, come spiegano le didascalie del filmato»[146].

Per quanto riguarda il caso italiano, diversi filmati sono stati girati dai medici Camillo Negro e Roberto Omegna presso l'ospedale militare di Torino. Camillo Negro era già noto nell'ambito del cinema muto a seguito della realizzazione del film di 47 minuti intitolato *La neuropatologia 1906-1908*[147]. I loro filmati, a seguito di diversi lavori di restauro realizzati tra il 1993 e il 2011, sono stati proiettati al grande pubblico durante la mostra «Al fronte. Cineoperatori e fotografi raccontano la Grande Guerra», tenutasi a Torino nel 2015, in occasione del centenario dell'entrata in guerra dell'Italia.

Per concludere va ricordato che la scarsa presenza di filmati di questo tipo è dovuta (oltre alle perdite per via di negligenze in fase di conservazione e archiviazione o a causa di agenti esterni) soprattutto al fatto che questi filmati, all'epoca, godevano di pochissima fortuna presso il grande pubblico. Essi, in quelle poche volte in cui veniva dato il permesso per la realizzazione, erano filmati girati da specialisti per la fruizione di altri specialisti. I governi di tutti i paesi non avevano alcun interesse a promuovere la realizzazione e diffusioni di tali filmati. La stragrande maggioranza dei film e video rilasciati nell'immediato dopoguerra erano di finzione e riguardanti solo gli avvenimenti e le imprese eroiche e positive dell'evento bellico, come ricostruzioni romanzate di battaglie o sfilate e marce militari dei combattenti in rientro vittoriosi dal fronte. Tutto ciò che poteva rendere meno piacevole la narrazione della guerra, mostrandone i distruttivi effetti negativi, sia nei corpi[148] che nelle menti, venne semplicemente rimosso.

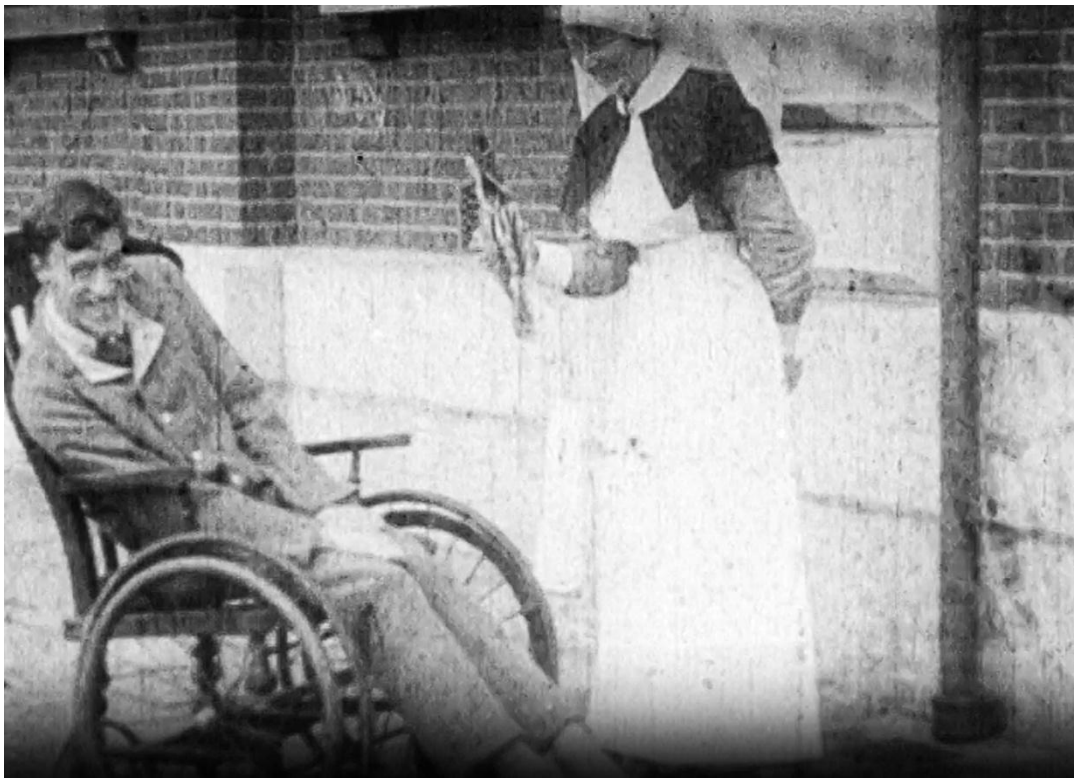
> La scarsità di filmati sulle nevrosi di guerra, o sui mutilati ecc., è dovuto ad una falsa costruzione delle notizie sul fronte di guerra, che dovevano corrispondere nello spirito alle tavole di Beltrame su la Domenica del corriere. […] Per quasi tutti i documentari valeva un tipo di messa in scena di totale disinformazione. Le riprese di scene "eroiche" di combattimento, la visione delle stragi, le panoramiche, o le inquadrature ravvicinate sui morti, venivano eliminate quasi ovunque[149].

I governi non volevano che tali narrazioni arrivassero al popolo e si servirono, in questo e non solo, della censura; la massa, semplicemente, voleva dimenticare gli orrori vissuti e passare

[146] G. Nobili Vitelleschi, *op. cit.*, p. 255.
[147] Cfr. https://www.youtube.com/watch?v=ywMLuP6yw9g.
[148] Cfr. https://www.youtube.com/watch?v=bCSzrUnie2E. A proposito dei mutilati si ricordi la figura di Anna Coleman Ladd (1878-1939), scultrice statunitense divenuta celebre nell'immediato dopoguerra per aver dedicato gran parte della sua carriera alla realizzazione di protesi e maschere in grado di coprire e proteggere i volti sfigurati di numerosi ex soldati.
[149] G. Nobili Vitelleschi, *op. cit.*, p. 258.

oltre, senza avere a disposizione strumenti in grado di testimoniare la negatività dell'evento, prolungandone la sofferenza nel tempo.

Soldato inglese di 19 anni ipoacusico e amnesico, ma che alla parola "bomba" – l'unica che riesce a riconoscere – si nasconde sotto al letto dell'ospedale in attesa del cessato pericolo.



Soldato inglese di 23 anni affetto da amnesia totale, paralisi isterica, contratture muscolari e completa insensibilità agli arti, prima e dopo la terapia. Nella seconda immagine ripreso al momento della realizzazione di cesti di vimini.

Soldato inglese affetto da ipertiroidismo, in stato catatonico.

Soldato inglese affetto da una parziale paralisi muscolare isterica.

Soldato francese terrorizzato dall'uniforme militare di colore rosso.

Soldato francese affetto da pitiatismo, incapace di reggersi in piedi da solo, viene aiutato a camminare dal medico.

La scultrice Anna Coleman Ladd e un chirurgo plastico ripresi nell'atto di aiutare dei soldati sfigurati ad indossare le rispettive protesi maxillo-facciali, modellate su misura.

1.2.2. *Combat Exhaustion*

Nei vent'anni trascorsi tra il primo ed il secondo conflitto mondiale, sebbene il più ampio dibattito internazionale tra specialisti si disinteressò quasi completamente del tema della follia di guerra, le conoscenze in questo settore maturate durante la Grande Guerra non vennero dimenticate. Anzi, alcune soluzioni, alcune pratiche e metodi, specie quelli sperimentati nelle fasi conclusive del precedente conflitto, vennero, in vent'anni di pace, in parte rielaborate ed adattate ad un nuovo modo di fare la guerra. Tra gli Stati particolarmente interessati ad approfondire tali conoscenze troviamo in primo piano la Germania: infatti, a causa delle durissime imposizioni conseguenti al Trattato di Versailles del 1919, gli ufficiali tedeschi si trovarono costretti, fin da subito, ad elaborare un sistema strategico in grado di garantire la massima resa dei singoli soldati sul campo di battaglia, per far sì che essi fossero impiegati nel modo più efficiente, limitando il più possibile l'insorgenza di disturbi mentali all'interno dell'esercito[150].

Come abbiamo avuto modo di vedere, sin dagli ultimi mesi di guerra, i diversi Stati coinvolti nelle ostilità presero le distanze da diagnosi psichiatriche che considerassero la guerra come un evento, non solamente scatenante, ma unicamente decisivo per l'insorgenza di tali patologie. Motivi tanto economici quanto ideologici furono determinanti per l'oblio che rivestì, colpevolmente, questa faccenda per i successivi vent'anni. Dalla seconda guerra mondiale in avanti, però, le cose non sarebbero più state come prima.

Come emerge chiaramente dall'analisi di numeroso materiale artistico e culturale conseguente a questo conflitto, esso fu in grado di generare dei traumi – non solamente a livello psichico – di una portata difficilmente sperimentata in precedenza. Come si è analizzato nel capitolo 1.1. la seconda guerra mondiale fu l'unico conflitto (fino ad allora combattuto) a potersi dire davvero totale. Tutti i territori direttamente coinvolti furono profondamente modificati dal combattimento; numerose persone che vissero quegli anni definirono quella guerra come un evento decisivo all'interno della propria vita. La caduta della tradizionale distinzione tra fronte e fronte interno sconvolse profondamente la vita di milioni di persone, senza distinzione tra civili e militari. Tutti erano in guerra, nessuno escluso. Le privazioni, le sofferenze, le deportazioni, le guerre civili contribuirono sensibilmente a definire questo conflitto come uno tra i conflitti più traumatici mai esistiti. A livello economico, politico, sociale ed ideologico questa guerra fu uno tra gli eventi più importanti del Novecento, se non addirittura il più importante. Tutte le innovazioni e le ideologie elaborate nei decenni precedenti vennero a riassumersi in

[150] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., p. 191. E anche H. Binneveld, *op. cit*., pp. 124-129.

quel frangente e, alla sua conclusione, il mondo si presentava profondamente e irrimediabilmente cambiato.

Fu una guerra con un altissimo numero di vittime: tra caduti, feriti e dispersi, militari e civili, la somma ammonta a circa 70 milioni (con stime che oscillano tra i 60 e gli 80 milioni). Al termine di questa catastrofe, fu chiaro a sempre più specialisti quanto un evento profondamente traumatico potesse essere decisivo per la sanità mentale di un individuo, tanto da comprometterne, nei casi più gravi in modo definitivo, l'equilibrio psico-fisico[151].

Gran parte dei soldati che ebbero modo di conoscere sulla propria pelle la barbarie della guerra, o i milioni di civili sfollati, costretti a resistere ai bombardamenti, alle deportazioni, ai lager, alle epurazioni etniche e agli abusi di ogni sorta, risultarono essere profondamente cambiati al termine delle ostilità. Lo studio sui campioni civili, siano essi sopravvissuti ai campi di sterminio o alla bomba atomica, evidenziò l'importanza dell'evento traumatico nell'alterazione delle facoltà psichiche (in particolar modo nell'aver partecipato o assistito ad episodi particolarmente violenti, anche senza aver riportato ferite o essere stati le vittime dirette dell'azione[152]). Questo dato fu particolarmente importante poiché sottolineò, sulla scorta della prospettiva degli psichiatri «analisti», la mancanza di fondamenta delle tesi propugnate invece dai «moralisti», le quali avevano conosciuto particolare fortuna proprio al termine del precedente conflitto: ossia la rilevanza decisiva della volontà del soggetto nel contrarre una determinata tipologia di malattia mentale al fine di sfuggire all'evento traumatico, oltreché l'importanza del fattore non solamente psichico ma anche e soprattutto somatico, ossia l'aver subito un urto fisico di qualsiasi genere.

In più, una tra le sostanziali differenze tra la prima e la seconda guerra mondiale, ossia il coinvolgimento massiccio dei civili, permise che, al termine delle ostilità, il tema della follia di guerra, e più in generale dei disturbi mentali causati da un evento traumatico, non passassero sottobanco o venissero in parte dimenticati come accaduto nel conflitto precedente, almeno per quanto concerne le nazioni non uscite completamente distrutte dal conflitto. A questo proposito venne elaborata fin dall'immediata conclusione delle ostilità (e in alcuni casi a conflitto ancora in corso) una nutrita letteratura, sia medico-specialistica che di rielaborazione letteraria, per cercare di comprendere quanto quest'evento fosse stato traumatizzante, con l'intento di formare le generazioni future e fare in modo che, in ricordo di esso, tali brutalità non avessero a

[151] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., pp. 325-338.
[152] Cfr. Ivi, pp. 369-376. E anche J. Bourke, *op. cit*., pp. 159-216.

ripetersi[153]. Un numero impressionante di poesie, romanzi, diari, racconti più o meno riusciti, più o meno eloquenti, testimoniano proprio questa volontà di fare i conti col passato, interpretare il trauma, dare un senso alla sofferenza patita e tentare, infine, di andare oltre. Esattamente lo stesso approccio d'impatto, di scontro attivo con l'evento traumatico, proposto dagli «analisti» fin dal 1915, considerato come unico metodo efficace per superare definitivamente l'orrore vissuto. Quasi tutte le forme artistiche nate dall'elaborazione di quest'evento hanno esattamente tale obbiettivo: scontrarsi per l'ultima volta con esso per provare a gestirne le conseguenze. Approccio opposto, come si è visto, a quello adottato al termine della prima guerra mondiale, dove la volontà primaria, salvo rarissimi casi, non era quella di elaborare definitivamente il trauma – affrontandolo una volta per tutte – ricordarlo e comportarsi di conseguenza, ma di dimenticarlo e passare oltre[154]. Tuttavia, è opportuno segnalare che, sebbene la pratica psichiatrica, specie nei paesi più aperti ad un approccio di tipo analitico (quali ad esempio il Regno Unito o gli Stati Uniti), iniziò proprio in questi anni a conoscere dei significativi mutamenti in positivo, con la lezione freudiana via via sempre più introiettata dalle nuove generazioni di professionisti, la realtà manicomiale non conobbe sostanziali differenze rispetto al passato. L'unica novità concreta in quest'ambito fu infatti l'introduzione di psicofarmaci per il trattamento di numerosi sintomi, in particolar modo usati in qualità di sedativo per quei pazienti che presentassero un carattere particolarmente agitato e violento, e che avrebbero potuto rappresentare un potenziale pericolo per se stessi e per gli altri. Di fatto, però, i manicomi continuarono a svolgere la loro funzione tradizionale, ossia, più che a valere come luoghi di cura, principalmente vennero sfruttati come luoghi di segregazione. Tuttavia, le critiche dei nuovi psichiatri a tale prospettiva, ostinatamente bloccata sui propri pregiudizi, portarono a quel moto di profondo rinnovamento delle strutture manicomiali che iniziò a muovere i primi passi proprio agli albori degli anni Sessanta[155].

---

[153] In questo senso, per quanto riguarda l'Italia, il caso più emblematico e noto è indubbiamente Primo Levi. Sebbene nelle sue opere non venga trattato il tema della follia di guerra, i suoi scritti sono tutti rivolti a quell'evento altamente traumatico, denotando un tipo di approccio analitico, nel tentativo di elaborare quanto accaduto ed educare i posteri tramite il ricordo. Benché non fosse un soldato e non abbia combattuto sui campi di battaglia, inevitabilmente soffrì di quello che attualmente è definibile come disturbo da stress post traumatico.

[154] Eccezione fatta, come analizzato nel capitolo 1.2.1., per i caduti: questi dovevano rimanere sempre presenti nell'immaginario collettivo, anche in tempo di pace, poiché strumentali alla narrazione eroicizzante e catartizzante dell'evento bellico. Completamente contraria fu, invece, la prospettiva adottata nei confronti di tutte le altre tipologie di vittime.

[155] Cfr. H. Binneveld, *op. cit*., pp. 74-78. E per il caso italiano, invece: Massimo Moraglio, *La psichiatria italiana nel secondo dopoguerra*, in Francesco Cassata, Massimo Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, BFS, Pisa, 2005, pp. 37-43. E anche V. Babini, *op. cit*., pp. 130-135.

Sebbene numerose acquisizioni psichiatriche specifiche della Grande Guerra non vennero approfondite nel corso del ventennio di pace, numerosi furono invece quegli espedienti risultati utili e applicati di nuovo nel corso della seconda guerra mondiale. Si fa riferimento, ad esempio, al fatto che prima del 1914 nessun esercito avesse stabilmente al suo seguito un servizio psichiatrico appositamente organizzato e pronto ad intervenire in caso di disturbi mentali specifici all'interno della soldatesca. Nel 1939, invece, tutti gli Stati avevano organizzato un complesso sistema psichiatrico a supporto delle truppe. Per un soldato della Grande Guerra poteva risultare bizzarro, a tratti persino fastidioso, trovare nelle retrovie oltre ad un chirurgo anche uno psichiatra. Per uno della seconda guerra mondiale, invece, questo era perfettamente normale, o comunque accettabile senza troppe complicazioni. I comandi generali, infatti, benché ripudiassero un determinato tipo di approccio terapeutico nei confronti di detti soldati, non misero in discussione l'efficacia di un servizio psichiatrico adeguatamente allestito, come segnalato da Shephard nel capitolo eloquentemente intitolato *The lessons of Shell Shock*[156].

Indubbiamente complice fu anche il fatto che, durante il ventennio di tregua, l'importanza della figura professionale dello psichiatra venne riconosciuta come mai in precedenza. Fu proprio a partire dalla Grande Guerra, quasi come sua inevitabile e diretta conseguenza, che la psichiatria guadagnò sempre più importanza agli occhi dell'opinione pubblica. In un parallelismo forse un po' ardito, ma indubbiamente suggestivo, Alessandra Miklavcic e Andrea Scartabellati hanno osservato come la figura dello psichiatra fosse paragonabile, in quel determinato contesto, a quella del sacerdote:

> nella veste di sacerdote laico fu allora innalzato ad educatore dell'anima e della volontà nazionale verso il fine patriottico della vittoria, da perseguire utilizzando un armamentario persuasivo non molto difforme dalle tecniche adottate dall'Inquisizione. Del resto, il fine ultimo, in entrambi i casi era la sanità: la confessione della propria colpevolezza ed eresia nel campo religioso, la marginalizzazione degli atteggiamenti degenerativi con recupero e sfruttamento delle capacità produttive belliche nel secondo[157]

In questo scenario, la figura dello psichiatra poté innalzarsi al ruolo di guida morale della nazione; infatti, «lo stato italiano, ancora invischiato in una nazionalizzazione delle masse che aveva mancato le ottimistiche promesse post-risorgimentali, necessitava nell'emergenza della Grande Guerra di una figura professionale che sapesse convogliare e rinserrare moralità fisica e spirituale (psichica)»[158].

---

[156] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., pp. 161-168.
[157] A. Miklavcic, A. Scartabellati, *Difendere il corpo sano*, *op. cit*., p. 125.
[158] *Ibidem*.

Come diretta conseguenza della percezione positivista tardo ottocentesca e dell'esperienza bellica – vista come un potenziale evento *degenerogeno* – è proprio tra gli anni Venti e Trenta che assistiamo, in Europa, allo sviluppo della teoria e della pratica eugenetica[159]. Sin dagli anni conclusivi dell'Ottocento, come rilevato da numerosi storici della psichiatria, prese sempre più importanza in concetto di «degenerazione genetica» (riscontrabile tanto a livello fisico quanto mentale), le cui cause vennero rintracciate fin da subito nello sviluppo della società industriale. A riguardo, Dario Padovan ha sottolineato come «il concetto di "degenerazione", elaborato da medici e psichiatri, entrò facilmente a far parte della semantica dell'antropologia criminale e della sociologia, per divenire successivamente una parola-chiave dell'eugenetica; esso alludeva alla paura, dilagante in Europa, per la decadenza delle razze superiori»[160].

La storiografia più recente si è dimostrata particolarmente interessata alla questione, specie al rapporto guerra-evento *degenerogeno*, riprendendo numerosi studi effettuati all'epoca circa la preoccupazione generale che il primo conflitto mondiale, avendo eliminato gli individui reputati migliori (i più coraggiosi, i più virtuosi, i primi volontari degli anni iniziali, i valorosi caduti in prima linea), avesse risparmiato solo gli inetti, i pavidi, gli imboscati: tutti coloro scampati alla morte eroica sul campo di battaglia e con la responsabilità adesso, a guerra conclusa, di farsi carico della vita in tempo di pace. Tale questione ha per lungo tempo angustiato studiosi e psichiatri dell'epoca, contribuendo a riporre le speranze per una possibile soluzione nella pratica eugenetica.

> L'inferiorità biopsichica che assurgeva a privilegio: la situazione era di cotanto plateale scandalo che l'intellettuale nazionale […] non poteva esimersi dal levare la propria protesta.
>
> […] Si moriva, e si moriva troppo in linea. E a *levar le scarpe al sole* erano le persone degne di vivere: gli eroi, i sani, i normali, i buoni, gli onesti – tutti termini sinonimi nel caso. Ovvero: coloro i quali facevano fino in fondo il proprio dovere, mentre a vivere era una congerie di inutile umanità malata, degenerata, immorale e criminale.
>
> Che cosa fare con questi ultimi? Tentare un recupero sociale, una loro rieducazione eventualmente per mezzo della stessa disciplina di guerra? il giudizio prevalente tra i medici fu netto: la guerra era patogenetica, non terapeutica[161].

La selezione naturale, in un certo senso, in guerra continuava a funzionare, portando alla sopravvivenza di quanti fossero in grado di adattarsi alle nuove condizioni, scampando i

[159] Cfr. A riguardo si faccia riferimento ai lavori dello storico Francesco Cassata, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006; *Eugenetica senza tabù. Usi e abusi di un concetto*, Einaudi, Torino, 2015; e quello dello psichiatra Paolo Francesco Peloso, *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945)*, Ombre Corte, Bologna, 2008. E ancora ai saggi contenuti all'interno della raccolta Francesco Cassata, Massimo Moraglio, *op. cit*., Francesco Cassata, *Il lavoro degli "inutili": fascismo e igiene mentale*, pp. 23-36; Dario Padovan, *Bio-politica, razzismo e trattamento degli anormali durante il fascismo*, pp. 59-82.
[160] D. Padovan, *op. cit*, p. 60.
[161] A. Miklavcic, A. Scartabellati, *op. cit*., p. 141.

pericoli; ma questo, a detta degli esperti dell'epoca, andava inevitabilmente a compromettere l'equilibrio della struttura sociale dei diversi paesi impegnati nel conflitto[162]. Non era vero, dunque, quanto affermavano artisti come Marinetti o Jünger, i quali vedevano la guerra come «sola igiene del mondo» e pronosticavano che, dalle ceneri del conflitto, potesse nascere una nuova razza di oltreuomini di nietzschiana memoria[163]. Quattro anni di combattimenti e soprattutto l'immediato dopoguerra avevano dimostrato tutto il contrario.

In ambito militare l'importanza che la psichiatria aveva acquisito a partire dalla Grande Guerra permise ai diversi comandi generali di affidarsi in maniera sempre più consapevole alle competenze degli psichiatri. Quest'ultimi, dalla figura spesso bistrattata e sottovalutata di meri "guardiani degli anormali" all'interno dei manicomi – complice anche il già citato imperante nichilismo in ambito terapeutico e curativo, non in grado di garantire reali miglioramenti per tali soggetti – ebbero la possibilità di diventare una tra le categorie di esperti più lodate ed apprezzate all'interno della nazione. Utili tanto in tempo di pace quanto in tempo di guerra, gli psichiatri si presentavano alla soglia del secondo conflitto mondiale come gli unici professionisti in grado di garantire efficienza e compattezza all'esercito. Seguendo le innovazioni introdotte dagli statunitensi in conclusione del primo conflitto mondiale[164], anche la maggior parte degli eserciti europei decise di impiegare tali professionisti nell'opera di preselezione al momento dell'arruolamento. Se in precedenza gli psichiatri avevano avuto tutt'al più il ruolo di rilevatori di degenerati una volta che questi già si fossero trovati all'interno dell'esercito, adesso sarebbero risultati decisivi nell'arruolamento esclusivo di individui sani, scartando a priori tutti quei soggetti che potessero presentare disturbi mentali. Come si è accennato, tale prospettiva fu sperimentata per la prima volta dagli statunitensi e il tutto fu reso possibile grazie a due fattori determinanti: la relativa stabilità all'interno del paese mentre in Europa infuriava la guerra senza sosta, e la possibilità di intrattenere quotidianamente colloqui con gli specialisti

[162] Cfr. Ivi, pp. 141-151.
[163] Cfr. Enzo Traverso, *A ferro e fuoco. La guerra civile europea 1914-1945*, il Mulino, Bologna, 2007, pp.170-172. In queste pagine lo storico mette a confronto le grandiose aspettative di una generazione cresciuta e divenuta adulta tramite il conflitto, e che in esso vedeva la svolta decisiva e necessaria per far sorgere una nuova società dominata finalmente da superuomini (specie in Germania), con la prosaica realtà del dopoguerra, fatta di difficoltà economiche, crisi interne e limitate possibilità di manovra.
[164] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., pp. 123-132. In particolar modo lo storico fa riferimento all'operato del Dr. Thomas W. Salmon, psichiatra statunitense inviato nel corso del 1917 in Europa per apprendere direttamente sul campo quanto già elaborato dai suoi colleghi inglesi e francesi nel corso dei tre anni precedenti, in vista dell'imminente entrata in guerra degli americani. L'obbiettivo era quello di provare a garantire una migliore efficienza, fin da subito, nel trattamento di quei potenziali soldati che avessero presentato disturbi mentali a seguito dei combattimenti, oltreché effettuare in anticipo un attento processo di selezione delle reclute, limitando l'arruolamento ai soli in grado di soddisfare tutta una serie di prerequisiti psico-fisici.

anglo-francesi, impegnati sin da subito nel trattamento di tali patologie. Il processo di preselezione, tanto fisica quanto psicologica, in fase di reclutamento sembrò la soluzione adatta per scongiurare altre nevrosi di massa all'interno della truppa, come quelle esperite nel conflitto precedente. In realtà, come vedremo, le cose non andarono come auspicato[165].

Come già accennato, oltre ad Hans Binneveld, anche Ben Shephard, ad esempio, ha evidenziato come le figure dello psichiatra e dello psicologo fossero reputate di fondamentale importanza soprattutto all'interno dell'esercito tedesco, la *Wehrmacht*: «the Germans had no choice. The Treaty of Versailles, by limiting the size of their army, had forced them to think hard about how best to choose officers. Back in the 1920s they had begun using psychologists on a considerable scale to devise ways of finding the right material»[166].

Assieme alle valutazioni psicologiche preventive, a partire dalla seconda guerra mondiale in avanti, mutò anche il metodo di addestramento delle reclute. Tale fenomeno è stato descritto da numerosi storici nonché dagli stessi ufficiali e sottoufficiali impegnati nell'addestramento dei nuovi arrivati. Joanna Bourke, a tal proposito, in *Le seduzioni della guerra*, uno studio comparativo condotto sui tre conflitti più importanti del Novecento per i soldati inglesi e statunitensi (prima e seconda guerra mondiale e guerra in Vietnam), attraverso le testimonianze dei protagonisti dei diversi eventi bellici, ha evidenziato come fu proprio in conclusione della Grande Guerra che la mentalità adottata dagli ufficiali in fase di addestramento iniziò a mutare. «L'esercito regolare non era abituato ai soldati civili, che, rispetto alle leve precedenti, erano più anziani, più istruiti e provenivano dalla classe media. Anche le idee che queste "nuove" reclute avevano della battaglia […] poteva[no] costituire un grosso problema per un militare pragmatico»[167]. Tale necessità di trasformare il tipo di addestramento si sarebbe ripresentata durante il secondo conflitto mondiale.

Come si è già avuto modo di vedere, i grandi eserciti di massa composti da coscritti mutò radicalmente la composizione effettiva delle diverse milizie. Da quelli relativamente limitati quantitativamente d'epoca ottocentesca, si arrivò alla formazione di schiere di milioni di soldati. Questi non avevano né la mentalità né la formazione degli eserciti professionisti dell'epoca precedente. Allo stesso modo doveva necessariamente cambiare il loro tipo di addestramento. Mentre nel primo conflitto mondiale (o almeno per la prima metà) l'addestramento era

[165] Cfr. Ivi, p. 192. Sebbene fu durante il secondo conflitto mondiale che questo sistema prese piede definitivamente in tutti gli eserciti occidentali, Shephard segnala la difficoltà nel Regno Unito, almeno inizialmente, nel far accettare questo tipo di procedimento: «the new methods were not universally popular. The idea that psychiatrists – specialists in the study of abnormal mental behaviour, many with no experience of war – should help determine a man's suitability to be an officer touched a deep nerve in the British Army».
[166] Ivi, p. 191.
[167] J. Bourke, *op. cit*., p. 79.

principalmente rivolto a reclute, spesso analfabete, per farle divenire soldati ubbidienti alla disciplina ferrea della caserma, nonché insegnare loro i fondamenti nell'utilizzo dell'armamentario, a partire dal secondo conflitto mondiale l'interesse divenne rendere il soldato pronto a qualsiasi evenienza, non solo a livello fisico ma anche e soprattutto psichico. Ci si rese conto che troppe volte i soldati, sebbene diligenti e rispettosi dell'autorità, al momento dello scontro perdevano il controllo dei propri nervi, non essendo preparati ad affrontare le difficoltà e le violenze del combattimento. Il nuovo tipo di addestramento (o, meglio, i nuovi tipi di addestramento evoluti progressivamente negli ultimi novant'anni) aveva proprio questo scopo: fare in modo che il soldato sapesse sempre cosa fare, in qualsiasi situazione, e non smarrisse la ragione. L'obbiettivo non era più quello di formare degli ottimi automi[168] da poter manipolare a seconda delle necessità, ma di forgiare uomini razionali in grado di prendere decisioni forti nei momenti difficili. L'unico modo per provare a garantire una reazione quanto più propositiva del combattente era quello di prepararlo fin da subito allo stato d'animo che avrebbe provato al fronte (frustrazione, paura, debolezza fisica, stanchezza mentale, stress) attraverso simulazioni quanto più realistiche del combattimento. Non si trattava più di formare individui per i quali la parola "paura" non avesse senso, ma, semmai, soldati perfettamente consapevoli non della possibilità, ma della certezza di provare paura una volta a contatto col nemico, e fare in modo che questi fossero in grado di reagire nel miglior modo possibile[169].

A questo proposito Ben Shephard ha illustrato come l'addestramento dei soldati statunitensi fosse incentrato proprio sul metodo migliore per affrontare la paura, creando non impavidi, ma coraggiosi, ossia guerrieri che nonostante la paura fossero in grado di mantenere i nervi saldi anche nei momenti più difficili. «Most of the time, in both British and American Armies, the "compassionate" line prevailed; fear was seen as a normal and natural human response to the strain and horror of war, which could be controlled»[170]. E poco oltre, dopo aver analizzato gli effetti costruttivi di questa prospettiva, Shephard conclude: «the permissive attitude to fear had been a major factor in avoiding neurotic and hysterical complications»[171].

Oltre a permettere la possibilità di avere paura, gli ufficiali avevano anche il compito di rendere il soldato una macchina da guerra sempre più efficiente attraverso un progressivo lavoro

[168]Cfr. Agostino Gemelli, *Il nostro soldato. Saggi di psicologia militare*, Treves, Milano, 1917. Uno tra i libri più citati e interessanti apparsi durante il primo conflitto mondiale, in Italia, ad opera del frate francescano. In quest'opera, la psiche del «nostro soldato» viene analizzata da un – originale per il caso italiano – punto di vista psicologico. Viene delineata la necessità di preparare mentalmente le reclute alle violenze e alle difficoltà del fronte, con la consapevolezza di dover forgiare degli automi, perfettamente rispettosi dell'autorità e agli ordini da essa impartiti, nonché adeguatamente preparati e disposti a tutto per il bene della patria.
[169] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., pp. 233-236.
[170] Ivi, p. 234.
[171] Ivi, p. 235.

di decostruzione della sua personalità civile e di conseguente contro-creazione della sua personalità guerriera. Questi ragazzi dovevano essere istruiti all'odio del nemico, all'omicidio, alla sofferenza ed alla paura. Dovevano essere in grado di resistere al dolore, allo stress, alla fame, alla privazione del sonno: un progressivo processo di disumanizzazione che sarebbe però risultato estremamente utile al momento del faccia a faccia col nemico.

> Gli individui dovevano essere distrutti, per essere ricostruiti come combattenti efficienti. I principi di base comprendevano la spersonalizzazione, l'obbligo dell'uniforme, l'assenza di intimità personale, rapporti sociali forzati, orari rigidi, carenza di sonno, disorientamento seguito da riti di riorganizzazione in base ai codici militari, regole arbitrarie e punizioni severe. Questi metodi di brutale maltrattamento erano simili a quelli adottati dai regimi che addestravano alla tortura dei prigionieri: la differenza stava nel *grado* di violenza impiegato, non nella sua *natura*[172].

Durante le prime fasi della seconda guerra mondiale in Europa, almeno fino alla svolta della battaglia di Stalingrado (17 luglio 1942 - 2 febbraio 1943), fu l'esercito tedesco a distinguersi come il migliore in questo campo. Grazie ad un'oculata preselezione in fase di arruolamento, al supporto continuo fornito alla truppa sul campo di battaglia da parte degli psichiatri e ad una modificata dottrina tattica rispetto al conflitto precedente (diversa anche dalle sue fasi finali, che già presentavano numerose innovazioni rispetto al biennio 1914-1916), l'esercito tedesco riuscì a ridurre drasticamente il tasso d'incidenza dei disturbi mentali al suo interno, tanto da portare Binneveld a parlare di «near-absence of combat neuroses during the first phase of the war»[173]. Altri fattori che contribuirono in maniera decisiva al raggiungimento di questo traguardo furono la durata relativamente breve delle diverse battaglie (*Blietzkrieg*), l'utilizzo ben calcolato di mezzi corazzati per lo sfondamento delle prime linee nemiche, il supporto sistematico della *Lutwaffe* e soprattutto la possibilità di garantire un continuo ricambio della maggioranza dei soldati dopo pochi giorni di combattimento.

Fu infatti osservato che la nevrosi sarebbe potuta insorgere ogniqualvolta il combattente rimanesse stressato, affamato, insonne e spossato per numerosi giorni di seguito. Per garantirne la tenuta mentale, il modo migliore era permettere ai soldati fasi di pausa e riposo completo, alternate a quelle dure e insostenibili nel lungo periodo della battaglia[174]. A questo proposito

---

[172] J. Bourke, *op. cit*., pp. 79-80.
[173] H. Binneveld, *op. cit*., p. 91.
[174] Cfr. Ivi, p. 92. La nevrosi nei soldati poteva anche essere causata da altri motivi, non strettamente legati alla stanchezza fisica. Un caso emblematico è ciò che accadde a numerosi membri delle *Einsatzgruppen* naziste, attive sul fronte orientale sin dal 1941. Come afferma Binneveld «murdering Jews and the extermination of partisans was part of the task carried out by these units». Per via dell'enorme stress psicologico causato dall'aver ucciso sistematicamente individui indifesi e inermi, specie donne e bambini, «after some time, many members of *Einsatzgruppen* could not continue. They committed suicide, became insane, or only kept themselves going by excessive use of alcohol».

Binnveld ha sottolineato come «the lessons learned by German military psychiatry in the First World War had not been forgotten»[175]. La stessa cosa fu riscontrata dagli eserciti alleati, primi fra tutti ovviamente inglesi e francesi. Mentre l'esercito tedesco era in grado di garantire il ricambio ciclico continuo dei soldati al fronte, nonché una preparazione tattica offensiva innovativa ben superiore a quella difensiva nemica, gli eserciti alleati iniziarono a soffrire fin da subito di disturbi causati dall'esaurimento fisico e di conseguenza nervoso. Al riguardo, Ben Shephard ha sottolineato come questi due approcci tattici opposti sperimentati dai tre eserciti nel 1940-41 abbia portato i comandi generali alleati a dubitare sempre di più dell'efficacia di un'accurata preselezione psicologica dei combattenti, mentre, al contempo, abbia contribuito a confermare la prospettiva tedesca[176]. Chiamando in causa anche l'esercito statunitense, Shephard afferma che «if the British only turned to personnel selection reluctantly and in the face of the obvious failure of existing procedures, the Americans had the opposite experience. They began the war with a strong faith in the value of pre-selection and finished it with doubts about the worth of any selection»[177].

Fu proprio in questo contesto di totale crisi degli eserciti alleati che gli psichiatri inglesi iniziarono a diagnosticare casi di *Battle Exhaustion*, presto adottata anche da quelli statunitensi rinominandola *Combat Exhaustion*. Nel timore di una «new wave of *Shell Shock* patients»[178] gli psichiatri britannici, d'accordo con il Comando Generale, optarono per una diagnosi che designasse un disturbo solo temporaneo del combattente dovuto ad un esaurimento nervoso causato dalla stanchezza massacrante del combattimento prolungato. La sanità mentale del soldato, pensavano gli specialisti, sarebbe stata riacquisita solo una volta che questi avesse sperimentato un adeguato periodo di riposo lontano dal fronte, circondato dai suoi familiari, da svaghi, tempo libero e calma. Quest'approccio, non tanto difforme da quello adottato durante la prima guerra mondiale, andava a deresponsabilizzare l'esercito in caso di patologie più gravi che si sarebbero potenzialmente rivelate croniche (come infatti accadde in numerosi casi), dimostrando che la nevrosi direttamente causata dalla guerra fosse un qualcosa di perfettamente curabile e solo passeggero. In più, per evitare la rinascita di un dibattito specialistico fortemente divisivo e polarizzante in grado, questa volta, di compromettere definitivamente la situazione economico-politica del paese, Shephard ha evidenziato come «the British medical authorities

[175] Ivi, p. 91.
[176] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., pp. 197-203.
[177] Ivi, p. 197.
[178] H. Binneveld, *op. cit*., p. 93.

did everything in their power, this time around, to stop the term *Shell Shock* from establishing itself»[179].

Questa reticenza nel definire i disturbi mentali sorti nell'esercito come qualcosa di meramente psichico, in cui la componente fisica non avesse anch'essa grande importanza, riprese la tendenza sviluppatasi nelle fasi finali del primo conflitto mondiale nel Regno Unito a non voler più diagnosticare casi di *Shell Shock*, ma preferire al suo posto la sigla *NYD(N)*, ossia *Not Yet Diagnosed (Nervous)*. Se la diagnosi di *Shell Shock*, troppe volte tempestiva data la situazione, portava con sé tutto un insieme di significati ideologici potenzialmente favorevoli al malcapitato e impugnabili in tribunale per richiedere una pensione d'invalidità a vita, questa nuova formula permetteva di rimandare a giudizio in un non meglio precisato secondo momento tutti quei soldati che apparentemente sembravano affetti da disturbi nervosi. Molti di questi, infatti, col trascorrere del tempo e il ritorno alla normalità avrebbero marginalizzato autonomamente i sintomi più evidenti e socialmente disturbanti, sfoltendo gran parte dei potenziali ricorsi per l'ottenimento delle pensioni[180].

Adesso, durante la seconda guerra mondiale, e con i casi di disturbi mentali in continuo aumento, la necessità era la medesima: garantire la certezza della cura e la temporaneità dei sintomi, riducendo una ben più grave patologia mentale ad una semplice stanchezza fisica. Come ha sottolineato Hans Binneveld, infatti:

> the concept exhaustion fit well with the picture of the war that presents itself to the psychiatrists in North Africa and later in Italy and Normandy[181]. What they witnessed was a war of movement which was chiefly fought by the infantry […]. It was a war of marching columns, loaded down with weapons, ammunition and provisions. With the passage of time, every soldier was tired and worn out[182].

Mentre per la follia di guerra durante la prima guerra mondiale esiste una nutrita letteratura storiografica di riferimento, tanto per il caso italiano, quanto per quelli esteri, per la seconda guerra mondiale italiana lo stato dell'arte non può dirsi altrettanto sviluppato. Questo è dovuto primariamente al fatto che, se nel Regno Unito o negli Stati Uniti i manicomi sono rimasti perfettamente agibili durante il conflitto e dunque in grado di portare avanti il loro lavoro di ricezione, mantenimento in cura e dimissione dei pazienti, tale non è la situazione del caso italiano. Come ha evidenziato Valeria Babini, la guerra non ha risparmiato neppure i manicomi italiani (e più in generale numerose strutture e infrastrutture di fondamentale importanza per il

[179] Ivi, p. 95.
[180] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., pp. 54-55.
[181] Anche per questa guerra, poche o nulle le informazioni all'interno della storiografia occidentale riguardo al fronte orientale.
[182] H. Binneveld, *op. cit*., p. 95.

territorio). «Soprattutto tra il 1942 e il 1943 la struttura sanitaria segna una netta svolta negativa. Alcuni ospedali vengono riconvertiti a uso di sanità militare, altri vengono colpiti dalle bombe aeree»[183]. Difatti, se durante la Grande Guerra, nonostante la momentanea e parziale invasione del nord-est del paese conseguente alla *débâcle* di Caporetto, il sistema sanitario e manicomiale italiano riuscì a reggere l'urto e a mantenere ordine e organizzazione, la stessa cosa non avvenne durante la seconda guerra mondiale. Dopo il 1917, nei territori occupati, un gran numero di pazienti venne traferito in altre strutture ma, nonostante i sovraffollamenti, le terapie e lo studio delle patologie all'interno dei manicomi poterono continuare, solo un po' più a rilento. Gli stessi edifici, salvo quelli che si trovano nella zona occupata o nell'immediata prossimità del fronte, rimasero agibili e funzionanti. Nella seconda guerra mondiale, invece, l'occupazione totale dell'Italia, contesa tra nazifascisti e alleati, le distruzioni, i bombardamenti e gli sfollamenti dalle città rese pressoché impossibile il mantenimento dell'organizzazione manicomiale, incidendo in senso negativo, ovviamente, sul trattamento dei pazienti[184].

Se per il periodo relativo al '15-'18, in quasi tutti gli ex-manicomi italiani si dispone di un archivio storico organizzato, consultabile e soprattutto ricco di cartelle cliniche riguardanti i soldati, ben diversa è la situazione per il periodo 1943-45. In questa fase la tenuta manicomiale crolla: «il personale medico, segnatamente diminuito, è assorbito dalla guerra, […] alcuni sono partiti per le armi, altri combattono dall'interno delle loro fortezze»[185]. In più, «ai medici ebrei è toccato di dover lasciare il proprio posto» a causa delle leggi razziali del 1938 e molti altri, «non ebrei ma antifascisti, hanno lasciato il manicomio per partecipare alla Resistenza[186] o si sono resi attivi dall'interno cercando di proteggervi ebrei o antifascisti ricercati»[187].

In una tale situazione di crisi e instabilità, spesso con gli edifici parzialmente danneggiati dai bombardamenti e a seguito della carenza del personale medico e infermieristico, non più in grado di sorvegliare completamente tutti gli internati,

> i malati di mente, adesso, devono arrangiarsi fuori: girano così per le campagne o per i paesi vicini in cerca di cibo, ora razziano frutta e verdura nei campi, ora si rivolgono al mercato nero. […] C'è così chi dal manicomio se ne parte al mattino presto per farvi ritorno con viveri e tabacco che poi rivenderà a cifre maggiorate, spesso chiedendo anche un prezzo per la «prestazione». Insomma, in un clima di estrema precarietà i malati di mente, lasciati meno sorvegliati, si danno da fare per far fronte alle difficoltà e sopravvivere. Alcuni ci riescono. Ma gli psichiatri italiani non si accorgeranno

[183] V. Babini, *op. cit*., p. 115.
[184] Cfr. Ivi, pp. 116-117.
[185] Ivi, p. 117.
[186] Come ad esempio gli psichiatri Mario Tobino, Silvano Arieti, Luisa Levi, Anselmo Sacerdote, Isidoro Imber, Guido Treves, Carlo Lorenzo Cazzullo, Ottorino Balduzzi, Carlo Angela e numerosi altri che, per un motivo o per un altro, da fuori o da dentro le mura del manicomio hanno portato avanti l'opera di Resistenza contro il nazifascismo.
[187] V. Babini, *op. cit*, p. 117-118.

degli effetti terapeutici di questa inaspettata libertà [almeno fino al 1978, anno in cui entrerà in vigore la rinomata legge Basaglia][188].

Se, dunque, questo è il motivo fondamentale per cui le cartelle cliniche di quel periodo ci appaiono di sovente disordinate, poco chiare, trascurate oppure completamente assenti, l'altro motivo per cui gli storici adesso faticano a ricostruire la situazione della follia di guerra tra i soldati è perché la prospettiva degli psichiatri sulla malattia mentale all'interno dell'esercito rimane sostanzialmente immutata da quella del primo dopoguerra. Sempre Valeria Babini ha evidenziato come

> di fronte alla devastazione psicologica della guerra, sia sui soldati sia sui civili, le risposte della psichiatria italiana restano quelle già avanzate durante la prima guerra mondiale. Ancora una volta ci si cimenta con le nevrosi traumatiche di guerra: c'è già stata la prova del primo conflitto mondiale, eppure, o proprio per quello, di fronte all'esperienza ancor più traumatizzante della seconda guerra mondiale, la «strana malattia» della nevrosi traumatica viene osservata, se si vuole, con ancor maggiore perplessità. Se, durante la Grande Guerra, la fede organicistica poteva sentirsi per così dire giustificata dall'adesione a una tradizione neurologica e anatomo-patologica su cui la psichiatria italiana aveva poggiato la propria recente credibilità scientifica, ora nel corso del secondo conflitto mondiale la maggioranza dei suoi rappresentanti, complice senz'altro l'ideologia nazionalista, sembra proprio peccare di misoneismo quando si impedisce di scorgere quello che ormai la storia ha reso evidente agli occhi di tutti: il terrore della guerra e il suo potere distruttivo anche sulla psiche degli uomini.
>
> È un potere, quello delle emozioni, che gli psichiatri italiani non vogliono però riconoscere. Nei loro scritti, la malattia mentale è sempre qualcosa che già c'era. Nascosta nelle pieghe della storia familiare, o nei trascorsi di vite bislacche dedite ai vizi o all'alcol, o ancora nell'esistenza di corpi segnati dalla fatica e dagli stenti, la follia scoppia dentro un luogo che già la conteneva. […] Per i nostri psichiatri la guerra, la prigionia, ne sono solo l'occasione scatenante, mai la causa. Pochissime le voci che osano andare contro corrente, e nel caso, sempre con una cautela estrema[189].

Per quanto concerne la psicanalisi, molteplici studiosi hanno riscontrato il suo sostanziale fallimento nell'affermarsi in Italia. Le prime notizie riguardo questa nuova tipologia di trattamento iniziarono a circolare negli anni subito precedenti alla Grande Guerra. Durante il conflitto, come si è visto, all'interno della psichiatria italiana non si diffuse quel vivo dibattito tra posizioni contrastanti come invece accadde in altre parti d'Europa. Gli psichiatri italiani, sebbene non fossero tutti concordi sui metodi da adottare per limitare e curare i disturbi mentali, sicuramente non si schierarono apertamente a favore della psicanalisi. L'ideologia nazionalista prima e l'affermarsi del fascismo dopo indubbiamente non aiutarono. Nell'immediato primo dopoguerra, il dibattito pubblico si spostò rapidamente su altri temi, considerati di maggiore rilevanza in quel momento, trascurando l'affermazione di questa prospettiva. Valeria Babini, a questo proposito, conclude:

[188] Ivi, p. 116.
[189] Ivi, pp. 118-119.

> l'insuccesso della psicanalisi fu piuttosto l'esito di un tentativo non riuscito: sforzo di pochi psichiatri, attivi in manicomi marginali (Trieste, Teramo, Nocera Inferiore) e soprattutto isolati all'interno di una comunità scientifica che continuava a riconoscersi nel paradigma biologistico, riconfortato in quegli anni anche dai successi italiani dell'endocrinologia e del neocostituzionalismo[190].

Il secondo conflitto mondiale e i relativi problemi interni al paese non portarono innovazioni sotto questo aspetto. Al termine delle ostilità, «mentre negli Stati Uniti e in Inghilterra si era creata […] una connessione tra psicoanalisti (che come psichiatri erano stati chiamati sotto le armi) e psichiatri di formazione classica […], l'Italia psichiatrica era rimasta arroccata su vecchie posizioni organicistiche e faticava a uscire dalla chiusura degli anni del fascismo»[191].

Oltre alle opere medico-psichiatriche specialistiche che trattano questo specifico fenomeno, l'unica che tratta monograficamente quest'argomento da una prospettiva storica è *La follia della guerra. Storie del manicomio 1940-1950* di Paolo Sorcinelli, edito nel 2016. Analizzando le cartelle cliniche conservate presso gli archivi storici degli ex-manicomi di Bologna, Mantova, Pesaro e Reggio Emilia l'autore ricostruisce, per quanto possibile, la situazione di grande disagio all'interno di dette strutture nel decennio più tragico della storia italiana del Novecento. Se nel caso della prima guerra mondiale il centenario ha dato grande impulso alla ricerca storiografica in questo senso, è auspicabile immaginare lo stesso in occasione del futuro e non troppo distante centenario di quest'altra guerra.

Un documento estremamente utile per comprendere meglio sia la nevrosi dei soldati durante la seconda guerra mondiale che il suo trattamento è il documentario intitolato *Let There Be Light*, realizzato nel 1946 negli Stati Uniti, presso il Mason General Hospital, da John Huston. Shephard l'ha definito «a public relations exercise to reassure the American public»[192]. Il girato, di 58 minuti circa, avente l'esplicito scopo di rassicurare l'opinione pubblica statunitense riguardo il rientro in società di potenziali individui affetti da disturbi mentali causati dalla guerra, rappresenta la vita all'interno dell'ospedale americano per la durata della 8 settimane di convalescenza. Grazie al sonoro e ad una impostazione registica improntata non solamente a far mostra dei casi clinici (come erano invece i filmati del primo dopoguerra), ma con finalità narrative, il documentario permette allo spettatore di entrare all'interno della struttura psichiatrica e assistere alla vita quotidiana di decine di soldati in riabilitazione. Si ha quindi la possibilità di

[190] Ivi, p. 65.
[191] Ivi, p. 131.
[192] B. Shephard, *op. cit*., p. 271.

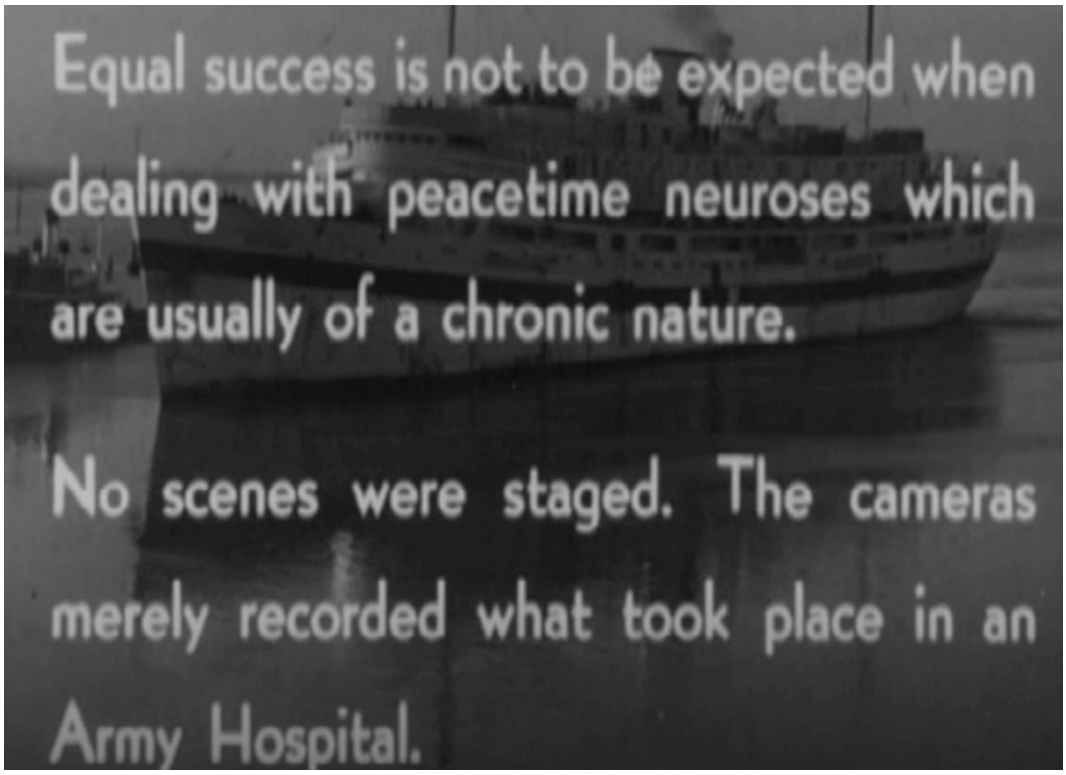
vedere per la prima volta le tecniche e le terapie adottate dagli psichiatri per lenire o eliminare del tutto i sintomi manifestati dai pazienti.

Sin dalla didascalia iniziale e dalla voce narrante fuori campo, la nevrosi di guerra viene presentata come una patologia solamente temporanea e perfettamente curabile. Un dibattito simile era già nato al termine del primo conflitto mondiale ma, come abbiamo visto, all'epoca, i girati avevano solo una funzione medico-specialistica. Questo documentario – con conseguente popolarizzazione della materia – invece venne realizzato appositamente per il grande pubblico non competente, ma seriamente interessato alla questione. Il monologo d'introduzione recita:

> The guns are quiet now. The papers of peace have been signed. The oceans of the hearth are filled with ships coming home. In far away places men dreamed of this moment, but for some men the moment is very different from the dream. Here is human salvage, the final result of all that metal and fire can do to violate mortal flesh. Some wear badges of their pain, the crutches, the bandages, the splints.
>
> Other show no outward signs. Yet they too are wounded. These are the casualties of the spirit, the troubled in mind, men who are damaged emotionally.
>
> Born to bread and peace, educate to hate war, they were overnight plunged into sudden and terrible situations. Every man has his breaking point and these, in the fulfilment of their duties as soldiers, were forced beyond the limit of human endurance[193].

Fin da subito il filmato sembra riprendere un'impostazione narrativa tipica dei grandi film americani dell'epoca. «In its humanistic focus on each man's suffering, *Let There Be Light* transcends propaganda and becomes both a powerful work of art and a quasi-documentary record of psychiatric practice. […] [It] was probably the first film to exploit for dramatic purpose the voyeuristic potential of emotional catharsis»[194].

[193] https://www.filmpreservation.org/preserved-films/screening-room/let-there-be-light-1946.
[194] B. Shephard, *op. cit*., p. 273.



La didascalia precedente al girato vero e proprio ha evidentemente lo scopo di riaffermare, anche presso i non esperti, la natura temporanea della nevrosi di guerra rispetto a quella potenzialmente cronica delle nevrosi in tempo di pace.

Successivamente la narrazione si concentra su alcuni casi specifici che assurgono a modello rappresentativo di sintomi e trattamenti. Vengono presentati esempi di soldati affetti da tremori, amnesie parziali o totali, balbettii, stati catatonici, mutismi… tutti sintomi tradizionali, già conosciuti in precedenza e subito identificabili anche dai non esperti. Il filmato, questa volta, ha interesse a diffondere informazioni circa le terapie adottate. Soldati che non riescono a camminare autonomamente ricevono sedute di fisioterapia; nei casi più gravi assumono barbiturici[195] per distendere i nervi e facilitare il lavoro del medico curante; altre volte ancora, specialmente per il trattamento di amnesie, si ricorre alla tecnica ipnotica.

Oltre alle cure per così dire tradizionali, il filmato mostra anche la vita quotidiana dei soldati all'interno dell'ospedale e tutte quelle attività reputate utili a garantire un pieno reintegro nella società civile postbellica. Allo spettatore vengono mostrate scene in cui valorosi soldati, dopo

[195] Fu proprio durante la seconda guerra mondiale che i primi psicofarmaci iniziarono ad essere utilizzati. Questo permise di uscire da quella situazione di nichilismo terapeutico tipico dell'epoca precedente e ad inaugurare una nuova fase all'interno delle cure psichiatriche. Tuttavia, anche se il loro utilizzo rappresentò una grande conquista e contribuì a uscire da quell'*impasse* curativo, essi non rappresenteranno una vittoria totale sulle malattie mentali, ma semplici sedativi momentanei. Come si vedrà per la guerra in Vietnam, il loro abuso, infatti, sarà in grado di generare danni ben più gravi all'individuo, facendolo di sovente entrare nella spirale dalla tossicodipendenza.

aver adempiuto ai propri doveri, si rilassano grazie all'attività sportiva (ad esempio baseball, pallacanestro e tennis da tavolo), lavoretti manuali (modellismo e falegnameria), meccanici (riparazione di motori danneggiati) e artistici (assistere alla visione di un film, imparare a dipingere e suonare strumenti musicali). Esattamente come in fase di arruolamento l'individuo ha dovuto sopprimere la sua componente civile, adesso, a guerra conclusa, il soldato deve sopprimere la componete bellica, dimostrandosi capace di riadattarsi alla vita civile. A quel processo di costruzione e decostruzione (o di distruzione creativa) messo in atto al momento dell'arruolamento, segue una fase molto simile, ma questa volta a finalità opposte[196]. Il regista riprende i veterani proprio nel mezzo di questo processo di transizione.

Vengono anche mostrate alcune sequenze raffiguranti la psicoterapia analitica di gruppo. I soldati si ritrovano tutti assieme all'interno di un'aula, tutti rivolti verso lo psichiatra, quasi fossero ancora a scuola e, su incoraggiamento del medico, ognuno ha la possibilità di esprimere il proprio punto di vista, di raccontare la propria esperienza e di ascoltare quelle altrui.

Tuttavia, come ammonisce Shephard, è bene non farsi ingannare da questo racconto idilliaco:

> clearly *Let There Be Light* does given a distorted picture; it says nothing, for example, about the closed psychotic wards at Mason General where a "high percentage" of schizophrenics and catatonics received shock therapy. […] It doesn't mention the chronic shortage of trained nurses which meant that most of the nursing at Mason General was done by psychiatric technicians who regarded the men as "goldbricks" (malingerers) and often treated them brutally. Like the media of the day, it dramatises and oversimplifies the complexities of abreactive treatment and drapes inadequate men in the cloak of the battle casualty. Huston puts a warm, Irish, humanistic gloss on what was in reality a tough and authoritarian regime[197].

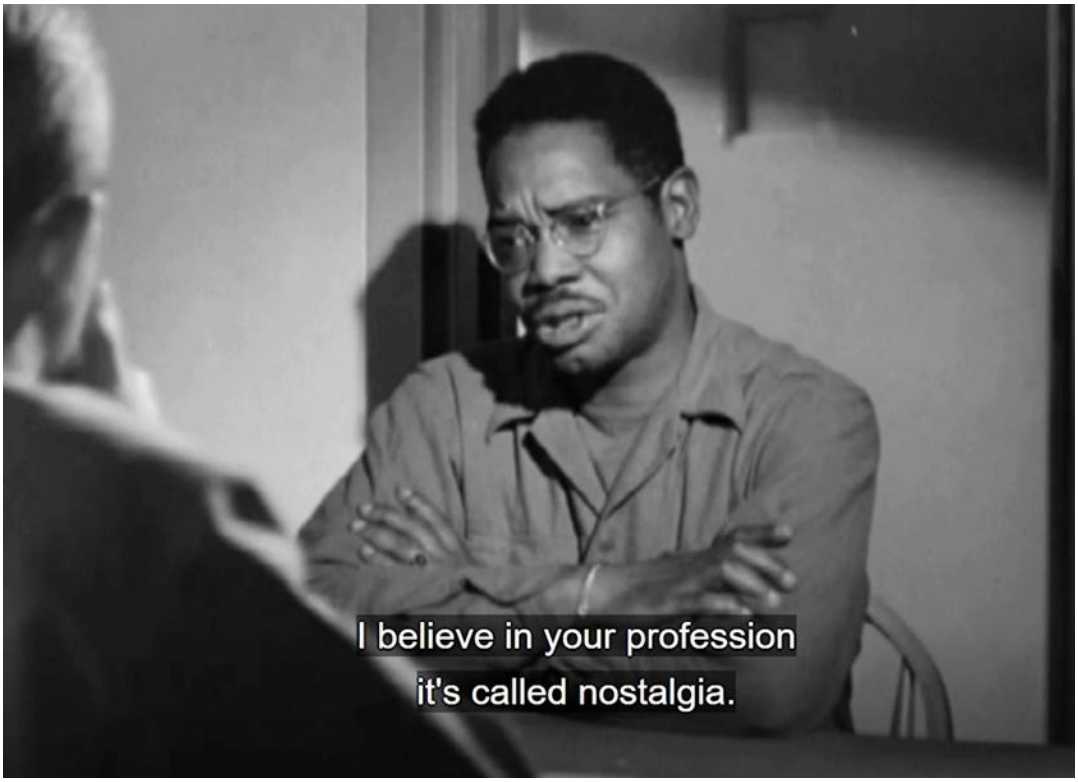
In conclusione, la storiografia successiva ha dimostrato che il secondo conflitto mondiale, dal punto di vista del trattamento psichiatrico della nevrosi di guerra, non fu una banale ripetizione del primo. Molte conoscenze maturate durante la Grande Guerra vennero reputate ancora utili e riprese sovente con grande successo. Altri approcci o soluzioni vennero invece accantonate definitivamente. In generale, mediamente, gli eserciti si presentarono meglio preparati sotto l'aspetto del servizio psichiatrico, anche se comunque si registrarono cifre importanti di soldati usciti dal conflitto irrimediabilmente mutati per sempre a livello psichico. Nell'immediato dopoguerra, le situazioni economiche dei diversi paesi europei non permisero un'assistenza adeguata (salvo i pochi casi isolati nel Regno Unito) ai propri soldati affetti da nevrosi. Successivamente, quando arrivarono gli aiuti americani dell'*European Recovery Program*, i

[196] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., pp. 276-277.
[197] Ivi, pp. 277-278.

fondi vennero destinati primariamente alla ricostruzione, tralasciando di nuovo in secondo, se non in terzo piano, la questione dei mutilati dell'anima.

Un discorso a parte sarebbe invece da riservare ai reduci statunitensi: questi infatti vennero sin da subito trattati con grande attenzione e rispetto, complice anche indubbiamente la situazione di calma interna al paese. Attraverso le settimane di convalescenza in diversi istituti, come ad esempio quello mostrato in *Let There Be Light*, i soldati affetti dai disturbi meno gravi poterono ritrovare l'equilibrio mentale e tornare alla vita civile senza troppe difficoltà. Molti altri, invece, affetti da ben più gravi patologie, non ebbero tale fortuna ma, purtroppo, ricostruire il numero preciso di questi individui è pressoché impossibile, data la reticenza delle fonti in questo senso.

Ad ogni modo, fu impossibile far cadere nell'oblio il trauma generato dalla seconda guerra mondiale. La stessa psichiatria occidentale prese atto, proprio in quel momento, di quel profondo mutamento che avrebbe dovuto attuare per affrontare, senza ulteriori scappatoie, il tema della psiconevrosi traumatica di origine emotiva. Ma fu solo a seguito di un'altra guerra, quella in Vietnam, che l'approccio verso questo disturbo mentale cambiò radicalmente e definitivamente.



A colloquio con lo psicologo, il soldato in questione confessa di soffrire di Nostalgia dopo aver visto una foto dei propri cari.

Soldato affetto da una forma particolare di amnesia per cui non riesce a ricordare il proprio nome. Grazie all'ipnosi il terapista riesce a far riemergere informazioni annidate nel subconscio, trasportando il soldato di nuovo sul campo di battaglia. Dopo questa affermazione da parte dello psichiatra il soldato inizia a tremare dalla paura, ma, infine, riuscirà a ricordare il proprio nome.

Una seduta di psicoterapia analitica di gruppo.

Brevi manuali realizzati appositamente per i reduci, aventi lo scopo di educare di nuovo i soldati alla vita civile, intitolati «*Education for veterans*» e «*Going back to civilian life*».

Nella sequenza finale del documentario i soldati, ormai guariti, possono riunirsi ai loro familiari, in una grande festa conclusiva.

1.2.3. *Combat Stress* e *Post Vietnam Syndrome*

Tra la fine della seconda guerra mondiale e l'intervento diretto degli Stati Uniti d'America sul suolo vietnamita trascorsero circa una ventina d'anni; in questi vent'anni le nozioni in ambito di psichiatria militare rimasero sostanzialmente invariate, nonostante il fatto che nel mezzo, tra il 1950 e il 1953, si fosse verificata un'altra guerra, questa volta combattuta in Corea. Sulla scorta delle soluzioni elaborate nei conflitti precedenti, gli psichiatri americani che collaboravano con le forze armate rimasero profondamente convinti del fatto che l'evento bellico rappresentasse un grandioso laboratorio per portare avanti indagini medico-psicologiche sui combattenti, favorendo sensibilmente lo sviluppo e la ricerca di terapie e cure, applicabili eventualmente anche in ambito civile, sebbene con alcune riserve. A questo proposito, Hans Binneveld ha affermato, riferendosi al Walter Reed Hospital of the United States:

> obviously, for an institution of this kind a war involving the massive use of American troops would offer unique opportunities for carrying out research. The Korean War appeared to be just such an opportunity. However, few sensational discoveries were made during that conflict. Researcher would have to wait for a new opportunity. The occasion came in the middle of the 1960s. We are referring, of course, to the Vietnam War[198].

La guerra di Corea infatti non apportò nessuna innovazione rilevante nell'ambito del trattamento terapeutico dei soldati rimasti traumatizzati. Sebbene con qualche perplessità iniziale, l'esercito si rese conto velocemente della necessità di adottare un sistema medico ben organizzato nelle retrovie che comprendesse, ovviamente, anche la presenza di numerosi specialisti per il trattamento di soldati disturbati a livello mentale (da notare, anche in questo caso, come già evidenziato in precedenza, la scarsa efficacia del sistema di preselezione in fase di arruolamento, nonché la trasformazione del tipo di addestramento per limitare l'incidenza di possibili disturbi mentali all'interno della soldatesca[199]).

> At first the Army in Korea ignored the lessons of the World Wars and tried to do without psychiatrists altogether; but the level of evacuation from the front soon reached alarming levels. With the arrival in the Far East of Colonel Albert J. Glass, one of Fred Hanson's lieutenants in the Mediterranean in 1943-44, things changed. Glass didn't just reinstate the World War Two arrangements, he improved on them. He put psychiatrists in at the division level, but also began an energetic programme to teach medical officers nearer the front, at regimental and battalion level, how to treat potential casualties as soon as possible[200].

---

[198] H. Binneveld, *op. cit*., p. 98.
[199] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., p. 344. «Psychiatry failed to discharge its most basic function: it did not eliminate the vulnerable. Because of the failure of Harry Stack Sullivan's over-ambitious programme in World War Two, routine screening of all inductees was abandoned and only person with gross psychiatric disability were rejected in the Vietnam era».
[200] Ivi, p. 342.

Nonostante ciò, come ha riconosciuto Shephard, «the Korean War came as a terrible shock to the United States»[201], tanto sul piano geopolitico, quanto su quello del trattamento psichiatrico. All'invasione comunista del 1950, «Washington sent to Korea one of the least professional, least motivated armies America had ever put in the field, which at first proved the incapable of standing up to advancing waves of North Korean and the Chinese troops»[202]. In particolar modo è stato evidenziato come, in questa guerra, la questione del morale delle truppe fosse un tema estremamente complesso da gestire, non molto dissimile dalla situazione che si ripresenterà in Vietnam pochi anni più tardi: «Korea was an unattractive place to the American soldiers, its people barbarous and without charm. Understandably, the GIs'[203] attitude was "How soon can we get t'hell out of this goddam country?"»[204].

Oltre a portare a perfezionare l'applicazione dei principi di psichiatria militare (elaborati per la prima volta a partire dalla guerra russo-giapponese di inizio secolo e messi a punto dallo psichiatra americano Tom Salmon nel corso del primo conflitto mondiale[205]), la relativamente breve esperienza coreana, però, premise all'esercito statunitense di introdurre un originale, per l'epoca, sistema di rotazione dei soldati, non più basato sulla squadra di commilitoni, come già prevedeva il sistema di rotazione e di riposo nazista, ma direttamente sul singolo combattente[206]. Questa innovazione che, a detta degli specialisti, sarebbe dovuta servire al singolo individuo per riposare e recuperare le energie tanto mentali quanto fisiche, in realtà, come si vedrà per la guerra in Vietnam, rappresentò un fattore di stress aggiuntivo, in grado di influenzare profondamente la psiche del soldato. Per il conflitto in Corea la rotazione avveniva ogni nove mesi, per quello in Vietnam, invece, il tempo di permanenza al fronte del singolo soldato venne aumentato a dodici mesi; un anno intero (anche definito «*the one-year tour*»[207]). Sebbene questo sistema debba a tutti gli effetti considerarsi una svolta positiva e decisiva nel trattamento

[201] Ivi, p. 341.
[202] *Ibidem*.
[203] GI sta per *Government* o *General Issue*: acronimo utilizzato, in gergo, per riferirsi ai soldati americani e, in modo più generico, a qualsiasi questione legata alla sfera militare statunitense.
[204] B. Shephard, *op. cit*., p. 341.
[205] Cfr. Ivi, p. 342-343. «Its success in Korea firmly established military psychiatry as a separate branch of American medicine. The Army had full-time psychiatrists, who began for the first time to write about their history. Over and over they repeated the same story: how basic principles of military psychiatry were formulated by Tom Salmon in the Great War, forgotten and rediscovered in 1941-45 and then reapplied in Korea. They also reduced the lessons of the past to a simple, pat instructor's formula – *PIE: Proximity, Immediacy, Expectancy*. Psychiatric casualties should be treated near the line (*Proximity*), as soon as possible (*Immediacy*), in an atmosphere that encouraged men to return to their units (*Expectancy*)».
[206] Cfr. H. Binneveld, *op. cit*., p. 182. «Vietnam produced "lonely" soldier *par excellence* who did not have a good capacity to look after each other and provide one another with psychological support. In this regard the American army was the exact opposite of what the *Wehrmacht* had been».
[207] H. Binneveld, *op. cit*., p. 181.

dei combattenti rispetto alle guerre precedenti, la possibilità di far conoscere al soldato la data ufficiale in cui sarebbe potuto finalmente ritornare dai propri cari e fuggire gli orrori del combattimento attivo, si tramutò al contempo in un pensiero fisso, ossessivo, potenzialmente esiziale per l'equilibrio psico-fisico del combattente. L'attesa di quel giorno, infatti, avrebbe fatto aumentare progressivamente l'ansia nel singolo soldato, fino a portarlo, in alcuni casi, nei giorni finali della sua permanenza al fronte, a perdere la ragione e a voler rifiutare il combattimento e i rischi ad esso connesso per timore di perdere la vita (o di rimanere gravemente ferito) proprio in dirittura d'arrivo. Le generazioni precedenti che avevano combattuto altre guerre sapevano, infatti, che, una volta schierate, sarebbero rimaste al fronte per tutto il tempo necessario senza limitazioni di alcun tipo, con la possibilità di rientrare in patria solo se feriti gravemente – dunque non più abili al combattimento –, deceduti o a guerra conclusa (salvo i casi di permessi autorizzati tramite le licenze). Questa nuova prospettiva, all'opposto, cambiava completamente la percezione che l'individuo aveva di sé e della guerra. Invece che contribuire a sentirsi parte di un'unica grande comunità, legata fraternamente, aumentando il livello di empatia e migliorando le relazioni all'interno dei diversi gruppi e squadre di aggregazione, la rotazione individuale polverizzò in parte il senso di appartenenza, lo spirito cameratesco, i legami tra il singolo e il gruppo, riducendo il proprio intervento bellico ad un rapporto privato tra il soldato e lo Stato. Se i tedeschi, nel corso del secondo conflitto mondiale, si erano dimostrati ben consci dell'importanza fondamentale del senso di appartenenza ad un gruppo che sia in grado di unire uomini tra loro molto diversi e che vada oltre lo stesso individuo, gli americani dimostrarono, all'epoca, di non essere dotati di tale lungimiranza.

> The policy of twelve-month rotation undermined unit cohesion among the troops. Every soldier's internal life was now ruled by his calendar, his private clock, his sense of waiting for his own year-long term to be up. Every man knows the exact number of days he has left to serve in the country, and as a result he sees himself as fighting directly for his own survival. One consequence of this was "*Short-Termer's Syndrome*", the reluctance of soldiers to risk their lives when their year in Asia was nearly up[208].

Questo cambiamento introdotto in Corea, divenne un fattore fondamentale in Vietnam. Dopo le prime analisi statistiche elaborate intorno alla metà degli anni Sessanta, in cui sembrava che l'incidenza dei disturbi mentali all'interno dell'esercito fosse diminuita sensibilmente[209], con il

[208] Ivi, p. 349.
[209] Cfr. H. Binneveld, *op. cit*., p. 180. «Between 1964 and 1973, 2.9 million American soldiers served in Vietnam. On the American side approximately 300.000 servicemen were wounded, and 58.000 died – 47.000 as a result of enemy fire, the rest through accidents, illness and friendly fire. The psychologically wounded soldier only played a limited role in all this. […] Only 5 percent of all evacuations had taken place for psychiatric or neurological reasons. During the Second World War the figure had been 23 percent. For the first two years of the war the official

prolungarsi delle ostilità e il peggioramento delle condizioni di vita al fronte, si iniziò progressivamente a registrare l'insorgenza di sintomi per nulla inediti e già ampiamente conosciuti, ma che apparentemente non si sarebbero dovuti verificare in tali condizioni, quali ad esempio disturbi comportamentali, insonnia, scatti d'ira, depressione, isolamento volontario, mutismo, tremori, amnesie... Si riproponeva, infatti, per l'ennesima volta una questione già ampiamente dibattuta in precedenza, sin dall'epoca della Grande Guerra: quello della simulazione. Sembrava infatti, come ebbero a rilevare numerosi psichiatri, che la nuova generazione di combattenti fingesse a tutti gli effetti dei sintomi caratteristici, senza però aver sperimentato un evento traumaticamente rilevante secondo i canoni dei conflitti precedenti. Fu proprio in relazione ai canoni adottati per diagnosticare la psiconevrosi traumatica che la guerra in Vietnam fu fondamentale e contribuì di molto al progresso all'interno della ricerca psichiatrica.

C'è infatti da fare una distinzione fondamentale proprio nel tipo di combattimento, in Vietnam e nei conflitti precedenti. Mentre per la Grande Guerra si poteva parlare di *Shell Shock* per via del trauma generato dall'esposizione prolungata ai bombardamenti in uno stato di totale passività del combattente, e nel caso del secondo conflitto mondiale, invece, si adottò, tra gli altri, il termine *Combat Exhaustion* per via dei ritmi massacranti del conflitto, tanto a livello mentale quanto soprattutto fisico, per la guerra in Vietnam queste due concezioni persero parzialmente la loro validità. I soldati americani, infatti, non furono vittime di spaventosi bombardamenti a tappeto (anzi, fu semmai la propria aeronautica a bombardare le truppe nord vietnamite), né dovettero adattarsi a quei ritmi fisici insostenibili della seconda guerra mondiale. Tuttavia, si registrò tra essi una discreta percentuale, non totalmente irrilevante, di individui affetti da disturbi psichici.

L'insorgenza di tali disturbi fu soprattutto dovuta al clima di incredibile tensione, stress, ansia e paura che dovevano gestire quotidianamente i soldati schierati in prima linea. In questo conflitto, infatti, la causa di tali disturbi non era da ricercarsi tanto nel singolo evento di per sé traumatico (un'esplosione, un'uccisione violenta, la vista di un camerata agonizzante, l'aver assistito o commesso direttamente un'atrocità di qualsiasi tipo), quanto nel continuo e prolungato stato d'animo provato dai combattenti. Il terrore che scaturiva dalla prospettiva di affrontare un nemico apparentemente invisibile, nascosto all'interno della giungla, oppure la necessità di essere perennemente in allerta per non rischiare d'incappare in qualche trappola o mina antiuomo astutamente piazzata dai Viet Cong, o ancora l'ansia che seguiva la conquista di un villaggio per la paura che un qualsiasi civile (tanto uomo quanto donna) potesse, da un momento

statistic was three psychiatric cases out of a thousand men per annum. Later this figure would rise but in the end the average only came to twelve men out of a thousand per annum».

all'altro, rivelarsi un guerrigliero e attaccare inavvertitamente i soldati americani in momenti di riposo: questi e tanti altri si rivelarono nel corso del tempo dei fattori decisivi per l'insorgenza di tali disturbi, tanto da portare gli specialisti del settore a modificare la diagnosi per l'ambito militare e ad adottare il termine *Combat Stress*.

Come ricorda Binneveld:

> although the terms *Combat Exhaustion* and *Battle Exhaustion* never completely disappear from literature, it is true to say they were gradually pushed into background. Especially after American military intervention in Vietnam, it became common usage to speak of *Combat Stress* or *Acute Combat Stress*. This change of name was not the result of the arrival of new symptoms. It was still a question of cognitive, emotional and functional organic disorders which appeared in combination with hysterical manifestations. The new division into *Mild*, *Intermediate* and *Acute Combat Stress* corresponds to the old division into neurasthenia, functional organic disorders and hysteria[210].

Fu proprio in questo momento, dunque, che il termine *stress*[211] entrò ufficialmente all'interno del dibatto psichiatrico in ambito militare; innovazione che sarebbe stata successivamente riconfermata, ed estesa anche all'ambito civile[212], circa una decina d'anni più tardi, negli anni Ottanta, con l'ultima modifica alla diagnosi in ordine cronologico e pervenuta sino ai nostri giorni (*Post Traumatic Stress Disorder*).

Binneveld ha specificato che «the concept stress refers to the biochemical reactions which occur in the human body when a person confronts what is experienced as a life-threatening situation. When something like this happens, particular chemical substances are secreted within the various endocrinological systems. One of the best known of these is adrenalin»[213].

A seguito di questa nuova conquista in campo psichiatrico, e grazie anche soprattutto ai notevoli sviluppi registrati in ambito farmacologico negli anni precedenti, i medici iniziarono a somministrare in quantità via via crescenti psicofarmaci ai soldati affetti da tali disturbi. Come già evidenziato nel paragrafo precedente, se questi farmaci potevano garantire una soluzione efficace ed immediata, benché temporanea, in realtà si sarebbero potuti rivelare, a seguito di un consumo eccessivo e prolungato nel tempo, un'arma a doppio taglio per il paziente. L'abuso di queste sostanze, infatti, con un principio attivo non troppo dissimile da quello di altre droghe –

---

[210] Ivi, p. 97.

[211] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., p. 349. Termine comparso per la prima volta in ambito psichiatrico nel 1935, proposto dal fisiologo Hans Selye. Già all'epoca esso si rese conto della profonda differenza concettuale esistente tra il termine applicabile al solo ambito psichico, *stress*, e quello invece utilizzato all'epoca dalla letteratura medica, specificamente inglese, di *strain*. Quest'ultimo termine, infatti, poteva essere impiegato solo in casi di stanchezza anzitutto fisica e poco si addiceva a quei casi in cui un soggetto non fosse più in grado di reggere la pressione, senza però essere stato sottoposto ad alcuno sforzo fisico.

[212] Cfr. Ivi, p. 364. L'autore, ripercorrendo le diverse modifiche avvenute nel *DSM*, elaborato per la prima volta nel 1952, evidenzia come già nel 1968 «the new system of classification, *DSM-II*, no longer had a specific listing for psychiatric disorders produced by battle».

[213] H. Binneveld, *op. cit*., p. 97.

quali ad esempio il tabacco, l'alcol, la morfina o la marijuana – andavano ad alterare la secrezione di ormoni e conseguentemente le capacità mentali dell'individuo, intervenendo direttamente sul sistema linfatico e nervoso. A questo proposito, Shephard ha evidenziato come l'uso di sostanze stupefacenti e droghe leggere, compresi ovviamente anche alcol e tabacco, fosse un fenomeno normale e socialmente riconosciuto e accettato all'interno degli eserciti. Queste sostanze, estremamente care ai soldati, potevano garantire al combattente alcune ore di calma e riposo, permettendogli, attraverso l'alterazione delle proprie capacità fisiche e mentali, di dissociarsi momentaneamente dalla vita del fronte. Sebbene l'utilizzo di tali sostanze non fosse esaltato dai comandi generali, indubbiamente esse non erano nemmeno viste di cattivo occhio.

Tuttavia, durante la guerra in Vietnam, in entrambi gli eserciti, si assistette a veri e propri abusi, con l'introduzione anche di droghe pesanti come l'eroina (pura oltre il 90% e a bassissimo costo) o la cocaina (quest'ultima diffusa specialmente tra le truppe vietnamite). Il consumo protratto nel tempo portò numerosi soldati ad entrare nella spirale della tossicodipendenza, con conseguenze estremamente spiacevoli soprattutto al momento del rientro in patria, quando queste sostanze non sarebbero più state facilmente reperibili a basso costo, come invece erano al fronte. Shephard ha parlato di una vera e propria «heroin epidemic»[214]: «the scale of the drug epidemic forced psychiatrists to look beneath the surface. They found that soldiers in Vietnam did not simply count the days till their return but saw their time in Asia as a limbo till they could return to "the world". Drugs, they began to realise, defined the whole culture of some soldiers»[215].

Ad ogni modo, la modifica del termine utilizzato per diagnosticare la nevrosi di guerra e i suoi parametri anamnestici all'interno del *DSM-II* non furono le uniche novità introdotte da questo evento straordinario. La guerra in Vietnam ebbe anche l'ingrato compito, come già accennato nel Capitolo 1.1, di portare all'attenzione dell'opinione pubblica – per la prima volta in modo così palese e non censurata – la questione delle potenziali conseguenze sulla psiche umana che un evento traumatico potesse comportare. Fu infatti rilevata sin dagli anni Sessanta e Settanta, a guerra ancora in corso, un'aliquota importante di ex combattenti che, rientrati dal fronte asiatico, non erano più in grado di reinserirsi all'interno della normale vita civile. Complice anche, indubbiamente, l'eco mediatica[216] che generarono nell'opinione pubblica i

[214] B. Shephard, *op. cit*., p. 351.
[215] *Ibidem*.
[216] Utile ricordare che questa fu la prima guerra realmente mediatica della storia, in cui i giornalisti, inviati di guerra, potevano scattare foto, registrare filmati e intervistare direttamente i soldati, facendo poi circolare tutto il

numerosi casi di omicidi, suicidi e crimini da parte di veterani. Difatti, sebbene già si fosse a conoscenza, anche tra i non specialisti, della possibilità che la guerra potesse modificare profondamente la psiche di chiunque ne prendesse parte, mai come all'epoca si ebbe la conferma dell'incisività di tale fenomeno. Mentre a seguito della prima guerra mondiale i soldati in questione vennero il più possibile nascosti dalle autorità e segregati in contesti manicomiali, lontani dagli occhi della maggioranza; e a seguito della seconda guerra mondiale, sfruttando la propaganda, l'esercito, sebbene senza nascondere la loro esistenza, cercò di limitare tale questione ed ammantare di false rassicurazioni l'opinione pubblica, a seguito della guerra in Vietnam un approccio di marginalizzazione e censura come sperimentato in passato non era più considerato praticabile.

Iniziò dunque a circolare il termine *Post Vietnam Syndrome*. Un cambiamento importante, com'è facilmente intuibile, poiché a differenza degli altri termini utilizzati in precedenza – denotanti la possibilità che avesse la guerra in genere di interferire sull'equilibrio psico-fisico dei combattenti – in questo caso si scelse di adottare un termine che facesse riferimento specifico a quella esclusiva guerra, classificando la patologia conseguente come qualcosa di indissolubilmente legata a quell'evento. Come segnalato da Shephard, «more than any other war in the twentieth century, Vietnam redefined the social role of psychiatry and society perception of mental health. […] Even more significantly, Vietnam helped to create a new "consciousness of trauma" in Western society»[217].

Post Vietnam Syndrome fu un termine proposto da un'organizzazione formatasi a partire dalla fine degli anni Sessanta, con sede a New York, chiamata *Vietnam Veterans Againts the War* (*VVAW*). I soci di tale organizzazione si riunivano periodicamente in cosiddetti «*rap groups*»[218], seguendo i modelli di terapia psicanalitica di gruppo, come quelli sviluppati a partire dal secondo conflitto mondiale, e discutevano assieme sia sulla legittimità del conflitto, sia sulle conseguenze personali e sociali che un tale evento era stato in grado di generare. La nascita della suddetta associazione fu resa possibile solo all'interno di quel clima di tensione e contestazione che quella guerra comportò. Come analizzato in precedenza, quei movimenti, proteste e manifestazioni portati avanti tra la seconda metà degli anni Sessanta e la prima metà degli anni Settanta dalle generazioni più giovani, contribuirono in modo sostanziale a definire quella «svolta culturale», e che avrebbe avuto ripercussioni anche in ambito storiografico.

---

materiale raccolto in patria, spesso con intenti polemici e pacifisti, contribuendo a fomentare quel clima di grande tensione esistente negli Stati Uniti in quegli anni.

[217] Ivi, p. 355.

[218] *Ibidem*. Traducibile come gruppi di contestazione, di critica.

Complice sicuramente la scarsa popolarità di cui godeva questo conflitto, vari storici hanno analizzato le proteste pacifiste registratesi negli anni in questione, cercando di paragonare tali manifestazioni con quelle di guerre passate, rendendosi subito conto del fatto che non fosse mai esistito, prima del Vietnam, un sentimento di così ampia contestazione contro l'intervento bellico e l'operato delle autorità. Joanna Bourke, mettendo in relazione i diversi conflitti, ha evidenziato che se le guerre precedenti al 1945, in particolar modo le guerre mondiali, «potevano essere ritenute [dalla maggioranza della popolazione] "sante o giuste", […] il diffuso disincanto per il conflitto vietnamita fece emergere tutto lo strazio delle sofferenze inflitte alle popolazioni»[219], contribuendo a fomentare quel sentimento pacifista e anti-autoritario a favore dei diritti fondamentali di tutti gli esseri umani.

Non esisteva difatti, ad esempio, un'associazione di veterani schierati contro l'intervento bellico durante la seconda guerra mondiale. E nel caso, sebbene sia logico considerare che una parte della popolazione provasse sentimenti contrari rispetto all'operato delle autorità e fosse a favore della pace, comunque questi rimasero una minoranza silenziosa e non assunsero mai le dimensioni oceaniche delle masse manifestanti negli anni in questione.

Tale impopolarità della guerra venne in particolar modo sentita dagli stessi protagonisti di rientro dal fronte. Ben Shephard, confrontando le due guerre mondiali con quella del Vietnam, ha evidenziato come, al momento del rientro in patria, l'accoglienza riservata ai reduci fosse profondamente diversa. Nel caso delle guerre mondiali, lo storico ha rilevato che se a seguito della prima solo i veterani sani o feriti in modo lieve vennero accolti come veri e propri eroi, marginalizzando gli invalidi e i mutilati più gravi, compresi ovviamente gli scemi di guerra (considerati dalla maggioranza alla stregua di povere vittime marchiate a vita o di anormali disertori); solo a seguito della seconda guerra mondiale l'accoglienza poté dirsi davvero totalizzante e riservata ad ogni genere di veterano. «The war veteran of the 1940s was returning to a very different world than his equivalent twenty years earlier and, if he needed psychiatry help, might find himself given radically different treatment»[220]. E se sotto la prospettiva del trattamento psichiatrico tale affermazione poteva essere ancora reputata valida e applicabile – anzi, ulteriormente affinata grazie agli sviluppi della scienza farmaceutica –, negli anni Sessanta e Settanta, al rientro dei veterani, il contesto socio-economiche appariva profondamente differente. Shephard ha affermato che la sostanziale differenza tra la seconda guerra mondiale e quella del Vietnam – oltre alla percezione ideologica della sacralità della guerra e dell'eroismo dei suoi protagonisti (entrambi praticamente assenti per il conflitto vietnamita, almeno per la

[219] J. Bourke, *op. cit*., p. 167.
[220] B. Shephard, *op. cit*., p. 335.

maggioranza dell'opinione pubblica) – sia soprattutto da ricercarsi sul piano economico. Nel 1945, «firstly, there was money»[221]. Infatti,

> American veterans of World War Two are generally regarded as the most fortunate in history. […] The United States had ended the war on a high tide of optimistic faith in material progress allied to an economic boom; never in history had the belief that human problems could be solving throwing money at them been so combined with the money to do it with. […] It was a "can-do" era which focused, as during the war, on accomplishing a mission and clearing up the details later[222].

Per i veterani del Vietnam le prospettive future non potevano dirsi altrettanto rosee. Tutta una serie di fattori portarono all'elaborazione del termine *Post Vietnam Syndrome*: a partire dai metodi adottati per arruolare i singoli individui, attraverso sorteggio (*The Draft*[223]), facendo sì che nascesse un sentimento di compassione nei confronti degli sfortunati estratti; al trattamento al fronte dove, oltre ai pericoli costanti del combattimento in sé, esisteva anche la seria possibilità di divenire tossicodipendenti; fino al rientro, divenuto un pensiero fisso, maniacale e destabilizzante per la mente del soldato, che sarebbe avvenuto nel modo meno eroico possibile[224], venendo sovente accolti come assassini, maniaci, disturbati mentali, guerrafondai e criminali di guerra[225]. È pertanto indubbio che i reduci di questo conflitto si possano annoverare tra i soldati più bistrattati della storia recente.

---

[221] Ivi, p. 328.
[222] Ivi, p. 329.
[223] Cfr. Ivi, p. 344. Innovazione introdotta nel 1969 per rendere il sistema più oggettivo e meno discriminatorio, basava il criterio di reclutamento non più sulla coscrizione obbligatoria di tutte le leve richiamabili in caso di conflitto, ma sull'estrazione a sorte della data di nascita. Tutti gli individui nati quel giorno, rientranti all'interno delle leve richiamabili, venivano dunque arruolati per primi. Tuttavia, «"The Draft", Lawrence Baskir and William Strauss argued, worked as an instrument of Darwinian social policy. The "fittest" – those with background, wit or money – managed to escape. Through an elaborate structure of deferments, exemptions, legal technicalities and non-combatant military alternatives, the draft rewarded those who manipulated the system to their advantage. If manipulating the system didn't work, you could try cheating in your medical».
[224] I reduci del Vietnam sarebbero infatti rientrati in patria nel silenzio generale, trasportati assieme a pochi altri commilitoni su dei voli transoceanici di poche ore e non, come invece accaduto per i veterani del secondo conflitto mondiale, un rientro collettivo, su navi cariche di uomini e scorte di cibo e alcol, certi di essere accolti come prodi guerrieri e con in attesa, in porto, folle oceaniche festanti.
[225] Cfr. J. Bourke, *op. cit.,* p. 314. «L'elemento più importante per lo "scatenarsi" dell'aggressività fu la ripresa della vita sociale. Certi gruppi, ad esempio gli indiani (d'America), avevano sofisticati riti di purificazione per la coscienza individuale e per facilitare la ripresa della vita civile. Nelle altre guerre, anche in Corea, la transizione dalle zone degli scontri al ritorno in patria assumeva tipici accenti di riposo: di solito avveniva su una nave dove gli uomini avevano tempo per prepararsi alla pace, condividere coi compagni le esperienze fatte e le paure provate, ed eseguire alcuni riti di purificazione. Questo non avvenne per i reduci del Vietnam. Il loro passaggio dai campi di battaglia […] all'aerostazione dell'esercito (Oakland, California) e poi a casa propria durava al massimo due giorni. Essi arrivavano in patria da soli, cioè separati dal loro reparto. In precedenza, i reduci venivano salutati da folle acclamanti e riconoscenti, che così giustificavano i massacri, dimostravano comprensione e perdonavano le coscienze inquiete, abbracciando figli che tornavano da "uomini". Nel caso del Vietnam, i reduci statunitensi venivano accolti spesso con ostilità e insultati come lebbrosi, idioti e assassini di bambini».

Joanna Bourke si è soffermata in modo particolare ad analizzare l'aspra accoglienza riservata a moltissimi reduci e le gravi difficoltà incontrate da questi ultimi al momento del reinserimento nella società civile:

> Gli storici e altri studiosi hanno sottolineato il modo in cui i combattimenti abbruttiscono i militari, che pagano uno scotto morale e psichico per la loro orrenda professione, che li degrada, li trasforma in esseri umani "inferiori". […] Si mandavano in battaglia i "ragazzi", di cui alcuni ammazzavano altri "ragazzi". Al ritorno, i reduci erano "uomini" che dovevano ristabilire i rapporti con la famiglia e gli amici, le fidanzate e le mogli. Nessuno credeva che sarebbe stato facile[226].

Si assiste a quell'epoca, per la prima volta, ad un ripensamento generale del processo di mutazione dei singoli individui provocato dalla guerra. Come già in parte analizzato per i conflitti precedenti, se, ancora a seguito della Grande Guerra, intellettuali, politici ed artisti potevano valutare l'evento bellico come qualcosa di intrinsecamente positivo per la società, in grado di elevare la caratura morale e comportamentale dei superstiti, contribuendo invece, al contempo, ad eliminare, attraverso la selezione naturale, gli individui naturalmente più deboli, quali predisposti e anormali, le esperienze belliche successive, in particolar modo il Vietnam dimostrarono l'illogicità di questa prospettiva di pensiero. All'epoca del Vietnam ormai era già stato ampiamente dimostrato quanto un evento di tale entità traumatica potesse alterare il comportamento di milioni di veterani, tanto da portare i civili a temere «il ritorno dei combattenti, dando voce a terribili profezie: essi avrebbero disturbato la convivenza pacifica con la violenza e i governi avrebbero tremato sotto il loro sguardo austero»[227].

Secondo questa visione, i soldati sarebbero stati utili alla nazione solo ed esclusivamente al fronte, e sarebbero stati celebrati, quasi fino alla santificazione, solo in caso di morte sul campo di battaglia. Questo dimostra la necessità della stragrande maggioranza della popolazione di dover stabilire il proprio punto di riferimento morale in qualcuno, sacrificatosi in una guerra giusta, che avrebbe poi dovuto essere celebrato come un eroe romantico: coraggioso, valoroso ma destinato a soccombere per i propri ideali. Quello che invece i civili temevano maggiormente era dover fare i conti con quanti superstiti, testimoni di eventi straordinariamente disturbanti, sarebbero rientrati senza poter godere di quell'aura eroica destinata esclusivamente ai caduti.

Proprio su questa differenza tra caduti e sopravvissuti, numerosi studiosi hanno evidenziato quel fenomeno conosciuto come la "sindrome del sopravvissuto". Questo senso di colpa cronico, individuale e totalmente irrazionale che numerosi veterani dovettero affrontare al

[226] Ivi, p. 304.
[227] Ivi, p. 305.

momento del loro rientro. Assistere quotidianamente alla morte dei propri commilitoni portava sovente i soldati a sviluppare uno stato d'animo angosciato e un'impostazione mentale per cui i prossimi a morire sarebbero stati loro, riunendosi fatalmente con i propri compagni che li avevano preceduti. Tali pessimistiche aspettative sarebbero però state deluse al momento del rientro definitivo in patria, poiché avrebbe significato che la propria morte non sarebbe stata eroica e la propria vita non sarebbe stata spesa nel vendicare la morte dei compagni.

> Nell'articolo di Irving N. Berlin, *La colpa come fattore eziologico per le nevrosi di guerra* (pubblicato su «*The Journal of Nervous and Mental Disease*»), si ammetteva che il senso di colpa fosse una causa importante per le nevrosi di guerra, ma l'autore menzionava il rimorso solo come reazione per la morte di un commilitone (e quindi come colpa del sopravvissuto) e non per aver agito da angelo vendicatore. […] I casi più frequenti di sensi di colpa erano stati rilevati fra i soldati scampati per un pelo alla morte in occasione di uno scontro in cui erano deceduti dei commilitoni di cui erano amici intimi. Per converso, aveva notato che era scarso il senso di colpa per l'uccisione di un nemico[228].

Fu infatti rilevato da numerosi psichiatri (soprattutto a partire dalla seconda guerra mondiale in avanti) che la "sindrome del sopravvissuto" rientrava all'interno di un più generico senso di colpa per le azioni violente eseguite direttamente o solamente assistite in veste di spettatori passivi. Prima degli anni Quaranta

> molti si rifiutavano perfino di credere che i soldati potessero provare sensi di colpa. Robert William McKenna, ufficiale medico nella Grande Guerra, chiese ai colleghi dottori se avessero mai visitato soldati sconvolti, seppure lievemente, perché consapevoli di aver ucciso. Tutti risposero in modo negativo, al pari dei cappellani, che negarono di aver parlato con combattenti che provavano sensi di colpa per i massacri compiuti. Charles Bird, psicologo americano, sosteneva che durante gli scontri i soldati non sottostavano più al codice morale che governa la vita civile: «essi non mettono in dubbio la moralità delle loro azioni, non ci pensano mai»[229]. Se affiorava un senso di colpa, si dava poca importanza alle uccisioni in quanto fattore determinante. Era la "colpa del sopravvissuto", il dolore per essere ancora in vita mentre i compagni erano caduti, a venire presa in considerazione; il rimorso dell'omicida veniva invece soffocato, o sottovalutato[230].

Tale prospettiva cadde solo a seguito del conflitto in Vietnam, e la causa fondamentale fu proprio quel senso di ingiustizia, di illegittimità che quella guerra si portò appresso.

Col Vietnam caddero anche tutta una serie di altri stereotipi, pregiudizi e convinzioni tipiche delle epoche precedenti, che proprio con la seconda guerra mondiale avevano conosciuto particolare fortuna tra la popolazione civile. In particolar modo venne meno quella che è stata

---

[228] Ivi, p. 199.
[229] Charles Bird, *From Home to the Charge: A Psychological Study of the Soldier*, in «*American Journal of psychology*», XXVIII.3, Illinois, luglio 1917, p. 343.
[230] J. Bourke, *op. cit*., pp. 198-199.

successivamente definita «*The John Wayne image*»[231], ossia quello stereotipo basato sull'uomo virile, duro, coraggioso, astuto e integerrimo che per circa trent'anni era stato impersonificato dalla grande star di Hollywood, John Wayne. I numerosi film sulla seconda guerra mondiale che videro l'attore come protagonista, girati tra gli anni Quaranta e Sessanta, avevano plasmato l'immagine ideale del guerriero in tantissimi giovani che sarebbero poi stati chiamati alle armi al momento della guerra in Vietnam. Tuttavia, la realtà del fronte, attraverso la sua violenza, sofferenza e atrocità, cozzò pesantemente con l'immagine edulcorata della guerra che quei film inscenavano. E con tale brutalità, venne meno anche l'immagine eroica tradizionale del soldato[232].

Più in generale, gran parte della produzione culturale di quel periodo contribuì a questo processo demitizzante, tanto della guerra quanto del combattente. A partire dagli anni subito successivi alla conclusione delle ostilità, numerosi reduci scrissero le loro memorie e le diedero alle stampe. Le loro autobiografie, oltre a raccontare lo spirito cameratesco e l'amore fraterno che legava i commilitoni, parlavano soprattutto di orrori, visti e vissuti, di violenze, di stupri, di abuso di droghe: tutte argomentazioni destinate a demolire l'immagine tradizionale della guerra. Joanna Bourke afferma che «le storie raccontate dai reduci erano essenziali per la loro sopravvivenza etica ed emotiva. Essi volevano spesso rassicurare se stessi e gli altri di non essere stati abbrutiti dai combattimenti»[233]. Il loro scopo, oltre a denunciare le atrocità immancabilmente commesse in guerra, era anche quello di dimostrare alla collettività che ciò che si era diventati in Vietnam, moriva in Vietnam. In patria sarebbero rientrati solo uomini civili, non bruti da temere, perfettamente all'altezza delle aspettative che i propri connazionali pretendevano da uomini equilibrati e stabili. Far capire che le azioni commesse oltreoceano non sarebbero state ripetute a casa e tranquillizzare la maggioranza sull'inoffensività dei reduci una volta perfettamente reintegratisi.

Tuttavia, ciò che realmente passò al grande pubblico fu soprattutto la barbarie, l'abbrutimento e la distruzione interiore dei singoli individui in tempo di guerra. Oltre ai libri, anche l'industria cinematografica partecipò alla decostruzione degli aspetti tradizionali del soldato e alla contro creazione, all'opposto, di un nuovo mito bellico, fondato, questa volta,

[231] B. Shephard, *op. cit*., p. 356.
[232] Una rielaborazione simile all'interno dell'immaginario comune della guerra e dei soldati era già stata in parte sperimentata a seguito della Grande Guerra, quando la realtà tecnologica di quel conflitto spazzò via la percezione cavalleresca ottocentesca che si aveva della guerra ancora agli inizi del XX secolo. Tuttavia, l'azione propagandistica seguita alla conclusione delle ostilità, in quasi tutti i paesi che vi presero parte, portò ad una contro-idealizzazione dell'evento bellico e al ritorno della figura del guerriero-eroe. La seconda guerra mondiale, almeno all'interno dei paesi usciti vincitori, portò a confermare tali stereotipi positivi, virili e gloriosi. La mediaticità e l'impopolarità del Vietnam, invece, eliminarono una volta per tutte queste concezioni irrealistiche ed idealizzate.
[233] J. Bourke, *op. cit*., p. 315.

sull'instabilità mentale dei reduci e sulle violenze gratuite perpetrate al fronte. Come osserva Shephard, «Hollywood finally caught up with the image of dysfunctional vet created first by the antiwar movement and veterans advocates and added its own mythic twist: Vietnam vet as dysfunctional superman»[234]. Torna di nuovo il mito del superuomo, questa volta declinato però in senso fortemente negativo: il reduce, proprio perché traumatizzato, non è più il rappresentante di uno stato evolutivo superiore all'uomo comune, destinato a fondare una nuova società più giusta, gloriosa e memore delle imprese raggiunte, ma, all'opposto, si avvicina molto di più ad un bruto, ad una bestia. Joanne Bourke ha definito questo fenomeno un «processo di ottundimento emotivo»[235] e si è dedicata soprattutto ad approfondire se le sue conseguenze fossero a breve o lungo termine. Come già osservato nel sottocapitolo dedicato al *Combat Exhaustion* e alla seconda guerra mondiale, all'interno della comunità scientifica (e di rimbalzo all'interno dell'opinione pubblica non specialistica) era comune credere che gli effetti conseguenti ad una nevrosi di guerra fossero a breve termine e destinati a sparire completamente nel giro di pochi mesi (anche se nei casi più gravi ed eccezionali il processo di guarigione poteva impiegare anni). Si credeva, infatti, che il semplice ritorno a casa dai propri cari, il ritorno alla routine civile e la frequentazione di amici e parenti fossero tutti fattori decisivi per rimarginare le ferite psichiche causate dalla guerra. Sebbene il ritorno alla normalità dopo aver scampato le brutture del conflitto rappresentasse indubbiamente un grande stimolo alla guarigione del soldato traumatizzato, numerosi studiosi hanno evidenziato, però, che queste attività da sole non sarebbero bastate al pieno recupero dell'equilibrio psico-fisico. È necessario, per rientrare a tutti gli effetti all'interno della società civile, chiudere definitivamente con il proprio passato problematico; e questo processo di rieducazione alla civiltà può avvenire solo sotto la supervisione di personale competente.

Numerosi film girati a pochi anni dalla conclusione della guerra hanno proprio l'intento di mettere in scena dei veterani disturbati, disfunzionali, incapaci di reinserirsi all'interno della società civile. Il protagonista è quasi sempre un duro ma, diversamente dai personaggi interpretati da John Wayne, è ascrivibile all'interno dello stereotipo dell'antieroe. In circostanze più favorevoli si sarebbe potuto considerare tali personaggi degli eroi a pieno titolo, ma il contesto specifico del post Vietnam fa di loro delle figure complesse, piene di ombre sul loro passato turbolento. Dei ruoli che, sebbene non cattivi, non rappresentano nemmeno un modello morale da prendere a riferimento e che quasi sempre utilizzano la violenza come mezzo di espressione della propria psiche tormentata. Al posto dell'eroe incarnato da John Wayne, negli anni Settanta

[234] B. Shephard, *op. cit*., p. 366.
[235] J. Bourke, *op. cit*., p. 309.

troviamo l'antieroe di Robert De Niro. *Taxi Driver* (1976), ad esempio, uno tra i primi film girati dall'attore in veste di protagonista, mette in scena la vita di un reduce che, per problemi di insonnia dovuti agli incubi sul Vietnam, diventa un tassista notturno. Nel corso della vicenda, Trevis Bickle (Robert De Niro) diventerà anche un vigilante che porta giustizia nei quartieri malfamati di New York. Uno schema di base, quello del giustiziere disturbato, che, con le dovute differenze, si ritrova anche in un altro capolavoro hollywoodiano dell'epoca: *Apocalyspe Now* (1979). Nel film diretto da Francis Ford Coppola, il protagonista, un capitano dell'esercito traumatizzato interpretato da Martin Sheen, viene reclutato dalla CIA per portare a termine una missione d'infiltrazione tra le fila di disertori statunitensi nascosti all'interno della giungla vietnamita, guidati dal colonnello Walter Kurtz (Marlon Brando). Dell'anno precedente, invece, è il film *The Deer Hunter* (*Il cacciatore*), di nuovo con De Niro protagonista. La pellicola inscena la vita di un gruppo di amici e parenti, prima e dopo la chiamata per il Vietnam. Particolare attenzione, in questo senso, è da dedicare al personaggio interpretato da Christopher Walken, un soldato che dopo aver perso la ragione per via degli orrori subiti a seguito di un periodo di prigionia, decide di rimanere in Vietnam e di non fare più ritorno in patria, passando le giornate a scommettere la propria vita alla roulette russa, fino al tragico epilogo.

Insomma, tutte pellicole nate col chiaro intento di sovvertire gli stereotipi tradizionali sui combattenti, proponendo per loro una prospettiva quasi completamente inedita. Diversi studiosi hanno evidenziato come questa visione, tuttavia, non sia corrisposta completamente alla realtà, ma che anzi abbia fortemente influenzato la percezione che noi abbiamo di essa. Quella del «reduce psicotico, brutale e stupratore»[236] «was a distorted image that the veteran is still paying for»[237]. Di fatto, in proporzione, le due guerre mondiali hanno generato molti più nevrotici che quella del Vietnam. Tuttavia, nell'immaginario comune – appunto plasmato dalla produzione culturale coeva – sembra che sia il Vietnam la guerra con più vittime in questo senso[238]. Come afferma Bourke, infatti, «a differenza dei conflitti precedenti, quando il veterano psicologicamente instabile era una figura marginale, alla fine degli anni Sessanta la cultura popolare individuò nel reduce del Vietnam – astioso, arrabbiato e sofferente – il combattente *archetipico*»[239].

In conclusione, sono tantissimi i film sul Vietnam e sui relativi reduci apparsi tra gli anni Settanta e Novanta, sia in chiave celebrativa che in chiave fortemente critica come quelli appena

[236] Ivi, p. 308.
[237] B. Shephard, *op. cit*., p. 366.
[238] Cfr. *Ibidem*. «There was […] no evidence that Vietnam has produced a disproportionate share of people who are maladjusted to society and no evidence that the primary contributor to that maladjustment was military service».
[239] J. Bourke, *op. cit*., p. 313.

citati. In questa sede, ci siamo limitati a citare questi tre, poiché rappresentativi di tutto quel filone cinematografico radicalmente opposto alla guerra e ai suoi orrori che avrà particolare fortuna negli ultimi decenni del XX secolo e l'inizio del XXI. Altre pellicole, apparse soprattutto negli anni Ottanta – ad esempio il primo *Rambo* (1982) o *Full Metal Jacket* (1987) –, mettono in scena personaggi traumatizzati, ma queste ultime, tendenzialmente, ricalcano il modello di base proposto per la prima volta, in modo originale, dai film sopra citati. In più, rappresentano un fenomeno, quello della nevrosi di guerra, già con il senno di poi, ossia consapevoli degli esisti medici e storici di un tale avvenimento.

1.2.4. *Post Traumatic Stress Disorder*

Lo shock culturale conseguente all'intervento americano in Vietnam (e più in generale di tutto quel periodo) e l'avanzamento delle competenze mediche, in particolar modo in ambito psichiatrico, portarono gli specialisti a rendersi conto che tali disturbi avrebbero potuto manifestarsi anche in soggetti non direttamente coinvolti in un contesto bellico tradizionale. Se infatti, in passato, i termini delle diagnosi adottate dagli psichiatri militari rimarcavano la stretta correlazione tra la patologia e il contesto bellico specifico, facendo continuo riferimento alle esplosioni, al combattimento e alla battaglia, con gli anni Settanta iniziò a prendere piede un nuovo vocabolo, *stress*, che si sarebbe dimostrato l'elemento essenziale per comprendere una volta per tutte il motivo dell'insorgenza di tali disturbi. Si capì, difatti, che un soldato affetto da *Shell Shock*, per citare un caso emblematico, non era tale in quanto testimone o vittima di un bombardamento, ma tale per lo stress generato da una situazione particolarmente sfiancante come ad esempio un bombardamento. La causa, dunque, non era più da ricercarsi nell'evento specifico, sempre mutevole a seconda dei diversi contesti, ma nella risposta del singolo individuo a determinate condizioni. In più cadde anche la convinzione, tenace e granitica, che fosse un fenomeno riscontrabile solo ed esclusivamente in soggetti predisposti. Venne notato, infatti, che sebbene l'ereditarietà giochi un ruolo importante nell'insorgenza di tali disturbi, non poteva più essere considerata il fattore discriminante fondamentale[240]; essa poteva tutt'al più rappresentare un'ottima scappatoia utile agli Stati per non dover sostenere gli oneri delle pensioni

[240] Cfr. H. Binneveld, *op. cit.*, p. 194. «The study revealed that predisposing factors did play a considerable role, but that these by no means trivialized the significance of actual war experience».

d'invalidità per migliaia d'individui reputati esattamente l'opposto rispetto alla figura classica del guerriero eroico, disposto a tutto per il successo della propria causa.

Come si è visto, in conclusione degli anni Sessanta, a conflitto ancora in corso, sebbene facesse per la prima volta la comparsa in questo settore il termine *stress*, esso era ancora legato al contesto bellico (*Combat Stress*). Fu solamente un decennio più tardi, tra il 1976 e il 1978, che alcuni specialisti americani suggerirono di aggiornare la diagnosi all'interno del *DSM*, abolendo una volta per tutte la correlazione con l'evento bellico. Come evidenzia Hans Binneveld,

> the editorial committee which in 1976, at the request of *APA*[241], was engaged in preparing the revised edition of *DSM-II* appeared to be open to the arguments presented by the *VVWG*[242]. This group had proposed as a new diagnosis "*catastrophic stress disorder*". The disorder would then not only be applicable to Vietnam veterans, but to anyone who had been traumatized by an event that lay outside normal experiences[243].

Tale proposta aveva proprio l'obiettivo di dimostrare alla maggioranza che i reduci tanto demonizzati dalla cultura popolare coeva, altri non erano che gente comune, ma portate per necessità, e fuori dalla loro volontà, a vivere esperienze estreme e gravemente traumatizzanti. Un tale cambio di prospettiva, spostando l'attenzione dalla guerra allo stress, avrebbe indubbiamente giovato in fatto di reintegro dei veterani all'interno della società civile[244]. Dimostrando che chiunque, in qualsiasi contesto particolarmente ansiogeno, avrebbe potuto incappare in tale disturbo, i veterani chiedevano di tornare ad essere considerati allo stesso livello della gente comune: testimoni, questo sì, di qualcosa di eccezionalmente catastrofico, ma non cronicamente instabili e dunque da rigettare completamente dalla società, senza alcuna possibilità di recupero.

> Thus these authors had to make it clear that this was not simply an issue affecting the veterans. Consequently, in the arguments they put to the editorial committee they made use of case histories of civilians who had been involved in fires, accidents and disasters. Presenting dossiers of Vietnam veterans alone as evidence would not have been sufficient[245].

Tuttavia, «the proposed name for the new diagnosis […] was not accepted, but it was changed to "*Post Traumatic Stress Disorder*" (abbreviated as *PTSD*)»[246]. La nuova diagnosi

---

[241] *American Psychiatric Association*.
[242] *Vietnam Veterans Working Group*.
[243] H. Binneveld, *op. cit*., p. 188.
[244] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., p. 393. «Revisionist claimed the anti-war psychiatrists had screwed up a generation of American by feeding to the media a stereotype of the Vietnam veteran as a crazy, dysfunctional time bomb, when most veterans were just regular guys getting over a war».
[245] H. Binneveld, *op. cit*., p. 188.
[246] Ivi, p. 189.

apparve per la prima volta all'interno del *DSM-III*, aggiornato nel 1980, e rappresentò «a significant paradigm shift in mental health theory and practice»[247]:

> First, it highlighted the etiological importance of traumatic exposure as the precipitant of stress-induced alterations in cognition, emotion, brain function, and behavior. […] Second, the *PTSD* model has simulated basic research (both human and animal), in which it has possible to investigate the casual impact of extreme stress on molecular, hormonal, behavioral, and social expression. […] Third, as noted earlier, the traumatic stress model has invited the elaboration of therapeutic strategies that have successfully ameliorated *PTSD* symptoms. Finally, *PTSD* was unifying principle at a time when investigators were describing similar symptoms that were specific to different traumatic events, such as child abuse, interpersonal violence, rape, the Holocaust, and Vietnam combat exposure. The importance inductive leap of the *DSM-III PTSD* diagnosis was recognition that the reactions to these different types of events had more commonalities than differences. Subsequent research has shown that the same therapies can be used successfully across different types of traumatic events. All of these extraordinary advances could not have occurred before posttraumatic distress and dysfunction were reconceptualized as *PTSD*[248].

Insomma, una vera rivoluzione in ambito medico-psichiatrico in grado di mutare sensibilmente la percezione che si ha di questa specifica patologia, resa possibile solo dal continuo studio e miglioramento nel trattamento dei diversi casi clinici presentatisi agli specialisti nel corso di quasi settant'anni[249]. In più, con questa diagnosi vennero confermati i timori di alcuni psichiatri del passato (una minoranza) che non credevano che tale patologia fosse qualcosa di passeggero, temporaneo, destinata ad attenuarsi fino a sparire completamente nel giro di qualche mese. «It also became clear that *PTSD* represented a chronic illness»[250] e che, se non trattato adeguatamente e lasciato al suo corso naturale, sarebbe solo peggiorato.

Questo cambiamento di paradigma arrivò al grande pubblico solo a seguito della prima guerra del Golfo (1990-1991) – un conflitto che, per la prima volta, veniva trasmesso quotidianamente dai telegiornali, e che per tale motivo fu in grado di far capire la portata traumatica di un evento bellico anche ai civili che non si fossero mai interessati della guerra – quando le principali testate giornalistiche americane iniziarono a parlare di «*Gulf War Syndrome*». Gli specialisti colsero l'occasione per far notare che di fatto, questa apparentemente nuova

---

[247] Matthew J. Friedman, Puala P. Schnurr, Terence M. Keane, *PTSD from DSM-III to DSM-5: progress and challenges*, in Matthew J. Friedman, Puala P. Schnurr, Terence M. Keane, *Handbook of PTSD: science and practice*, The Guilford, New York, 2021, p. 3.
[248] Ivi, pp. 3-4.
[249] Cfr. *The evolution of* PTSD *criteria across editions of* DSM, in «*Annals of clinical psychiatry*», volume 28, issue 3, University of Plymouth, 2016, pp. 197-208. Gli autori mettono in luce i mutamenti dei criteri per diagnosticare il *PTSD* avvenuti nel corso del tempo, a partire dalla prima edizione del *DSM* in cui fosse presente la diagnosi, fino alla versione attuale (*DSM-5*). In particolar modo è stato fatto notare come attualmente si dia maggior risalto ad eventi traumatici a livello prettamente mentale, invece che a livello fisico, e come i relativi sintomi possano variare a seconda delle diverse fasce d'età dei pazienti. In più, come evidenziato anche da altri studiosi, oggi si è pienamente consapevoli del fatto che non tutti i soggetti, a parità di esperienze traumatiche, siano in grado di sviluppare i sintomi caratteristici e che, dunque, la capacità di risposta specifica del singolo individuo agli stimoli esterni sia un fattore determinante.
[250] H. Binneveld, *op. cit.*, p. 193.

sindrome specifica per questo conflitto, altro non era che la stessa patologia che affliggeva ormai da decenni i reduci tanto delle guerre mondiali quanto di quella in Vietnam, e che a suo tempo era stata impropriamente definita «*Post Vietnam Syndrome*»[251]. Si confermò, dunque, quanto già sostenuto all'interno del *DSM-III*, per cui, anche se in occasione di eventi traumatici molto differenti tra loro, il fattore determinante per scatenare i sintomi di questa patologia era da ricercarsi nella reazione allo stress generato dalle circostanze specifiche. Non avrebbe più avuto senso, in futuro, parlare di sindromi psichiatriche specifiche per i diversi conflitti, poiché tutte erano perfettamente riassumibili all'interno della diagnosi di *PTSD*.

Senza dover rintracciare in ogni conflitto un termine specifico per la sindrome che si sarebbe potenzialmente presentata nei veterani, Hans Binneveld, a fine anni Novanta, dopo aver studiato i vari conflitti novecenteschi, ha proposto un metodo semplice ed economico per categorizzare le diverse tipologie di soldati che avrebbero potuto presentare sintomi da stress post traumatico. La divisione si basava sul ruolo ricoperto dal singolo soldato all'interno di ogni conflitto. La stessa classificazione è stata ripresa, pochi anni più tardi, ad inizio Duemila, da Ben Shephard. In sostanza, Binneveld, propose una distinzione basata su «Victims, Perpetrators and Witnesses»[252] (Vittime, Perpetratori e Testimoni). Lo storico, infatti, si è accorto che in tutti i conflitti da lui analizzati in cui si fossero presentati casi di soldati traumatizzati, questi fossero sempre riconducibili ad una (o al contempo, a più di una) di queste tre categorie. Quello delle Vittime è il ruolo che, a partire dagli ultimi cinquant'anni circa, è stato assegnato, ad esempio, ai soldati che hanno preso parte alla prima guerra mondiale. Tale termine deriva dalla prospettiva proposta da Eric Leed a fine anni Settanta, per cui il soldato, completamente passivo davanti all'azione della nuova e sconvolgente tecnologia, non abbia potuto fare altro che rimanere rintanato al coperto nella propria trincea, ed aspettare la cessazione dei bombardamenti, quasi completamente inerme. Da qui, appunto, il termine Vittima. Tuttavia, come lo stesso Binneveld specifica, tale definizione risulta essere un po' troppo semplicistica e banalizzante: «we have characterized the soldiers who manned the trenches as the victims of modern warfare. However, it is rare that people are merely passive victims who sit back and allow everything to happen to them»[253]. Come, esattamente alla stessa maniera, è raro che un soldato sia il solo ed unico Perpetratore di violenze (quindi con un ruolo pienamente attivo, antitesi della Vittima) all'interno

[251] Cfr. B. Shephard, *op. cit*., pp. 383-384. «*Gulf War Syndrome* was just a new name for the standard psychosomatic legacies of wartime tension; many of its symptoms, after all, were remarkably similar to those of Soldiers' heart in the Great War and Effort Syndrome in the Second. […] Researchers seemed agreed that there were no *Gulf War Syndrome* as such […]. All their symptoms had been found in previous war».
[252] H. Binneveld, *op. cit*., p. 43.
[253] Ivi, p. 48.

di un conflitto. Il modello ideale del Perpetratore è stato rintracciato nelle squadre speciali naziste delle *Einsatzgruppen*, già citate in precedenza, oppure di alcuni soldati statunitensi in Vietnam, coloro i quali, ad esempio, perquisendo i villaggi si sarebbero potuti macchiare di crimini di guerra. Essi avrebbero avuto l'esclusiva colpa di essere stati i soli, all'interno dei rispettivi contesti, ad esercitare violenza incontrollata verso soggetti indifesi e in una condizione di grave inferiorità. E ancora, il modello ideale del Testimone è stato rintracciato da Binneveld, ad esempio, nei Caschi Blu delle Nazioni Unite intervenuti in Jugoslavia negli anni Novanta. Il loro ruolo, infatti, consisteva nel supervisionare l'operato di altre milizie, limitandosi ad intervenire solo in determinate occasioni. Non era primariamente la loro guerra e dunque erano relegati al semplice stato di osservatori delle atrocità commesse, senza la colpa di averle commesse loro stessi, né con il terrore di essere loro gli obbiettivi di tali violenze.

Come è facilmente intuibile, queste tre categorie intrattengono rapporti di interdipendenza profondi ed è estremamente difficile che si presenti un caso di un soldato che sia o solo una Vittima, o solo un Perpetratore, o solo un Testimone. Sulla base di questo assunto, Binneveld ha proposto di rintracciare, all'interno del soldato traumatizzato, le cause principali del suo squilibrio mentale. A seconda del ruolo interpretato dal combattente, basandosi sulla classificazione sopra proposta, questo avrebbe potuto essere affetto da un senso di «Powerlessness, Guilt and Frustation»[254] (Impotenza, Colpevolezza e Frustrazione).

Tale prospettiva ha la comodità di rintracciare in modo veloce ed efficace le possibili cause scatenanti della nevrosi, agevolando di molto il lavoro degli psichiatri nel processo di recupero delle piene capacità fisiche e mentali del veterano. La psicanalisi, ad esempio, una delle possibili soluzioni proposte nel corso del tempo per superare definitivamente il disturbo da stress post traumatico, si basa proprio sul far rivivere, mediante il ricordo, le esperienze traumatizzanti vissute dai combattenti, facendo sì che, tramite l'impatto diretto con l'evento, ma questa volta ricontestualizzato e sotto la guida dello psicoterapeuta, il paziente sia in grado di metabolizzare e lasciarsi alle spalle, una volta per tutte, il proprio passato. Capire in anticipo quale ruolo il reduce abbia ricoperto – se quello di Vittima, Perpetratore o Testimone – e conseguentemente quale stato d'animo abbia provato – se un senso di Impotenza, Colpevolezza o Frustrazione – avrebbe indubbiamente significato un grande passo in avanti per la cura.

Numerosi storici – molti di questi già citati nel corso della trattazione – hanno evidenziato come il tema del trauma, a partire dagli anni Ottanta dello scorso secolo, sia esso di guerra o

[254] Ivi, p. 57.

conseguente ad eventi non riconducibili direttamente ad un conflitto, abbia progressivamente preso piede all'intero dei dibattiti e delle opere storiche e sociologiche. A questo proposito, Shephard ha parlato di «rediscovery of trauma»[255]. In particolar modo, «the concept of *Post Traumatic Stress Disorder* created a standardised model of how victims respond to trauma, a "single syndrome that appears to be the final, common pathway in response to severe stress". This made it possible to build bridges between the "trauma of war" and other kinds of trauma such as rape, child abuse, and civilian disasters, which were then attracting attention»[256]. Tale prospettiva permise di elaborare una vera e propria «cultura del trauma»[257], portando numerosi studiosi, medici, sociologi o storici, ad approfondire gli effetti che un evento traumatico di qualsiasi genere fosse in grado di provocare ad un individuo. «During the 1980s an enormous quantity of time and money was spent in investing *Post Traumatic Stress Disorder*. The resulting literature was infinite […]. The emphasis was on the timelessness of *PTSD* and the hopelessness of the patient»[258].

Dagli anni Ottanta in avanti, la categoria del trauma è divenuta sempre di più una componente importante sia all'interno della ricerca storica che all'interno degli interessi di lettori e spettatori non specialisti. Numerosi libri, specie se autobiografici, film, serie TV e documentari hanno preso in esame il trauma, in tutte le sue dimensioni e le sue possibili varianti.

Stilare un elenco di tutti i titoli di queste opere proposte nel corso degli ultimi quarant'anni, aventi come punto cardine il trauma da guerra, sarebbe davvero arduo, e necessariamente incompleto data la mole. In questa sede, a titolo di esempio, basti ricordare la trilogia di romanzi intitolata *Rigenerazione* (*Regeneration trilogy*) scritta dall'autrice britannica Pat Barker tra il 1991 e il 1995 (e vincitrice nello stesso anno del premio *Booker Prize*). Quest'opera, composta dai tre tomi *Rigenerazione*, *L'occhio nella porta* e *La strada fantasma*, è ambientata durante la prima guerra mondiale, nel Regno Unito, e narra le vicende di alcuni soldati inglesi realmente esistiti, tra cui anche i poeti di guerra Wilfred Owen e Siegfried Sassoon, affetti da *Shell Shock* e in cura presso l'ospedale Craiglockarth, in Scozia, pazienti in parte del dottor Williams Rivers e in parte del dottor Lewis Yealland. Questi romanzi storici, sebbene ovviamente non rappresentino una produzione artistica del periodo coevo alle vicende narrate, sono indicativi, però, del contesto culturale all'interno del quale sono sorti. Questa trilogia, infatti, ebbe il merito di

[255] Ivi, p. 385.
[256] *Ibidem*.
[257] Cfr. *Ibidem*. «The culture of trauma».
[258] Ivi p. 387.

diffondere a livello ancora più capillare le conoscenze, benché romanzate, circa il trattamento medico e sociale dei cosiddetti scemi di guerra. Avendo avuto, questi libri, diffusione mondiale grazie alle milioni di copie vendute, ha permesso a numerosi lettori, anche non necessariamente specialisti in materia, di entrare in contatto con tali eventi e personaggi, contribuendo sensibilmente ad aumentare l'interesse pubblico in questo specifico settore medico, storico e sociale.

2. La nevrosi di guerra nell'ex manicomio di Racconigi (1915-1920)

«Lo sappiamo.»
«Non sapete nulla.»
[…]
«Ci immaginiamo.»
«Non si può immaginare. Bisogna vedere. Non si può dire: bisogna vedere.»
Carlo Salsa, *Trincee*

2.1. Cenni storici sulla struttura

Il manicomio di Racconigi venne fondato nel 1871 «per ottemperare agli obblighi di assistenza verso i "mentecatti poveri" imposti con la Legge comunale e provinciale n. 2248 del 20 marzo del 1865»[1]. La struttura venne realizzata grazie alla parziale riconversione di un edificio già presente, l'ex Collegio Militare di Racconigi, che dal 1869 aveva cessato la sua attività. In più, l'ubicazione relativamente distante dalla sede della Provincia, la città di Cuneo, dipende dal fatto che Racconigi sia situata in una posizione geografica strategica, più centrale rispetto a tutto il territorio provinciale, e risulti dunque più facilmente raggiungibile da un maggior numero di località. La struttura aprì ufficialmente le proprie porte il 1° settembre 1871, quando vennero ricoverati i primi due «mentecatti» e, da quel momento, «fecero […] la loro comparsa le prime figure dei direttori e cominciò l'avvicendarsi di infermieri, impiegati e figure professionali che svolgeranno le loro mansioni in questa "città nella città"»[2].

«Dall'apertura dell'Ospedale Psichiatrico di Racconigi fino ai primi due decenni del Novecento, quando nell'Italia giolittiana avvenne la prima organica riforma dell'assistenza psichiatrica, l'antico ricovero di Racconigi, diventato manicomio, visse quella che si può definire la

[1] Daniela Caffaratto, *Un itinerario attraverso la storia del manicomio di Racconigi*, in Daniela Caffaratto (a cura di), *Archivio dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi*, Hapax, Roma, 2010, p. 11.
[2] Ivi, pp. 31-32.

fase del "grande internamento"»[3]. Nel corso di questi quarant'anni (1871-1914) la struttura fu progressivamente ampliata e necessariamente modificata, dati «gli immancabili difetti di ogni istituzione nata e mantenuta mediante un adattamento di locali originariamente destinati ad altro scopo»[4], garantendo, alle soglie del primo conflitto mondiale, un luogo di ricovero per circa 600 persone[5]. Come afferma lo studio condotto durante la Grande Guerra e reso pubblico nel 1918 dagli psichiatri Augusto Tamburini, Giuseppe Antonini e Giulio Cesare Ferrari sulla situazione manicomiale italiana ed europea dell'epoca:

> questo unico, colossale fabbricato capace di circa 500 persone, adattato e trasformato nel 1875, ospitò per parecchio tempo tutti gli alienati della Provincia di Cuneo, ma resosi ben presto insufficiente, si dovè provvedere al suo ampliamento coll'acquisto di due case adiacenti, che, rabberciate con criteri economici, vennero destinate agli agitati, epilettici, sudici e criminali di ciascun sesso[6].

Tuttavia, nonostante questi primi importanti lavori di ampliamento e di miglioramento «sia in linea igienica – col rinnovamento dei vecchi pavimenti – sia in linea tecnica – coll'apertura delle finestre che erano murate a metà altezza e coll'abolizione delle inferriate – »[7] la situazione all'interno del manicomio prima, durante e dopo il primo conflitto mondiale rimase critica (anzi peggiorò vistosamente), con gravi problemi di sovraffollamento e un relativamente alto tasso di mortalità tra i pazienti. Infatti, «se nel 1914 i decessi furono il 6,02% […] tale percentuale crebbe di anno in anno sino a raggiungere, nel 1918, il 9,59% per la sede centrale ed il 26,5% per le succursali (in quella maschile superò il 40%)»[8]. Tali peggioramenti delle condizioni di vita all'interno della struttura furono dovuti alle inevitabili ripercussione della guerra allora in corso. Come indicato dalle tabelle sottostanti, il numero dei pazienti salì dai 967 nel 1914 ai 1184 del 1918, iniziando a diminuire solo a partire dall'anno successivo, generando una situazione di perenne sovraffollamento, dove i primi a rimetterci sarebbero stati, immancabilmente, gli internati.

---

[3] Daniela Bello, *Cenni storici*, in *Archivio dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi*, *op. cit*., p. 36.
[4] Augusto Tamburini, Giuseppe Antonini, Giulio Cesare Ferrari, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, UTET, Torino, 1918, p. 32.
[5] Cfr. D. Bello, *op. cit.*, p. 36. «A un anno dalla sua apertura, l'ospedale ospitava 234 pazienti, che portarono ben presto la struttura alle soglie della saturazione: questa fu raggiunta quando il numero delle presenze mensili si stabilizzò oltre le 250 unità (1874), diventate 400 negli anni Ottanta del XIX secolo, e che superarono le 800 unità alla vigilia del primo conflitto mondiale».
[6] Ivi, p. 33.
[7] *Ibidem*.
[8] Massimo Tornabene, *Da* Manicomio *ad* Ospedale Neuropsichiatrico: *l'*Op *di Racconigi e le due guerre mondiali*, in *Archivio dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi*, *op. cit*., p. 79.

Dati relativi alle presenze al 1° Giugno di ogni anno				
Anno	**Totale**	**Civili**		**Militari**
		Uomini	**Donne**	
1914	967	485	482	9
1915	1009	510	499	9
1916	984	502	482	27
1917	1046	550	496	113
1918	1184	681	503	78
1919	990	499	491	35
1920	945	457	488	12

Fonti: Archivio Storico Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi (d'ora in poi ASONR), Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917;* ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920;* Archivio della Provincia di Cuneo (d'ora in poi APCN), *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1914-1920),* in "Atti del Consiglio Provinciale di Cuneo 1914-1920" (Elaborazione dei dati di questa e delle prossime tabelle ad opera di F. Milazzo, *Una guerra di nervi, op. cit.,* pp. 235-243.).

Dati relativi alle morti durante l'anno *(dal 1° Luglio al 30 Giugno)*				
Anno	**Totale**	**Civili**		**Militari**
		Uomini	**Donne**	
1914-1915	82	39	43	
1915-1916	116	60	56	1
1916-1917	120	77	43	4
1917-1918	168	126	42	3
1918-1919	193	131	62	12
1919-1920	98	40	58	1

Fonti: ASONR, Serie IX.3.2, UA 1269, *Registro dei ricoverati morti 1901-1918;* ASONR, Serie IX.3.2, UA 1269, *Registro dei ricoverati morti 1918-1920*.

Cause di morte degli alienati militari durante l'anno *(dal 1° Luglio al 30 Giugno)*		
Anno	**Numero di morti**	**Causa del decesso**
1914-1915		
1915-1916	1	Colite
1916-1917	4	3 Marasma, 1 Mania Grave
1917-1918	3	1 Arresto psichico, 1 Demenza precoce, 1 Impiccagione
1918-1919	12	1 Tubercolosi polmonare, 1 Influenza-sincope, 1 Marasma da diarrea, 6 Broncopolmonite, 1 Sincope, 1 Enterite, 1 Stato confusionale
1919-1920	1	Tubercolosi ossea

Fonti: ASONR, Serie IX.3.2, UA 1269, *Registro dei ricoverati morti 1901-1918;* ASONR, Serie IX.3.2, UA 1269, *Registro dei ricoverati morti 1918-1920*.

La situazione d'emergenza fece sì che la struttura, completamente impreparata a gestire un afflusso così importante di degenti, divenne «un semplice "ricovero", anziché un vero istituto di cura»[9]. Il direttore del manicomio dell'epoca, il dottor Cesare Rossi, difatti, si trovò costretto ad operare una politica di trattamento dei pazienti che non fosse più finalizzata alla cura totale e alla definitiva riabilitazione dell'alienato all'interno della società, quanto più a una serie di rapide e – col senno di poi – poco incisive terapie per fare in modo di dimettere il maggior numero di pazienti nel minor tempo possibile. Come già analizzato in precedenza, questa scelta forzata venne presa in numerose altre strutture, italiane e non, specie nei confronti dei soldati. La stragrande maggioranza dei combattenti internati a Racconigi, infatti, risulta ricoverata presso la struttura al massimo per pochi mesi. Sono davvero in pochi quelli con un tempo di degenza maggiore al semestre, ancor più rari quelli che superano l'anno; sporadici quelli costretti a risiedere in questa struttura per più anni di seguito.

[9] Ivi, p. 78.

Dati relativi alle ammissioni durante l'anno *(dal 1° Luglio al 30 Giugno)*				
Anno	**Totale**	**Civili**		**Militari**
		Uomini	**Donne**	
1914-1915	329	186	143	6
1915-1916	324	198	126	39
1916-1917	427	307	120	103
1917-1918	680 *(179 provenienti dal manicomio di Treviso)*	574	106	269
1918-1919	446	308	138	148
1919-1920	315	193	122	53

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917;* ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920;* ASONR, *Schedario analitico*.

Dati relativi alle dimissioni durante l'anno *(dal 1° Luglio al 30 Giugno)*				
Anno	**Totale**	**Civili**		**Militari**
		Uomini	**Donne**	
1914-1915	196	116	80	9
1915-1916	226	143	83	27
1916-1917	235	159	76	75
1917-1918	450	394	56	236
1918-1919	407	317	90	150
1919-1920	251	184	67	69

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917;* ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920;* APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1914-1920),* in "Atti del Consiglio Provinciale di Cuneo 1914-1920".

Tempo di permanenza in manicomio dei militari	Anno *(dal 1° Luglio al 30 Giugno)*				
	1914-1915 Ricoverati 6	**1915-1916** Ricoverati 39	**1916-1917** Ricoverati 103	**1917-1918** Ricoverati 269	**1918-1919** Ricoverati 148
1 mese	3	13	21	49	35
2 mesi		4	19	58	36
3 mesi		5	20	37	20
4 mesi		5	5	27	21
5 mesi	1	2	9	21	5
6 mesi		3	4	19	10
7 mesi		1	5	8	2
8 mesi		1	3	7	5
9 mesi		1	2	11	3
10 mesi			1	4	2
11 mesi			1	3	
12 mesi		1	1		1
Oltre 1 anno		3	6	23	4
Oltre 2 anni	1		1	1	1
Oltre 3 anni			2	1	3
Oltre 4 anni	1		3		

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143*, Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917;* ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920.*

Durante i tre anni di conflitto, il manicomio venne stravolto dal ricovero di oltre cinquecento soldati (in totale 559 tra il 1915 e il 1918, 612 se si considera anche il biennio 1919-1920) provenienti in prevalenza

> – su richiesta del Ministero della Guerra – dagli ospedali da campo posti alle spalle delle trincee, dal manicomio di San Osvaldo di Udine e dall'ospedale militare di Savigliano; a questi si aggiunsero altri [circa] duecento internati della provincia di Treviso provenienti dal manicomio di Crespano Veneto sfollato a seguito dei fatti di Caporetto[10].

[10] *Ibidem*.

Le condizioni tornarono a stabilizzarsi ai livelli prebellici solo a partire dal 1922. Ancora nel biennio 1919-1920, infatti, si registrarono numerosi decessi tra i pazienti, dovuti in gran parte all'influenza spagnola che proprio in quel periodo fece la sua comparsa sul Vecchio Continente.

Per quanto riguarda i soldati ricoverati, Fabio Milazzo ha evidenziato come già prima dell'inizio della Grande Guerra il manicomio ospitasse un discreto numero di combattenti, tendenzialmente affetti dal già citato «mal di caserma».

> Non stupisce così rintracciare nel periodo esaminato prima della Grande Guerra – dal 1909 in avanti – la presenza costante, anche se statisticamente non rilevante, di soldati affetti da disturbi mentali e per questo inviati presso il manicomio provinciale di Racconigi. Diversi, dopo un periodo di osservazione vengono rispediti alla caserma di provenienza, altri conoscono la strada che conduce al frenocomio della provincia di appartenenza, qualcuno, invece, permane a Racconigi per ulteriori periodi di osservazione fino a quando viene definitivamente licenziato[11].

Numerosi medici ed infermieri presenti all'interno della struttura in tempo di pace si trovarono costretti dalla chiamata alle armi ad abbandonare il loro lavoro quotidiano e partire per il fronte. «In manicomio [restarono] soltanto il direttore e il suo vice che, di fatto [furono] costretti a prendere dimora stabile nell'istituto, così di garantire l'assistenza minima ai mille ricoverati»[12]. A supporto dei due medici, si affiancò un personale in prevalenza scarsamente qualificato, costituito da infermieri avventizi, aventi poca dimestichezza con la pratica manicomiale quotidiana. Date le inevitabili difficoltà, il livello di assistenza dei singoli pazienti peggiorò drasticamente. «La soluzione obbligata fu la redistribuzione degli internati nei sovraffollati locali a disposizione, dove vennero sfruttai tutti gli spazi, comprese le guardiole, le infermerie, i "parlatoi" oltre, naturalmente, ai corridoi»[13]. Data la sproporzione tra il rapporto ricoverati-personale medico e infermieristico, «si provvide a restringere i criteri di circolazione degli internati all'interno dell'istituto, così che aumentò il numero di quanti venivano legati al letto e contenuti per l'intera durata del giorno»[14].

Tali disposizioni misero «il manicomio in serio imbarazzo»[15], costringendo gli addetti ai lavori a trascurare anche le mansioni essenziali, come ad esempio la compilazione delle cartelle cliniche. Questa «strategia di rapide dimissioni»[16] ebbe inevitabili ed importanti ripercussioni soprattutto per quanto riguarda le cartelle cliniche dei militari, le quali risultano particolarmente

[11] F. Milazzo, *Una guerra di nervi*, *op. cit.*, p. 57.
[12] *Ibidem*.
[13] Ivi, p. 105.
[14] *Ibidem*.
[15] ASONR, Classe I.4, UA 66, *Verbali delle adunanze della Commissione Amministrativa della Direzione del manicomio della Provincia di Cuneo in Racconigi 1917-1918*, *Bagni ad uso del presidio*, Racconigi 2 maggio 1918.
[16] F. Milazzo, *Una guerra di nervi*, *op. cit.*, p. 228.

trascurate. «La parziale e incompleta compilazione della documentazione clinica, a differenza di quanto avvenne nello stesso arco di tempo per gli alienati civili»[17], fu dovuta soprattutto alla *forma mentis* del direttore e del suo vice, perfettamente in linea con la visione della maggioranza degli psichiatri, italiani e non, dell'epoca. Infatti, come si evince dallo studio delle cartelle cliniche,

> le anamnesi si limitano quasi sempre a riportare le notizie provenienti dal reparto, mentre i diari clinici non danno quasi mai alcuna informazione sulle "terapie" adottate, solo raramente, fanno espliciti riferimenti agli eventuali mezzi di contenzione utilizzati. Inoltre, nella maggior parte dei casi, alla diagnosi d'ingresso – riportata nei registri d'entrata –, che solitamente fa riferimento ai sintomi più evidenti, non fa seguito alcuna diagnosi definitiva. Come abbiamo già indicato, ciò si spiega probabilmente con l'intento della direzione sanitaria di non prendere posizione sull'origine e le cause dei sintomi sofferti dai militari, evitando così alcun contrasto con le autorità militari[18].

Dove presente, raramente la diagnosi definitiva attribuisce all'evento bellico fondamentale importanza per la nascita e lo sviluppo dei sintomi indicati nell'anamnesi d'entrata. In più, il giudizio finale al momento delle dimissioni risulta completamente positivo solo per 127 dei 488 casi totali dei militari dimessi nel periodo 1915-1919 (circa il 26%), indicato tramite la dicitura «Guarito». Dei restanti casi, il 19% risulta «Non di competenza manicomiale»[19]; l'11% «Trasferito» in altra struttura manicomiale; e più del 44% viene dimesso come semplicemente «Migliorato», senza dare maggiori informazioni sulle prospettive di ulteriore miglioramento o su eventuali possibilità di peggioramento.

Motivo/Giudizio di dimissione dal manicomio dei militari	**Anno *(dal 1° Luglio al 30 Giugno)***				
	1914-1915 Dimessi 9	**1915-1916** Dimessi 27	**1916-1917** Dimessi 75	**1917-1918** Dimessi 236	**1918-1919** Dimessi 150
Non di competenza manicomiale	3	5	22	34	33
Migliorato	3	12	26	125	54
Guarito	3	9	20	55	40
Trasferito		1	7	22	23

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917;* ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920*.

[17] *Ibidem*.
[18] Ivi, pp. 228-229.
[19] Più raramente è presente anche la dicitura «Non riconosciuto alienato».

Dopo aver ripreso i ritmi prebellici a partire da 1922, la struttura, sotto al fascismo conobbe rilevanti cambiamenti, sia estetici sia tecnici. Sotto la nuova direzione del dottor Emilio Rizzati, succeduto a Cesare Rossi, seguendo le istanze riformatrici del regime, la struttura oltre al

> cambiamento di nome dei reparti (dagli esterofili Charcot, Tardieu e Connolly ai patriottici Tamburini, Tanzi, Morselli) […] [ricevette] anche nuovi investimenti destinati all'attività interna (come l'ampliamento dei laboratori medici e la realizzazione di una nuova sala operatoria, nonché la realizzazione della tanto agognata colonia agricola) ed esterna (la creazione, a Cuneo, Alba, Saluzzo e Mondovì, dei primi ambulatori di profilassi mentale destinati alla prevenzione e al controllo dei dimessi)[20].

In più, si assistette anche «all'istituzione di un reparto "a porte aperte"[21] destinato ai ricoveri "volontari" (ossia a pagamento)», che grazie ad «una notevole attività craniochirurgica[22] attirò l'attenzione dei più illustri studiosi dell'epoca», ottenendo «una visibilità che superò i confini nazionali»[23]. Inoltre nel 1934 venne deciso anche di modificare la denominazione ufficiale della struttura, passando da Manicomio di Racconigi ad Ospedale Neuropsichiatrico per la provincia di Cuneo in Racconigi. Alle soglie del secondo conflitto mondiale, Rizzati, probabilmente per avversione nei confronti del regime mussoliniano, rassegnò le dimissioni, ufficialmente «per motivi di salute». Al suo posto subentrò Giovanni Borgarello, che sarebbe stato il direttore della struttura per tutta la durata della seconda guerra mondiale. «Nella prima parte del conflitto, il *Neuro* raggiunse il suo picco di presenze: 1480 nel 1940, 1497 nel 1941, 1492 nel 1942»[24]. La situazione, tornata ad essere critica, ricordò sotto moltissimi aspetti l'esperienza del '15-'18, con la struttura costretta ad accogliere anche un centinaio di pazienti sfollati dal manicomio di Torino, danneggiato e reso parzialmente inagibile dai bombardamenti alleati. Per tentare di gestire il sovraffollamento, l'istituto si trovò costretto ad assumere al suo interno numerose figure professionali, specializzate in numerose mansioni, portando la pratica manicomiale quotidiana a conoscere significative modifiche. Massimo Tornabene ha parlato di «una vera e propria "fabbrica". Tra il personale medico e amministrativo, gli addetti alla sorveglianza, i portinai, i fattorini, ortolani, barbieri, sacrestani, cavallanti e garzoni di campagna, il *Neuro* impiegava, all'inizio del conflitto, oltre 130 persone cui andavano aggiunte un'ottantina di suore»[25].

Come già visto nel capitolo precedente, la situazione straordinaria introdotta dal conflitto, in particolar modo a partire dal 1943, con la penisola occupata dai vari eserciti e con le conseguenti

---

[20] M. Tornabene, *op. cit*., p. 82.
[21] Dotato di 30 posti letto.
[22] Cfr. D. Bello, *op. cit*., p. 40. Definita la «"grande fase scientifica" di Racconigi».
[23] *Ibidem*.
[24] Ivi, p. 95.
[25] *Ibidem*.

difficoltà di approvvigionamento che le diverse strutture manicomiali dovettero affrontare, si optò, più o meno volontariamente, per una politica di parziale liberazione dei pazienti, almeno di quelli non agitati o violenti. Numerosi istituti – e quello di Racconigi fu uno di questi – si trovarono costretti, da un momento all'altro, a gestire le proprie esigenze autonomamente. Per sopperire a tali difficoltà, vennero impiegati gli stessi pazienti in lavori manuali utili al sostentamento della struttura (quali ad esempio lavori nei campi, lavoretti artigianali, cucito, pulizie varie…). Tuttavia, è doveroso sottolineare che, sebbene queste attività portate avanti dai degenti risultarono utili per evitare il collasso dell'istituto, la situazione al suo interno peggiorò comunque drasticamente. «Non solo i vestiti, ma anche le condizioni igieniche dei reparti vennero pesantemente trascurate. Precarietà che favorì la diffusione di parassitosi come la scabbia»[26].

Ad ogni modo,

> l'impressione, dalle carte a disposizione, è quella che Borgarello […] riuscì, con una guida attenta ed equilibrata, a non scontentare alcuna delle parti in gioco ed a mantenere il pieno controllo dell'istituto. Fermezza che gli consentì, dopo l'8 settembre, di ricoverare, senza denunciarne la presenza alle autorità germaniche, diversi soldati rei di aver abbandonato l'esercito regio[27].

A guerra conclusa, tra il 1945 e il 1949, grazie a numerosi investimenti, la struttura venne completamente riorganizzata. Il *Neuro* si ampliò sensibilmente, riuscendo, alla metà degli anni Sessanta a garantire il ricovero di oltre 1500 pazienti, con un personale che «ammontava a 315 dipendenti, tra cui 7 medici, 52 infermiere (più 62 suore) e 121 infermieri, i quali erano in realtà […] uomini di servizio forzuti che avevano seguito un corso da infermiere»[28]. A livello amministrativo e legislativo, invece, non si registrarono particolari innovazioni, almeno fino al 1958, «anno in cui gli ospedali psichiatrici, dalle competenze del Ministero dell'Interno, passarono al Ministero della Sanità»[29].

Oltre a questa appena citata, in Italia, le grandi riforme in ambito manicomiale arrivarono solo nel 1968, quando la legge n. 431 del 18 marzo 1968, meglio conosciuta come Legge Mariotti, «introdusse [ufficialmente] sia il ricovero volontario sia altre innovazioni che connotarono l'evoluzione della psichiatria in senso sempre più sanitario, rispetto alle caratteristiche di custodia e di tutela evidenti nella legge del 1904»[30].

A seguito della celebre Legge Basaglia, del 1978, che prevedeva la progressiva chiusura e abolizione di tutti gli istituti manicomiali della penisola, tra il 1981 e il 1991, si assistette alle

[26] *Ibidem*.
[27] Ivi, p. 98.
[28] D. Bello, *op. cit.*, p. 41.
[29] Ivi, p. 40.
[30] Ivi, p. 42.

dimissioni di oltre 300 pazienti. Nel 1996 risultavano presenti all'interno della struttura ancora 170 degenti, principalmente anziani non autosufficienti e disabili psicofisici, i quali, nel giro di due anni, «vennero inseriti in strutture psichiatriche territoriali a totale protezione nell'arco delle 24 ore»[31]. Tra il 1990 e il 1998, inoltre, vennero fondate quattro comunità di alloggio interne all'ex manicomio, con il preciso intento di superare e rimpiazzare definitivamente l'attività del *Neuro*. L'ospedale chiuse per sempre le proprie porte nel febbraio del 1998, ponendo fine ad una storia iniziata centoventisette anni prima.

2.2. L'archivio storico e le cartelle cliniche

Già durante gli anni Novanta, prima che la struttura smettesse completamente la propria attività, diversi archivisti iniziarono ad operare una prima fase di riorganizzazione dell'archivio storico (ossia delle pratiche e delle cartelle cliniche risalenti a più di settant'anni prima, essendo ormai decaduta la clausola sulla riservatezza dei dati dei pazienti). Tuttavia, nello stesso periodo, in Italia, germogliò un progetto ben più ampio, capace di comprendere all'interno della sua attività di riorganizzazione, schedatura e conservazione archivistica, tutti i manicomi della penisola. A partire dal 1999 nacque ufficialmente il progetto *Carte da legare*, finanziato dalla Direzione generale degli archivi del Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo, con la finalità di «proporre una visione organica di tutela del patrimonio archivistico»[32] di tutte le ex istituzioni manicomiali italiane. In conclusione dello scorso secolo, infatti, «si impose all'attenzione dell'amministrazione archivistica il problema relativo alla sorte del patrimonio documentario degli ex ospedali psichiatrici»[33], dal momento che «tranne in poche situazioni virtuose, questo patrimonio era sostanzialmente trascurato e in molti luoghi correva un serio rischio di dispersione, quando non di distruzione»[34].

Nel corso degli ultimi venticinque anni, gli archivisti coinvolti in *Carte da legare* hanno realizzato circa «venti banche dati, alcune esaustive, altre allo stato attuale ancora parziali»; ma

[31] Ivi, p. 46.
[32] https://cartedalegare.cultura.gov.it/home.
[33] Francesca Mambrini, Carte da legare: *l'attuazione locale di un progetto nazionale*, in G. Mamone, F. Milazzo (a cura di), *Storia e psichiatria. Problemi, ricerche, fonti*, *op. cit*., pp. 231-241.
[34] https://cartedalegare.cultura.gov.it/home.

è necessario considerare che «il progetto è tuttora vitale e in divenire, cosicché le descrizioni, i lavori di inventariazione e le rilevazioni si accrescono periodicamente»[35].

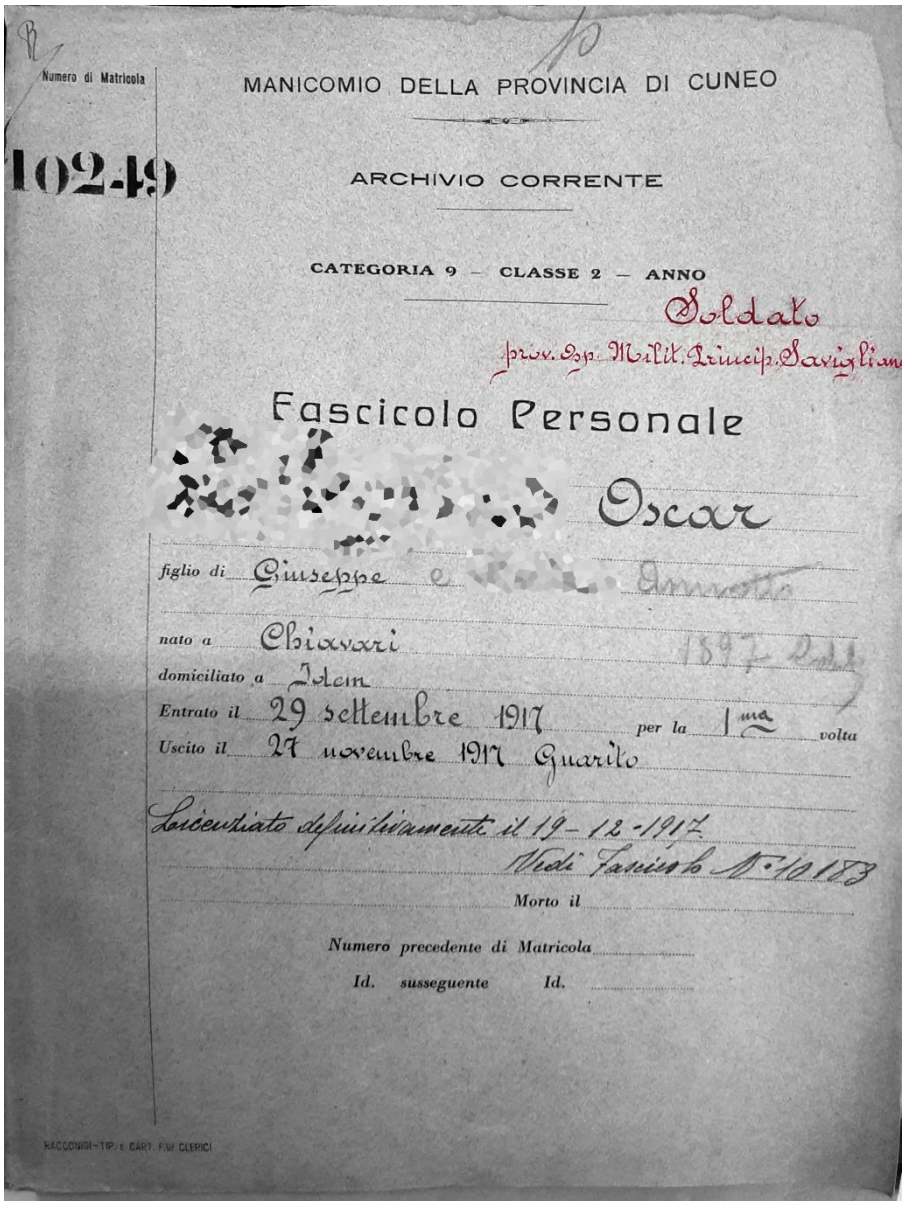
Tutte le informazioni riguardanti la storia degli ex istituti psichiatrici, inventari archivistici e descrizioni della documentazione vengono caricate in rete, fornendo un servizio di supporto fondamentale a qualsiasi ricercatore interessato in questo ambito.

Per ciò che riguarda il nosocomio di Racconigi, fattori come la sua attività ultracentenaria, la sua «ubicazione relativamente distante […] dalla sede della provincia e il fatto che la gestione amministrativa corrente a quella sanitaria dipendessero dalla Direzione che operava all'interno dell'ospedale, certamente favorirono la creazione di un fondo archivistico autonomo»[36]; quest'ultimo passato progressivamente sotto i diversi enti che si sono susseguiti nel corso degli anni, fino a quello attuale: l'Azienda Sanitaria Locale Cuneo 1(ASL CN1). L'archivio è diviso in due fondi diversi, uno propriamente sanitario e uno amministrativo, che hanno subìto, nel corso del tempo, trattamenti diversi. Il primo «è costituito da 52600 cartelle cliniche relative ad altrettanti ricoveri, suddiviso nelle tre serie "Coatti", "Volontari", "A porte aperte". […] [Quello] di carattere amministrativo comprende invece tutti gli altri tipi di documenti che furono prodotti e accumulati in loco, utili al funzionamento dell'ospedale»[37].

Attualmente l'archivio storico è fisicamente conservato all'interno di un'ala ormai dismessa e parzialmente fatiscente di un edificio che comprende anche l'ospedale di Racconigi – quest'ultimo perfettamente in funzione –, con accesso da Via Ormesano, collocato al centro della cittadina. La struttura dista poche decine di metri in linea d'aria dall'ex manicomio, ora completamente abbandonato e inaccessibile. Le cartelle cliniche sono custodite all'interno di faldoni capaci di ospitarne dalla cinquantina al centinaio, a seconda dello spessore specifico di ogni fascicolo. La documentazione relativa ai militari, quasi in tutto identica a quella dei civili, si distingue per la presenza di una scritta a penna o a matita, rossa o nera, posta sul frontespizio, recante la dicitura «Soldato», spesso seguita da informazioni riguardanti l'ospedale militare e/o il reggimento di provenienza. Non esiste altra separazione tra i fascicoli militari e quelli civili, e le due documentazioni convivono all'interno di ogni faldone. A colpo d'occhio, mediamente, le cartelle cliniche militari risultano meno consistenti rispetto a quelle civili, complice il fatto, come si è visto, della trascuratezza e della reticenza al momento della compilazione della documentazione necessaria in tempo di guerra, facendo sì che quelle civili risultino molto più curate e ricche di informazioni.

[35] F. Mambrini, *op. cit*., p. 231.
[36] D. Caffaratto, *op. cit*., p. 12.
[37] Ivi, pp. 12-13.

Sul frontespizio, oltre alla dicitura «Soldato» sono presenti anche informazioni circa il nome e cognome del paziente, paternità e maternità, data e luogo di nascita, domicilio e data di ammissione e dimissione dalla struttura. Infine, a fondo pagina, viene sempre indicato il motivo della dimissione che, come già visto, può prevedere l'utilizzo di quattro formule differenti: «Guarito», «Migliorato», «Trasferito», «Non di competenza manicomiale», talvolta con la possibilità anche di una quinta: «Deceduto».


Numero di Matricola

10249

MANICOMIO DELLA PROVINCIA DI CUNEO

ARCHIVIO CORRENTE

CATEGORIA 9 — CLASSE 2 — ANNO

Soldato

prov. Osp. Milit. Princip. Savigliano

Fascicolo Personale

[redacted] Oscar

figlio di Giuseppe e [redacted] Annetta

nato a Chiavari 1897

domiciliato a Idem

Entrato il 29 settembre 1917 per la 1ma volta

Uscito il 27 novembre 1917 Guarito

Licenziato definitivamente il 19-12-1917

Vedi Fascicolo N. 10183

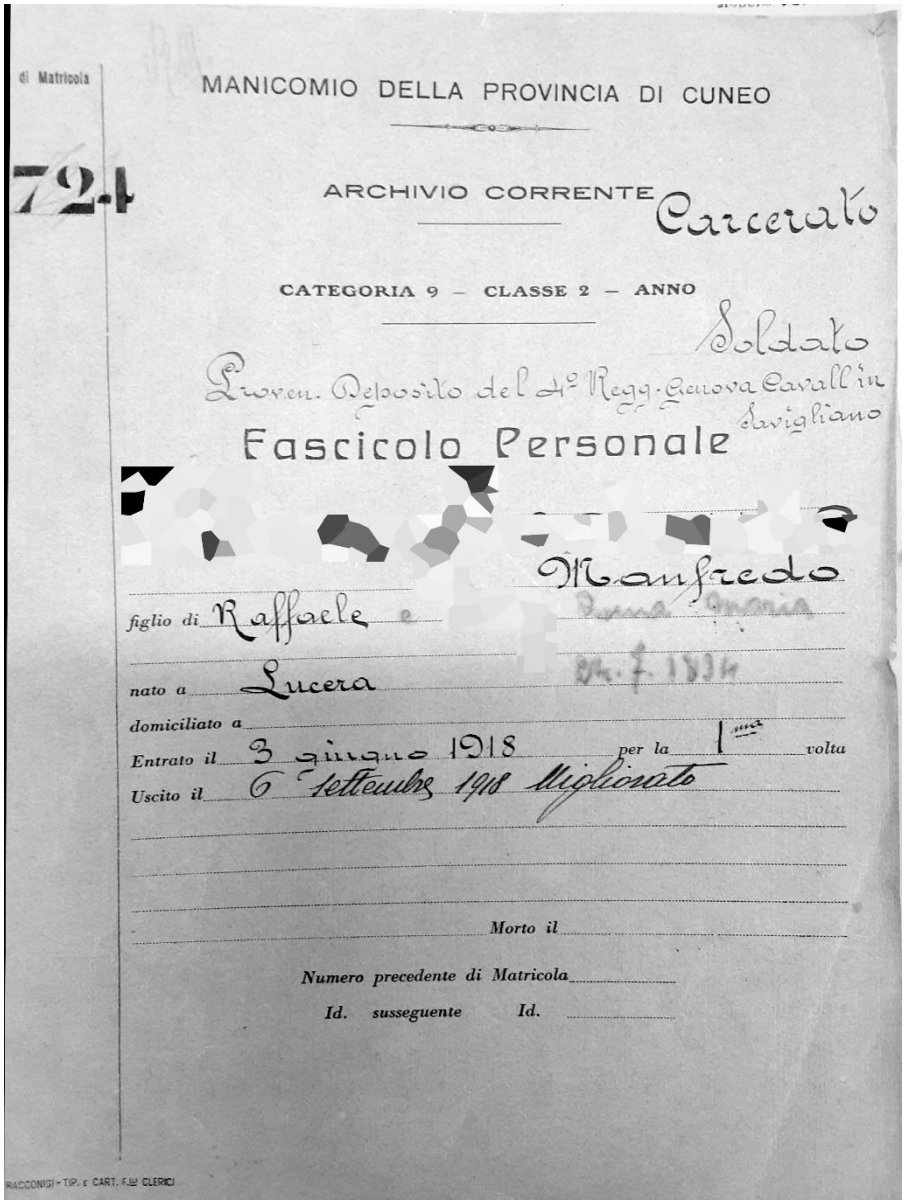
Morto il

Numero precedente di Matricola

Id. susseguente Id.

FACCONIGI - TIP. E CART. F.lli CLERICI

Esempio di frontespizio della cartella clinica di un militare dimesso poiché «Guarito».



di Matricola

724

MANICOMIO DELLA PROVINCIA DI CUNEO

ARCHIVIO CORRENTE Carcerato

CATEGORIA 9 – CLASSE 2 – ANNO

Soldato

Proven. Deposito del 4° Regg. Genova Cavall.in Savigliano

Fascicolo Personale

[redacted]

Manfredo

figlio di Raffaele e [illegible]

nato a Lucera 04.7.1894

domiciliato a

Entrato il 3 giugno 1918 per la 1ma volta

Uscito il 6 settembre 1918 Migliorato

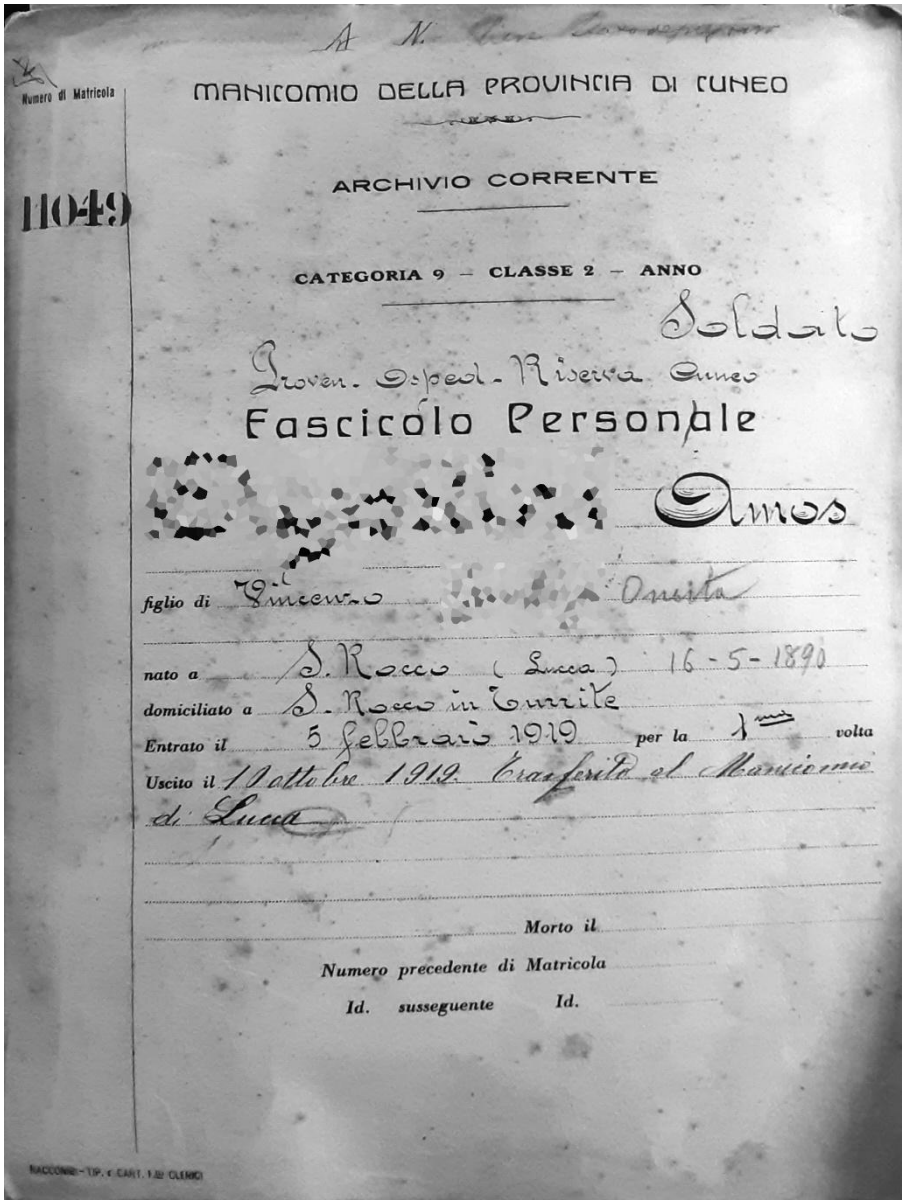
Morto il

Numero precedente di Matricola

Id. susseguente Id.

RACCONIGI - TIP. e CART. F.lli CLERICI

Esempio di frontespizio della cartella clinica di un militare dimesso poiché «Migliorato».



Numero di Matricola

11049

MANICOMIO DELLA PROVINCIA DI CUNEO

ARCHIVIO CORRENTE

CATEGORIA 9 — CLASSE 2 — ANNO

Soldato

Proven. Osped. Riserva Cuneo

Fascicolo Personale

[redacted] Amos

figlio di Vincenzo [redacted] Onorata

nato a S. Rocco (Lucca) 16-5-1890

domiciliato a S. Rocco in Camile

Entrato il 5 febbraio 1919 per la 1ª volta

Uscito il 1 ottobre 1919 trasferito al Manicomio di Lucca

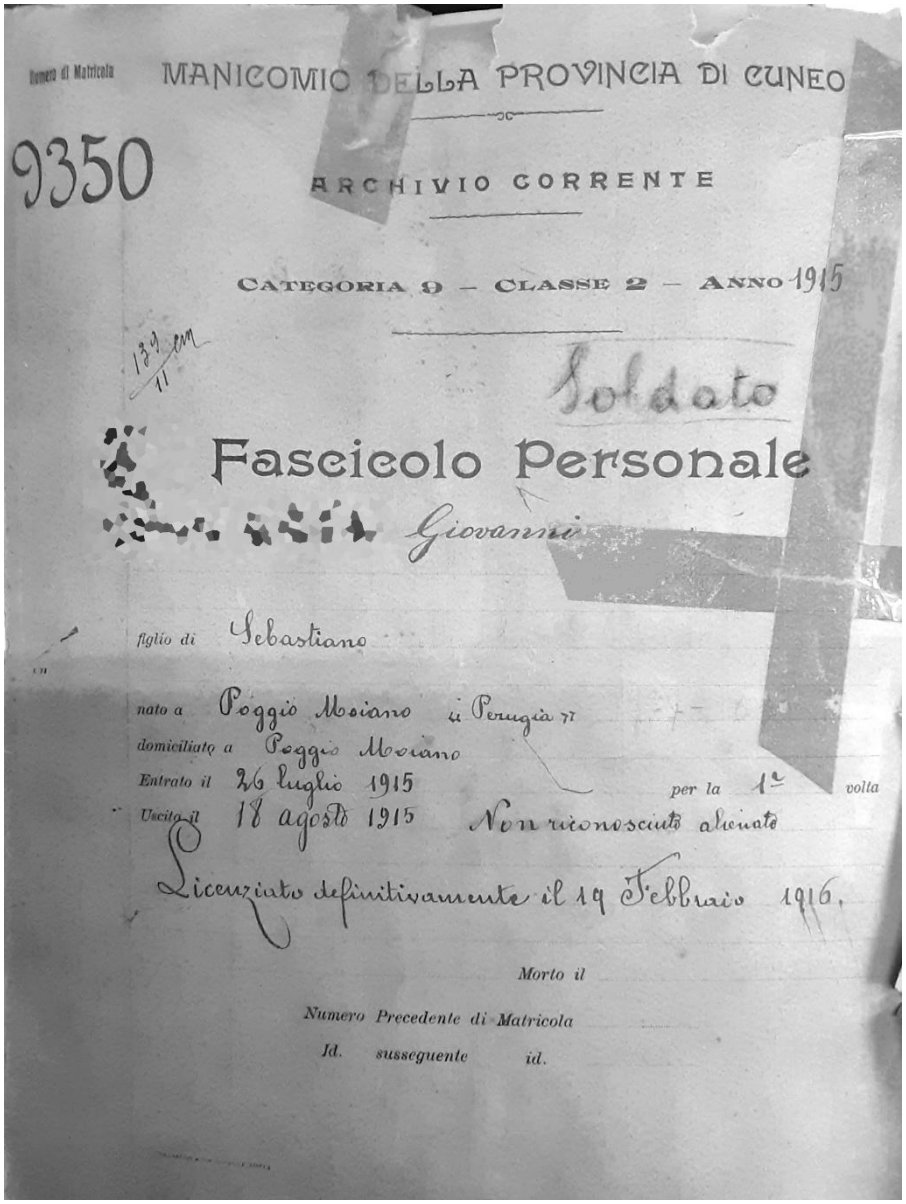
Morto il

Numero precedente di Matricola

Id. susseguente Id.

RACCONIGI - TIP. e CART. f.lli CLERICI

Esempio di frontespizio della cartella clinica di un militare «Trasferito» ad altra struttura manicomiale.



Numero di Matricola

MANICOMIO DELLA PROVINCIA DI CUNEO

9350

ARCHIVIO CORRENTE

CATEGORIA 9 — CLASSE 2 — ANNO 1915

139 cm
11

Soldato

Fascicolo Personale

[redacted] Giovanni

figlio di Sebastiano

nato a Poggio Mosiano (Perugia)

domiciliato a Poggio Mosiano

Entrato il 26 luglio 1915 per la 1ª volta

Uscito il 18 agosto 1915 Non riconosciuto alienato

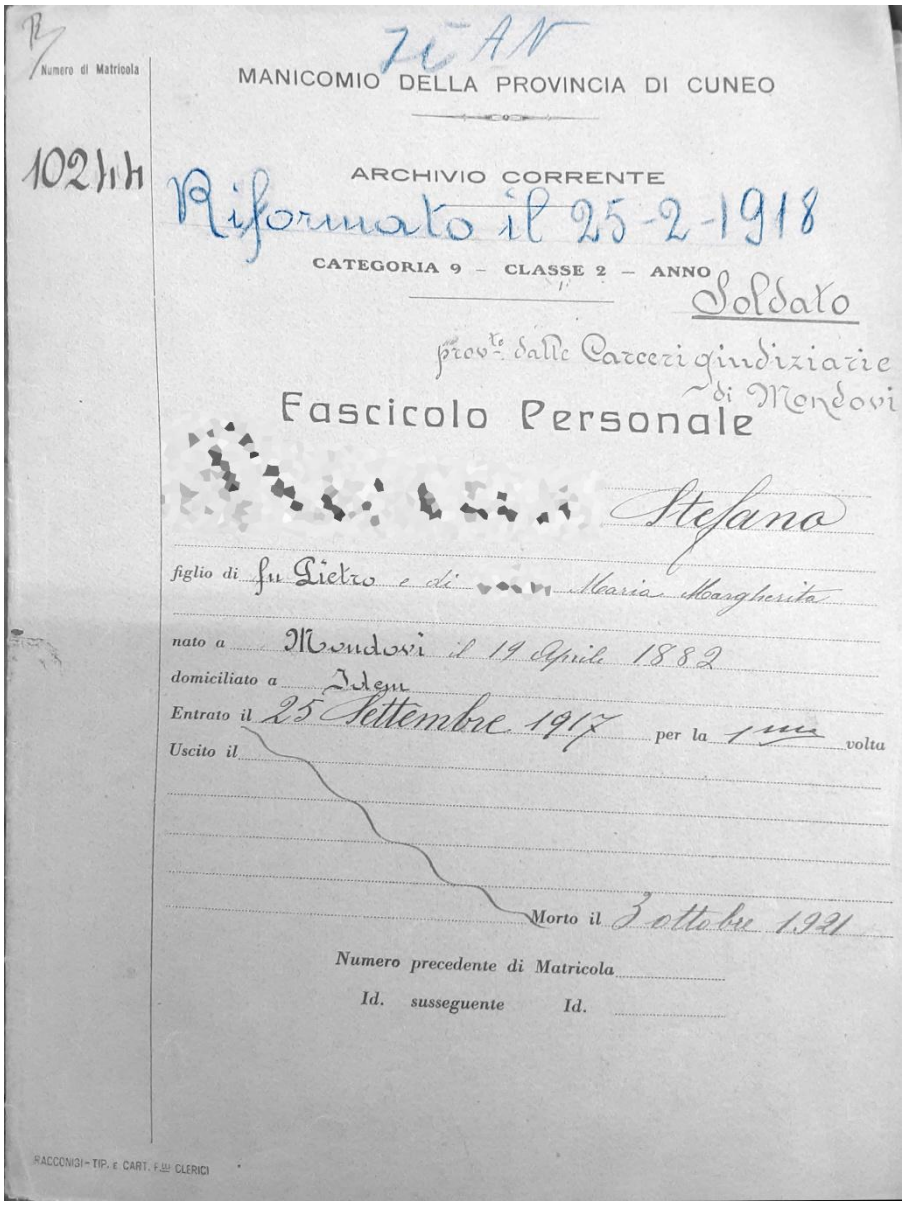
Licenziato definitivamente il 19 Febbraio 1916.

Morto il

Numero Precedente di Matricola

Id. susseguente id.

Esempio di frontespizio della cartella clinica di un militare dimesso poiché «Non riconosciuto alienato».



Numero di Matricola

102414

MANICOMIO DELLA PROVINCIA DI CUNEO

ARCHIVIO CORRENTE

Riformato il 25-2-1918

CATEGORIA 9 – CLASSE 2 – ANNO

Soldato

prov.te dalle Carceri giudiziarie di Mondovì

Fascicolo Personale

[redacted] Stefano

figlio di fu Pietro e di [redacted] Maria Margherita

nato a Mondovì il 19 Aprile 1882

domiciliato a Idem

Entrato il 25 Settembre 1917 per la 1ma volta

Uscito il

Morto il 3 ottobre 1921

Numero precedente di Matricola

Id. susseguente Id.

RACCONIGI – TIP. e CART. F.lli CLERICI

Esempio di frontespizio della cartella clinica di un militare «Deceduto» durante la permanenza nella struttura.

Al suo interno, ogni fascicolo raccoglie un insieme di documenti abbastanza vario. Ad esempio, è sempre presente la tabella nosografica, comprendente informazioni sull'anamnesi, redatta al momento dell'ingresso del paziente nella struttura, il diario clinico, contenente dati psichici e fisici, e infine la diagnosi definitiva – quest'ultima non presente, però, in tutti i fascicoli. Il diario clinico veniva compilato dai dottori con una cadenza molto variabile. Alcuni militari ricevettero controlli e visite costanti nel tempo, con una frequenza quasi quotidiana; in questi casi fortunati, i dati e le informazioni contenute nel fascicolo venivano aggiornate ogni due giorni circa, fornendo una descrizione esaustiva e sostanziosa delle condizioni del degente. La maggior parte dei soldati, tuttavia, non può essere reputata così fortunata, ed ora si ritrovano cartelle cliniche con scarse informazioni, indice di un trattamento poco premuroso, e con i dati al suo interno aggiornati solo saltuariamente, sovente anche a distanza di svariate settimane. In linea di massima, però, come si evidenziava poc'anzi, le cartelle cliniche dei militari sono più trascurate rispetto a quelle dei civili, fornendo, dunque, nel complesso molte meno informazioni e materiale utile alla ricerca medica e storica.

Oltre a questa documentazione strettamente clinica, all'interno di ogni cartella sono presenti anche documenti che esulano parzialmente da questa categoria, come ad esempio atti di nascita, ricevute di pagamenti per il vitto all'interno della struttura; la corrispondenza epistolare intrattenuta tra i familiari e il direttore o, più di rado, tra il degente e i propri familiari; ricostruzioni dell'albero genealogico dell'alienato nel caso esso presentasse casi clinici diagnosticati a livello psichiatrico tra i propri parenti (documento utilissimo e spesso abusato dai medici, adoperabile come prova ufficiale per deresponsabilizzare l'esercito e l'evento bellico, e ridurre così la patologia del paziente ad una mera tara ereditaria, facendo leva sulla predisposizione dello stesso).

DIREZIONE OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE di SAVIGLIANO

N°3740 di prot. Savigliano 7 giugno 1918.

OGGETTO:-Dichiarazione medica pel ricovero al Manicomio di Racconigi del soldato [redacted] COSTANTINO FU Raffaele e di [redacted] Maria Francesca, cl. 1881, appartenente all'8° Reggimento Alpini.

Il soldato [redacted] Costantino, da Mondovì venne inviato in osservazione nel Reparto Malattie nervose mentali di questo Ospedale con diagnosi di "nevrastenia".

Riferisce di aver avuto la febbre malarica e la sifilide.

Presentemente accusa dolori alle gambe ed al dorso, cefalea, capogiri.-Si rileva uno stato di depressione psichica alternata con stato di eccitamento motorio, crisi di pianto viso melanconico.-Le reazioni sono alcune esagerate altre torpide, la sensibilità è lievemente esagerata, lingua patinosa meteorismo.

Lo si giudica affetto da stato di alienazione mentale a tinta melanconica e stato depressivo che lo rendono di difficile custodia e pericoloso a se ed agli altri; si ritiene urgente il suo ricovero nel Manicomio Provinciale di Racconigi (Reparto Militare) per opportunità di sede e debiti accertamenti, in base all'aticolo 108 parag. 512 del Regolamento sul servizio Militare.

Il militare in parola puo' viaggiare senza danno della propria salute.

IL COLONNELLO MEDICO DIRETTORE.

Esempio di dichiarazione medica di ricovero.

Mod. 28.

DIREZIONE DELL'OSPEDALE NEUROPSICHIATRICO
DELLA PROVINCIA DI CUNEO
RACCONIGI

COPIA DELLA TABELLA CLINICA DI ANTONIO di Pellegrino QUI RICOVERATO D AL I9 GIUGNO I9I8 AL I6 OTTOBRE I9I8 PROVVENIENTE DALL'OSPEDALE MILITARE DI SAVIGLIANO

ANAMNESI

Provvviene dall'Ospedale Militare di Savigliano con diagnosi di "accessi psicomotori
Dal reperto del Medico del Presidio di Ceva, a cui appartiene, risulta che in una fase d'eccitazione psicomotoria minacciò i compagni e si ferì lui stesso alla gamba destra.
Attualmente mancano dati anamnestici ufficiali, famigliari e personali +
Egli afferma che una sorella al Manicomio di Palermo (informazione che venne confermata dai RR.CC.) che un fratello di suo padre é deceduto nello stesso Manicomio e ch'egli da bambino soffrì di meningite. Si presenta cosciente, bene orientato per tempo, luogo e persone, libero di disturbi sensoriali e deliranti. Non si ricorda delle stranezze commesse al corpo, ha però l'impressione che in quel momento i suoi nervi erano scossi e la coscienza turbata.
Fisico buono - Si nutre spontaneamente prende sufficiente sonno

DIARI PSICHICI E FISICI

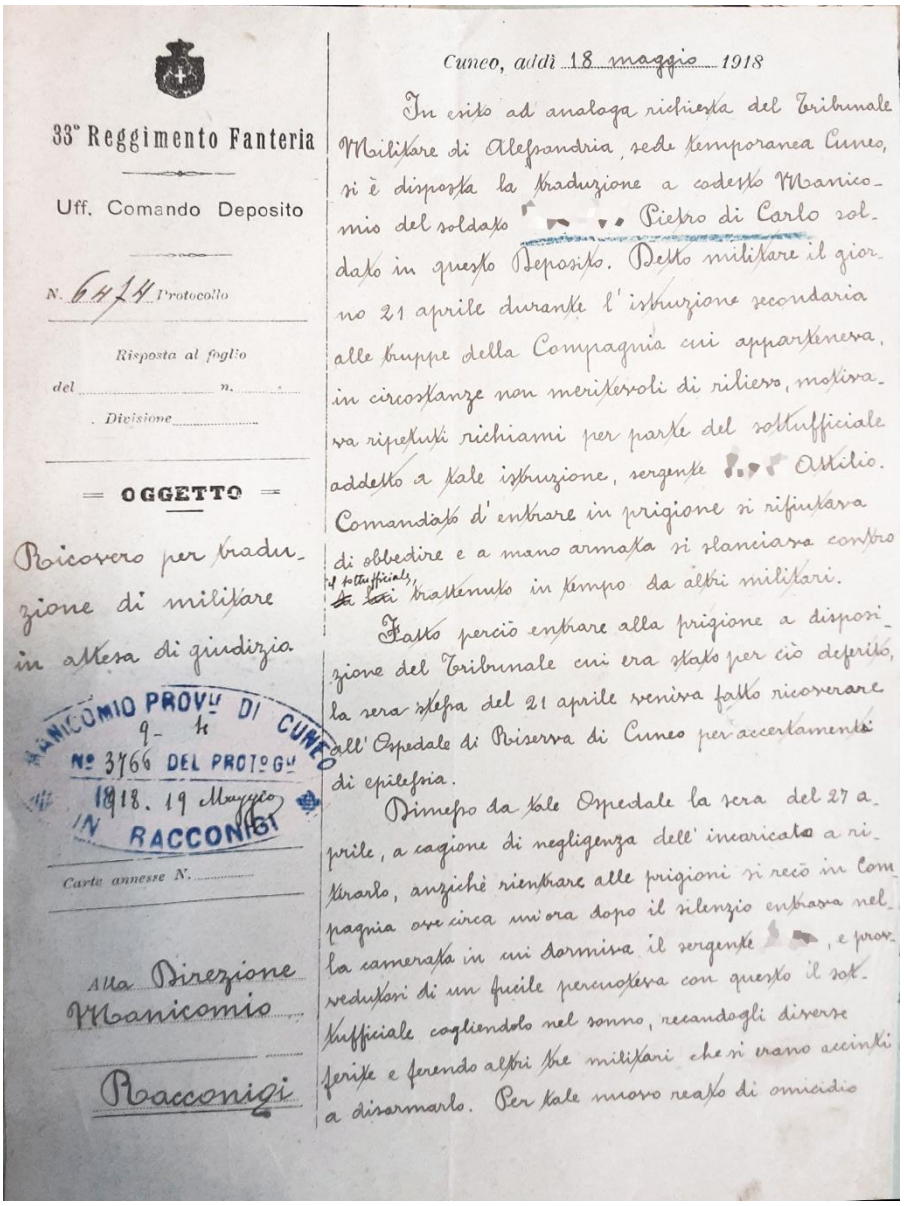
I9 Giugno I9I8 - Cosciente bene orientato per tempo, luogo e persone. Libero di disturbi sensoriali e deliranti. In preda a tremori diffusi a tutto il corpo, che s'alternano nella posizione di riposo ed aumentano nello stato emozionante e collo sforzo fisico. Tali scosse si rilevano specialmente agli arti inferiori - I riflessi tendinei, specie i rotulei sono vivaci, mentre i superficiali si comportano normalmente. L'individuo manca delle due ultime falangi del 3° e 4° dito della mano destra perdute in un infortunio sul lavoro, cinque anni or sono. - Alla gamba destra, terzo medio, della regione interna, notasi una soluzione di continuo lineare, suturati, della lunghezza di 5 centimetri. (E' lievemente suppurante).
Condizioni fisiche generali, buone
22 Giugno I9I8 - Condizioni ad un dipresso invariate - Accusa cefalea continua però sopportabile.
30 Giugno I9I8 - Da ieri presenta perturbazioni della coscienza con confusione, depressione sentimentale - Da tempo a letto.
I0 Luglio I9I8 - Tratto, tratto ha transitori offuscamenti della coscienza con rappresentazioni allucinatorie visive. Così ieri sera affermava che sulle pareti della sua cameretta vide distintamente i genitori e sorelle che irridevano al suo stato - Parlando con un compagno accennò che si sarebbe impiccato - Viene tenuto a letto in osservazione e debitamente sorvegliato giorno e notte. Si nutre - fisico buono

6 Ottobre I9I8 - Più tranquillo e schiarito di mente - non é più andato soggetto a disturbi sensoriali né offuscamenti di coscienza- Facoltà psichiche più elevate decadute.
Fisico buono.

RACCONIGI li I8 Novembre I935 XIV°

IL DIRETTORE
(Dott. E. Rizzatti)

Esempio di copia, effettuata a distanza di anni, della tabella clinica di un militare ricoverato.



33° Reggimento Fanteria

Uff. Comando Deposito

N. 6414 Protocollo

Risposta al foglio

del ..... n. .....

Divisione .....

= OGGETTO =

Ricovero per traduzione di militare in attesa di giudizio.

MANICOMIO PROV.LE DI CUNEO
9 - 5
N° 3766 DEL PROT.O GL
1918. 19 Maggio
IN RACCONIGI

Carte annesse N. .....

Alla Direzione Manicomio

Racconigi

Cuneo, addì 18 maggio 1918

In esito ad analoga richiesta del Tribunale Militare di Alessandria, sede temporanea Cuneo, si è disposta la traduzione a codesto Manicomio del soldato [redacted] Pietro di Carlo soldato in questo Deposito. Detto militare il giorno 21 aprile durante l'istruzione secondaria alle truppe della Compagnia cui apparteneva, in circostanze non meritevoli di rilievo, motivava ripetuti richiami per parte del sottufficiale addetto a tale istruzione, sergente [redacted] Attilio. Comandato d'entrare in prigione si rifiutava di obbedire e a mano armata si slanciava contro il sottufficiale, ~~da lui~~ trattenuto in tempo da altri militari.

Fatto perciò entrare alla prigione a disposizione del Tribunale cui era stato per ciò deferito, la sera stessa del 21 aprile veniva fatto ricoverare all'Ospedale di Riserva di Cuneo per accertamenti di epilessia.

Dimesso da tale Ospedale la sera del 27 aprile, a cagione di negligenza dell'incaricato a ritirarlo, anzichè rientrare alle prigioni si recò in Compagnia ove circa un'ora dopo il silenzio entrava nella camerata in cui dormiva il sergente [redacted], e provvedutosi di un fucile percuoteva con questo il sottufficiale cogliendolo nel sonno, recandogli diverse ferite e ferendo altri tre militari che si erano accinti a disarmarlo. Per tale nuovo reato di omicidio

Esempio di nota di trasferimento presso la struttura di un militare in attesa di giudizio.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE =======SAVIGLIANO ========

ALLA DIREZIONE DEL MANICOMIO PROVINCIALE

R A C C O N I G I

SI TRASFERISCE A CODESTO MANICOMIO IL CAPORALE

[illegible] MICHELE

DEL 74°REGG.FANT.,AFFETTO DA EPILESSIA,IL QUALE IN QUESTI ULTIMI GIORNI HA DATO SEGNI DI ALIENA= ZIONE MENTALE,RENDENDOSI PERICOLOSO A SE'E AGLI ALTRI.

SAVIGLIANO = 4 DICEMBRE = 1919

TEN. COLONNELLO MEDICO DIRETTORE
([illegible] NICOLAO)

OSPEDALE MILITARE DI SAVIGLIANO • DIREZIONE •

Altro esempio di nota di trasferimento presso la struttura di un militare già ricoverato in altro ospedale.

Un tipo di documentazione estremamente interessante è la corrispondenza epistolare. Fabio Milazzo, all'interno del suo saggio sull'ex manicomio, ha dedicato particolare attenzione proprio a questo aspetto[38]. Tuttavia è doveroso segnalare che, consultando le missive, non si riescono ad ottenere informazioni aggiuntive circa il paziente o sui trattamenti da esso ricevuti che non siano già presenti all'interno della documentazione clinica ufficiale. La stragrande maggioranza del materiale epistolare, infatti, è costituito dagli scritti, in italiano spesso zoppicante, inviati dai familiari più prossimi – quasi sempre la madre o il padre, più di rado le mogli o i fratelli – che richiedono informazioni sul proprio congiunto. Altre volte, invece, queste lettere sono scritte con l'intento di ottenere «permessi, implorare dimissioni o trasferimenti»[39]. Nel caso in cui il direttore decida di rispondere – ed è possibile testimoniare l'avvenuta risposta grazie alla minuta presente all'interno del fascicolo – le informazioni che vengono divulgate sono sempre parziali, limitate soprattutto alla rassicurazione dei familiari in apprensione, fornendo poche ed essenziali notizie sul degente. Sono rarissimi, invece, i casi in cui si dispone di una lettera vergata direttamente dall'internato. Quando presente, però, anche in questi casi, esse forniscono poche o nulle indicazioni circa il proprio trattamento o sulle condizioni generali del manicomio. L'interesse è soprattutto rivolto ad ottenere informazioni riguardanti genitori, moglie e figli e quasi tutte si concludono rassicurando, per quanto possibile, sul proprio stato di salute. Scritti di altro tipo, invece, venivano sistematicamente intercettati e bloccati dalla censura, sempre vigile. «Nei pochi biglietti superstiti [autografi, non spediti] si coglie soprattutto il desiderio di libertà, la voglia di abbandonare il manicomio e la guerra e, per rovescio, il dolore tragico causato dal non poterlo fare»[40].

In conclusione, l'archivio storico fornisce una documentazione abbastanza varia, estremamente utile per ricostruire, almeno per sommi capi, la situazione del manicomio e dei singoli pazienti. Nondimeno, la reticenza dei medici e la variabile trascuratezza al momento della compilazione della documentazione più rilevante, non permettono un adeguato approfondimento – storico oltreché medico – capace di soddisfare pienamente tutti gli interrogativi e le possibili curiosità degli studiosi.

[38] Cfr. F. Milazzo, *Una guerra di nervi*, *op. cit*., pp. 204-220.
[39] Ivi, p. 217.
[40] Ivi, p. 218.

2.3. I sintomi e le diagnosi

Come già evidenziato in precedenza, tra il 1915 e il 1920 il manicomio di Racconigi ha ospitato al suo interno, oltre a diverse centinaia di pazienti civili, anche circa 600 soldati. Sebbene i sintomi presentati da questi ultimi fossero riconducibili ad un numero tutto sommato ristretto di varianti, le patologie diagnosticate dai medici del frenocomio furono al contrario molto varie. Analizzando le cartelle cliniche si evince che per circa 600 soldati vennero adottate 18 diverse tipologie di diagnosi[41] (19 se si considera anche la dicitura «Non riconosciuto alienato»).

Date le numerose cause individuali, da riferirsi esclusivamente al singolo paziente, che hanno portato a formulazioni di diagnosi molto diverse per fenomeni sintomatici tutto sommato simili, nei prossimi sottocapitoli si è preferito avvalersi più dei sintomi che delle diagnosi per classificare, suddividere e analizzare le cartelle cliniche. Difatti, proprio a causa delle restrizioni poste dal Comando Generale italiano e dalla reticenza dei singoli psichiatri a formulare diagnosi mirate che responsabilizzassero prioritariamente l'evento bellico per l'insorgenza di tali disturbi mentali, spesso le terminologie adottate per designare le patologie sofferte dagli internati sono vaghe e prive di un preciso richiamo al contesto bellico. Solo in un paio di casi – che si potrebbero definire più unici che rari – all'interno della struttura racconigese si è riconosciuta la patologia dei relativi ricoverati come effettivamente conseguente a cause di servizio, procedendo dunque a riformare il combattente e riconoscerlo beneficiario di una pensione d'invalidità.

[41] Dove presenti. Sono infatti numerosi i pazienti che lasciano la struttura senza una precisa e definitiva diagnosi finale.

Diagnosi degli alienati militari	**Anno *(dal 1° Luglio al 30 Giugno)***				
	1914-1915 Ricoverati 6	**1915-1916** Ricoverati 39	**1916-1917** Ricoverati 103	**1917-1918** Ricoverati 269	**1918-1919** Ricoverati 148
Alienazione mentale *(Nevrastenia)*			2	2	5
Amenza				1	1
Arresto psicomotorio *(Da trauma e non)*			2	30	2
Degenerazione			1	3	8
Delirio paranoideo			1	1	4
Delirio sensoriale		2	2	3	5
Demenza precoce	1	3	4	6	13
Demenza senile	1	1		3	
Eccitamento psicomotorio *(Da trauma e non)*		1	3	6	2
Esaltamento maniaco *(Stato maniacale)*		4	7	25	5
Frenosi alcoolica		1		2	2
Frenosi epilettica			5	10	11
Frenosi maniaco-depressiva			2	8	2
Lipemania			2	9	7
Psicosi			2		
Stato confusionale *(Con o senza allucinazioni)*	1	18	33	81	37
Stato depressivo *(Con o senza deliri)*		5	23	58	27
Stato ipocondriaco			3	6	
Non riconosciuto alienato	3	4	11	15	17

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917;* ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920*.

2.3.1. Nostalgici e malinconici

Come evidenziato nel capitolo 1.1. un combattente al fronte può spesso rischiare di soffrire di Nostalgia. La lontananza dagli affetti familiari, dai luoghi conosciuti, dalle proprie attività quotidiane, di lavoro o di svago, sono tutti fattori potenzialmente determinanti per l'insorgenza di tale patologia, tutto sommato lieve, ma che può degenerare a tal punto da divenire depressione. La depressione è infatti, oggi, riconosciuta a tutti gli effetti come un disturbo mentale, capace di alterare profondamente l'equilibrio psicofisico del paziente, portandolo sovente alla considerazione di pensieri efferati, liberatori, catartici, quali ad esempio il suicidio o l'omicidio. Manifestandosi inizialmente tramite la forma dell'isolamento dell'individuo, non più volenteroso di provare piacere, condividere momenti in compagnia e dimostrando una generale perdita d'interesse verso qualsivoglia attività, se cronicizzata, la depressione può condurre a esiti assai tragici e spesse volte cruenti.

Nei casi meno gravi, i sintomi tipici sono quelli presentati, ad esempio, dal soldato Luigi C., classe 1893, entrato a Racconigi accompagnato dal certificato medico redatto nell'ospedale militare principale di Savigliano che lo descrive come «melanconico, taciturno e sitofobo. Il medesimo presenta attualmente disturbi psicopatici, caratterizzati essenzialmente da profonda depressione sentimentale, fenomeni d'arresto psichico, attitudine negativistica»[42]. Viene ricoverato poiché considerato un «individuo pericoloso a sé ed agli altri»[43]. Durante la degenza in manicomio «si mantiene ostinatamente mutacista, rifiuta il cibo»[44]. Ammesso nella struttura manicomiale a fine marzo 1918, viene ufficialmente dimesso poco più che un mese e mezzo dopo, il 13 maggio, come «Guarito».

È bene ricordare di nuovo, fin da subito, che se si analizzano le cartelle cliniche dei militari ricoverati nella struttura racconigese nella speranza di trovare informazioni circa le terapie adottate, si rimane ben presto delusi. In tutti i fascicoli studiati, infatti, non compare mai alcuna indicazione in questo senso. I diari clinici, quando compilati con dedizione e pazienza – e molto rari sono questi casi –, si limitano perlopiù a descrivere molto laconicamente lo stato psicofisico in cui versa il paziente in quel preciso momento. Nella stragrande maggioranza dei casi, però, le informazioni a nostra disposizione sono davvero poche, non in grado di soddisfare pienamente tutti i possibili requisiti posti dal ricercatore.

[42] ASONR, cartella clinica n. 10627.
[43] *Ibidem*.
[44] *Ibidem*.

Altro caso è quello del milite Antonio D., originario di Napoli, il quale ha accusato particolarmente la lontananza da casa, ricevendo la diagnosi di «stato depressivo in soggetto nevropatico»[45]. I dati raccolti nei suoi confronti ci informano di un «intoppo psichico»[46]. Il medesimo presenta un «notevole stato di depressione. Fisonomia con espressione di dolore, facile pianto»[47]. In più il soldato «non pronuncia che qualche parola e con sforzo evidente. Sovente sofferente di veri stati ansiosi»[48]. Decisivo in questo caso l'appunto del medico, il quale specificando che si tratti di «veri stati ansiosi», scongiura la possibilità di una simulazione, frequente invece in altri casi simili. Esattamente come molti altri, Antonio «si nutre con ripugnanza ed è per lo più insonne»[49]. Ricoverato a partire dal 16 ottobre 1917, verso la fine di gennaio un ulteriore appunto all'interno del diario clinico informa del fatto che il soldato «non va soggetto ad allucinazioni, si nutre e dorme regolarmente»[50]. L'ultima annotazione, di appena una settimana dopo, datata 6 febbraio riporta che il paziente «viene dimesso come Guarito»[51].

Il soldato Stefano M., originario di Cicagna (Genova), risulta affetto da «stato depressivo e [poiché sitofobo, anche da] deperimento organico»[52]. Arrivato in manicomio perché «le sue condizioni mentali non sono completamente normali»[53], risulta sofferente per via di «postumi di pleurite, bronchite, contusioni ed abrasioni varie»[54]. Dall'anamnesi risulta che il milite, che presta servizio nell'esercito da circa sei mesi, «non è in grado di dare notizie precise di sé. Informa che i genitori sono viventi. Riferisce di aver sofferto di malattie che non sa ben precisare. Di mestiere contadino»[55]. Già affetto da bradifasia, ad un «notevole grado di deperimento organico e di oligoemia»[56] si affianca una «depressione psichica accentuata con spunti deliranti di disgrazia e di rovina. Notevole astenia»[57]. Tra l'ottobre del 1917 e il febbraio 1918, mentre si trova internato a Racconigi, rimane «per lo più taciturno, solitario, appartato, in atteggiamento di scoramento e di abbandono»[58]. E anche lui «si nutre con ripugnanza»[59]. Viene dimesso come «Migliorato».

---

[45] ASONR, cartella clinica n. 10288.
[46] *Ibidem*.
[47] *Ibidem*.
[48] *Ibidem*.
[49] *Ibidem*.
[50] *Ibidem*.
[51] *Ibidem*.
[52] ASONR, cartella clinica n. 10286.
[53] *Ibidem*.
[54] *Ibidem*.
[55] *Ibidem*.
[56] *Ibidem*.
[57] *Ibidem*.
[58] *Ibidem*.
[59] *Ibidem*.

Tali disturbi potevano altresì presentarsi a seguito del rientro da una licenza, durante la quale il soldato, rivisti i propri cari dopo mesi di lontananza, rifiuti inconsciamente il ritorno alla quotidianità bellica del fronte. È ad esempio il caso del soldato Giuseppe A., classe 1891, originario di Cardè (Cuneo), proveniente «direttamente dal suo paese, dove si trovava in licenza di convalescenza di mesi tre»[60]. Dalla documentazione correlata si evince che in passato il soggetto avesse già usufruito di altre licenze per un totale di cinque mesi e che sia sempre ritornato al fronte con il medesimo stato d'animo. In più «negli ultimi tempi oltre dare segni di pazzia si mostrava anche violento e aggressivo»[61]. Ritenuto «affetto da stato depressivo in soggetto frenastenico […] si mostra taciturno, inerte, passivo, solitario, sempre mesto»[62]. Durante la degenza presso la struttura racconigese, «trascorre le giornate sempre sdraiato sul letto, si nutre scarsamente ed è insonne. Presenta pure insufficiente sviluppo mentale»[63]. Dopo appena due mesi trascorsi in manicomio, viene rilasciato come semplicemente «Migliorato».

Alcune volte può capitare che la disperazione generata dalla nostalgia per i propri familiari sia affiancata anche da fenomeni allucinatori. È il caso di Pietro T., classe 1890, il quale presenta «disturbi psicopatici caratterizzati essenzialmente da marcata depressione sentimentale e stato confusionale allucinatorio»[64]. Infatti «il medesimo trovasi in stato d'angoscia e mantiene un contegno come di persona grandemente accorata e dominata da ansie interne, che non risponde alle domande che gli si rivolgono, domanda solamente di raggiungere il fratello attualmente in Francia»[65]. Entrato in manicomio il 12 marzo 1918 viene rilasciato il 29 aprile dello stesso anno, anch'esso come semplicemente «Migliorato».

Come Pietro, anche Francesco G. è fortemente legato al fratello. Il soldato, classe 1891, originario di Sant'Anastasia (Napoli) fa il suo ingresso a Racconigi il 27 ottobre 1917, accompagnato dal certificato medico compilato presso l'ospedale di San Osvaldo di Udine nel quale si afferma che il soldato «versa in uno stato di eccitamento nervoso e di confusione mentale. Non prende cibo, né bevanda, non risponde alle domande, pronuncia solo la parola: "Totò". I R.R.C.C.[66] informano che non esistono precedenti morbosi o penali né famigliari né personali»[67]. L'assenza di una tara ereditaria viene certificata anche dagli psichiatri a Racconigi. «Di costituzione fisica buona. […] non soffrì malattie importanti»[68] e di mestiere è un macellaio.

[60] ASONR, cartella clinica n. 10614.
[61] *Ibidem*.
[62] *Ibidem*.
[63] *Ibidem*.
[64] ASONR, cartella clinica n. 10610.
[65] *Ibidem*.
[66] Leggasi Reali Carabinieri.
[67] ASONR, cartella clinica n. 10284.
[68] *Ibidem*.

Dalla ricostruzione documentale nei suoi confronti si evince che presta servizio nell'esercito da circa 6 anni ed è stato soggetto a numerosi ricoveri. «Fu ferito nell'ottobre 915 alla guancia da scheggia di granata, una seconda volta nel giugno 916 alla coscia forse da scheggia di granata. Appresso subì avvelenamento da gas asfissiante, che resero necessari due mesi di cura ospitaliera»[69]. A Racconigi, «nei primi mesi di degenza fu sofferente da stato ansioso, attualmente è ancora depresso, con spunti deliranti […] specialmente verso un fratello parimenti sotto le armi [Totò]»[70]. Ad inizio 1918 risulta ancora «solitario, taciturno, sovente inquieto»[71]. Intorno al 20 gennaio, «sempre un po' depresso […] [e] si sente debole, non può respirare bene [poiché] al fronte ha sofferto l'agone dei gas asfissianti. Sonno sereno. Non dolori, né allucinazioni»[72]. Da fine gennaio fino al 15 marzo, giorno delle dimissioni come «Migliorato», il diario clinico risulta privo di annotazioni ulteriori.

Benché giovani, molti soldati internati a Racconigi sono genitori a loro volta. E spesso la lontananza dai propri bambini li induce a stati depressivi molto accentuati, tanto da portare ad un generale debilitamento fisico, a causa del rifiuto del cibo o della carenza di sonno e adeguato riposo. Giorgio M., classe 1894, ligure, fa il suo ingresso nel manicomio nell'estate del 1918, ad appena 24 anni. Giudicato dall'ospedale militare di Savigliano «deficiente affetto da alienazione mentale a tipo melanconico»[73], in manicomio «non si raccoglie nulla dall'anamnesi perché interrogato non dic[e] null'altro che vuol rivedere i suoi bambini. Trovasi in stato ansioso, *visus melanconicus*: ha crisi di pianto, stato di preoccupazione famigliare, catatonia»[74]. Anche in questo caso scarseggiano ulteriori informazioni, complice sicuramente il fatto che sia stato rilasciato come «Migliorato» dopo nemmeno tre mesi dal suo ingresso, a metà settembre.

Alcune volte, invece, può essere una cattiva notizia giunta da casa a «condurre alla pazzia» i soldati al fronte, oppure a precipitarli ancora di più in uno stato d'animo di totale sconforto, peggiorandone il già precario equilibrio psichico. Tale è il caso di Giovanni C., il più anziano tra i soldati sinora analizzati, classe 1880, originario di Novara. Si presenta a Racconigi con una diagnosi d'entrata di «grave psicosi»[75], formulata dai medici dell'ospedale da campo. «Da qualche tempo si mostra di umore depresso. Se ne sta abitualmente solitario, taciturno, chiuso in sé, […] si nutre poco, ha crisi immotivate di pianto durante le quali esprime idee suicide»[76]. In più,

[69] *Ibidem*.
[70] *Ibidem*.
[71] *Ibidem*.
[72] *Ibidem*.
[73] ASONR, cartella clinica n. 10744.
[74] *Ibidem*.
[75] ASONR, cartella clinica n. 10226.
[76] *Ibidem*.

si legge nel diario clinico, «ad aggravare un tale stato abituale di cose, s'aggiunge ora, come elemento morale, la notizia testé giuntagli che un nipote carissimo è rimasto accecato in seguito a ferita riportata accidentalmente e la vecchia madre si trova gravemente inferma»[77]. Entrato a Racconigi il 12 settembre 1917, viene licenziato appena un mese più tardi, il 30 ottobre e risulta essere «Guarito». Una situazione già tragica, amplificata dal pensiero ossessivo dei parenti lontani. Purtroppo, in questi casi, e non sono pochi, nei quali gli psichiatri non riescono ad evidenziare nel paziente una potenziale minaccia per l'ordine civile, questi ultimi sono costretti a rilasciare in breve tempo lo sventurato, senza potergli garantire un recupero adatto.

Per il soldato Giovanni P., invece, la famiglia non sembra rappresentare un pensiero fisso, persino maniaco, come nei casi precedenti. Al contrario, benché presentandosi in manicomio con una diagnosi di «stato melanconico»[78], essendo «apatico, poco docile, poco rispettoso, per nulla curante delle persone o delle cose, […] taciturno e melanconico»[79], risulta completamente «indifferente al ricordo della famiglia»[80]. Ventenne, celibe, «talora si abbandona ad atti minacciosi verso il personale di servizio; si nutre regolarmente; il sonno è tranquillo»[81]. Rimane in manicomio circa due mesi, poi viene rilasciato come «Migliorato».

Altro esempio è il caso del soldato ventinovenne Secondo M., pisano. Nella dichiarazione medica si legge che, «uscito 3 giorni or sono dall'Ospedale [Militare di Savigliano] per distorsione al piede, non appena rientrato al distaccamento si è chiuso in mutismo completo, piange giorno e notte in continua contemplazione della fotografia della moglie e rifiuta qualsiasi cibo»[82]. Trascorsi solamente dieci giorni dall'ultima rilevazione, l'annotazione sul diario clinico riporta: «attualmente si presenta individuo fisicamente valido, ben nutrito e ben sanguificato»[83], pur continuando a mostrarsi «solitario, taciturno, lento in ogni suo atto»[84]. Perlopiù «mantiene un aspetto come di persona trasognata, sovente piange e teme di essere avvelenato»[85]. Il paziente è infatti «sospetto di simulata alienazione [poiché] il contegno esteriore non è sempre coerente allo stato suo sentimentale, [e] inoltre quando si accorge di non essere sorvegliato prende un certo quale interessamento per l'ambiente»[86]. La specifica documentazione manicomiale, dopo queste considerazioni iniziali, scarseggia. Sappiamo però che l'internato «si

[77] *Ibidem*.
[78] ASONR, cartella clinica n.10582.
[79] *Ibidem*.
[80] *Ibidem*.
[81] *Ibidem*.
[82] ASONR, cartella clinica n. 10590.
[83] *Ibidem*.
[84] *Ibidem*.
[85] *Ibidem*.
[86] *Ibidem*.

è sempre nutrito bene e ha regolarmente preso riposo»[87]. Dopo aver fatto il suo ingresso nella struttura il 27 febbraio 1918, è stato dimesso in via di prova per qualche periodo per poi venire ufficialmente licenziato il 16 luglio dello stesso anno come «Guarito».

Esistono casi in cui i pazienti, benché estremamente docili, non siano in grado di aiutare minimamente il medico al momento dell'anamnesi. Succede in particolar modo con quegli individui caratterizzati da uno stato di stupore catatonico. Chi ne è affetto manifesta un'innaturale rigidità muscolare, una quasi totale immobilità (in determinati casi definibile anche catalessi) e una parziale o totale assenza di risposta a stimoli esterni. È questo il caso del soldato Giuseppe B., classe 1884: pochissime le informazioni nei suoi riguardi che lascia trapelare. Si presenta per lo più «inerte, apatico, chiuso in un mutismo assoluto […] rifiuta i cibi. Le funzioni della vita vegetativa si compiono normalmente. Il sonno è tranquillo»[88]. Ma se fino a qui sembrerebbe assomigliare a numerosi altri casi, alcuni dei quali già citati, le annotazioni che seguono permettono di classificarlo come affetto da catatonia e da melanconia. Infatti il soldato «sta per più ore in piedi immobile nella sua camera»[89] con uno sguardo assente. Apparentemente sembra osservare il vuoto. In ambiente anglofono esiste un termine tecnico apposito per descrivere questo tipo di sguardo perso nel nulla a seguito di un evento traumatico: *thousand-yard stare*[90], traducibile in italiano come «sguardo da mille iarde». Tale espressione è divenuta celebre in ambito militare a seguito del secondo conflitto mondiale, ma risulta perfettamente in linea per spiegare il tipo di sguardo presentato da quest'ultimo soldato. Chiuso nella sua bolla di totale apatia ed insensibilità al mondo che lo circonda, il soldato si isola completamente e sembra osservare qualcosa posto a mille iarde di distanza. Giuseppe entra a Racconigi il 25 novembre 1917. Con il passare del tempo sembra riacquisire un po' di sensibilità ed inizia a sciogliersi pronunciando qualche parola. Viene ufficialmente dimesso il 6 febbraio 1918 come «Guarito».

Molto simile la situazione presentata dal soldato Arturo S., trentunenne, originario di Napoli. Entra con la diagnosi di non meglio specificati «disturbi mentali»[91]. Nella sezione dedicata all'anamnesi il medico riporta che il milite «non parla né risponde alle domande mantenendosi in uno stato d'immobilità ed apatia»[92]. Di buona costituzione fisica, non sembra aver riportato ferite o contusioni, e anche dagli esami viscerali e neurologici non risultano particolari

[87] *Ibidem*.
[88] ASONR, cartella clinica n. 10448.
[89] *Ibidem*.
[90] Più rara l'espressione *two-thousand-yard stare.*
[91] ASONR, cartella clinica n. 10289.
[92] *Ibidem*.

anomalie. A livello cerebrale, invece, presenta un caso di «arresto psichico intenso, con espressione fisionomica stuporosa, depressa, inibizione assoluta della parola; nessuna reazione agli stimoli ambientali»[93]. A distanza di alcuni giorni risulta migliorare parzialmente. L'ultimo appunto prima del rilascio specifica: «lieve risveglio graduale dell'attività psichica: condizioni attuali di rallentamento spiccato»[94]. Dopo appena tre mesi viene licenziato come «Guarito».

Altre volte, invece, i ricoverati sono particolarmente difficili da contenere. È il caso di Costantino C., classe 1881, mediamente più anziano rispetto ad altri suoi commilitoni presenti a Racconigi, originario di Cosenza. Viene giudicato un nevrastenico «affetto da stato di alienazione mentale a tinta malinconica e stato depressivo»[95]. Dopo aver riferito di aver sofferto, in passato, di febbre malarica e sifilide, «presentemente accusa dolori alle gambe, ed al dorso, cefalea, capogiri»[96]. In aggiunta «si rileva uno stato di depressione psichica alternata con stato di eccitamento motorio, crisi di pianto, viso melanconico»[97]. Per questi scatti incontrollati è possibile che il paziente sia stato trattenuto forzatamente a letto tramite l'uso, ad esempio, di corde o di cinghie[98]. I medici inoltre ci informano del fatto che «le reazioni sono alcune esagerate altre torpide, la sensibilità è lievemente esagerata, lingua patinosa [e] meteorismo»[99]. Entrato ad inizio giugno 1918 viene rilasciato a metà ottobre dello stesso anno come «Migliorato».

Nei casi più gravi, uno stato d'animo malinconico, degenerando in depressione, spesso può originare nei pazienti pensieri ossessivi e persino suicidi. Battista A., ad esempio, classe 1891, originario del cuneese, fa il suo ingresso a Racconigi il 9 febbraio 1918 con la diagnosi di «deficienza delle funzioni psichiche»[100]. Poco dopo gli psichiatri ci informano che «il medesimo accusa senso di scoramento continuo, invincibile; incapacità a qualsiasi lavoro, idee coatte

---

[93] *Ibidem*.
[94] *Ibidem*.
[95] ASONR, cartella clinica n. 10729.
[96] *Ibidem*.
[97] *Ibidem*.
[98] Cfr. F. Milazzo, *Una guerra di nervi*, *op. cit*., pp. 93-94. Era volontà del neodirettore Cesare Rossi ridurre drasticamente l'impiego di mezzi coercitivi tradizionali, attraverso un più generale «processo di riorganizzazione della sorveglianza […] [per rendere] più moderno il manicomio e più in linea con lo spirito dei tempi: meno luogo di detenzione e più spazio di cura». Tuttavia, «il primo conflitto mondiale, con le sue emergenze, interruppe in tal senso un'azione volta a rendere il manicomio un istituto più moderno e, per certi versi, meno compromesso con l'immagine terrificante che l'abuso di mezzi coercitivi contribuiva a mantenere». E ancora Cfr. APCN, *Sull'andamento del Manicomio di Racconigi e sullo stato odierno del problema manicomiale nella Provincia di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione e all'Onorevole Consiglio Provinciale 1908-1909*, in Archivio Comunale Provincia di Cuneo (ACP) 1909, Sessione ordinaria, Cuneo, Tipografia provinciale G. Marenco, 1909, p. 174. «Si incontrano nell'applicazione del *no-restraint* ostacoli enormi da superare, rappresentati più precisamente dalla disadattabilità degli ambienti, dalla obbligata promiscuità d'ogni categoria di ricoverati, dall'abitudine inveterata alla repressione e dal cumulo di pregiudizi in proposito. Questi ultimi specialmente non si possono sradicare d'un tratto e solo la tenacia del proposito avrà fra un po' di tempo su di loro ragione».
[99] *Ibidem*.
[100] ASONR, cartella clinica n. 10575.

di suicidio, che molto difficilmente riesce a scacciare»[101]. In manicomio «si mantiene abitualmente d'umore cupo, solitario, taciturno, eccessivamente preoccupato della sua salute, che ritiene seriamente compromessa dopo una ferita riportata al fronte»[102]. Altri documenti presenti all'interno della cartella fanno riferimento allo stato famigliare del degente. Veniamo a conoscenza del fatto che il padre «era dedito alle bibite alcoliche e la vivente madre risulta donna eccentrica»[103]. Anche in questo caso le informazioni scarseggiano, ma la condizione drammatica non sembra migliorare. «La notte la situazione si aggrava, si dice stanco di soffrire e desidera la morte. […] [In più] sente voci che gli predicono una prossima fine»[104]. L'ultima annotazione risale al 23 giugno dello stesso anno, in cui il medico riporta che il paziente si è suicidato, in manicomio, per «impicagione»[105] [*sic*].

Rare volte, invece, il ricovero in manicomio risulta essere particolarmente utile a reinserire l'individuo in società. Adolfo P., coetaneo di Battista ma originario di Camaiore, anch'egli con ossessioni suicide, si trova in manicomio poiché reputato «pericoloso a sé ed agli altri»[106], senza una diagnosi d'entrata precisa. Dalla relazione medica risulta che tempo addietro «ingoiò a scopo suicida capocchie di fiammiferi e che già altra volta aveva cercato di precipitarsi da una finestra»[107]. Si mostra sempre di umore cupo. I disturbi psicopatici sono «caratterizzati essenzialmente da marcata depressione sentimentale, taciturnità, ideazione rallentata a colorito melanconico, tendenze sitofobe e sonno scarso»[108]. Dopo appena due mesi trascorsi in manicomio, viene licenziato definitivamente come «Guarito», anche in questo caso, senza una precisa diagnosi finale.

Più lungo appare invece il tempo impiegato per il recupero del soldato Marco L., milanese, ventunenne. Proviene direttamente dall'ospedale San Osvaldo di Udine con la diagnosi di «psicosi»[109]. Durante la visita medica al momento dell'ingresso «non risponde alle domande ma pronunzia frasi sconnesse, per cui non è possibile raccogliere alcun dato»[110]. Sebbene con un «contegno strano e anomalo»[111], risulta però essere di buona costituzione fisica. L'anamnesi ci informa sulla sua situazione familiare: «nonno paterno suicida, padre nevrastenico»[112]. Con un

[101] *Ibidem*.
[102] *Ibidem*.
[103] *Ibidem*.
[104] *Ibidem*.
[105] *Ibidem*.
[106] ASONR, cartella clinica n. 10605.
[107] *Ibidem*.
[108] *Ibidem*.
[109] ASONR, cartella clinica n. 10280.
[110] *Ibidem*.
[111] *Ibidem*.
[112] *Ibidem*.

po' di sforzo e tanta pazienza il soldato, gradualmente, lascia trasparire qualche informazione circa il suo passato: in particolar modo «riferisce pure di aver sofferto nell'infanzia di febbre tifoidea. Chiamato alle armi nel dicembre 1915, presta servizio al fronte. Di professione fototipista»[113]. A livello organico non presenta particolari anomalie, tuttavia ha sofferto di un «accesso confusionale seguito da tentativo di suicidio»[114]. All'inizio del ricovero risulta essere «scontroso, chiuso, [con] occhi sbarrati e sguardo fisso»[115]. L'ultimo appunto sul diario clinico prima della dimissione, avvenuta dopo quattro mesi, riporta: «abbastanza rischiarato, permane un lieve stato di torpore mentale e di umore tetro. Note evidenti di gracilità mentale»[116]. Il 25 gennaio 1918 viene dimesso ufficialmente come «Guarito».

Se alcune volte l'internamento in manicomio risulta utile al fine di reintrodurre l'ex alienato in società, permettendogli così di tornare alla propria vita quotidiana, moltissime altre volte, invece, il periodo di ricovero non è sufficiente per permettere al degente di guarire completamente. Come si è avuto modo di vedere in precedenza, la nevrosi di guerra non è una patologia temporanea di scarsa importanza, verificabile solo in soggetti predisposti, come molti medici dell'epoca invece sostenevano. Gli strascichi di una tale esperienza al limite dell'umana sopportazione si possono protrarre anche per diversi anni; sovente si cronicizzano. La cartella clinica del soldato Giuseppe G. dimostra esattamente questo fenomeno. Entrato a Racconigi nel maggio 1918, a soli 24 anni, viene rilasciato nell'ottobre del medesimo anno come semplicemente «Migliorato». Dall'anamnesi d'entrata e dal diario clinico veniamo a conoscenza del fatto che Giuseppe, dopo aver riportato una ferita all'alluce destro, è entrato in «un periodo di forte depressione durante il quale presentavasi poco socievole, disorientato e poco ordinato»[117]. Successe un periodo di circa venti giorni di «relativa calma e benessere. Sino a quando, dopo aver ricevuto una lettera da casa in cui lo si informava della malattia di un suo bambino, «si commoveva e piangeva»[118]. Pochi giorni dopo, preso dalla disperazione, in un momento di trance, «improvvisamente vero le ore 23, eludendo la custodia del personale, cercava di appiccarsi. Fu a tempo soccorso e salvato. Interrogato dopo un po', lo stesso G. rispondeva di non saper rendersi conto dell'atto assurdo e violento al quale si era prima abbandonato»[119]. Per il resto del periodo di degenza in manicomio la situazione non sembra peggiorare, e questo è visto dagli psichiatri come indice di guarigione. Si mantiene calmo, apatico e taciturno, ma in

[113] *Ibidem*.
[114] *Ibidem*.
[115] *Ibidem*.
[116] *Ibidem*.
[117] ASONR, cartella clinica n. 10708.
[118] *Ibidem*.
[119] *Ibidem*.

compenso si nutre e dorme regolarmente. Dopo cinque mesi viene licenziato e, apparentemente, sembra che la sua storia clinica sia terminata. Se non fosse che, scorrendo tra gli altri documenti presenti all'interno della cartella, si può trovare un documento datato 17 dicembre 1926, nel quale il tribunale di Torino chiede all'allora direttore del manicomio di confermare se, otto anni prima, nel 1918, tale Giuseppe G. sia stato degente della struttura. Tale richiesta nasce dal fatto che l'ex alienato, attualmente detenuto nelle carceri di Torino, sia «imputato di mancato uxoricidio»[120]. Pare infatti che Giuseppe, trovatosi di nuovo in un momento di disperazione, quasi inconsapevolmente abbia provato a uccidere la moglie, pentendosi subito dopo e ammettendo il fatto senza trovare giustificazioni razionali: quasi la stessa scena verificatasi in manicomio otto anni prima, questa volta però proiettata violentemente verso una terza persona. Purtroppo la cartella clinica non fornisce ulteriori informazioni, impedendoci di ricostruire come sia proseguita la vicenda giudiziaria e la sua vita al di fuori del manicomio.

Tra i vari casi di decessi registratisi tra i pazienti, particolarmente tragica risulta la vicenda del soldato Lorenzo G., trentatreenne e coniugato con figli. Proveniente dal manicomio di Verona, il 10 marzo 1918 viene traferito a quello di Racconigi, probabilmente per allentare la pressione sulle strutture sanitarie più prossime alla linea del fronte e suddividere tra gli altri frenocomi il lavoro d'internamento degli alienati. La diagnosi da Verona afferma: «stato confusionale da esaurimento cronico»[121]. Veniamo informati del fatto che sia stato ricoverato «perché torpido, ottuso, confuso, depresso»[122]. Era già stato ricoverato nel medesimo manicomio l'anno precedente poiché affetto da meningite cerebro-spinale»[123]. Durante il secondo periodo d'internamento, «oltre ad alterazioni nervose quali midriasi, torpore pupillare, lieve paralisi dell'ipoglosso sinistro, e fenomeni d'irritazione delle vie piramidali, fu sempre confuso nelle idee, ottuso di mente, depresso ed emotivo»[124]. Tuttavia, negli ultimi periodi trascorsi a Verona risulta alquanto migliorato e fisicamente in discrete condizioni. Sembra dunque sia finalmente sulla via di guarigione ed è accompagnato da aspettative positive. Trascorre altri sette mesi in manicomio a Racconigi e le sue condizioni sembrano stabilizzarsi, sino a quando, ad inizio ottobre, l'ultimo appunto sul diario clinico riporta la notizia della morte per broncopolmonite. Un giovane padre di famiglia stroncato dalle pessime condizioni igieniche della struttura.

---

[120] *Ibidem*.
[121] ASONR, cartella clinica n. 10604.
[122] *Ibidem*.
[123] *Ibidem*.
[124] *Ibidem*.

Seguono, adesso, due esempi di soldati con una vicenda quasi più unica che rara per quanto riguarda gli internati del manicomio di Racconigi. Il primo caso riguarda il milite Luigi V., originario di Bra, appena ventenne, classe 1899, quando a fine novembre 1919 fa il suo ingresso nella struttura. Risulta già ricoverato da circa sei mesi nel manicomio provinciale di Verona. L'anamnesi lo presenta come geneticamente predisposto, in quanto, come afferma la madre del ragazzo, suo zio fu ammalato di mente. Mostra sintomi tra loro molto vari. Risulta «deperito ed oligoemico. Ha modico grado di tachicardia. Parla con voce fioca […] psichicamente è disorientato, confuso, quasi completamente inconsapevole. Poco accessibile, risponde a stento alle domande, e vi risponde in modo assai confuso»[125]. Benché di buona costituzione fisica appare un po' pallido. All'esame psichico risulta avere «un'espressione fisionomica indifferente; contegno negativistico; percezione lenta; immagini confuse; attenzione nulla; coscienza ottusa; ideazione lenta; tono sentimentale depresso; sentimenti affettivi, morali religiosi ottusi; emotività assente […] sonno sufficiente»[126]. Grazie alla cessata situazione d'emergenza dovuta alla conclusione della guerra, i medici riescono a compilare il diario clinico con maggiore dedizione, permettendo a noi oggi di ricostruire in modo più accurato il percorso in manicomio svolto dal soldato. All'inizio appare «tranquillo, ma immobile, silenzioso, passivo, con atteggiamenti di smarrimento […] sguardo vuoto»[127]. Successivamente pare che «l'arresto psicomotorio accenni a risolversi; è meno immobile, ma sempre silenzioso ed abulico»[128]. A distanza di quattro mesi si assiste ad un «improvviso risveglio con eccitamento ed impulsività immotivata; accenno a fatue idee persecutorie, ad influenze magnetiche ed elettriche da parte del governo»[129]. Dati i pochi successi ottenuti in un così lungo e anormale – per gli standard dei ricoverati militari – periodo di degenza, un appunto specifica che «data la natura ed il perdurare dello stato morboso, si giudica il V. non ulteriore atto a prestare servizio sotto le armi»[130]. Viene definitivamente rilasciato nel gennaio 1920 come «Migliorato», ma beneficiario di una pensione d'invalidità, ignorando quasi completamente la situazione familiare potenzialmente predisponente, a differenza di numerosi suoi commilitoni che l'hanno preceduto.

È interessante notare il fatto, però, che per assistere ad un caso di riforma di un militare per «infermità dovuta a cause di servizio dipendenti dalla guerra»[131], bisogna aspettare la conclusione delle ostilità.

---

[125] ASONR, cartella clinica n. 11331.
[126] *Ibidem*.
[127] *Ibidem*.
[128] *Ibidem*.
[129] *Ibidem*.
[130] *Ibidem*.
[131] *Ibidem.*

Il secondo caso eccezionale è quello che riguarda il soldato austriaco Franck M., prigioniero di guerra proveniente dall'ospedale di riserva di Cuneo. Ha trascorso in manicomio appena un mese e mezzo ad inizio del 1918, ma di lui sappiamo che «da più giorni è in preda ad un mutismo assoluto: fugge i compagni e sovente piange senza motivo alcuno: non sempre obbedisce agli ordini che gli si impartiscono»[132]. Giunto in manicomio «passa delle intiere giornate rannicchiato a letto sotto le coperte. Passa le notti insonni. Si nutre regolarmente. Le funzioni della vita vegetativa si compiono normalmente»[133]. Data la situazione straordinaria, riferendosi appunto ad un prigioniero di guerra, e il periodo così limitato di ricovero, le informazioni nei suoi confronti sono davvero esigue. Sappiamo ancora che il 5 marzo viene ufficialmente dimesso come «Guarito». Il suo caso, però, può essere inscritto all'interno di numerosi altri che avevano come soggetto i prigionieri di guerra dei vari eserciti. Questi soldati, infatti, sovente sviluppavano delle isterie o nevrastenie dovute, oltre all'effettiva situazione di tensione ed ansia in cui vivevano quotidianamente, anche soprattutto al pensiero del proprio ritorno in patria e all'accoglienza che sarebbe stata loro riservata. Sarebbero stati acclamati come degli eroi sfortunati, caduti nelle mani del nemico mentre erano intenti ad eseguire il loro dovere, oppure degli inetti, disertori, vili traditori che, nel momento di difficoltà massima, invece che sacrificarsi per la propria nazione, si sono arresi all'avanzata travolgente nemica, incapaci di ostacolarla a dovere?[134] Questo pensiero, divenuto col tempo ossessivo, poteva portare i soldati prigionieri alla perdita del proprio equilibrio psichico, contribuendo ad alimentare, in un circolo vizioso, quell'ansia e quel terrore già largamente debilitante.

> Tormentati e divisi tra il rifiuto del campo [di prigionia], che è rifiuto della propria personale sconfitta, della loro cattura, e il desiderio di viverci nel miglior modo possibile malgrado le sventurate circostanze in cui si trovano, i prigionieri cadono in uno stato di "umor nero" – così lo definiscono –, che per alcuni si trasforma, con il passare del tempo, in vera e propria "psicosi da reticolato": un rifiuto della reclusione che progressivamente ingenera una tale malattia psichica dovuta alla separazione dal mondo della libertà, della patria, della famiglia[135].

Analizzando le diverse cartelle cliniche ci si renderà conto di come nella stragrande maggioranza dei casi gli psichiatri scelgano scientemente di non fare riferimento alcuno alla guerra. Altrimenti, se presente il richiamo all'evento bellico questo verrà trattato solo dal punto di vista per così dire somatico, ossia se esso sia stato in grado di coinvolgere il corpo del soldato – ad esempio attraverso l'indicazione di ferite, contusioni o abrasioni riportate – mai, invece,

[132] ASONR, cartella clinica n. 10545.
[133] *Ibidem*.
[134] Cfr. A proposito dei prigionieri di guerra italiani e dell'accoglienza riservata al momento del loro rientro in patria, si veda M. Mondini, *op. cit*., pp. 286-314.
[135] A. Becker, S. Audoin-Rouzeau, *op. cit*., p. 71.

facendo riferimento al possibile trauma emotivo, attraverso un approccio puramente psichico. Questo ricalca ovviamente la *forma mentis* della maggioranza degli psichiatri europei dell'epoca; in questo senso, i medici di Racconigi non rappresentano un'eccezione alla norma. Proprio per questo, nel tentativo di tenere fuori il più possibile la guerra come potenziale causa primaria per l'insorgenza di disturbi mentali, le scelte terapiche ricalcano quelle già abbondantemente sperimentate nella psichiatria civile. In particolar modo, confrontando i diari clinici civili dello stesso periodo – quest'ultimi, al contrario di quelli militari, meglio curati e più ricchi d'informazioni – sarà possibile ritrovare informazioni circa le terapie adottate. Sappiamo ad esempio che una pratica già in atto all'interno della struttura racconigese per trattare pazienti depressi, spaesati, confusi o storditi (molti affini a livello sintomatico ai soldati melanconici e catatonici) fosse quella del cosiddetto «trattamento morale», consistente in idroterapia che, nei casi più gravi ed ostinati, poteva diventare elettroterapia[136].

Per «trattamento morale» s'intendono tutta una serie di disposizioni prese dagli psichiatri atte a reintrodurre l'alienato in società attraverso una strenua opera di convincimento del paziente. Tali pratiche erano adottate soprattutto con i pazienti reputati isterici: una patologia, l'isteria, tradizionalmente associata al genere femminile, il cosiddetto "sesso debole", reputato non in grado di controllare i propri nervi e mantenere la ragione durante situazioni particolarmente angoscianti o stressanti. Come sottolinea Milazzo:

> questo aspetto, durante la guerra, assunse un valore particolare perché si legò all'isterizzazione sempre più marcata dei sintomi lamentati dai soldati, un modo per mettere in relazione la nevrosi con un "difetto di volontà" e una debolezza caratteriale tipica di soggetti poco virili. La "svolta isterica", già constata dalla storiografia anglo-americana che si è interessata all'argomento, in Italia è dunque presente in forma più sotterranea e veicolata attraverso l'utilizzo di categorie diagnostiche che riguardano, innanzitutto, l'universo femminile. I soldati, al pari delle isteriche, apparivano confusi, eccitabili, deboli e dunque, facilmente suggestionabili[137].

Il presunto «difetto di volontà» del soldato è il punto cardine della questione. Se un soldato si commuove senza un motivo valido, presenta *visus melanconicus*, si chiude in se stesso, rifiuta il cibo, non parla – oppure, all'opposto, delira senza fornire informazioni sicure sul proprio conto – il tutto è visto come una mancanza di forza di volontà, un effeminamento del soldato, una perdita della propria carica virile. L'unico modo, quindi, per condurre il soldato di nuovo alla ragione è quello di fargli prendere coscienza dello stato in cui versa. Fargli comprendere che si trova in quella situazione non per cause oggettive esterne, ma unicamente per ragioni individuali. Fargli capire che non è stato in grado di affrontare nel modo corretto le difficoltà e

[136] Cfr. F. Milazzo, *Una guerra di nervi*, *op. cit.*, pp. 114-117.
[137] Ivi, p. 115.

convincerlo del fatto che l'unico responsabile sia solo ed esclusivamente lui stesso. La responsabilità del disturbo, di nuovo, viene traslata dall'evento esterno alla risposta personale del soggetto. Si direbbe: "se ora sei isterico, è solo colpa tua". Adesso sta allo psichiatra ricondurre il paziente disperso sulla retta via, convincendolo del fatto che la salvazione definitiva può arrivare unicamente dal soldato stesso. Un modo di agire perfettamente concordante con la linea degli psichiatri cosiddetti «moralisti», dei quali si è già detto in precedenza.

L'idroterapia, pratica medica con origini risalenti all'antichità, consiste nel trattare il corpo del paziente attraverso l'utilizzo dell'acqua. Il potere curante, però, non è da ricercarsi nell'acqua in sé, ma negli stimoli[138] a cui questa può condurre il corpo umano. Questa terapia serve infatti a rilassare o eccitare il paziente, a seconda dei contesti, contribuendo a ridurre stress o ansia, rivitalizzando un sistema nervoso confuso o assopito. Tuttavia, benché questa pratica venga tutt'oggi utilizzata, rappresenta un trattamento debole, ossia in grado di incidere solo parzialmente sulla psiche del paziente, in particolar modo se si tratta di un soldato traumatizzato. Per tale motivo, quindi, a questa terapia debole, veniva affiancata una terapia al contrario molto invasiva, oggi non più adottata: l'elettroterapia. Questa pratica, adottata inizialmente in conclusione del XIX secolo, acquisì grande popolarità proprio a seguito della prima guerra mondiale, quando risultò essere la terapia prediletta da numerosi psichiatri europei. Tra i più celebri si devono necessariamente ricordare il dottor Fritz Kaufmann, tedesco, il dottor Lewis Yealland[139], britannico, e il dottor Jules Dejerine, francese. Terapia shock, mediante l'utilizzo di corrente elettrica, da non confondere con l'elettroshock[140], apparentemente molto simili. L'elettroshock fu, infatti, una scoperta tutta italiana, ad opera dello psichiatra Ugo Cerletti e del suo assistente Lucio Bini[141]. La terapia elettrica sperimentata durante la prima guerra mondiale consisteva in semplici scariche elettriche applicate, tramite l'utilizzo di appositi elettrodi, a specifiche parti del corpo, ossia a quelle parti da dover "risvegliare". Tale pratica poteva coinvolgere la gola e le corde vocali, in caso di mutismo; le braccia o le gambe, in caso di tremori; e persino i genitali, nei casi in cui il paziente si dimostrasse eccessivamente effeminato e si

[138] Stimoli termici, grazie all'utilizzo di acqua calda alternata ad acqua fredda. Stimoli meccanici, attraverso l'attrito generato dal passaggio dell'acqua sulla pelle, che risulterà alla base del funzionamento dell'idromassaggio. Stimoli chimici, se all'acqua vengono aggiunti preparati e sostanze chimiche in grado di influenzare l'apparato psichico.
[139] Cfr. Stefanie Caroline Linden, Edgar Jones, *"Shell shock" Revisited: An Examination of the Case Records of the National Hospital in London*, in «*Medical History*», Vol. 58, Issue 4, Cambridge University Press, 2014, pp. 519-545.
[140] O più precisamente terapia elettroconvulsivante (TEC).
[141] Cfr. V. Babini, *op. cit*., pp. 104-114.

ritenesse quindi necessario risvegliare in lui la virilità[142]. Il tutto accompagnato da un monologo[143] incessante del terapeuta rivolto al soldato, a fini motivazionali, affinché il paziente fosse preparato a quanto stava per accadergli e potesse reagire nel modo migliore, facilitando il lavoro del medico[144].

Una vignetta satirica austriaca intitolata «*Kaufmann-Kur*».

[142] Cfr. Collettivo Antipsichiatrico Antonin Artaud (a cura di), *Elettroshock. La storia delle terapie elettroconvulsive e i racconti di chi le ha vissute,* Sensibili alle foglie, Roma, 2014.
E anche https://www.labottegadelbarbieri.org/la-grande-guerra-1914-1918-elettrica/. «L'elettroshock, ossia quel "trattamento psichiatrico con il quale viene applicata alla testa del paziente una corrente elettrica che, passando attraverso il cervello, produce una convulsione generalizzata", è stato notoriamente ideato, sperimentato e introdotto ad opera di Ugo Cerletti e Lucio Bini nel 1938, tanto da essere celebrato dalla propaganda del regime fascista come invenzione "italianissima". Per cui, è improprio e anacronistico definire come elettroshock l'accertato utilizzo "terapeutico" di correnti elettriche su parti diverse del corpo, così come avvenuto durante la prima guerra mondiale nei confronti di un certo numero di soldati appartenenti agli eserciti austriaco, tedesco, britannico, francese e italiano, per il trattamento delle nevrosi di guerra, oltre che per smascherare presunti "simulatori", ossia di soldati che cercavano scampo alla morte in trincea "facendo i matti". Anche questa "guerra nella guerra" tra "simulatori" e alienisti (simile a quella che abbiamo visto ingaggiarsi con gli autolesionisti), costituisce un capitolo di straordinaria importanza nella storia del conflitto. I compiti disciplinari si intrecciano con quelli terapeutici e li sopravanzano. Per i medici infatti non si tratta solo di "scoprire che un tale è un simulatore: il medico ha un compito più nobile, deve restituire all'esercito un soldato, alla patria un cittadino". E, a tal fine, il ricorso all'impiego di correnti faradiche o "correnti sinusoidali di gran forza" – secondo le teorie di F. Kaufmann – applicate a varie parti del corpo (arti, collo, gola, genitali) diventa pratica largamente diffusa».
[143] Cfr. H. Binneveld, *op. cit.,* pp. 111-114.
[144] Cfr. Ivi, pp. 107-116. «In Kaufamnn's own words the essence of the therapy consisted of the use of powerful alternating current with the aid of ample verbal suggestion. It was important that the patient be psychologically prepared for what was to come. […] The methods used by Yealland were not very different from those used by Kaufmann. One might simply add that the German realized more clearly than the Englishman that this method was actually only suitable in a wartime situation, a period when the rights of the patient do not count for much».

Altra questione l'elettroshock, brevettato in Italia nel 1938. In questo caso, «la cura – questo il senso della scoperta – non consisteva nell'elettricità, ma nella violenta crisi epilettica scatenata»[145]. Essa fu impiegata durante tutto il secondo conflitto mondiale in aggiunta, o più spesso in alternativa, ad altre terapie shock, quali ad esempio l'insulinoterapia, una terapia estremamente invasiva e pericolosa, oggi abbandonata, che consisteva nell'indurre un coma controllato, somministrando al paziente dosi elevate d'insulina.

Sappiamo dell'esistenza di altre possibilità terapeutiche adottate dagli psichiatri durante il primo conflitto mondiale per trattare soldati affetti da malinconia, insonnia per via di incubi ricorrenti, sitofobia o crisi allucinatorie: ad esempio l'ipnosi, la psicanalisi e l'ergoterapia. Già trattata nel capitolo 1.1., l'ergoterapia consisteva in un approccio fin da subito molto attivo e stimolante nei confronti del soldato nostalgico; tale approccio prevedeva l'impegno del paziente in un'attività lavorativa, affinché quest'ultimo, distogliendo l'attenzione dalla causa del proprio stato d'animo e dal pensiero ossessivo dei propri familiari, riuscisse a recuperare l'equilibrio psicofisico. Tuttavia, a Racconigi, almeno durante il primo conflitto mondiale, non fu possibile applicare questa terapia, data la limitatezza della struttura, il cronico sovraffollamento e la carenza sistematica di personale, non in grado, perciò, di garantire un'adeguata sorveglianza dei pazienti internati. Tale possibilità, però, fu presa in considerazione durante la seconda guerra mondiale, con esiti, come visto nel capitolo 2.1., anche molto positivi.

Delle altre due terapie, l'ipnosi e la psicanalisi, più prossime al pensiero degli psichiatri cosiddetti «analisti», si dirà meglio, in modo più approfondito, nel prossimo sottocapitolo, trattando quei soldati affetti da amnesie totali o parziali, regressioni comportamentali e crisi allucinatorie.

2.3.2. Allucinati e amnesici

Un caso che rappresenta una via di mezzo tra i soldati malinconici appena trattati e i prossimi, sofferenti, tra le altre cose, anche di allucinazioni, è quello di Nicodemo L., originario del catanese, proveniente dall'ospedale San Osvaldo di Udine. Dal certificato medico compilato in Veneto lo si presenta con la diagnosi di psico-astenia. Dall'anamnesi si desume «nulla nel

[145] V. Babini, *op. cit.*, p. 104.

gentilizio [e] nessun precedente morboso degno di nota»[146]: non sembra quindi che il ricoverato presenti caratteri in qualche maniera predisponenti. Tuttavia risulta proveniente a sua volta dal Manicomio di Ancona, nel quale è stato ricoverato per un breve periodo prima di tornare al fronte, risultando pertanto un caso recidivo. Ritornato in prima linea, «accusò i seguenti dolori soggettivi osservati nella breve degenza di quell'ospedale. Vertigini, dolori occasionali alle regioni lombari, c[r]ampiformi, che gli impediscono la deambulazione ed il lavoro»[147]. Nel corso della degenza in manicomio a Racconigi, un appunto riporta che «durante la notte soffre d'insonnia, emette frasi sconnesse e senza senso, gemiti e lamenti»[148]. Pochi giorni dopo «l'ammalato subisce terrori notturni […] [e] si lamenta sempre dei medesimi disturbi»[149]. Da altri esami condotti dopo un po' di tempo risulta «astenico, con idee ipocondriache vivaci. Depressione sentimentale. Espressione fisionomica improntata a profondo abbattimento»[150].

Quello di Nicodemo rappresenta un caso estremamente interessante e vario, capace di condensare in un unico individuo un insieme di sintomi, tanto psichici quanto somatici, caratteristici di una nevrosi di guerra. I dolori crampiformi si alternano a tremori e rigidità muscolari, portando i medici a prediligere un approccio fisioterapeutico per riottenere la piena mobilità fisica. Tuttavia, dall'analisi psichica, il paziente oltre a presentare caratteristiche depressive – riconducibili ad un difetto di volontà – soffre anche di allucinazioni e incubi notturni che gli impediscono un adeguato riposo. Se a Racconigi si fosse preferita la pratica analitica, Nicodemo sarebbe stato trattato attraverso l'ipnosi e la psicanalisi; tuttavia, dato che tale pratica non risulta sia mai stata tentata in questo frenocomio durante quel periodo, Nicodemo sembra, per tanto, il caso ideale da trattare attraverso una terapia shock, quale ad esempio l'elettroterapia. Di nuovo, all'interno della cartella clinica non compaiono riferimenti precisi a tale operazione, ad ogni modo, un appunto all'interno del diario clinico riporta: «scarsa reazione agli stimoli dolorifici»[151], indice del fatto che siano state tentate su di lui delle attività stimolanti al fine di provocargli dolore. Come già evidenziato, infatti, le scosse elettriche venivano impiegate con una doppia finalità, ossia per ottenere miglioramenti tanto a livello somatico quanto psichico, per mezzo del medesimo trattamento. Entrato a Racconigi il 27 ottobre 1917, esce definitivamente il 22 febbraio 1918 come semplicemente «Migliorato». L'ultimo appunto presente sul diario

[146] ASONR, cartella clinica n. 10275.
[147] *Ibidem*.
[148] *Ibidem*.
[149] *Ibidem*.
[150] *Ibidem*.
[151] *Ibidem*.

clinico risale ad inizio gennaio e riporta: «un po' depresso […] e taciturno. Qualche accenno a idee deliranti e ipocondriache, […] si nutre a sufficienza»[152].

Le allucinazioni potevano essere di vario tipo e portare ad esiti molto diversi tra loro. Ad esempio, nel caso di Michele D., teatino, classe 1894, presentato a Racconigi con la diagnosi di «deficienza mentale»[153], le crisi allucinatorie subite lo portano a diventare un'attrazione goliardica per i compagni. Dall'anamnesi risulta che «accusa di cefalea, ed è affetto da certo grado di sordità»[154], probabilmente causata dai forti rumori della prima linea, quali esplosioni di bombe, mine e fucilate. Dalla relazione medica si evince che «talora presentasi taciturno, poco socievole, trascurato nella persona, minaccioso verso quelli che l'avvicinano; talaltra invece, in preda a delirio allucinatorio, invocando la Madonna che lo vuole alpino a cavallo, si abbandona ad una strana allegria, senza motivi alcuni: zuffola, balla, salta e diventa lo zimbello dei compagni»[155]. Rimane a Racconigi per appena due mesi e ne esce come «Migliorato».

Altre volte, invece, i deliri allucinatori potevano avere esiti tutt'altro che goliardici, sprofondando lo sventrato in una spirale di terrore, angoscia e diffidenza cronica verso gli altri. Tale è il caso di Elvio F., quarantunenne quando nel febbraio del 1918 fa il suo ingresso a Racconigi. Il medesimo «diede segni di squilibrio mentale, di cui però non si sono precisati i sintomi»[156]. Ricoverato presso l'Ospedale Militare di Savigliano, «attualmente si presenta continuamente d'umore depresso, taciturno, solitario, in preda a disturbi allucinatorii auditivi, che suscitano idee deliranti di colpa e di ruina»[157]. Per nulla reticente Elvio afferma che «dacché suo padre ha fatto le pratiche pel suo esonero, non ha più avuto un'ora di pace. I compagni lo sfuggono, mormorano al suo indirizzo le più gravi insinuazioni e minacce»[158]. Rimane a Racconigi meno di due mesi e viene licenziato ufficialmente nell'aprile 1918 come «Migliorato».

Oppure si veda il caso di Gottardo V., classe 1883, genovese, entrato con la diagnosi di «paranoia con manifestazioni deliranti di natura persecutoria»[159]. Anche lui degente in manicomio ad inizio 1918, sulla cartella clinica si legge che il soldato «accusa un'infinità di malesseri fisici strani, inesistenti all'esame obbiettivo»[160]. In manicomio delira e «si mantiene sempre d'umore depresso, in preda ad un senso di scoramento che in certi momenti raggiunge il *taedium*

[152] *Ibidem*.
[153] ASONR, cartella clinica n. 10579.
[154] *Ibidem*.
[155] *Ibidem*.
[156] ASONR, cartella clinica n. 10571.
[157] *Ibidem*.
[158] *Ibidem*.
[159] ASONR, cartella clinica n. 10554.
[160] *Ibidem*.

vitae»[161]. Passa le notti insonni, si nutre poco, è agitato ma debole, paranoico ed ipocondriaco. «Ritiene fermamente d'essere preso di mira da persone a lui ignote, viventi fuori dell'Ospedale, che a distanza riescono a nuocergli, avvelenandogli a piccole dosi il sangue, nemici inesorabili che non s'acquieteranno sino a che non l'avranno visto morto»[162]. Dopo appena un mese viene rilasciato come «Guarito».

Alcune volte le allucinazioni elaborate da chi soffre di manie persecutorie possono portare ad esiti alquanto spiacevoli. Come, ad esempio, il caso di Giuseppe P., classe 1899, appena diciannovenne al momento del suo ingresso a Racconigi. Il medesimo, nel cuore della notte, si è presentato «alla porta della caserma armato di fucile e baionetta, in stato di grave esaltamento e come nell'atto di avventarsi contro una pattuglia nemica»[163], terrorizzando i suoi camerati.

O ancora il caso di Vincenzo R. il quale «improvvisamente dava in smanie e brandendo un lungo ed acuminato coltello, abbandonava la caserma e si dava a correre all'impazzata per le vie della città minacciando i passanti»[164].

Violento appare anche Silvio Z., nato a Treppo Carnico in provincia di Udine, il quale ad inizio 1918 non può usufruire della licenza di 50 giorni «trovandosi la sua famiglia in paese invaso dal nemico»[165]. Adesso ha «contegno disordinato, indisciplinato, iperattivo; è sconclusionato con spunti deliranti di natura persecutoria. […] Ha manifestato facile tendenza all'impulso con atti d'aggressività»[166]. Considerato pericoloso e per tanto condotto in manicomio, vi rimane quattro mesi, poi viene rilasciato come «Guarito».

E ancora il caso di Pietro T., nato a Vittorio Veneto nel 1894, il quale a partire dal novembre 1917 «si è fatto muto e poco socievole; è prepotente coi compagni e se non gli danno prontamente quanto domanda si fa minaccioso e passerebbe alle vie di fatto se non ne fosse impedito»[167]. In manicomio «ha il sonno molto agitato e a quando a quando balza dal letto gridando: "Vigliacchi! Vigliacchi!"»[168]. In più riferisce che «vi hanno persone che gli vogliono male»[169].

Molto simile appare la cartella clinica di Giovanni R., napoletano, classe 1892. Entra a Racconigi ad agosto 1917 e ne esce a novembre, appena tre mesi più tardi. È accompagnato, al momento dell'ingresso, da un lungo certificato medico che spiega i motivi per i quali si è richiesto l'internamento. Il soldato, infatti, è accusato di simulazione per diserzione. All'esame

[161] *Ibidem*.
[162] *Ibidem*.
[163] ASONR, cartella clinica n. 10606.
[164] ASONR, cartella clinica n. 10730.
[165] ASONR, cartella clinica n. 10544.
[166] *Ibidem*.
[167] ASONR, cartella clinica n. 10504.
[168] *Ibidem*.
[169] *Ibidem*.

fisico appare tutto nella norma e stabile, si nutre, ben sanguificato, dorme con regolarità; tuttavia «non ha risposto alle varie domande rivoltegli dal sottoscritto [medico dell'ospedale da campo], soltanto ha ripetuto varie volte "ASSASSINI, ASSASSINI."»[170]. Poco oltre, il medico afferma che

> dato il risultato negativo dell'esame obiettivo e tenuto presente i precedenti morali del R. risultanti dal suo foglio matricolare, ritiene che egli abbia simulato un accesso di alienazione mentale per essere riformato ed evitare di essere inviato eventualmente in zona di guerra, pur sapendo che, in caso di eventuale riforma dovrebbe scontare la condanna di due anni di reclusione militare inflittagli per diserzione dal Tribunale Militare di Alessandria il 30 luglio 1917[171].

Il diario clinico riporta che «l'individuo è pericoloso e di difficile custodia e sorveglianza»[172]. Date queste difficoltà nel trattenerlo veniamo a conoscenza di alcune lievi ferite ed abrasioni verificatesi «casualmente, mentre si cercava di ridurre all'impotenza il R. che aveva dato in escandescenze trascendendo a vie di fatto»[173] contro un Caporal Maggiore presente al momento del delirio. Dopo soli due mesi viene rilasciato come «Guarito». Questo permette di non riformarlo, ma di inviarlo direttamente in carcere per scontare i due anni di reclusione per tentata diserzione.

Peculiare è il caso di Antonio B., ventiquattrenne al momento dell'ingresso a Racconigi nel 1918. Sul certificato medico che lo accompagna lo si descrive come «pericoloso a sé ed agli altri»[174], ma senza una diagnosi precisa. Il soldato è confuso, parzialmente amnesico e allucinato. Non riesce a dare informazioni precise sul suo passato, appare quasi in stato catatonico, con sguardo perso ed occhi sbarrati. Di lui si sa, grazie ad altre fonti, che «proviene dalla licenza di convalescenza, non si sa da quale Ospedale, per postumi di ferita d'arma da fuoco riportata in guerra, interessante il frontale destro»[175]. Poco oltre viene ulteriormente specificato che «causa lo stato suo confusionale, non è accessibile all'interrogatorio»[176]. In manicomio, almeno per i primi periodi, non sembra migliorare. Col tempo gli psichiatri riescono però a tracciare un quadro più preciso della sua situazione. Gli appunti riferiscono che «si mantiene in uno stato di lieve irrequietudine passiva, di timidità paurosa, alimentata da disturbi allucinatori visivi a contenuto terrifico»[177]. Infatti il soldato «è continuamente ossessionato dalla visione d'un figuro di

[170] ASONR, cartella clinica n. 10211.
[171] *Ibidem*.
[172] *Ibidem*.
[173] *Ibidem*.
[174] ASONR, cartella clinica n. 10642.
[175] *Ibidem*.
[176] *Ibidem*.
[177] *Ibidem*.

gigantesca statura, dal ceffo ripugnante dalla barba fluente, che col suo aspetto gli incute forte terrore»[178]. Rimane in manicomio per un periodo leggermente più lungo rispetto ad altri suoi commilitoni, dall'aprile al settembre 1918. Rilasciato come «Migliorato», veniamo a sapere che a metà agosto, però, è stato ufficialmente riformato dall'esercito per «confusione allucinatoria con indebolimento mentale»[179], non dipendente da cause di servizio, dunque non beneficiario di alcuna pensione d'invalidità.

Estremamente dettagliato appare invece il diario clinico del Caporal Maggiore Rosario P., venticinquenne, siciliano, originario di Castroreale. Nelle retrovie del fronte «diede segni di squilibrio mentale tantoché fu dovuto isolare e piantonare»[180]. Il medico dell'Ospedale Militare di Riserva di Mondovì osserva che «gli atti da lui commessi che farebbero pensare ad una seria mania di persecuzione stanno ad indicare, se non simulati, un vero stato di alienazione mentale»[181]. Nella sezione dedicata all'anamnesi vengono rintracciate informazioni sul proprio gentilizio: «padre morto sotto un carro per caduta, madre viva, ma sofferente di reumatismi. [In più] afferma che suo zio paterno morì di pazzia ed attualmente una sorella soffre di alienazione mentale»[182]. Insomma, gli estremi per definirlo patologicamente predisposto ci sono tutti. Dall'esame fisico risulta essere stato ferito numerose volte in battaglia, riportando varie cicatrici alle gambe. Al momento dell'ingresso in manicomio risulta malato di bronchite. È interessante soprattutto la descrizione degli atti stravaganti che compie durante il periodo d'internamento: «improvvisamente, di notte, mentre tutta la camerata riposava, scese di letto buttando a terra due scodelle che si trovavano sul tavolino. Interrogato il suddetto sul momento di quell'atto impulsivo rispose frasi sconnesse accennando a pretese persecuzioni da parte dei Carabinieri. Tale idea di persecuzione pare vada accentuandosi giornalmente ed in taluni momenti sembra avere la consistenza d'una vera ossessione»[183]. Dopo questo primo episodio, alcuni giorni dopo, «trovandosi a passeggiare nel cortile dell'Ospedale, vedendo passare nell'attigua stanza un carabiniere, si buttò dal muro per strappargli il cappello che sosteneva essere di sua proprietà»[184]. Le annotazioni non finiscono qui: un'altra volta «scese dalla stanza […] avviluppato nel solo lenzuolo presentandosi in tale stato alla suora di servizio. Stamane alla latrina, senza motivo plausibile, buttava dalla finestra scarpe e guanti colà [sic] si trovava giù in cortile come contro un preteso nemico. Accennò pure a scavalcare la finestra per buttarsi nel sottostante

[178] *Ibidem*.
[179] *Ibidem*.
[180] ASONR, cartella clinica n. 10634.
[181] *Ibidem*.
[182] *Ibidem*.
[183] *Ibidem*.
[184] *Ibidem*.

giardino»[185]. Terminata questa carrellata di aneddoti a tratti goliardici, il medico prosegue annotando le informazioni ricavate dai diversi esami. Il particolar modo, lo psichiatra non sa definire se tali scatti impulsivi siano veri o simulati e pertanto rimane in osservazione ancora per qualche tempo. Poco dopo si viene a conoscenza del fatto che, anni prima, «il Caporal Maggiore P. avrebbe chiesto d'entrare come effettivo nell'Arma dei R.R. Carabinieri e nemmeno era stato accettato perché qualche parente prossimo aveva avuto conti da rendere alla giustizia. Pare che da quel momento il suo temperamento abbia subìto scossa che forse potrebbe costituire il nucleo dell'idea delirante»[186]. Entrato a Racconigi nel marzo 1918, viene licenziato definitivamente ad inizio agosto dello stesso anno, come «Migliorato», specificando come «la malattia non provenga da cause di servizio»[187].

Tra i vari soldati affetti da manie persecutorie è possibile rintracciare il soldato Carlo A., originario di Voghera, classe 1876, quarantenne. È un caso molto peculiare dato il suo tempo di degenza in manicomio. Entrato nell'agosto 1916 viene rilasciato quasi un anno più tardi, nel luglio 1917. Un tempo di permanenza insolitamente lungo. Il diario clinico riporta le informazioni già presenti all'interno del certificato medico compilato al momento del trasferimento in manicomio. Il soldato «presenta sintomi di squilibrio mentale di forma melanconica persecutoria»[188]. Carlo, infatti, «accusava di essere mal visto dai compagni quali sparlavano continuamente di lui, lo deridevano, e gli toglievano sovente oggetti da lui definiti che gli servivano per uso personale (come gavetta, cucchiaio ecc.)»[189]. Questo può essere spiegato se analizzate l'età e il grado del soggetto: un soldato semplice anziano (rispetto alla media dei suoi colleghi di pari grado), e per questo canzonato dai commilitoni più giovani e aitanti. Al fronte, durante la giornata, si nutriva solamente di qualche bicchiere di latte. «In tutti gli interrogatori fatti l'A. finiva sempre con lo scoppiare in pianto»[190]. Dato lo stato mentale alterato, i medici hanno deciso ad inizio 1916 di concedergli una licenza per riposare e rivedere i propri cari, nella speranza che le cose migliorassero. Tuttavia, «ritornato al Battaglione si dovette constatare l'aggravamento del suo stato mentale»[191]. Rimane sempre chiuso in se stesso, passa intere giornate sulla propria branda quando si trova nelle retrovie, non mangia e piange molto spesso. «Interrogato risponde soltanto qualche volta lamentandosi continuamente delle persecuzioni inflitte dai suoi

[185] *Ibidem*.
[186] *Ibidem*.
[187] *Ibidem*.
[188] ASONR, cartella clinica n. 9698.
[189] *Ibidem*.
[190] *Ibidem*.
[191] *Ibidem*.

compagni d'arme»[192], delle quali non riesce ad individuare il motivo. Della sua situazione familiare non si hanno informazioni, data la sua reticenza su questo argomento. In manicomio si mantiene sempre d'umore un po' depresso, ma non risulta pericoloso o bisognoso di trattamenti particolarmente duri. Dorme e mangia con regolarità. Viene rilasciato come semplicemente «Migliorato» e di lui si perdono definitivamente le tracce.

Anch'esso affetto da manie persecutorie, ma al contrario di Carlo per nulla calmo, è Amos A., classe 1890, originario di San Rocco (Lucca). Il soldato è stato ricoverato nell'Ospedale di Cuneo in quanto malato di tubercolosi. Il medesimo proveniva a sua volta da Reclusorio di Vinadio «dove scontava una pena di 14 anni […] per diserzione»[193]. In ospedale ha dato di matto, diventando pericoloso a sé ed agli altri, e per tanto è stato trasferito a Racconigi. Presenta un «grave deperimento organico [e] oligoemia»[194]. Dopo qualche periodo, però, «le condizioni polmonari sono migliorate al punto da ritenersi clinicamente guarito, scomparsa completamente la tosse, l'espettorazione e la febbre»[195]. Al contrario, «le sue condizioni mentali si sono notevolmente aggravate»[196]. Da tranquillo che era ha iniziato dapprima a fare «ragionamenti privi di senso e di logica»[197]. Dopodiché ha manifestato «frequenti periodi di 2 o 3 giorni di agitazione intensa (tanto da richiedere l'uso della camicia di forza) che inizia in modo violento col lanciare contro il personale di servizio e gli altri ammalati, il bicchiere le posate la scodella, e gridando che tutti gli sono diventati nemici e vogliono fargli del male»[198]. Quando è preda di questi attacchi «rifiuta ostinatamente qualunque cibo o bevanda, perché dice che lo si vuole avvelenare; parecchie volte lo si dovette nutrire a mezzo della sonda esofagea attraverso le narici»[199]. Tuttavia, «l'idea della persecuzione è in lui fissa […] anche nei periodi di relativa calma e dice che incominciando dal Direttore fino al piantone tutti gli vogliono male e congiurano contro di lui per fargli del danno, altrimenti a quest'ora egli sarebbe già congedato e si troverebbe già a casa»[200]. Entra a Racconigi nel febbraio 1919. Dati i suoi complessi trascorsi medici, nonché la sua ormai compromessa vicenda giudiziaria, oltreché il fatto che nonostante gli otto mesi di internamento non si sia riscontrato alcun tipo di progresso, nell'ottobre dello stesso anno viene trasferito al Manicomio di Lucca, «appartenendo egli a detta provincia»[201].

---

[192] *Ibidem*.
[193] ASONR, cartella clínica n. 11049.
[194] *Ibidem*.
[195] *Ibidem*.
[196] *Ibidem*.
[197] *Ibidem*.
[198] *Ibidem*.
[199] *Ibidem*.
[200] *Ibidem*.
[201] *Ibidem*.

I due casi che seguono sono a metà strada tra allucinati e amnesici. Il primo è quello del soldato Michele G., classe 1888 originario di Castellanza (Varese), il quale entra a Racconigi per confusione allucinatoria. Il certificato medico specifica che le allucinazioni sono di contenuto terrifico e il paziente soffre di tendenze suicide. Più volte «ha eccessivamente abusato di alcoolici»[202], scagliandosi contro i suoi camerati e rendendosi dunque pericoloso a sé e agli altri. A parte il fatto che sia sposato, non si conosce nulla della sua situazione familiare e personale, specie a livello clinico. Di «aspetto mesto, smarrito e pauroso [è] confuso, disorientato nel tempo, luogo e persone»[203]. Per più volte si è ritrovato «in preda a vivaci allucinazioni»[204]. In particolare afferma che «la gente gli grida che lo vuole morto»[205] e che nel cortile sia tutto pronto per la sua fucilazione. Dorme e mangia saltuariamente. Presenta «tremori diffusi alle mani»[206], non può reggersi in piedi da solo. Dopo appena cinque giorni da queste osservazioni iniziali appare «tranquillo, cosciente, bene orientato. […] Confessa di bere eccessivamente»[207]. Nonostante questo, «le voci continuano a minacciarlo di morte»[208]. I tremori sembrano diminuire e ora può reggersi in piedi, benché non sia ancora in grado di camminare autonomamente. Dopo altri dieci giorni circa «appare assai deperito. La deambulazione è ancora un po' difficoltosa. Attualmente vi è ancora un certo velo di confusione. Le allucinazioni si sono attenuate»[209]. Ora, le annotazioni all'interno del diario clinico non riportano ulteriori informazioni. Tuttavia, sul frontespizio della cartella clinica sono presenti due date d'uscita dalla struttura. La prima, cancellata da una linea rossa, è del 29 settembre 1915, con la dicitura «Guarito»; la seconda è del 2 settembre 1917, con la dicitura «Migliorato». Sembra infatti che Michele, dopo essere stato considerato guarito e quindi rilasciato, abbia fatto una seconda volta ingresso nel manicomio racconigese, tuttavia, di questa seconda esperienza non risulta alcuna informazione. Sempre sul frontespizio, a matita rossa, viene riportata la scritta «Riformato il 1-9-917»[210]. Analizzando altre tipologie documentali all'interno del fascicolo si ritrova anche un foglio ciclostilato datato 7 agosto 1933 in cui si conferma che tra il 1915 e il 1917 il G. sia stato ricoverato presso il Manicomio di Racconigi. I motivi di questa richiesta, avvenuta oltre 16 anni più tardi, e della riforma a seguito del secondo periodo di degenza rimangono sconosciuti.

[202] ASONR, cartella clinica n. 9295.
[203] *Ibidem.*
[204] *Ibidem*.
[205] *Ibidem*.
[206] *Ibidem*.
[207] *Ibidem*.
[208] *Ibidem*.
[209] *Ibidem*.
[210] *Ibidem*.

Il secondo caso, molto simile per certi aspetti, è quello di Bartolomeo M. originario di Boves, classe 1892. Viene ricoverato poiché «affetto da intensa agitazione maniacale e da allucinazioni»[211]. Viene presentato come un alcolizzato dal contegno «irrequieto, clamoroso e disturbatore»[212]. Dev'essere «contenuto per evitare che salta giù dal letto e si facci[a] male»[213]. Soffre anche di tremori. Trascorso qualche giorno anch'egli confessa «d'aver ecceduto col bere»[214] e anche le allucinazioni sembrano venire meno. Ha ricominciato a mangiare e dormire regolarmente. L'ultimo appunto prima del rilascio riporta: «ancora lievemente confuso. Attualmente le allucinazioni non si sono più manifestate. È abbastanza tranquillo e ordinato»[215]. Entrato in manicomio il 5 giugno 1915, viene dimesso appena un mese più tardi, il 18 luglio, come ufficialmente «Guarito».

Un altro caso di alcolizzato conclamato è quello di Francesco Carlo C., data di nascita ignota, ma residente a Mondovì. Entra per la seconda volta a Racconigi il 30 gennaio 1918 e ne esce appena una settimana più tardi, il 6 febbraio. Diario clinico praticamente vuoto, se non per un documento che afferma che il soldato «fu ricoverato al Manicomio di Racconigi per frenosi alcoolica 23 anni or sono, cioè dal 10-10-1894 al 9-3-1895»[216]. Sul frontespizio della cartella clinica, oltre alla dicitura «Non di competenza manicomiale», ritroviamo anche il richiamo al suo fascicolo relativo al primo periodo d'internamento: «numero precedente di Matricola 4067»[217].

Simile sotto certi aspetti, ma molto diverso invece nell'esito è il caso di Giuseppe B., ventinovenne, celibe, originario di Sestri Levante e di professione contadino. Entra a Racconigi il 17 novembre 1915 e ne esce appena un mese più tardi, il 31 dicembre. Il medico dell'ospedale da campo che lo ha visitato prima di richiedere il trasferimento al frenocomio racconigese afferma che «da un Caporale, suo compaesano ho potuto conoscere che il B. è da parecchi anni dedito molto al vino, e che fu già colpito altra volta da squilibrio mentale; in famiglia non esistono malattie mentali ereditarie»[218]. Giuseppe si presenta «in preda a forti disturbi allucinatori con notevoli isterie psicomotorie e confusione mentale»[219]. Appena entrato in struttura «non riconosce né l'ambiente né le persone. Smania e si dibatte nel letto»[220]. Presenta sovente

[211] ASONR, cartella clinica n. 9298.
[212] *Ibidem*.
[213] *Ibidem*.
[214] *Ibidem*.
[215] *Ibidem*.
[216] ASONR, cartella clinica n. 10560.
[217] *Ibidem*.
[218] ASONR, cartella clinica n. 9441.
[219] *Ibidem*.
[220] *Ibidem*.

fisionomia stuporosa e afferma di avere allucinazioni uditive e visive. Parla da solo dicendo di rispondere alle domande che gli vengono poste da questi «esseri immaginari»[221]. Trascorsa una settimana «è assai meno confuso […] [e] comincia ad orientarsi ma prova alquanto difficoltà a raccogliere i ricordi. I disturbi allucinatori sono quasi svaniti del tutto»[222]. Ha ripreso a dormire regolarmente e si nutre a sufficienza. Dopo una ventina di giorni il medico registra un miglioramento continuo e regolare con il paziente che «adesso è del tutto libero da disturbi psicopatici [anche se] non ricorda bene quanto sia successo nei primi giorni del suo ricovero. [Tuttavia] è cosciente di aver attraversato una crisi morbosa»[223]. In ultima analisi, «ammette di aver abusato di vino»[224]. Viene rilasciato definitivamente come «Guarito».

Tra i soldati affetti da una forma di amnesia, un caso estremamente interessante è quello presentato da Luigi V. A causa dello shock subito non riesce a fornire indicazioni di sé. Ignoti appaiono i genitori, il luogo e la data di nascita. Tali informazioni devono essere richieste direttamente all'esercito, il quale però, non è in grado di evadere la richiesta data la situazione di gravissima emergenza. Luigi infatti, proveniente dall'Ospedale di Riserva di Cuneo, fa il suo ingresso a Racconigi il 25 novembre 1917, pochi giorni dopo la conclusione della battaglia di Caporetto. Interrogate allora anche le forze dell'ordine, «le dichiarazioni dei R.R.C.C. sono negative»[225] e per tanto la cartella clinica rimane priva di tali indicazioni. «Presentasi molto trascurato nella persona e disorientato negli atti che hanno del bambinesco (bacia persone che gli sono vicine senza conoscerle, mastica dei pezzetti di carta, si copre la testa con berretto di Ufficiale ecc.)»[226]. Luigi è instabile: prima si agita e ride, poi d'un tratto si fa violento e pericoloso. «È poco rispettoso dei superiori che tratta come suoi pari, alle domande che gli si rivolgono non risponde o non risponde a tono; talora cerca di percuotere quelli che gli sono vicini»[227]. Trattandosi di un pericoloso «deficente»[228] [*sic*], viene inviato in manicomio. Resta internato per appena due mesi; ad inizio febbraio 1918 è rilasciato come «Migliorato». Quello di Luigi è un classico caso di regressione comportamentale. Di tale fenomeno si è già parlato citando il romanzo di Rebecca West *Il ritorno del soldato*. Può capitare, infatti, che il milite rimasto traumatizzato inconsciamente regredisca ad un livello di sviluppo mentale anteriore,

[221] *Ibidem*.
[222] *Ibidem*.
[223] *Ibidem*.
[224] *Ibidem*
[225] ASONR, cartella clinica n. 10447.
[226] *Ibidem*.
[227] *Ibidem*.
[228] *Ibidem*.

per cercare di sfuggire alle difficoltà del presente. A questo riguardo lo stesso Freud ha speso parole illuminanti: questi fenomeni «debbono suscitare al profano l'impressione che la vita mentale e psichica sia preda di un processo distruttivo. In realtà, la distruzione riguarda solo le acquisizioni e gli sviluppi più tardi. La sostanza della malattia sta nella regressione a stati anteriori della vita affettiva e funzionale»[229]. Altri psichiatri hanno collegato la regressione alla percezione fallimentare che hanno di sé gli uomini inviati al fronte: «having "failed" as men, they wanted to be mothered and loved as boys»[230], e come tali si comportavano, poiché, come ha magistralmente osservato Bruna Bianchi, «l'infanzia […] è soprattutto simbolo di una condizione di sicurezza e protezione e nella regressione alla vita infantile il soldato può evitare la completa rottura con la realtà ed esprimere la propria emozionalità e la propria debolezza»[231]. L'obbiettivo fondamentale dello psichiatra, in questi casi, era quello di rintracciare il movente fondamentale di un tale fenomeno e approcciarsi di conseguenza. Far sentire al sicuro il paziente, cullandolo verso la ragione e il pieno recupero delle facoltà mentali, e questo richiedeva molto tempo. Approcci alternativi, più rudi, alle volte anche violenti, potevano tuttalpiù risultare efficienti nel breve periodo, con i sintomi che però ritornavano a manifestarsi poco dopo i trattamenti subiti.

Altro caso è quello di Pietro F., nato a Torino nel 1880. «Non si ha alcuna notizia anamnestica. Il certificato medico si limita a dichiararlo affetto da pazzia»[232]. Soffre di disturbi cardiaci e dall'analisi del gentilizio non emergono precedenti psichicamente morbosi. «Il padre è morto a 33 anni di tubercolosi, come pure una sorella a 26. Madre vivente e sana»[233]. In passato, Pietro ha sofferto di meningite e in più afferma «di essere sempre stato molto anti tollerante dell'alcool»[234]. Manifesta sintomi di «confusione mentale [e] delirio di agitazione psicomotoria»[235]. Dagli esami condotti in manicomio «notansi escoriazioni della pelle in corrispondenza della regione anteriore del collo e delle braccia». Alquanto deperito fisicamente «non soffre di tremori alle mani»[236]. I medici, come in molti altri casi, tentano di rintracciare nella sua vita passata – da civile, non da militare – dei possibili precedenti personali in grado di spiegare e giustificare i sintomi attuali. Il soldato, infatti, «non ricorda gli ultimi avvenimenti [e] del resto è

[229] Sigmund Freud, *Considerazioni attuali sulla guerra e la morte*, Studio Tesi, Roma, 1982, p. 24.
[230] B. Shephard, *op. cit*., p. 118.
[231] B. Bianchi, *La follia e la fuga*, *op. cit*., p. 106.
[232] ASONR, cartella clinica n. 10241.
[233] *Ibidem*.
[234] *Ibidem*.
[235] *Ibidem*.
[236] *Ibidem*.

calmo e lucido, [ma, ed ecco il richiamo ai suoi trascorsi civili,] riferisce che in famiglia, in seguito ad uso anche moderato di alcoolici, perdeva la testa e fracassava tutto»[237]. L'ultimo appunto prima del rilascio, avvenuto nel gennaio 1918, risale al settembre del 1917: più di 4 mesi senza informazioni. Tale annotazione riporta: «leggera depressione mentale con preoccupazioni di natura ipocondriaca. […] Sonno sereno. Si nutrisce a sufficienza. Per ora si è mantenuto innocuo»[238]. Rilasciato ufficialmente come «Guarito».

Il soldato Oscar P., originario di Chiavari, classe 1897, presenta una circostanza molto simile. Diagnosticato come alienato mentale, viene traferito a Racconigi poiché i medici di Savigliano non sono stati in grado di «fissare in modo preciso se tale sindrome demenziale sia reale o simulata»[239]. In manicomio Oscar «si è sempre mantenuto tranquillo, d'indole mite, affatto innocuo. Ha sempre mostrato una certa fatuità nel contegno e nella condotta»[240]. Oltre a questo, però, Oscar «è disorientato nell'ambiente, con fenomeni amnesici per i ricordi lontani e recenti, tanto che non si riesce avere da lui i dati più elementari d'identificazione personale»[241]. Le informazioni scarseggiano, complice il fatto che trascorra in manicomio appena due mesi, tra settembre e novembre 1917. Viene licenziato definitivamente come «Guarito».

Il soldato Giovanni Battista V., genovese, fa il suo ingresso a Racconigi il 27 ottobre 1917. Proviene dall'Ospedale San Osvaldo di Udine ed è accompagnato dalla diagnosi di schizofrenia. Di lui sappiamo che soffre di una generica alienazione mentale e che in fase di anamnesi non è risultato nulla nel gentilizio. Il soldato «riferisce di essere stato sempre malato, ma non sa precisare di quali malattie. Attualmente accusa cefalea, capogiri con senso di confusione, debolezza, malessere generale»[242]. Appare deperito a livello organico e oligoemico. All'esame psichico presenta «dissociazione mentale [e] amnesia dei ricordi più fondati»[243]. In più ha «stati di eccitamento senza un relativo contenuto emotivo. Tratti strani e stolidi del contegno»[244]. Tutte queste informazioni sono state riportate dai medici friulani, prima del suo ingresso a Racconigi. L'ultima annotazione ad Udine, datata 24 ottobre, riporta: «condizioni invariate»[245]. Nei 5 mesi circa trascorsi presso il frenocomio racconigese – verrà infatti rilasciato a metà marzo 1918 come «Migliorato» –, i medici appunteranno informazioni una sola volta, il 20 gennaio: Giovanni Battista soffre ancora di cefalea, ha difficoltà a prendere sonno e sovente passa le notti

[237] *Ibidem*.
[238] *Ibidem*.
[239] ASONR, cartella clinica n. 10249.
[240] *Ibidem*.
[241] *Ibidem*.
[242] ASONR, cartella clinica n. 10282.
[243] *Ibidem*.
[244] *Ibidem*.
[245] *Ibidem*.

insonni per via degli incubi. Sul versante organico, invece, sembra essere almeno parzialmente migliorato. Si è relativamente calmato e non delira più.

Genovese è anche Andrea V., classe 1877, quarantunenne al momento dell'ingresso a Racconigi. Di lui sappiamo che è recidivo, in quanto già in passato fu ricoverato nella medesima struttura per alienazione mentale. Il soldato «si presenta fisicamente sparuto, lievemente irrequieto, con volto corrucciato, teso come di chi sta in ascolto e riceve invettive»[246]. Infatti afferma di sentire «le "voci" d'un suo conterraneo [che] di continuo lo insultano qualificandolo "delinquente"»[247]. Oltre alle «vivaci allucinazioni auditive a contenuto ingiurioso […] è anche sconclusionato, smemorato relativamente a fatti lontani e recenti e che direttamente lo riguardano»[248]. Trattasi di un disturbato psicopatico, ma non pericoloso per la società e oltretutto nemmeno troppo giovane. Rimane appena due mesi a Racconigi, per venire infine rilasciato come «Migliorato».

Nunzio P., classe 1981, nato ad Anversa (probabilmente Anversa degli Abruzzi), «proviene dall'Ospedale Militare di Savigliano. Colà si dimostrò sofferente di disturbi allucinatori»[249] di carattere persecutorio. Il medesimo «racconta che da 12 anni esercitava a New-York il mestiere dell'elettricista»[250], venendo richiamato in Italia in occasione dell'inizio delle ostilità. Nunzio rappresenta uno dei casi estremamente rari in cui un emigrato residente oltreoceano ormai stabilmente, al momento della chiamata alle armi, si sia effettivamente presentato in caserma in Italia per compiere i propri doveri da suddito. «Fu per 2 mesi in prima linea sull'Asiago»[251]. In più si sa che fu già ricoverato l'anno precedente nel Manicomio di Colorno, «da cui fu dimesso e mandato in convalescenza a casa»[252]. Non risultano trascorsi morbosi dall'analisi del gentilizio. In manicomio è «taciturno, con espressione fisionomica seria, ed atteggiamenti stanchi. Si lamenta che ogni notte, da parecchio tempo, vede attorno al suo letto molte persone del suo paese, che gli parlano, lo scherniscono, lo insultano. Vede anche donne in atteggiamenti lascivi che lo inducono a masturbarsi»[253]. In aggiunta, «anche di giorno sente voci di persone conosciute che gli rivolgono frasi sciocche»[254]. Trascorse due settimane dal momento dell'ingresso «è sempre taciturno, pensieroso, preoccupato. Si apparta dai compagni [di stanza] coi quali non

[246] ASONR, cartella clinica n. 10712.
[247] *Ibidem*.
[248] *Ibidem*.
[249] ASONR, cartella clinica n. 9428.
[250] *Ibidem*.
[251] *Ibidem*.
[252] *Ibidem*.
[253] *Ibidem*.
[254] *Ibidem*.

scambia alcuna parola»[255]. Soffre ancora di insonnia e «si nutre di malavoglia»[256]. Trascorse altre due settimane il medico rileva «sensibili miglioramenti. I disturbi allucinatori sono meno intensi. È più socievole e più vivace»[257]. Inizialmente riconosciuto affetto da delirio sensoriale, viene rilasciato nel febbraio 1916 come «Guarito», dopo che per più di due mesi i medici non avevano aggiunto annotazioni sul diario clinico.

Un caso estremamente interessante è quello rappresentato dal soldato irredentista Umberto V., nato in Austria da padre italiano, ventottenne al momento del suo ingresso a Racconigi, il 20 novembre 1915. Di professione boscaiolo, nella sezione dedicata all'anamnesi si apprende del fatto che benché «soggetto ad obblighi di leva [in Austria] venne in Italia allo scoppiare della guerra, e fu arruolato negli alpini. Combatté al fronte finché [fu] ultimamente prescelto per frequentare un corso d'allievo sciatore»[258]. Da lì, direttamente condotto in manicomio perché «assai confuso. Non riconosce l'ambiente che lo ospita, né le persone che lo avvicinano»[259]. Ha tendenze sitofobe e soffre d'insonnia per via di incubi. «Smania nel letto ed è preso da folle paura [poiché] teme che lo abbiano a fucilare»[260]. Il soldato balbetta ed è «notevolmente inquieto». Dopo appena cinque giorni in struttura sembra si sia ambientato e «lo stato confusionale e di inquietudine è quasi svanito del tutto»[261]. Ricordiamo che siamo nell'inverno del 1915, la struttura non è ancora stata invasa da un numero sproporzionato di soldati provenienti dal fronte e i medici possono quindi dedicare più tempo ai singoli pazienti, siano essi civili o militari. «Ricomincia a riconoscere ambienti e persone […] è ancora però assalito da paure improvvise. Ancora insonne»[262]: gli incubi continuano a manifestarsi. A distanza di due settimane l'annotazione sul diario clinico riporta: «s'accentuò il miglioramento […] è cosciente di aver attraversato una crisi morbosa […] ora dorme regolarmente e si nutre a sufficienza»[263]. L'ultimo appunto datato 20 dicembre 1915 riporta che il paziente è «docile, cosciente e del tutto libero da disturbi psicopatici»[264]. La sua sembra essere una storia a lieto fine. Dopo un periodo di forte crisi pare infatti che abbia recuperato l'equilibrio mentale e che un semplice periodo di pausa

[255] *Ibidem*.
[256] *Ibidem*.
[257] *Ibidem*.
[258] ASONR, cartella clinica n. 9446.
[259] *Ibidem*.
[260] *Ibidem*.
[261] *Ibidem*.
[262] *Ibidem*.
[263] *Ibidem*.
[264] *Ibidem*.

dalla quotidianità del fronte sia servito a rimetterlo pienamente in forze. Viene rilasciato alla vigilia di Natale come definitivamente «Guarito».

Non si può affermare lo stesso per Raffaele I., classe 1988, originario della provincia di Avellino e proveniente dall'Ospedale Militare Principale di Savigliano. «Richiamato al servizio militare […] ebbe lite con un compagno che ferì di coltello. Dimostrò appresso confusione e disturbi allucinatori»[265], e considerato infine pericoloso a sé ed agli altri venne pertanto condotto in manicomio. «Il soldato rimane per lo più taciturno e sospettoso. Risponde di malavoglia alle domande»[266]. L'appunto che segue è indicativo più del medico che l'ha visitato che del paziente vero e proprio: «dimostra in modo accentuato il carattere del meridionale, pigro, indolente, pauroso, indeciso»[267]. Il soldato afferma di essere «disturbato di notte da apparizioni di uomini e di donne. Sente voci che lo minacciano»[268]. In più «ricorda vagamente di aver avuto lite con un compagno che lo aveva minacciato di morte»[269]. A distanza di due settimane le «condizioni psicosomatiche [risultano] invariate»[270]. Trascorso circa un mese dal momento dell'ingresso in manicomio, l'ultimo appunto presente ci informa del fatto che il soldato rimane «solitario, taciturno. Ancora alquanto confuso, ma in modo più attenuato. Così i disturbi allucinatori persistono, ma sono meno intensi. Non ricorda bene da quanto tempo è ricoverato. La memoria […] è assai velata. Il sonno è più regolare»[271]. Entrato nella struttura racconigese il 16 novembre 1915 ne uscirà solamente più di 13 mesi dopo, il 20 dicembre 1916 per essere infine traferito al manicomio di Nocera Inferiore. L'ultimo appunto risale al 15 dicembre 1915. Il diario clinico rimane dunque invariato per più di un anno, dimostrando oltre che la scarsa attenzione dedicata dai medici verso i degenti, anche la situazione di estrema crisi alla quale va incontro la struttura a partire dal 1916 e protrattasi per almeno altri tre anni, fino al 1919.

Come già evidenziato più volte, nel Manicomio di Racconigi, durante gli anni in questione, tutte queste patologie venivano trattate seguendo il metodo cosiddetto «morale». I soldati venivano immobilizzati, forzati a letto, trattati attraverso l'elettroterapia o altre pratiche molto invasive. Studi psichiatrici successivi hanno invece dimostrato come, per ottenere un risultato migliore e duraturo, in questi casi il ricorso alla violenza e alla durezza sia completamente sconsigliato. Trattare in modo rude un soldato che crede di essere di nuovo bambino, oppure

[265] ASONR, cartella clinica n. 9440.
[266] *Ibidem*.
[267] *Ibidem*.
[268] *Ibidem*.
[269] *Ibidem*.
[270] *Ibidem*.
[271] *Ibidem*.

isolare un individuo che non riesce a ricordare i propri cari, la propria vita – nei casi più gravi persino il proprio nome –, potevano rappresentare attività efficienti nel breve periodo ma deleterie per il paziente, portando spesso la malattia a casi irreversibili e cronici. La psicanalisi di stampo freudiano ha insegnato quale sia il modo più corretto per trattare simili disturbi mentali. Più che costringere il paziente a dimenticare l'evento traumatico che ha scatenato la patologia, o forzarlo a ricordare il proprio passato e fuggire dai demoni delle allucinazioni, l'approccio migliore era (è) quello di accompagnare il soggetto in un viaggio a ritroso lungo il proprio passato. Ricondurlo amichevolmente al momento catartico, affrontando assieme, sotto la guida assidua dello psichiatra, l'evento traumatico e provare ad uscirne assieme. Stesso discorso è applicabile per tutti quei casi – e non sono pochi – di soldati che soffrono in continuazione di incubi. Spesso si tratta di sogni a sfondo maniacale, ossessivi, nei quali il paziente ogni notte rivive inconsciamente l'evento che l'ha disturbato in modo particolare. Può trattarsi di un bombardamento, di una ferita subita, di un assalto alla baionetta, la colluttazione o persino l'uccisione di un nemico; o ancora il ricordo del momento preciso in cui un suo commilitone è stato ucciso in battaglia. Tutti eventi in grado di sconvolgere l'equilibrio psichico di chiunque e che il sogno, ossessivamente, ricrea nella mente del soggetto. Lo stesso Freud nella sua opera *L'interpretazione dei sogni* ha spiegato come meglio trattare simili casi.

Capitano volte in cui il paziente non sia invece disponibile a parlare liberamente con lo psichiatra, vuoi per timore o vergogna, vuoi per impossibilità "fisiche", come in quei casi in cui il soldato soffra di mutismo o appai regredito a livello comportamentale. In questi casi, uno psichiatra esperto e specializzato in questa pratica, poteva ricorrere all'ipnosi[272]. Tale terapia non funzionava con tutti gli individui: era infatti possibile trattare solo i più semplici e i più influenzabili; ossia solo coloro che avevano un atteggiamento nei riguardi del medico che sfiorasse la timorosa reverenza, e che vedessero in lui una guida assoluta, un punto di riferimento inattaccabile. Tramite questa pratica lo psichiatra riusciva a portare il malato al livello del proprio inconscio e attraverso dei comandi reiterati e decisi poteva condurre il paziente, o meglio, il pensiero del paziente, dove egli desiderava.

Tali pratiche erano invece completamente inutili con altre tipologie di casi clinici, quali ad esempio, quelli che seguono.

[272] Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga*, *op. cit.*, pp. 50-58.

2.3.3. Agitati e violenti

Gli esempi dei soldati che seguono, oltre a rappresentare casi di individui agitati a tal punto da diventare violenti e pericolosi, raccontano anche di sofferenze di forme allucinatorie minori. Questi militari fantasticano, delirano, appaiono sconclusionati, confusi, male orientati per tempo e luogo. Risultano difficili da contenere e ancora di più da trattare a livello terapeutico.

Ad esempio, Giuseppe V., ventiduenne, entra a Racconigi il 19 giugno 1915; ricoverato perché ha manifestato comportamenti maniaci in caserma. Nell'anamnesi si informa che «mancano notizie e quelle ricavate dal V. non sono assolutamente attendibili»[273]. Inizialmente risulta «abbastanza tranquillo. Facile però alla chiacchiera ed all'espansività. Ha tendenze a favoleggiare»[274]. Infatti sembra che abbia scritto alla famiglia che di lì a poco sarebbe rientrato a casa in quanto avrebbe meritato una licenza straordinaria perché promosso di grado e decorato per atti eroici «ed altre ridicole invenzioni»[275], come le definisce il medico. Dopo qualche tempo risulta ancora di «contegno alquanto iperattivo»[276]. Una volta fu persino «sorpreso nel letto di un vicino eccitato [e] non dimostrò alcuna vergogna»[277]. Varie volte fu ritenuto responsabile di aver causato liti con i compagni di camerata, altre volte, invece, «si ribellò […] agli infermieri, tanto che si dovette isolarlo e coercirlo [*sic*] per diversi giorni»[278]. È un provocatore «petulante e prepotente»[279]. Viene considerato un maniaco affetto da degenerazione morale. Rimane in manicomio appena due mesi e il 21 agosto 1915 ne esce come «Guarito».

Delirante è anche Pietro V., che, affetto da «frenastenia eretistica, sono tre mesi che passa dall'uno ad altro Ospedale sempre per la stessa diagnosi»[280]. Entra a Racconigi a fine novembre del 1917 e ne esce a inizio febbraio 1918 come «Guarito», si spera definitivamente. Al momento dell'ingresso «si presenta in preda a stato d'eccitamento psico-motorio, caratterizzato da umore abitualmente gaio, euforico, da loquacità continua e molesta, […] sonno scarso»[281]. I medici osservano anche una «incessante iperattività con bisogno continuo di muoversi, di agitarsi […] [e] un grado di sviluppo mentale insufficiente»[282]. Nonostante il fatto che durante i primi periodi

[273] ASONR, cartella clinica n. 9319.
[274] *Ibidem*.
[275] *Ibidem*.
[276] *Ibidem*.
[277] *Ibidem*.
[278] *Ibidem*.
[279] *Ibidem*.
[280] ASONR, cartella clinica n. 10503.
[281] *Ibidem*.
[282] *Ibidem*.

la situazione sembra aggravarsi, negli ultimi tempi risulta più calmo, consapevole e disciplinato e pertanto rilasciato.

Anche Igildo M. ha un contegno irrequieto e iperattivo. Classe 1896, di Abbadia San Salvatore (Siena), fa il suo ingresso a Racconigi il 2 settembre 1917 proveniente dall'Ospedale di Riserva di Mondovì, perché il medico non è stato in grado di «accertare se si tratti d'un maniaco o d'un simulatore, non avendo qui locali adatti per un conveniente isolamento»[283]. Igildo, infatti, è stato trasportato in ospedale in barella poiché incapace di camminare da solo. «Interrogatolo sulla natura dei disturbi che avvertiva, rispose che da parecchi giorni era tormentato da violenta cefalea e che assolutamente non poteva reggersi sulle gambe»[284]. Al che, «deposto dalla barella e lasciato a sé si gettò a terra, ma cercò di cadere in modo da non farsi male; in seguito però poté da solo recarsi al letto»[285]. Condotti gli esami strumentali ordinari non risultano anomalie. «Si notarono soltanto diverse cicatrici sul cuoio capelluto che egli affermò essere dovute ad una caduta»[286]. La prima notte passa tranquillamente con il paziente che riesce a prendere sonno senza difficoltà. Dal giorno seguente, «nel pomeriggio […] cominciò a gridare ed a cantare in modo cadenzato e continuò così per tutta la giornata e la notte successiva. Stamane poi si gettò a terra e diede in escandescenze, cosicché fu necessario ricorrere alla camicia di forza»[287]. In manicomio gli appunti specifici degli psichiatri scarseggiano. D'altronde è il momento in cui la struttura è in maggiore difficoltà data la mole dei degenti provenienti anche dagli altri manicomi veneti sfollati per la ritirata italiana. Di lui sappiamo che durante i cinque mesi passati a Racconigi non sembra fare particolari progressi. Tuttavia ha recuperato la piena mobilità delle gambe e, anche se non canta più, sembra comunque parlare da solo, di tanto in tanto. I medici lo fanno uscire ad inizio 1918 dichiarandolo semplicemente «Migliorato».

Delirante, e con la nomea di alcolista, appare anche Angelo R., originario di Alessandria. Proveniente dall'Ospedale San Osvaldo di Udine, rimane in struttura a Racconigi appena due mesi, tra l'ottobre e il dicembre 1917. Gli viene diagnosticato uno «stato confusionale in alcolista e decadimento mentale. […] Il paziente accusa dolori vaghi generali a tutto l'arto inferiore e superiore sinistro [anche se] attualmente non si constata nulla di anormale»[288]. Benché apiretico, «fa discorsi vaghi e strani e avendo tentato di uscire dalla struttura, viene rinchiuso in

[283] ASONR, cartella clinica n. 10220.
[284] *Ibidem*.
[285] *Ibidem*.
[286] *Ibidem*.
[287] *Ibidem*.
[288] ASONR, cartella clinica n. 10281.

camera di sicurezza»[289]. Poco tempo dopo «dice di sentirsi bene»[290]. Dall'analisi del gentilizio non risultano trascorsi morbosi importanti. «La costituzione fisica è regolare»[291] e a parte una lieve ipertensione arteriale non ha problemi a mangiare e dormire. L'ultimo appunto prima di rilasciarlo definitivamente come «Guarito» riporta: «coscienza rischiarata. Attività intellettiva e poteri etici ridotti. Euforia. Loquacità»[292]. Molto spesso, come si vedrà oltre, i pazienti con trascorsi da alcolisti vengono trattati con molta superficialità. I medici raramente considerano la possibilità che esista una reale malattia mentale e preferiscono invece ricondurre la sintomatologia presentata direttamente al carattere degenerato del paziente, responsabilizzando soprattutto i suoi vizi immorali da alcolista.

Un caso molto simile è quello di Silvio B., classe 1899, romano, appena diciottenne quando nel settembre del 1917 entra a Racconigi con diagnosi di «arresto psichico in soggetto degenerato e alcolista»[293]. Viene trasferito al frenocomio poiché, «trovandosi in prigione, sembra sia stato colto da convulsioni. Ora è chiuso in assoluto mutismo. […] Dimostra però di capire bene quanto gli si dice e risponde per scritto abbastanza a tono»[294]. I medici riescono a reperire altre «pessime informazioni»[295] direttamente da un rapporto stilato dal suo Comandante, «che lo descrive elemento svogliato e di cattiva condotta»[296]. Un altro appunto riporta: «già per la seconda volta oggi è stato colto da una violenta crisi d'impulsività, durante la quale si trasfigura, si fa pallido in viso, assume un aspetto terrorizzato e si fa aggressivo»[297]. Data la giovane età e i trascorsi penali e personali rimane in manicomio appena tre mesi, venendo rilasciato come «Guarito».

Oppure Francesco V., venticinque anni, originario di San Felice a Cancello (Caserta) che viene trasferito in manicomio poiché, «trovandosi in camerata della Caserma, durando in istato di semi-ubriachezza, mettendosi a schiamazzare prendeva un rasoio e minacciava i compagni»[298]. Un suo camerata cercò di disarmarlo ma venne ferito alla mano, così «il sergente d'ispezione […] gli fece mettere i ferri e lo faceva entrare alla prigione»[299]. Tenendo conto dei suoi precedenti, tanto penali quanto clinici, i medici della caserma ritengono «che non sia il solo

[289] *Ibidem*.
[290] *Ibidem*.
[291] *Ibidem*.
[292] *Ibidem*.
[293] ASONR, cartella clinica n. 10237.
[294] *Ibidem*.
[295] *Ibidem*.
[296] *Ibidem*.
[297] *Ibidem*.
[298] ASONR, cartella clinica n. 10566.
[299] *Ibidem*.

vino che abbia prodotto tali eccessi»[300] e pertanto ne propongono l'invio in manicomio. Entra a Racconigi il 2 febbraio 1918 e vi rimane appena un mese, uscendone definitivamente il 15 marzo come «Guarito».

Apparentemente non alcolizzato è invece Giuseppe G., ventiseienne, celibe, quando a fine febbraio 1918 fa il suo ingresso a Racconigi. È malato di sifilide, ma «rifiutò sempre ogni cura»[301]. Giuseppe è poco disponibile al dialogo, si chiude in se stesso con fare minaccioso, soffre di forti tremori alla parte alta del corpo, in particolar modo alle mani e pare che in passato abbia minacciato il padre di morte. Gli psichiatri sono costretti a richiedere informazioni dai Carabinieri, i quali confermano che «nella sua famiglia non esistano ammalati di mente né ammalati del sistema nervoso. In più, dalle suddette informazioni non risulta neppure che egli sia dedito al vino e ai liquori»[302]. Nonostante questo, Giuseppe si lamenta e «continua a dire che lo lasciano senza vino e senza acqua, frase che ripete a qualsiasi domanda che gli si rivolga»[303]. Di costituzione fisica robusta e sana, in manicomio è disordinato, confuso. «Gli infermieri riferiscono che cammina concitatamente, chiede di uscire. […] Una notte si mise per parecchie ore in un angolo della camera, reagendo agli infermieri che lo incitavano ad andare a letto, e rimanendo in uno stato di mutismo»[304]. Oltre alla tendenza alla fuga, parla liberamente delle sue idee suicide. È recidivo, infatti i medici riportano che questa è la seconda volta in cui viene ricoverato a Racconigi: la prima volta è rimasto in struttura solo due mesi, tra il maggio e il luglio 1916. Nonostante tutto questo, viene rilasciato appena un mese e mezzo dopo in quanto considerato «Non di competenza manicomiale», e di lui si perdono definitivamente le tracce.

Tra i vari soldati deliranti, molti sono quelli che destano il dubbio di essere dei simulatori. Ad esempio, Giovanni C., originario di Carrù, classe 1888, entra a Racconigi poiché «risulta che il predetto militare da qualche tempo commette stranezze»[305]. Pare infatti che Giovanni «si [sia] denudato completamente in pubblica via e si [sia] mostrato impulsivo con i compagni»[306]. I medici specificano però che potrebbe essere un simulatore «allo scopo di esimersi dal servizio militare»[307]. Gli psichiatri a Racconigi, dopo essere venuti a conoscenza che «nel 1915 per quattro mesi fu ricoverato nel manicomio di Torino»[308] gli diagnosticano una leggera forma di

[300] *Ibidem*.
[301] ASONR, cartella clinica n. 10586.
[302] *Ibidem*.
[303] *Ibidem*.
[304] *Ibidem*.
[305] ASONR, cartella clinica n. 10635.
[306] *Ibidem*.
[307] *Ibidem*.
[308] *Ibidem*.

neurastenia. Giovanni presta servizio nell'esercito dal 1909 e «durante questo periodo di tempo subì una sequela quasi ininterrotta di punizioni, di carcere per reati di ubriachezza abituale, d'insubordinazione, di violenza, di diserzione»[309]. Per la sua pessima condotta «fu [persino] proposto per una compagnia di disciplina»[310]. In manicomio «si mantiene d'umore variabile; abitualmente però ha colorito cupo e depresso. Si mostra poco socievole, indifferente all'ambiente ed anche di quanto direttamente lo riguarda»[311]. Ogni tanto è affetto da «un vero oscuramento di coscienza, con manifestazioni di eccitamento psichico a carattere epilettoide»[312]. In più manifesta «tremori fibrillari alla lingua e fini tremori alle dita delle mani a braccia tese»[313]. I medici concludono che «tali fenomeni morbosi rivelano una inveterata intemperanza alcolica»[314]. A livello psichico si nota «l'assenza di un giusto equilibrio mentale, a lato di un incompleto sviluppo delle facoltà affettive ed etiche»[315]. Pare che Giovanni non provi vergogna e «senza reticenze, indifferentemente egli descrive la sua vita sempre scioperata, viziosa e le numerose condanne subite prima e dopo l'arruolamento»[316]. Giovanni viene dunque inscritto all'interno della «figura tipica del criminale-epilettoide»[317] e per tanto considerato «Non di competenza manicomiale». Dopo appena due mesi di convalescenza a Racconigi viene dunque traferito di nuovo al Deposito di Mondovì, dove i suoi superiori potranno decidere come meglio impiegare l'ex alienato.

Michele C, classe 1895, è originario di Girgenti. Passa a Racconigi appena tre mesi, tra l'aprile e il luglio 1918. Entrato nell'Ospedale di Savigliano per essere operato alla mano destra a seguito di una ferita (forse autoindotta), «quando già si poteva ritenere chirurgicamente guarito […] tutto ad un tratto, nella notte […] si alzò dal letto, s'allontanò di corsa dal reparto lacerando le mutande e rompendo un vetro. Rincorso, ridotto all'impotenza, fu rinchiuso in camera di sicurezza»[318]. Tutto questo lascia perplessi i medici, dato che «sino allora si era sempre mantenuto tranquillo, di contegno ordinato e corretto, integro di mente»[319]. Interrogato in seguito su quanto accaduto «per tutta risposta tentò di morder[e] la mano»[320] al Caporeparto. Entrato a Racconigi rimane perlopiù «tranquillo e taciturno. Si è sempre nutrito

[309] *Ibidem*.
[310] *Ibidem*.
[311] *Ibidem*.
[312] *Ibidem*.
[313] *Ibidem*.
[314] *Ibidem*.
[315] *Ibidem*.
[316] *Ibidem*.
[317] *Ibidem*.
[318] ASONR, cartella clinica n. 10672.
[319] *Ibidem*.
[320] *Ibidem*.

sufficientemente, prendendo riposo di giorno e passeggiando di notte»[321]. I medici osservano ancora che «si mostra affatto smemorato, disorientato, anche relativamente alle nozioni più elementari di tempo e di luogo, non risponde alle domande che gli si fanno, per quanto dal suo contegno si presuma che intenda facilmente ogni cosa»[322]. Insomma: è troppo vigile, cosciente e razionale per poter indurre gli psichiatri a credere che sia realmente affetto da qualche disturbo mentale. I medici attendono ancora qualche tempo alla ricerca di ulteriori conferme; nel mentre, Michele rimane tranquillo, solitario, taciturno, mangia e dorme senza problemi. Trascorsi tre mesi dall'ultimo accesso violento, non mostrando altri sintomi riconducibili ad una patologia trattabile, viene rilasciato come «Migliorato», liberando così un posto all'interno della struttura e permettere ai suoi superiori di prendere decisioni in merito al suo futuro all'interno dell'esercito.

Anch'egli «sospetto d'autoferimento»[323], Pietro A., classe 1898, di Marsala, entra a Racconigi il 27 ottobre 1917 e vi rimane circa tre mesi, uscendone il 23 gennaio 1918. Viene traferito in struttura dal reparto Chirurgico dell'Ospedale San Osvaldo di Udine, ove era stato poco prima ricoverato a seguito di una ferita da pallottola di fucile nella gamba sinistra. Il soldato «afferma di essere stato ferito nel settore di Monte Santo, in un posto di collegamento in vicinanza delle trincee nemiche»[324]. I medici sospettano possa essersi trattato di un episodio di autolesionismo, tuttavia, dall'esame accurato della ferita non è stato possibile rintracciare «residui d'affumicamento sul foro d'ingresso»[325], che avrebbero costituito la prova decisiva in tal senso. Resta comunque il dubbio se l'alienazione mentale della quale il soggetto sembra essere vittima sia reale o simulata. In manicomio infatti delira: «rifiuta il cibo, non parla altro che a monosillabi e non risponde alle domande»[326]. Rimane sempre apatico, «con espressione mimica generale di stupore, assenza di manifestazioni verbali tranne la ripetizione stereotipica di esclamazioni prive di significato»[327]. Trascorse alcune settimane sembra migliorare: non è più agitato, quasi taciturno, sembra abbia smesso di parlare da solo. L'ultimo appunto riporta: «dimesso per guarigione»[328].

Giuseppe C, nato in Argentina il 2 febbraio 1899, ha appena vent'anni quando nel dicembre 1919 fa il suo ingresso a Racconigi. Scortato dai Carabinieri, «proviene direttamente dalla

---

[321] *Ibidem*.
[322] *Ibidem*.
[323] ASONR, cartella clinica n. 10291.
[324] *Ibidem.*
[325] *Ibidem*.
[326] *Ibidem*.
[327] *Ibidem*.
[328] *Ibidem*.

licenza di sei mesi concessagli dalla Sezione Psichiatrica Militare di Imola»[329]. Nella sezione dedicata all'anamnesi veniamo a conoscenza del fatto che «da qualche giorno dà segni di alienazione mentale, specialmente quando beve vino più del solito. Egli [infatti] maltratta il padre solo perché non gli vuole dare denaro da sciupare nelle osterie: preleva alimenti dalle botteghe senza pagarli»[330]. I Carabinieri lo hanno reputato pericoloso soprattutto verso il padre e in più sospettano che l'infermità sia «dipendente da causa di servizio»[331]. Dal diario clinico risulta che Giuseppe soffra d'incontinenza di urina e che tale problema si sia manifestato per la prima volta in prima linea e abbia continuato a verificarsi anche a guerra finita. «Nella primavera passata avrebbe avuto un delirio, dopo le esequie della madre, al cimitero»[332]. Di temperamento nervoso, «talvolta è irrequieto e sguaiato, […] commette stranezze e violenze, grida e minaccia»[333]. Da altre fonti si desume che lo zio paterno soffrì di alienazione mentale e un suo prozio si impiccò poiché affetto da demenza. Durante la degenza in manicomio risulta «scontroso, irritabile, impressionabile, poco tollerante»[334]. Non ha però avuto «[altri] attacchi convulsivi né equivalenti»[335]. L'ultimo appunto prima del rilascio afferma: «presenta però non poche note degenerative somatiche e psichiche e un carattere epilettoide»[336]. Resta in manicomio solo un mese, e ad inizio gennaio 1920 viene rilasciato come «Non di competenza manicomiale», liberando l'esercito da ogni responsabilità.

Sofferente di epilessia è anche Luigi C., classe 1895, originario del cremonese. Ha ventidue anni quando varca i cancelli della struttura di Racconigi per la prima volta, a fine estate 1917. Risulta confuso, violento e prepotente. Rimane in struttura poche settimane, poi viene dimesso e rimandato al fronte. Il 30 gennaio 1918 viene traferito un'altra volta nel frenocomio racconigese. La dichiarazione medica lo presenta (di nuovo) «affetto da accesso confusionale con impulsività»[337]. In particolar modo a destare l'attenzione dei medici è stato l'episodio in cui, fuori dalla casera, «sulla via pubblica, gettavasi a terra in preda ad accesso epilettiforme»[338]. Al ritorno nella struttura questi accessi continuano a presentarsi. «Emette grida e cerca di picchiare gli assistenti, malgrado la camicia di forza»[339]. Durante il secondo ricovero il trattamento è

[329] ASONR, cartella clinica n. 11336.
[330] *Ibidem*.
[331] *Ibidem*.
[332] *Ibidem*.
[333] *Ibidem*.
[334] *Ibidem*.
[335] *Ibidem*.
[336] *Ibidem*.
[337] ASONR, cartella clinica n. 10559.
[338] *Ibidem*.
[339] *Ibidem*.

sostanzialmente lo stesso: immobilizzarlo a letto trattandolo duramente. La degenza risulta di appena tre mesi, quando a metà aprile viene dimesso come «Migliorato».

Ulteriore esempio di milite affetto da attacchi epilettici è quello di Enrico C., romano, nato nel 1887, il quale entra a Racconigi il giorno prima del rientro di Luigi C., il 29 gennaio 1918. Lui non è recidivo, ma si è sempre dimostrato prepotente, disordinato e poco incline ad eseguire gli ordini. La sera del 20 gennaio è stato scortato dai Carabinieri nell'Ospedale Militare Principale di Savigliano poiché «lo trovarono ignudo nei pressi della stazione ferroviaria mentre gesticolava e commetteva stranezze. Lì per lì non fu possibile identificarlo, non essendo l'individuo accessibile all'interrogatorio»[340]. Contenerlo la notte non fu affatto facile: «smaniò e gridò tutta la notte e solo il giorno appresso diede le sue generalità, confermate poi dal Distaccamento di Mondovì, a cui egli appartiene»[341]. Oltre che da attacchi epilettiformi, Enrico sembra soffrire anche di una forma di amnesia parziale, temporanea. Infatti egli «non seppe dare spiegazioni degli atti commessi e si meravigliò di trovarsi lontano dal Corpo»[342]. Entrato a Racconigi, si viene a sapere, da un rapporto rilasciato dal suo Comandante, che «ha sempre mantenuto un contegno indisciplinato, scorretto, antimilitare e che più volte ha compiuto fughe ed ha commesso ogni sorta di stranezze»[343]. Viene rilasciato ad inizio aprile 1918 come «Guarito», definendolo «tranquillo, di contegno ordinato e corretto, cosciente dei propri atti»[344].

Molti militari risultano quasi impossibili da contenere. Alcuni hanno dei veri e propri momenti di *trance* in cui non riescono a mantenere il controllo e danno in escandescenze. È il caso di Stefano G., ventenne, classe 1898. Entra a Racconigi il 17 marzo 1918 e ne esce nemmeno due mesi più tardi, il 9 maggio come parzialmente «Migliorato». Oltre a presentare un «delirio di persecuzione»[345], una forma allucinogena, come si è visto, alquanto comune in molti soldati, si mostra «incosciente, muto, con periodi di gaiezza alternati a periodi di melanconia»[346]. In manicomio «compie atti inconsulti»[347], tanto da arrivare a strapparsi di dosso i vestiti. In questi momenti dev'essere contenuto ricorrendo alla camicia di forza. Stessa cosa va fatta con Luigi P., ventitreenne, il quale «inveisce contro tutti quelli che lo circondano»[348] e dev'essere assolutamente immobilizzato, altrimenti passerebbe alle vie di fatto. Oppure Antonio F., ventitreenne,

[340] ASONR, cartella clinica n. 10558.
[341] *Ibidem*.
[342] *Ibidem*.
[343] *Ibidem*.
[344] *Ibidem*.
[345] ASONR, cartella clinica n. 10621.
[346] *Ibidem*.
[347] *Ibidem*.
[348] ASONR, cartella clinica n. 10619.

Alpino, beneventano ma attualmente residente a Ravenna. Passa in manicomio l'estate del 1918 in quanto confuso e impulsivo. «È da febbraio che ha cominciato a dare segni di dissesto mentale con scatti di violento impulso contro oggetti e persone»[349]. Sembra essere cosciente e razionale per la maggior parte del tempo, tuttavia, ogni tanto ha delle crisi, spesso accompagnate anche da febbre, nelle quali dà in escandescenze. «Ebbe in principio coscienza del suo stato morboso in quanto insisteva per essere operato al capo e così guarito d'ogni sofferenza»[350]. Dopo qualche tempo risulta «sfebbrato. Mostra però tuttora in atto fenomeni psicopatici, caratterizzati essenzialmente da vero e proprio stato confusionale»[351] che lo rendono di fatto pericoloso. Dev'essere dunque contenuto a letto ricorrendo alla camicia di forza. Poco tempo dopo appare più mite e stabile. Viene rilasciato come semplicemente «Migliorato».

Altro «individuo di difficile custodia ed estremamente pericoloso»[352] è Giovanni S., classe 1890, originario di Busto Arsizio. Rimane in manicomio appena due mesi nella primavera del 1918, per venire infine rilasciato in quanto «Non di competenza manicomiale». Dalla dichiarazione medica risulta che abbia perso le staffe nell'ospedale da campo, quando «all'atto della vaccinazione si ribellò violentemente non intendendo di essere vaccinato e si munì perfino di fucile facendosi largo ed inveendo contro tutti»[353]. A Racconigi si mantiene sempre di «contegno agitato, rompendo varii oggetti e mostrandosi prepotente ed aggressivo col personale di servizio»[354]. Da informazioni riservate, ottenute grazie ai Regi Carabinieri, si apprende del fatto che «il predetto militare dai dieci ai quindici anni fu ricoverato in uno stabilimento dei discoli siccome incorreggibile»[355].

Luigi A., venticinquenne napoletano, entra a Racconigi nel maggio 1918 e vi rimane quattro mesi, uscendone a settembre. Anche lui si trovava in carcere poiché, dopo aver ricevuto il rifiuto da parte di un suo commilitone ad uscire a bere qualcosa con lui, «estraeva il coltello e minacciava di colpirlo»[356]. Venne prontamente arrestato dai Carabinieri che lo condussero presso le carceri della Caserma di Cuneo. Nella sezione dedicata all'anamnesi i medici riportano che «un cugino riferisce che Luigi sofferse di meningite da bambino, e che già altre volte diede segni di squilibrio mentale»[357]. Potenzialmente predisposto, «tiene contegno per lo più agitato, piange

[349] ASONR, cartella clinica n. 10671.
[350] *Ibidem*.
[351] *Ibidem*.
[352] ASONR, cartella clinica n. 10601.
[353] *Ibidem*.
[354] *Ibidem*.
[355] *Ibidem*.
[356] ASONR, cartella clinica n. 10705.
[357] *Ibidem*.

facilmente, rifiuta il cibo, passa le notti insonne, e discorre sconclusionatamente»[358]. Viene dimesso come semplicemente «Migliorato», quando i medici lo reputano più calmo e meno impulsivo.

Minaccioso verso i commilitoni è anche Giovanni B., ventisettenne che trascorre un mese a Racconigi, tra il primo agosto e il primo settembre 1916. Viene presentato come affetto da alienazione mentale «avendo al Corpo avute manifestazioni impulsive, improvvise contro i compagni, tentando di armarsi con quanto gli capitava sottomano per aggredirli»[359]. Viene rilasciato come «Migliorato», quando, benché ancora agitato, non sembra più apparire violento.

Incontenibile è pure Guglielmo G., ventisettenne, proveniente dall'Ospedale Militare di Riserva di Cuneo. Di lui sappiamo che è recidivo e che già in passato fu ricoverato a Racconigi. Inoltre era detenuto per tentata diserzione. Dal carcere passò in ospedale poiché malato di scabbia. Dopo una settimana trascorsa nella tranquillità, improvvisamente «rubò ad un suo vicino, prigioniero austriaco, un asciugamani ed alle proteste di questi ed ai rimproveri del personale di custodia cercò di battere il prigioniero austriaco. Fu minacciato quindi della camicia di forza ed allora incominciò ad agitarsi tanto che lo si dovette legare sulla branda»[360]. Ridotto in questo stato, «non riuscendogli di far altro sputava sulle persone vicino»[361]. Condotto in manicomio «è molto agitato, dorme pochissimo, rifiuta il cibo, canta, grida e tiene discorsi sconclusionati»[362]. In più «continua ad essere tenuto in branda colla camicia di forza»[363]. Di lui non si hanno altre informazioni, se non che, entrato nel frenocomio il 28 settembre 1918, risulta deceduto appena dieci giorni più tardi, il 7 ottobre 1918. Nessun riferimento alla causa di morte compare sulla cartella clinica.

Michele S., catanese, ventitreenne, trascorre in manicomio tre mesi perché «trovato in piazza Santarosa [Savigliano] mentre dava in smanie e gridava ad alta voce: "Vigliacchi, hanno ucciso mio padre!"»[364]. Al momento dell'ammissione «si presenta acceso in volto, cogli occhi sbarrati, polso frequente, in atteggiamento minaccioso, sconclusionato e clamoroso»[365]. Passa le notti insonni e «al mattino si mostra incosciente, disorientato, logorroico con tendenza all'impulso»[366]. Gli infermieri sono costretti a immobilizzarlo al letto e si sospetta un caso di

[358] *Ibidem*.
[359] ASONR, cartella clinica n. 9684.
[360] ASONR, cartella clinica n. 10900.
[361] *Ibidem*.
[362] *Ibidem*.
[363] *Ibidem*.
[364] ASONR, cartella clinica n. 10537.
[365] *Ibidem*.
[366] *Ibidem*.

simulazione. Esce dalla struttura a metà aprile come «Migliorato», quando ha smesso di mostrarsi violento, anche se non pienamente in possesso di tutte le capacità psichiche.

Molto interessante ed accurata è la cartella clinica di Cesare A., romano, classe 1894. Entra a Racconigi a guerra finita, nel luglio 1919 e vi rimane appena due mesi, fino al 20 settembre. Proviene direttamente dal reclusorio di Vinadio, dove si trovava dal 2 settembre 1918, scontando una pena di vent'anni per diserzione. Il certificato medico lo presenta come «soggetto ad eccessi di epilessia […] [e] in preda a delirio furioso, commettendo atti di violenza»[367], tanto che lo si è dovuto legare al letto con delle lenzuola per immobilizzarlo. È urgente farlo ricoverare a Racconigi «onde evitare che avvengano fatti deplorevoli»[368]. Gli psichiatri della struttura lo riconoscono come recidivo, in quanto in passato già ricoverato in altro manicomio. Il soldato ha «fisionomia depressa e un po' sospettosa, quasi ostile. Tuttavia appare ben orientato nel luogo e nelle persone»[369]. Afferma di non sapere la ragione del suo trasferimento e di ignorare «come e perché presenti numerose ferite superficiali al petto e al polso destro. Più tardi però ammette di essersele probabilmente prodotte con un pezzo di vetro»[370]. Prova grande risentimento, quasi odio, verso il medico del reclusorio ove era detenuto, poiché riferisce che questi avesse affermato che lo avrebbe lasciato morire. Inoltre risulta abbia numerosi tatuaggi, «anche simbolici, sotto uno dei quali è scritto "*frangar non flectar*"»[371]. Nel corso dei due mesi passati nel frenocomio le annotazioni, questa volta, non scarseggiano. La guerra è finita e lentamente il manicomio sta tornando alla routine prebellica, dunque i medici possono prestare maggiore attenzione ai singoli pazienti. Dagli appunti veniamo a sapere che il soldato è sempre cosciente, tranquillo, ben orientato, non ha più manifestato attacchi epilettici, sfebbrato. Più che spinto da una malattia mentale sembra spinto dall'ira nei confronti del citato medico del carcere. Non delira e non soffre di allucinazioni, né di amnesie. «Manifesta un carattere un po' impulsivo»[372]. L'ultimo appunto, risalente al 4 settembre, riporta: «non presenta gli estremi per essere ricoverato in manicomio; laonde si propone per il rinvio al reclusorio di Vinadio, donde ei proviene e donde potrà eventualmente fruire dei benefici della recente amnistia»[373]. Veniamo a sapere, infatti, da un altro documento presente all'interno del fascicolo che Cesare è stato graziato e può quindi essere scarcerato, «se non detenuto per altra causa»[374], oltre alla diserzione. Viene

[367] ASONR, cartella clinica n. 11227.
[368] *Ibidem*.
[369] *Ibidem.*
[370] *Ibidem*.
[371] *Ibidem*.
[372] *Ibidem*.
[373] *Ibidem*.
[374] *Ibidem*.

rilasciato pochi giorni più tardi come «Non di competenza manicomiale» e traferito momentaneamente all'Ospedale Militare Principale di Savigliano. Dopodiché di lui si perdono le tracce.

Antonio M., classe 1895, palermitano, entra a Racconigi poiché irrequieto, pericoloso a sé ed agli altri ed affetto da tremori su tutto il corpo. Proviene dall'Ospedale Militare Principale da Savigliano, accompagnato dal certificato medico che riporta le seguenti informazioni: «risulta che in una fase d'eccitamento psicomotoria [il soldato] minacciò i compagni e si ferì lui stesso alla gamba destra»[375]. Interrogato, Antonio afferma che attualmente sua sorella è ricoverata presso il Manicomio di Palermo «(informazione che venne confermata dai R.R.C.C.) e [anche] che un fratello di suo padre è deceduto nello stesso manicomio e ch'egli da bambino soffrì di meningite»[376]. Dati, dunque, che fanno di Antonio l'archetipo del soggetto predisposto per tare ereditarie. Al momento dell'ingresso a Racconigi «si presenta cosciente, ben orientato per tempo, luogo e persone, libero da disturbi sensoriali e deliranti. Non si ricorda delle stranezze commesse al Corpo, ha però l'impressione che in quel momento i suoi nervi erano scossi e la coscienza disturbata»[377]. Ennesimo caso in cui il soldato, colto da un violento *raptus*, quasi entrando in *trance*, perda il controllo delle proprie azioni e presenti successivamente dei disturbi riconducibili a un'amnesia parziale. In manicomio mangia e dorme regolarmente, e i medici notano una buona costituzione fisica. In più è «in preda a tremori diffusi a tutto il corpo, che s'allentano nella posizione di riposo ed aumentano nello stato emozionante e collo sforzo fisico»[378]. Tali scosse si rilevano specialmente agli arti inferiori, dai «riflessi […] vivaci»[379]. Viene fatto notare anche che Antonio «manca delle due ultime falangi del 3° e 4° dito della mano destra, perdute in un infortunio sul lavoro, cinque anni or sono»[380]. Pochi giorni dopo «accusa cefalea continua però sopportabile»[381]. Dopo dieci giorni dal momento dell'ingresso presenta «perturbazioni della coscienza con confusione, depressione sentimentale»[382]. I medici affermano che si trova da tempo a letto. Trascorse altre due settimane «tratto, tratto ha transitori offuscamenti della coscienza con rappresentazioni allucinatorie visive. Così ieri sera affermava che sulle pareti della sua cameretta vide distintamente i genitori e sorelle che irridevano al suo stato»[383]. Un'altra annotazione riporta che alcuni compagni di camera, avendo sentito Antonio parlare da solo, abbiano riferito agli infermieri che abbia intenti suicidi, da realizzarsi tramite

[375] ASONR, cartella clinica n. 10745.
[376] *Ibidem*.
[377] *Ibidem*.
[378] *Ibidem*.
[379] *Ibidem*.
[380] *Ibidem*.
[381] *Ibidem*.
[382] *Ibidem*.
[383] *Ibidem*.

l'impiccamento. Per via di questa preoccupazione viene tenuto a letto forzatamente «in osservazione e debitamente sorvegliato giorno e notte»[384]. Trascorsi due mesi, l'ultimo appunto prima di essere dimesso come «Migliorato» riporta: «più tranquillo e schiarito di mente – non è più andato soggetto a disturbi sensoriali né offuscamenti di coscienza. [Tuttavia], le facoltà psichiche più elevate sono decadute»[385].

Pietro T., classe 1891, nato «in America»[386], attualmente residente a Voghera, entra a Racconigi il 24 maggio 1918. È un detenuto delle Carceri Militari di Cuneo, non per diserzione, ma per insubordinazione e tentato omicidio, con l'aggravante della premeditazione. Il trasferimento al frenocomio è stato richiesto direttamente dal Tribunale d'Alessandria, in quanto, «detto militare […] durante l'istruzione secondaria delle truppe della Compagnia cui apparteneva, in circostanze non meritevoli di rilievo, motivava ripetuti richiami per parte del sottoufficiale addetto a tale istruzione»[387]. Gli venne dunque «comandato di andare in prigione, [ma] si rifiutava di ubbidire e a mano armata si slanciava contro il sottoufficiale, trattenuto in tempo da altri militari»[388]. Dopodiché sembra che in carcere abbia sofferto di attacchi epilettici. Per una settimana è stato ricoverato presso l'Ospedale di Riserva di Cuneo.

> Dimesso da tale ospedale la sera del 27 aprile, a cagione di negligenza dell'incaricato a ritirarlo, anziché rientrare alle prigioni si recò in Compagnia ove circa un'ora dopo in silenzio entrava nella camera in cui dormiva il sergente S., e provvedutosi di un fucile percuoteva con questo il sottoufficiale cogliendolo nel sonno, recandogli diverse ferite e ferendo altri tre militari che si erano accinti a disarmarlo[389].

Entrato in manicomio, «mantiene contegno di persona anormale e afferma di non ricordare i fatti avvenuti»[390]. Rimane nell'istituto per un periodo insolitamente lungo, dal maggio 1918 al novembre 1919. Almeno fino all'inizio del 1919, però, le informazioni scarseggiano. Nei mesi successivi la situazione non sembra migliorare. Pietro è sempre agitato, confuso, irrequieto, smemorato, prepotente, indisciplinato e risponde sempre indispettito a qualsiasi domanda gli venga rivolta. Gli viene diagnosticata una demenza precoce e infine trasferito presso il manicomio di Voghera, «appartenendo egli a detta provincia»[391].

---

[384] *Ibidem*.
[385] *Ibidem*.
[386] ASONR, cartella clinica n. 10710.
[387] *Ibidem*.
[388] *Ibidem*.
[389] *Ibidem*.
[390] *Ibidem*.
[391] *Ibidem*.

In carcere per insubordinazione troviamo anche Giovanni P., classe 1884, originario di Boves. Nel gennaio del 1918 passa tre giorni consecutivi nell'infermeria delle carceri di Mondovì e nei medici fa destare «un ragionevole dubbio che non sia un individuo in possesso completo delle sue facoltà mentali»[392]. Di lui sappiamo che, detenuto dall'agosto 1917, «fuggì una volta dal carcere ma fu subito ripreso»[393]. A gennaio, quando si trova in infermeria risulta «un individuo piuttosto deperito con la lingua patinosa che accusa continui disturbi gastro-enterici»[394]. Già sottoposto in passato ad altre cure per gli stessi disturbi, il soldato afferma che non siano servite a nulla. «Ha un carattere chiuso, però impulsivo e violento nei suoi scatti»[395]. In più senza motivo, «mentre mangia sbatte contro il muro la gavetta col rancio dando in escandescenze e chiudendosi poi in un mutismo assoluto»[396]. È instabile e imprevedibile, e nutre un odio smisurato e immotivato, tanto da arrivare a lanciare «oscure minacce non provocato»[397] verso chiunque lo circondi. Rimane in manicomio poco più di due mesi, tra la fine di gennaio e l'inizio di aprile 1918. Il suo è un caso molto delicato perché, eccetto per quei momenti in cui è preda di attacchi violenti ed impulsivi, si dimostra un degente tutto sommato tranquillo e razionale. Viene rilasciato definitivamente come «Migliorato», quando, per qualche settimana, si dimostra di umore calmo ed equilibrato.

Quando i pazienti presentavano i sintomi appena descritti gli psichiatri riscontravano numerose difficoltà nel trattarli. Violenti ed agitati, era già un'impresa riuscire a tenerli a letto per svolgere gli esami di routine per accertarsi che non fossero presenti altre anomalie organiche. Spesso, per riuscire ad immobilizzarli, dovevano intervenire numerosi infermieri (solitamente uomini di fatica adattati alla pratica infermieristica). In determinate circostanze, come si è visto, si faceva ricorso a camicie di forza, cinghie, corde, lenzuola o tutto ciò che fosse prontamente a disposizione, utile a contenere il paziente. E questa attività non era esente da rischi, tanto per il ricoverato quanto per il personale di servizio. Morsi agli infermieri, abrasioni e contusioni al paziente, insulti, urla, spintoni, calci, sputi. Il tutto solo per permettere al medico di svolgere una semplice visita. Ma questa, tutto sommato, era la fase meno difficile del ricovero in manicomio. La vera difficoltà nasceva al momento della scelta della terapia e della sua realizzazione pratica. Come si è già avuto modo di vedere nel primo capitolo, «l'inanità delle cure»[398] – come

[392] ASONR, cartella clinica n. 10553.
[393] *Ibidem*.
[394] *Ibidem*.
[395] *Ibidem*.
[396] *Ibidem*.
[397] *Ibidem*.
[398] V. Babini, *op. cit*., p. 78.

afferma Valeria Babini – era un problema serio e sistemico di quasi tutti gli istituti psichiatrici dell'epoca[399]. «Protagonista dei manicomi italiani in quegli anni Venti-Trenta è di fatto il problema della cura, o meglio la sua quasi assenza»[400]. Il manicomio, per tale motivo, è visto, in questi anni, come un'istituzione decadente, che ha perso di vista la propria missione principale – ossia quella di guarire i malati – e che ora ricopre prevalentemente una funzione detentiva. A differenza della percezione della figura dello psichiatra che va maturando proprio in quel periodo, il quale sempre di più è visto come una guida sicura, un faro verso l'evoluzione in positivo dei geni della nazione, il manicomio appare come un luogo oramai quasi completamente inutile, in cui al suo interno si fa poco o nulla di concreto per guarire i disturbati mentali. O meglio, «non è che in manicomio non si faccia proprio nulla: le terapie ci sono, ma spesso sono ancora legate a vecchie tradizioni, appena un po' aggiornate sul piano chimico e farmaceutico, presidi per sopportare la malattia più che vere e proprie cure con cui sconfiggerla. Come al gioco delle tre carte, qui ci si muove tra clinoterapia, sorveglianza e idroterapia»[401]. Oltre a queste tre pratiche, ormai consolidate dalla lunga e tutto sommato positiva esperienza, esistono anche altre possibilità: l'ergoterapia, ad esempio, oppure l'elettroterapia. L'ergoterapia, tuttavia, non sempre è possibile: essa richiede una struttura sufficientemente organizzata per contenere al suo interno, in maniera sicura, edifici ove i ricoverati possano svolgere il loro lavoro in tranquillità. E come si è visto, i manicomi italiani, specie a seguito della prima guerra mondiale, soffrono di sovraffollamento cronico, con edifici sovente fatiscenti e con un personale di servizio scarso in proporzione alla mole degli internati, e non sufficientemente preparato a livello tecnico. Un altro ragionamento è da fare, invece, per l'elettroterapia. Questa non può essere considerata una pratica standard, ma un rimedio temporaneo in momenti di gravissima crisi. I medici sono perfettamente coscienti dell'invasività di tale terapia e pertanto l'adottano, almeno sui civili, con grande parsimonia. Stessa cosa non può essere affermata per il trattamento dei militari, ma in questi casi è appunto la situazione di emergenza a richiedere soluzioni draconiane, rapide e decisive.

---

[399] Cfr. Enzo Girone, *Io e i pazzi*, Ceschina, Milano, 1953, p. 157. «L'inanità terapeutica mi sgomentava. Mi dicevo: studio l'ammalato, faccio le ricerche del caso, riesco, tante volte, con fatica, a fare una "bellissima" diagnosi e poi? Bromuri, sedativi, giubbetto di forza e… tempo. Poi mi affido al tempo, alla forza medicatrice della natura, al caso. A tutto fuorché a una cura efficace, come fanno invece il medico internista, il chirurgo, il ginecologo. Lì dentro tutto si riduceva alle pratiche giudiziarie: trattenere l'infermo o affidarlo alla famiglia, interdirlo o non, legarlo come un salame o mandarlo alla colonia agricola».
[400] V. Babini, *op. cit*., p. 78.
[401] Ivi, p. 79.

Grazie all'evoluzione della pratica psichiatrica e della ricerca farmaceutica, oggi gli specialisti riescono ad operare come maggiore sicurezza e tranquillità, sebbene siano comunque numerose le difficoltà che ancora persistono. Gli psicofarmaci, sempre più potenti e specifici, hanno via via rimpiazzato camicie di forza e corde, permettendo ai medici di svolgere la propria attività in un clima più rilassato e meno pericoloso per tutti. La pratica psicanalitica, in più, ha permesso di operare "dall'interno del paziente", invece che ricercare una "cura" che semplicemente estinguesse i sintomi esterni, quali tremori, scatti d'ira e comportamenti anormali. Tutto questo però è stato possibile solo dando tempo al tempo e permettendo a tutti gli specialisti coinvolti di condurre analisi, studi, esami (a volte persino esperimenti diretti sui pazienti), grazie ai quali i risultati ricavati hanno portato a queste scoperte ed innovazioni. È possibile che senza l'emergenza generata dalla guerra, i medici non sarebbero arrivati a sviluppare pratiche tanto disumane quanto l'elettroterapia; e che, a sua volta, senza l'elaborazione di una tale pratica, non ci si sarebbe interessati, negli anni a seguire, a ricercare una cura in grado di accantonare una volta per tutte le terapie shock più invasive, qualsiasi esse fossero, portando all'evoluzione della psicanalisi e alla realizzazione di psicofarmaci efficaci.

La guerra è probabilmente l'attività più aberrante mai praticata dall'essere umano; tuttavia ha da sempre rappresentato uno strumento e un'occasione per compiere importantissimi passi avanti in numerosi campi del sapere, portando a scoperte ed innovazioni rivelatesi molto spesso decisive per migliorare la quotidianità dei civili in tempo di pace.

Conclusioni

Questa tesi è nata dalla volontà di capire che cosa possa succedere ad un essere umano se sottoposto a situazioni psichicamente insostenibili. Oltre ad un'analisi del dibattito psichiatrico mi sono trovato inevitabilmente a portare avanti anche un'analisi politica e culturale delle diverse società e dei diversi periodi considerati durante la disamina. Mentre la prima parte, quella maggiormente teorica, è risultata estremamente utile per tracciare le linee guida fondamentali per trattare queste tematiche, facendo riferimento alla pratica storiografica maturata negli ultimi decenni, nella seconda parte, attraverso l'analisi diretta delle cartelle cliniche manicomiali, si è potuto entrare nel vivo della vicenda. L'approccio diretto, infatti, ha permesso di schiudere un mondo – formato da prospettive, credenze, convinzioni e pratiche mediche – che nel suo piccolo è venuto a rappresentare un ottimo paradigma valido ed applicabile a tutte le strutture neuropsichiatriche attive all'epoca, almeno per quanto concerne il panorama italiano.

Ho analizzato solo una delle possibili tipologie di documenti presenti all'interno dei fascicoli manicomiali: ossia i diari clinici dei pazienti. Analizzare anche la corrispondenza epistolare, le ricevute dei pagamenti e delle transizioni avvenute all'interno della struttura per il mantenimento dei pazienti, e tutti gli altri materiali documentali reperibili all'interno dell'archivio storico – quali ad esempio quelli relativi al personale medico e infermieristico – avrebbe comportato uno sforzo ben maggiore, non reputato adeguato alla tipologia di ricerca prospettata inizialmente. A riguardo, e per un maggiore approfondimento delle diverse tematiche specifiche, oltreché ad uno sguardo d'insieme più ampio su tutto ciò che possa interessare la struttura racconigese, si rimanda ai volumi e alle ricerche apposite indicate in bibliografia.

Dallo studio di questi diari è emerso un mondo vario, complesso, e sotto tantissimi aspetti estremamente lontano dalle nostre esperienze attuali. I «deficienti», i «mentecatti» che componevano tale mondo, benché fossero i protagonisti delle vicende accadute loro, sono stati trattati quasi sempre alla stregua di materiale clinico al limite dell'umano, di cui sbarazzarsi velocemente, senza troppe remore. Questa non vuole essere una critica morale od etica verso i medici della struttura dell'epoca: lo stato emergenziale straordinario richiedeva un approccio all'altezza del contesto, che fosse assieme duro e deciso; in più, le conoscenze mediche dell'epoca non potevano ancora garantire un'alternativa valida altrettanto efficace per il recupero

immediato degli uomini da rispedire al fronte, dei quali si aveva estrema necessità. Queste considerazioni conclusive vogliono evidenziare semplicemente i fatti accaduti, nella loro forma più diretta e incontaminata, rifuggendo prospettive anacronistiche che considerino, col senno di poi, sbagliate o eticamente condannabili alcune scelte fatte dagli psichiatri dell'epoca. Giudicare e condannare, oggi, i medici attivi a Racconigi negli anni trattati, consapevoli dell'evoluzione maturata all'interno della scienza psichiatrica nell'ultimo secolo, non avrebbe alcun senso, e ci si allontanerebbe dalla volontà primaria che ha ispirato questa ricerca. Ciò che questo lavoro ha voluto mettere in luce, oltre ai sintomi, le diagnosi e le terapie adottate, è anche il rapporto di estrema dipendenza instauratosi tra la pratica medica, le convinzioni culturali e le esigenze di uno Stato coinvolto in una situazione incredibilmente complicata.

Quella degli *scemi di guerra*, o dei *mutilati dell'anima*, come dir si voglia, è una questione tanto complessa quanto affascinante. L'obiettivo era offrire un contributo, per quanto parziale e limitato, alla ricerca storiografica in corso sul tema generale e a quello relativo all'analisi degli archivi manicomiali italiani in particolare.

Bibliografia

ALBERTI A., *I servizi psichiatrici di guerra*, in «Rivista ospedaliera», Roma, 1917.

ALBERTI A., *Le psicosi di guerra,* in *Atti del I convegno nazionale per l'assistenza agli invalidi di guerra*, Koschitz, Milano, 1919.

ALLINEY G., *La follia nella Grande Guerra. Storie dai manicomi militari*, LEG, Rimini, 2025.

AUDOIN-ROUZEAU S. - BECKER A., *La violenza, la crociata, il lutto. La Grande Guerra e la storia del Novecento*, Einaudi, Torino, 2002.

BABINI V. P., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna, 2009.

BIANCHI B., *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano 1915-1918*, Bulzoni, Roma, 2001.

BIANCHI V., *L'anima del soldato sul campo di battaglia*, in «Rivista di psicologia», 12, 3-4, 1916.

BINNEVELD H., *From Shell Shock to Combat Stress. A comparative History of Military Psychiatry*, Amsterdam University Press, Amsterdam, 1997.

BIRD C., *From Home to the Charge: A Psychological Study of the Soldier*, in «*American Journal of psychology*», XXVIII.3, Illinois, luglio 1917.

BOMBARDIERI C. - PELOSO P. F. (a cura di), *Il conflitto, i traumi. Psichiatria e prima guerra mondiale*, AUSL, Reggio Emilia, 2019.

BONOLA F., I disturbi psiconervosi dei combattenti, in «Quaderni di psichiatria», 7-8, 1917.

BOSCHI G., *La guerra e le arti sanitarie*, Mondadori, Milano, 1931.

BOURKE J., *Le seduzioni della guerra. Miti e soldati in battaglia*, Carocci, Roma, 2001.

BRACCO B., *La patria ferita. I corpi dei soldati italiani e la Grande Guerra*, Giunti, Firenze, 2012.

BRAMBILLA G., *Il mito dell'uomo perfetto. Le origini culturali della mentalità eugenetica*, IF Press, Frosinone, 2009.

BUCCIANTE A., *Profilassi della delinquenza nell'esercito*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1912.

CAFFARATTO D. (a cura di), *L'archivio dell'Ospedale neuropsichiatrico di Racconigi*, Hapax, Torino, 2010.

CANOSA R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano, 1979.

CASSATA F., *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006.

CASSATA F., *Eugenetica senza tabù. Usi e abusi di un concetto*, Einaudi, Torino, 2015.

CASSATA F. - MORAGLIO M. (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, BFS, Pisa, 2005.

CAZZAMALLI F., *Problemi eugenetici del domani. Guerra e degenerazione etnica*, in «Quaderni di psichiatria», 3, 1916.

COLLETTIVO ANTIPSICHIATRICO ANTONIN ARTAUD (a cura di), *Elettroshock. La storia delle terapie elettroconvulsive e i racconti di chi le ha vissute,* Sensibili alle foglie, Roma, 2014.

CONSIGLIO P., *Studii di psichiatria militare IV. Proposte e rimedi*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 41, 1915.

DALLE FUSINE G. - GUBINELLI P. - SNICHELOTTO P., *Morire di paura. Shell Shock e le fucilazioni di San Vito di Leguzzano, la giustizia militare inglese e italiana a confronto*, Gaspari, Udine, 2017.

DE NAPOLI D., *La sanità militare in Italia durante la I guerra mondiale*, Apes, Roma, 1989.

DELLA PERUTA F. (a cura di), *Storia d'Italia – Malattia e Medicina,* VII, Torino, 1984.

FIORINO V., *Matti, indemoniate e vagabondi: dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia, 2002.

FORCELLA E. - MONTICONE A., *Plotone di Esecuzione. I processi della prima guerra mondiale*, Laterza, Bari, 2014.

FOUCAULT M., *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano, 2011.

FOUCAULT M., *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino, 1969.

FOUCAULT M., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1976

FREUD S., *Considerazioni attuali sulla guerra e la morte*, Studio tesi, Roma, 1982.

FREUD S., *L'interpretazione dei sogni*, Bollati Boringhieri, Torino, 2011.

FRIEDMAN M. J. - SCHNURR P. P. - KEANE T. M., *Handbook of PTSD: science and practice*, The Guilford, New York, 2021.

FUSSEL P., *La Grande Guerra e la memoria moderna*, il Mulino, Bologna, 2000.

GEMELLI A., *Il nostro soldato. Saggi di psicologia militare*, Treves, Milano, 1918.

GERWARTH R., *La rabbia dei vinti. La guerra dopo la guerra 1917-1923*, Laterza, Bari, 2019.

GIBELLI A., *La Grande Guerra degli italiani 1915-1918*, BUR, Milano 2007.

GIBELLI A., *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007.

GIOVANNINI P., *La psichiatria italiana e la Grande Guerra. Ideologia e terapia psichiatrica alle prese con la nuova realtà bellica*, in «Sanità, scienza e storia», 1978.

GRANDO E. (a cura di), *Malattie e medicina durante la Grande Guerra 1915-1919*, Gaspari, Udine, 2009.

GRILLINI A., *La guerra in testa. Esperienze e traumi di civili, profughi e soldati nel manicomio di Pergine Valsugana (1909-1924)*, il Mulino, Bologna, 2018.

GUARNIERI P., *Storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Olschki, Firenze, 1991.

ISNENGHI M., *Il mito della Grande Guerra*, il Mulino, Bologna, 2014.

ISNENGHI M. - ROCHAT G., *La Grande Guerra*, il Mulino, Bologna, 2014.

JONES E. - LINDEN S. C., *"Shell shock" Revisited: An Examination of the Case Records of the National Hospital in London*, in «*Medical History*», Vol. 58, Issue 4, Cambridge University Press, 2014.

LABITA V., *Un libro-simbolo: "*Il nostro soldato*" di padre Agostino Gemelli*, «Rivista di Storia Contemporanea», Vol. 15, No. 3, Torino, 1 luglio 1986.

LEED E. J., *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, il Mulino, Bologna, 1985.

LEESE P., *Neurosis and the British Soldiers of the First World War*, Palgrave, New York, 2005.

MAMONE G. - MILAZZO F., *Deserti della mente. Psichiatria e combattenti nella guerra di Libia 1911-1912*, Le Monnier, Firenze, 2019.

MAMONE G. - MILAZZO F. (a cura di), *Storia e Psichiatria. Problemi, ricerche, fonti*, Biblion, Milano, 2019.

MAZZINI F. - SORBA C., *La svolta culturale. Come è cambiata la pratica storiografica*, Laterza, Bari, 2021.

MILAZZO F., *Una guerra di nervi. Soldati e medici nel manicomio di Racconigi (1909-1919)*, Pacini, Pisa, 2020.

MILAZZO F., *Una casa di custodia per maniaci pericolosi. Storia del manicomio di Racconigi dalle origini al fascismo (1871-1930)*, Primalpe, Cuneo, 2019.

MILOCCO S. - MILOCCO G., *Fratelli d'Italia. Gli internamenti degli italiani nelle terre liberate durante la Grande Guerra*, Gaspari, Udine, 2002.

MONDINI M., *La guerra italiana. Partire, raccontare, tornare 1914-1918*, il Mulino, Bologna, 2014.

MORAGLIO M., *Effimeri entusiasmi, quotidiane sofferenze: la fondazione del manicomio di Racconigi (1871)*, Araba Fenice, Cuneo, 2007.

MOSSE G. L., *Le guerre mondiali. Dalla tragedia al mito dei caduti*, Laterza, Bari, 2002.

MYERS C. S., *A contribution to the study of shell shock. Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the duchess of Westminster's war hospital, le Touquet*, in «*The Lancet*», Volume 185, Issue 4772, Londra, 13 febbraio 1915.

POGLIANO C., *La Grande Guerra e l'orologio della psiche*, Belfagor, Vol. 41, No. 4, Firenze, 31 luglio 1986.

PELOSO P. F., *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945)*, Ombre Corte, Verona, 2008.

PLUVIANO M. - QUERINI I., *Le fucilazioni sommarie nella prima guerra mondiale*, Gaspari, Udine, 2004.

ŠAJKEVIČ M. O., *Le malattie mentali nell'esercito in relazione alla guerra russo-giapponese*, in «VMŽ», settembre 1907.

SALONNA M. G., *Gli "scemi di guerra". I militari ricoverati al manicomio di Ancona durante la Grande Guerra*, Affinità elettive, Ancona, 2015.

SCARTABELLATI A., *Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa, 2003.

SCARTABELLATI A. (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, Marco Valerio, Torino, 2008.

SHEPHARD B., *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists 1914-1994*, Random House, Londra, 2002.

SIMMEL E., *Kriegsneurosen und psychisches Trauma*, Nemnich, Monaco, 1918.

TAMBURINI A. - FERRARI G. C. - ANTONINI C., *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, UTET, Torino, 1918.

TESIO S. - VALLARINO A., *L'ex ospedale psichiatrico di Racconigi. Una lettura storica attraverso l'analisi delle figure dei direttori sanitari*, in «Progetto Salute», VII, 3, giugno 2004.

VALERIANO A., *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Donzelli, Teramo, 2014.

WINTER J., *Il lutto e la memoria. La Grande Guerra nella storia culturale europea*, il Mulino, Bologna, 1998.

WINTER J., *Shell-Shock and the Cultural History of the Great War*, in «*Journal of Contemporary History*», Vol. 35, No. 1, 2000.

Sitografia

https://cartedalegare.cultura.gov.it/guida-agli-archivi/piemonte/ospedale-neuropsichiatrico-per-la-provincia-di-cuneo-in-racconigi/.

https://imagesdefense.gouv.fr/fr/troubles-nerveux-chez-les-commotionnes-val-de-grace-1.html.

https://wellcomecollection.org/works/p5993re4.

https://www.filmpreservation.org/preserved-films/screening-room/let-there-be-light-1946.

https://www.youtube.com/watch?v=bCSzrUnie2E.

https://www.youtube.com/watch?v=ywMLuP6yw9g.

Ringraziamenti

Ringrazio primariamente il professor Guri Schwarz e il professor Marco Natalizi, rispettivamente relatore e correlatore per questa tesi, i quali mi hanno consigliato, indirizzato ed aiutato per tutto il periodo necessario per la realizzazione di questa ricerca. Grazie.

Un sentito ringraziamento va all'ASL 1 di Cuneo, per la loro gentilezza e disponibilità e per avermi permesso di fare ricerca presso l'archivio storico dell'ex manicomio di Racconigi.

Dopodiché, con grandissima gioia ringrazio i miei genitori, mamma e papà. Senza di loro tutto questo – non solo questo lavoro, ma tutta la mia carriera universitaria – non sarebbe stato possibile. Grazie per aver creduto in me sin dal principio; grazie per avermi supportato in ogni mia scelta; grazie per aver scelto di condividere con me le mie passioni, di aver permesso di inseguire i miei sogni e costruire importanti basi per la mia vita futura. Nulla di quello che avete fatto è scontato e per questo vi sono immensamente riconoscente. Mi avete aiutato a costruire solide fondamenta, ora sta a me spiccare il volo. Grazie. Vi voglio tanto, tanto bene.

Poi c'è Anna. Davvero non so come avrei fatto senza di te. Sei stata per tutti i cinque anni di università, e continui ad essere, il mio centro di gravità: tutto si riconduce a te. Sei sempre stata presente, mi hai sempre incoraggiato, sostenuto, aiutato, motivato. Ci sei dal primo giorno, quando dall'alberghiero mi imbracavo in questa impresa; e ora che viene il bello, voglio che tu continui ad esserci, sempre al mio fianco. Ti amo.

Un pensiero lo voglio rivolgere anche al professor Attilio, mio tutor durante il tirocinio, per la sua disponibilità e dedizione. Grazie a te ho confermato e rafforzato la mia volontà di continuare su questa strada. Grazie.

In conclusione voglio ringraziare tutti i miei familiari, amici e conoscenti che con una parola o un pensiero mi sono stati vicini durante questi cinque anni. Grazie a tutti.

Alessandro