

FABIO MILAZZO

LA 'GUERRA DEI NERVI'. *SHELL SHOCK*, NEVROSI
TRAUMATICHE E PRIMO CONFLITTO MONDIALE

In tempo di pace le ferite dei nervi periferici si osservano relativamente di rado e, soltanto in via eccezionale, possono essere riferite a modalità di produzione paragonabili a quelle che si realizzano in guerra per effetto delle schegge di granate, di palle di shrapnell e di palle da fucile.

G. CATOLA, *Neuropatologia di guerra. Le ferite dei nervi periferici*

*Scemi di Guerra*¹: così Enrico Verra intitolava nel 2008 il documentario realizzato per mostrare gli effetti del primo conflitto mondiale sulla psiche dei soldati traumatizzati. Sguardi allucinati e smarriti, disfunzioni motorie, accessi confusionali e perdita di sé, tutto questo emerge dalle immagini in bianco e nero che ritraggono i soldati impazziti a causa dell'impatto devastante della Grande Guerra². Infatti, il primo conflitto mondiale, insieme alla morte e alla mutilazione fisica prodotta in grande scala, ha condotto migliaia di

¹ E. VERRA, *Scemi di guerra. La follia nelle trincee*, Film, Italia 2008, 50', colore con inserti in b/n.

² Sul tema esiste ormai una bibliografia copiosa. Vedi almeno: A. GIBELLI, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino 2007 (1 ed. 1991); B. BIANCHI, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Roma 2000; *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, a cura di A. SCARTABELLATI, Torino 2008; E. LEED, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, Bologna 1985 (ed. or. 1979); H. BINNEVELD, *From Shell Shock to Combat Stress. A Comparative History of Military Psychiatry*, Ann Arbor 1998; B. SHEPARD, *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists*

uomini sulla strada della follia. Un percorso per molti versi inedito, declinato nella forma dello shock da combattimento, il trauma causato dalle giornate in trincea, dagli assalti suicidi, dai gas e dai bombardamenti. «Uomini letteralmente distrutti»³, come li ha definiti la storica Fiona Reid, nel corpo e, soprattutto, nella mente dagli effetti della Grande Guerra.

La storia della psichiatria e, più in generale quella contemporanea, ormai da tempo ha posto sotto esame l'importanza sociale della categoria di 'nevrosi di guerra', un sintagma utile non soltanto per rendere conto delle trasformazioni interne al paradigma epistemologico psichiatrico ma, più in generale, per catturare l'evoluzione psico-sociale di patologie collettive fino ad allora non adeguatamente poste sotto esame teorico. In tal senso la Grande Guerra non soltanto portò alla luce la dimensione di massa di un fenomeno fino ad allora scarsamente considerato, ma costrinse medici e alienisti prima e istituzione militare poi, a valutare le pratiche più adatte per far fronte alla diffusione su larga scala di una patologia che le categorie di *predispozione*, *atavismo* e *degenerazione* non riuscivano a spiegare fino in fondo.

Come è stato notato, la Grande Guerra ha quasi da subito assunto, nella percezione collettiva, anche attraverso la corrispondenza giunta dal fronte⁴, le dimensioni di uno «scontro immane nel quale migliaia

in the Twentieth Century, London 2000; *Traumatic Pasts, History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age 1870-1930*, ed. by M. MICALE, P. F. LERNER, Cambridge 2001; P. LEESE, *Shell Shock, Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*, New York 2002; P. F. LERNER, *Historical men. War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930*, Ithaca 2003; P. BARHAM, *Forgotten Lunatics of the Great War*, New Haven - London 2004.

³ F. REID, *Broken Men. Shell Shock, Treatment and Recovery in Britain 1914-1930*, London - New York 2012, 1.

⁴ F. CAFFARENA, *Lettere dalla Grande Guerra. Scritture del quotidiano, monumenti della memoria, fonti per la storia. Il caso italiano*, Milano 2005; Q. ANTONELLI, *Storia intima della Grande Guerra. Lettere, diari e memorie dei soldati dal fronte*, Roma 2014; F. GUERRIERI, *Lettere dalla trincea*, Trento 1968; *Verificato per censura. Lettere e cartoline dei soldati romagnoli nella prima guerra mondiale*, a cura di G. BELLOSI, M. SAVINI, Cesena 2002; G. FIAT, D. LEONI, F. ROSERA, C. ZADRA, *La scrittura popolare della guerra. Diari di combattenti trentini*, in *La Grande Guerra. Esperienza, memoria, immagini*, a cura di D. LEONI, C. ZADRA, Bologna 1986, 105-36.

di uomini vissero lunghe attese e morirono contendendosi rabbiosamente pochi chilometri o addirittura poche centinaia di metri di terreno»⁵. In questa ottica ha rappresentato, a tutti gli effetti, un conflitto diverso da tutti gli altri, un «evento biologico di proporzioni inaudite»⁶ in grado di modificare non soltanto la percezione di sé, ma anche il rapporto con gli altri e, più in generale, la sensibilità collettiva. Tutto ciò non poteva non avere delle ricadute profonde sull'immaginario, «il senso della vita e il senso della storia»⁷ dei combattenti, ma anche dei loro familiari e, più in generale, di medici e psichiatri chiamati a confrontarsi con gli effetti patologici di questa trasformazione. Se in tale ottica, come è stato sottolineato da Claudia Mantovani, «la guerra «è un evento storico per sua natura squisitamente degenerogeno»⁸, ciò è ancora più valido per il primo conflitto mondiale, fortemente segnato nello sviluppo e nello svolgimento da attese palinogenetiche di rigenerazione della specie. Così i numerosi casi di squilibri mentali, che nei termini di una vera e propria epidemia coinvolsero i soldati impegnati nel conflitto⁹, non sono da leggere soltanto come l'effetto della paura di morire, della lontananza da casa e dagli affetti, ma più propriamente come sintomo di una psiche collettiva sottoposta a una mobilitazione perpetua e a una tensione trasformativa inedita, le cui più dirette ascendenze sono da ricercare negli sviluppi e nei mutamenti tecnologici, culturali e sociali di inizio Novecento. Di fronte a queste trasformazioni come reagì la psichiatria italiana? Come categorizzò un problema fino ad allora inedito? Come ciò contribuì alla definizione della sua funzione sociale? A

⁵ A. GIBELLI, *La Grande Guerra degli Italiani 1915-1918*, Milano 2014, 6.

⁶ *Ibid.*, 7.

⁷ A. GIBELLI, *L'officina della guerra. La Grande guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino 2007, 46.

⁸ C. MANTOVANI, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni trenta*, Soveria-Mannelli 2004, 149. La questione della «Dégénérescence», nei suoi rapporti con il darwinismo sociale e con le implicazioni eugenetiche rappresenta uno degli elementi paradigmatici dell'epoca.

⁹ W. JOHNSON, R. G. ROWS, *Neurasthenia and War Neuroses*, in *History of the Great War Based on Official Documents, Medical Services, Diseases of the War*, ed. by W. G. MAC PHERSON, W. P. HERRINGHAM, T. R. ELLIOTT and A. BALFOUR, II, London 1923, 2-61.

questi interrogativi il contributo prova ad offrire alcune risposte di carattere introduttivo, anche attraverso la documentazione clinica e amministrativa dell'ex Ospedale Psichiatrico della provincia di Cuneo, sito in Racconigi. Tale contesto, apparentemente di periferia, è invece di strategica importanza militare perché posto al confine con la Francia; ciò ha fatto sì che nel tempo il territorio si riempisse di caserme che, proprio tra Otto e Novecento, vennero riorganizzate e potenziate. Questi elementi rendono il caso cuneese dei soldati ricoverati per alienazioni mentali utile per analizzare, a partire dal dato specifico, tendenze e dinamiche più generali. D'altra parte la questione delle «nevrosi di guerra» è stata ampiamente analizzata dalla storiografia italiana ma, a nostro parere, ciò è avvenuto soprattutto in linea di continuità con la storiografia internazionale – soprattutto inglese, francese e statunitense. Se questo ha consentito di sottolineare gli elementi di continuità della situazione italiana con il contesto estero, ciò ha forse eccessivamente appiattito la realtà della Penisola, sacrificandone gli elementi di specificità, soprattutto per quello che riguarda valutazioni teoriche e politiche di trattamento del fenomeno. L'analisi del dibattito medico scientifico italiano, dell'evoluzione della psichiatria e delle conseguenze dell'incontro con l'*antropologia della devianza* lombrosiana, in tal senso, rappresentano elementi specifici di fondamentale importanza che nessuno studio sulle nevrosi di guerra può sottovalutare. È la prospettiva che orienta questo contributo a carattere introduttivo.

Il presente contributo è estratto da un progetto di ricerca più ampio che, in linea con i recenti sviluppi di alcuni filoni storiografici, si propone di analizzare il fenomeno della *pazzia nei militari*¹⁰ a partire dagli archivi delle istituzioni manicomiali¹¹. Il frenocomio rappresenta un punto di osservazione fondamentale, perché è quello entro

¹⁰ P. GRILLI, *La pazzia nei militari*, Roma 1883.

¹¹ V. FIORINO, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Pisa 2001, 135 sgg.; A. VALERIANO, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Roma 2014, 168 sgg.; I. LA FATA, *Follie di guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Milano 2014, 119 sgg.; M. V. ADAMI, *L'esercito di san Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)*, Padova 2007, 32-33.

cui si materializzò concretamente il trattamento delle diverse forme di pazzia che interessarono i soldati. Il perimetro asilare assume dunque il valore di contesto specifico, non neutro, attraverso cui è possibile cogliere le pratiche e le dinamiche che interessarono gli 'scemi di guerra', sintagma attraverso cui si designano ben presto tutti i militari ricoverati negli ospedali psichiatrici per traumi da conflitto, come lo *shell shock* da combattimento. Per valutare al meglio le forme specifiche di trattamento, le rotture ma anche le linee di continuità nelle pratiche e nelle politiche di internamento che riguardano i soldati, si è deciso di estendere la ricerca non soltanto al periodo del conflitto vero e proprio, ma di analizzare un segmento temporale più ampio a partire dal 1909. Questo arco di tempo, che abbiamo definito la *lunga Grande Guerra*, si giustifica alla luce del contesto studiato per alcune ragioni. Innanzitutto sulla base di una premessa metodologica che riconosce, in linea con la storiografia più recente, la molteplicità dei *tempi della storia* in relazione all'evento considerato¹². Nel caso specifico, che interessa il manicomio di Racconigi, due elementi su tutti giustificano la scelta: *in primis* il 1909 è l'anno successivo alla nomina della nuova direzione sanitaria guidata da Cesare Rossi. Non appare superfluo sottolineare l'importanza medica, sociale e politica della figura del Direttore per i frenocomi e, specificatamente, quella di Rossi che guida il manicomio di Racconigi fino agli anni Trenta del Novecento, negli anni della stabilizzazione del regime fascista. Inoltre, nel 1909, viene emanato il regolamento attuativo della Legge n. 36 del 1904 sulla cura e l'assistenza degli alienati. Tale provvedimento stabilisce in maniera univoca le «procedure di ricovero nel manicomio e statuiva con maggiore precisione il ruolo del medico manicomiale. Lo psichiatra – e in particolare il direttore dell'ospedale psichiatrico – era investito di un ruolo fondamentale nelle procedure di ammissione e, soprattutto, nella gestione dei reparti»¹³.

¹² O. JANZ, *1914-1918. La Grande Guerra*, trad. it. di E. LEONZIO, Torino 2014, 3 sgg.

¹³ M. MORAGLIO, *Prima e dopo la Grande Guerra. Per un'introduzione al dibattito psichiatrico nell'Italia del '900*, in *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, a cura di A. SCARTABELLATI, Torino 2008, 66.

L'idea di fondo che anima il progetto di ricerca da cui è tratto questo primo contributo è che di fronte alle trasformazioni della guerra industriale, ma anche dinanzi ai cambiamenti che interessano la leva obbligatoria di massa, analizzare le diverse forme patologiche che colpiscono i soldati, prima e durante il primo conflitto mondiale, consenta di mettere sotto esame una delle forme specifiche di isolamento e rimozione sociale della congiuntura. Sul destino dimenticato del folle-soldato pesa lo stigma della riprovazione sociale e l'azione biopolitica delle autorità fermamente decise ad evitare ogni clamore sulla questione. Il risultato è un insieme disperso di vicende ordinarie sprovvisto di qualunque valenza palinogenetica e, proprio per questo, condannate all'anonimato. In ragione di ciò il nostro progetto di ricerca si propone di analizzare non soltanto le declinazioni singolari – e il trattamento – delle 'nevrosi di guerra', e più in generale della *pazzia nei militari* in Italia agli inizi del Novecento, ma anche di far emergere le dinamiche concrete entro cui prende forma la dialettica tra accettazione e rifiuto della guerra, e della vita di caserma, così come ricostruibile a partire dalla situazione e dalle vicende dei militari alienati.

Le nevrosi di guerra tra tensioni eugenetiche generali e dinamiche manicomiali particolari

Davanti allo smarrimento della parola, alle allucinazioni, alle urla dei soldati, le gerarchie militari reagirono in parte cercando di rimuovere il problema, in parte identificando la questione degli alienati militari nei termini di una faccenda disciplinare, legata cioè alla *perversa* volontà di sottrarsi ai propri doveri di cittadino nei confronti della Nazione. Le ragioni principali di ciò sono da ricercarsi non soltanto in un clima politico e culturale non predisposto alla comprensione del fenomeno, ma anche in una psichiatria ancora troppo legata al clima positivista¹⁴ poco adatto a cogliere le dinamiche sociali, culturali ed epocali di un fenomeno che mal si presta alle riduzioni

¹⁴ M. PORTIGLIATTI-BARBOS, *Medicina ed antropologia criminale nella cultura positivista*, in *Il positivismo e la cultura italiana*, a cura di E. R. PAPA, Milano 1985.

scientifiche e alle ipostatizzazioni secondo le consuete categorie diagnostiche. Tutto ciò incideva su un sapere dubbioso, alla ricerca di legittimazione sociale e, quindi, desideroso di accreditarsi come *episteme* al servizio della Nazione¹⁵, del suo progredire e migliorarsi, del suo bisogno palinogenetico. Per queste ragioni la psichiatria svolse soprattutto la funzione di baluardo dell'igiene sociale e di scienza garante del consolidamento dell'elemento psichico nazionale. Ciò si tradusse in una serie di pratiche volte, più che a *indagare* le cause della sofferenza del soldato, all'individuazione e alla correzione del militare ritenuto ontologicamente *anormale*, un soggetto questo particolarmente pericoloso e temuto dalle istituzioni in ordine alla coesione e alla tenuta della superiore comunità militare¹⁶. Come afferma Andrea Scartabellati: «al liberale principio della difesa delle libertà individuali, [...], si contrapponevano ora le necessità di un presunto uomo collettivo, che individuava coerentemente il suo braccio operativo nella superiore collettività militare»¹⁷. Si trattava di difendere e di salvaguardare la figura ideale del militare italiano, erede del centurione romano e dello spirito guerriero latino. In tal senso molto chiare sono le parole dell'ufficiale medico Placido Consiglio che in questi termini si esprimeva in quegli anni:

l'esercito deve essere una scuola di uomini e di cittadini, oltre che di soldati; la diffusione dell'igiene mentale deriva soprattutto dal fatto che l'esercito moderno, è la riunione - nel momento culminante della loro formazione - di tutte le giovani intelligenze e di tutti i giovani corpi di cui si compone un popolo; e quindi è della massima importanza occuparsi di essi¹⁸.

Tali esigenze legate alla particolare situazione italiana, con un esercito di leva costituito da individui provenienti da realtà, contesti e si-

¹⁵ G. MORTARA, *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Bari 1925, 4 sgg.

¹⁶ P. NICOLA, 'Snidare l'anormale': psichiatria e masse combattenti nella prima guerra mondiale, «Riv. di storia contemporanea», 1987, 69-70.

¹⁷ A. SCARTABELLATI, *Intellettuale nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la grande guerra (1909-1921)*, Udine 2003, 14.

¹⁸ P. CONSIGLIO, *Studi di psichiatria militare*, «Riv. sperimentale di freniatria», 38 (1912), 406, n. 5.

tuazioni geo-storicamente molte diverse, rendono preminenti le esigenze di controllo biopolitico e, parimenti, hanno contribuito alla sottovalutazione analitica del fenomeno post-traumatico. Le uniche patologie riconosciute come tali sono quelle che hanno un'origine organica, le altre sono nel migliore dei casi sospette; per questo si rende necessaria un'opera meticolosa di controllo per limitare il dissenso e il rifiuto nei confronti della guerra, testimoniato dai soldati attraverso le patologie mentali lamentate. Si spiega in tale ottica, almeno in parte, il processo di categorizzazione delle nevrosi post-traumatiche¹⁹ da combattimento in termini di *isteria maschile*²⁰ e una politica di trattamento basata sulla rapida reclusione manicomiale e la somministrazione di terapie brutali, quali quelle elettriche, volte a far emergere il presunto intento dissimulatore del soldato²¹. L'invio in manicomio, nel caso degli alienati militari, è in relazione a queste dinamiche la strategia di riferimento adottata per sancire immediatamente il confine tra i *sani* e i *malati*, le vite *proprie* e quelle *improprie*, tra chi aderisce ai suoi doveri di 'italiano' e chi cerca di evitarli attraverso la fuga – vera o presunta – nella dimensione alienante della follia. È la principale ragione per cui la reclusione degli 'scemi di guerra' viene trattata come un problema di politica sociale e non in vista del recupero reale del *traumatizzato*. Ciò significa che, durante la Grande Guerra, una volta riconosciuto il soldato come alienato e genericamente inadatto alla vita militare, si avviano immediatamente le procedure per impedire che il *degenerato*, con la propria presenza, contami il corpo mistico della comunità militare. Il soldato segnato dal morbo della 'deficienza mentale', «positivisticamente inteso quale manifestazione comportamentale della sua inferiorità biologica e psichica»²², infatti, è considerato a tutti gli effetti un elemento patogeno in grado di sovvertire la collettività militare e questo è il grande pericolo che le autorità devono scongiurare. In questa prospettiva l'opera di profilassi di medici e psichiatri è fondamentale

¹⁹ S. DE SANCTIS, *L'isterismo di guerra*, «Riv. sperimentale di freniatria», 42 (1916).

²⁰ P. LERNER, *Hysterical Men: War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930*, Ithaca and London 2003.

²¹ BIANCHI, *La follia e la fuga*, 30 sgg.

²² SCARTABELLATI, *Intellettuali nel conflitto*, 21.

ma, come detto, non viene attuata in ordine alla salute dell'alienato, quanto per difendere la Nazione e il suo corpo mistico. L'intento eugenetico che anima una simile strategia può per molti versi essere posto alla radice di quei fenomeni di controllo, selezione e miglioramento della razza che troveranno piena attuazione durante gli anni Trenta e Quaranta del Novecento. Le preoccupazioni di sanità pubblica pongono quindi in secondo piano gli interessi terapeutici e ciò spiega, almeno in parte, le tendenze degli alienisti a gestire il problema sulla base di categorie e paradigmi che ben si prestano a questa funzione biopolitica. Così la definizione epistemologica e l'uso analitico di significanti dal forte connotato eugenetico, quali 'predisposizione', 'degenerazione', 'inferiorità biologica' e 'costitutiva inadattabilità' alla vita militare, 'isteria maschile', devono essere interpretati alla luce delle indicate esigenze di controllo presenti nella società di inizio Novecento e che trovano una sperimentale e inedita declinazione davanti al problema dei *traumatizzati di guerra* e al loro trattamento manicomiale.

Ma dove venne materialmente gestito il trattamento degli alienati di guerra? In che proporzioni ciò influì sulla vita degli asili presso cui venne effettuato? E quali furono nello specifico i sintomi lamentati dai militari? Come vennero categorizzate dai medici che se ne occuparono? Innanzitutto, come evidenziato dalla letteratura storiografica²³, i sintomi erano molto simili a quelli registrati dopo un evento traumatico: stato di confusione, perdita della parola, dissociazione psico-fisica, condizioni depressive, alterazione dell'umore, scatti violenti, incapacità di controllo, smarrimento della memoria. Questi sintomi, di non immediata decifrazione, rimandavano ad un campo diagnostico non ben definito e in evoluzione, che risultava scisso tra istanze tese al riduzionismo organico e biologico – il *degenerazionismo moreliano* –, e altre che sottolineavano il carattere artefatto, *isterico*, di segni che, in una qualche forma, afferivano alla sfera del desiderio e del rimosso. Analizzando inoltre la letteratura psichiatrica prodotta prima e durante la guerra si nota una mancanza di indirizzi chiari e condivisi, una molteplicità di ermeneutiche e di

²³ LERNER, *Hysterical Men*, 18 sgg.

analisi che, nei fatti, si tradussero in pratiche diagnostiche e trattamenti diversi sviluppati nelle singole istituzioni manicomiali. Questo perché, dopo un periodo di prima osservazione, i *soldati alienati*, qualora riconosciuti affetti da disturbi mentali non transitori, venivano smistati presso i manicomi più vicini, in quelli di pertinenza territoriali o, ancora, in quelli deputati da specifici accordi tra le singole istituzioni provinciali e le autorità militari²⁴. Per questa ragione solo analizzando la documentazione prodotta dalle istituzioni manicomiali si possono verificare le incidenze del fenomeno e le dinamiche generali del trattamento delle nevrosi di guerra, così come si concretizzano in ambito locale. Tra queste strutture di particolare rilevanza è il manicomio di Racconigi, una istituzione importante non soltanto perché deputata all'internamento della popolazione alienata di un territorio molto vasto, quale quello della provincia di Cuneo, ma anche perché la provincia *Granda*, per l'importanza strategica rivestita – al confine con la Francia –, era presidiata da una fitta rete di caserme. Il primo dato che emerge dallo studio della documentazione clinica è che l'afflusso dei militari alienati incise sul numero di presenze totali del manicomio in maniera quasi inaspettata. Testimone di ciò la documentazione amministrativa del manicomio che attraverso il Direttore, ancora nel 1914, così descrive la situazione all'interno del frenocomio: «attualmente lo stato dei ricoverati è buono, e all'infuori di qualche improvviso attacco morboso tutto lascia sperare la continuazione del felice funzionamento igienico delle due sezioni. Il personale si comportò ognora con lodevole zelo, tanto che non si ebbe motivo di punizione»²⁵. Una situazione che viene definita «felice» sul piano igienico e su quello disciplinare; se a ciò si aggiunge la delibera del 12 novembre 1913²⁶, con cui si dà

²⁴ La Legge del 20 marzo 1865, n. 2248, affidava alle Province la gestione degli alienati pertinenti territorialmente.

²⁵ Archivio della Provincia di Cuneo [d'ora in avanti APCN], *Atti del Consiglio Provinciale di Cuneo 1914, Sessione ordinaria*, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1915, 34.

²⁶ Archivio Storico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi [d'ora in avanti ASONR], Classe I.4, UA 64, *Registro dei verbali delle adunanze della commissione amministrativa della Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo in Racconigi 1913 e 1914*, delibera del 12 novembre 1913.

il via libera alla costruzione di un panificio interno alla struttura per garantire il rifornimento del pane agli internati, il quadro che ne viene fuori è quello di un relativo ottimismo nei confronti del futuro e di una certa soddisfazione sul funzionamento del frenocomio. Niente lascia immaginare la situazione di sovraffollamento, di occupazione degli spazi disponibili, di carenza di medici e infermieri che, a partire dalla seconda metà del 1915, interesserà la struttura stravolgendone il funzionamento. Qui, infatti, come in molte altre realtà italiane²⁷, accanto ai problemi legati alla riduzione d'organico²⁸, si registrò un incremento di presenze che coincise con l'afflusso dei soldati alienati provenienti dal fronte. Ad essi, e ai feriti di guerra, a seguito di una convenzione stipulata tra la Provincia e l'Amministrazione Militare²⁹, sarebbe stato concesso in uso un nuovo padiglione appena ultimato e intitolato al celebre alienista Augusto Tamburini³⁰.

Scoppiata la guerra, tra gli elementi che la direzione sanitaria deve, suo malgrado, registrare c'è appunto – con l'eccezione del 1916 – un aumento progressivo dei ricoverati che nel 1914 sono 967³¹, nel 1915 sono 1018³², nel 1916 sono 1000³³, nel 1917 sono 1072³⁴, nel

²⁷ FIORINO, *Le officine della follia*, 135 sgg.; VALERIANO, *Ammalò di testa*, 168 sgg.; LA FATA, *Follie di guerra*, 119 sgg.; ADAMI, *L'esercito di san Giacomo*, 32-33.

²⁸ APCN, *Atti del Consiglio Provinciale Cuneo 1915, Sessione ordinaria e straordinaria*, Cuneo 1916, 31. Qui si fa presente che con la chiamata alle armi, nella struttura, è rimasto solo un assistente medico.

²⁹ APCN, *Atti del Consiglio Provinciale Cuneo 1917, Sessione ordinaria e Straordinaria*, Cuneo 1918, 27.

³⁰ APCN, *Atti del Consiglio Provinciale Cuneo 1915*, 32.

³¹ La cifra si riferisce alla canonica data del 30 di giugno. APCN, *Atti del Consiglio Provinciale 1914, Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, 221.

³² APCN, *Atti del Consiglio Provinciale 1915, Sessione ordinaria e straordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, 14.

³³ APCN, *Atti del Consiglio Provinciale 1916, Sessione ordinaria e straordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, 14.

³⁴ APCN, *Atti del Consiglio Provinciale 1917, Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, 199.

1918 sono 1184³⁵ e nel 1919, a conflitto terminato sono 979³⁶. La flessione tra le presenze del 1916 è una eccezione rispetto all'andamento del periodo, tanto da sorprendere lo stesso direttore Cesare Rossi che afferma: «la diminuzione delle presenze si è verificata malgrado l'elevato numero dei nuovi ammessi, onde essa va posta esclusivamente a carico della forte uscita, vale a dire delle dimissioni e dei decessi»³⁷. Nel suo essere un'eccezione il dato è però indicativo poiché evidenzia una prassi delineatasi durante la guerra, in linea con le sollecitazioni dell'autorità provinciale, che riguarda l'aumento del numero delle dimissioni. A fronte di 324 ammessi durante l'anno sono ben 226 i dimessi, tra cui 105 migliorati e 89 guariti. Nello stesso anno i soldati alienati ammessi sono 77, su di loro pesa un generale senso di diffidenza, sia perché rappresentano una categoria di cui si sa ancora troppo poco, sia perché su di loro gravano dubbi e sospetti, per altro ampiamente amplificati dall'azione delle autorità militari che vogliono evitare la diffusione di ogni fenomeno di empatia con gli 'scemi di guerra'. La diffidenza è accresciuta dal fatto che fin dal 1915 la Direzione sanitaria del manicomio deve operare in regime di emergenza, quindi le presenze estranee che gravano sulla situazione d'insieme non sono gradite. Infatti, su 4 medici normalmente disponibili, ben tre sono stati richiamati 'sotto le armi' e, insieme a loro, anche una decina di infermieri prendono la via del fronte. Governare l'istituto, in questa situazione, non è semplice e ben si comprendono le affermazioni via via più allarmate del direttore Cesare Rossi che, scrivendo all'Amministrazione Provinciale, chiede sostegno, implora aiuto, invoca soluzioni. In stridente e paradossale contrasto con ciò la stessa Provincia, durante il conflitto, stringe un

³⁵ APCN, *Atti del Consiglio Provinciale 1918, Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, 135.

³⁶ APCN, *Atti del Consiglio Provinciale 1919, Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, 137.

³⁷ APCN, *Atti del Consiglio Provinciale 1916, Sessione ordinaria e straordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, 14.

accordo con il Ministero della Guerra per destinare alcuni padiglioni del manicomio per il ricovero dei feriti di guerra non alienati. Le già poche risorse a disposizione, al pari degli spazi disponibili, devono essere ulteriormente ripartite tra più ricoverati; ciò spinge la Direzione sanitaria a cercare percorsi alternativi, come l'affidamento dei ricoverati «che senza pericolo possono essere lasciati liberi»³⁸ alle famiglie, che sarebbero state rimborsate con un sussidio mensile compreso tra le 10 e le 20 lire.

La situazione, però, si aggrava ulteriormente nel 1917 quando la Direzione sanitaria registra un nuovo aumento tra i ricoveri – pari a 427 – ma lo contestualizza alla luce dei soldati *pazzi*, che sono 103. Questo fa concludere che «il numero degli alienati a carico provinciale è in notevole diminuzione, perché essendo compresi 113 militari [presenti al 30 giugno 1917] a carico dello Stato, il numero dei presenti a carico provinciale alla data del 30 giugno u.s. si riduce»³⁹. Le dimissioni sono 235 totali, di cui 75 soldati, pari al 31,91%, cifra che il Direttore ricollega ai «disturbi mentali transitori in molti militari»⁴⁰. Il dato, più in generale, deve invece essere contestualizzato oltre che alla luce dei motivi già indicati, anche in ordine a una diffusa difficoltà di inquadrare diagnosticamente i sintomi lamentati dai militari che, per questo, sono ritenuti perlopiù dei potenziali simulatori. Ciò si evince anche da un confronto tra le cartelle degli alienati civili, più ricche, soprattutto sul piano delle notizie cliniche e dell'anamnesi, e quelle dei militari, spesso ridotte ai soli dati essenziali e, quasi sempre, prive della diagnosi finali. Quasi un tentativo di mantenere un'amministrazione parallela per una realtà estranea, sfuggibile, di non facile decifrazione.

Con il progredire del conflitto la situazione diventa sempre più difficile da gestire per la Direzione sanitaria, infatti, il manicomio diviene per molti poveri un rifugio sicuro dalla fame e dalle privazioni del conflitto. Non sorprende quindi che tra il 1 luglio 1917 e il 30

³⁸ APCN, *Atti del Consiglio Provinciale 1916*, 34.

³⁹ APCN, *Atti del Consiglio Provinciale 1917, Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, 199.

⁴⁰ *Ibid.*

giugno 1918 si registri un aumento di 112 ingressi rispetto all'anno precedente. Inoltre, nel periodo esaminato, vengono ricoverati 269 militari e 179 alienati provenienti dal Manicomio di Treviso sgomberato. Le cifre, da sole, rappresentano bene la situazione d'emergenza successiva alla disfatta di Caporetto, con le truppe lasciate allo sbando, nel più totale scompiglio e disorganizzazione, e con la popolazione civile costretta ad abbandonare una linea del fronte sempre più precaria e insicura. Alla fine del periodo il numero totale dei dimessi è di 450, di cui 236 sono i soldati, per una percentuale del 52,44%, dato più alto rispetto a quello dell'anno precedente.

Il 30 giugno 1919, a conflitto terminato, i militari alienati presenti sono 35, residuo dei 148 ammessi durante l'anno, su un totale di 446 nuovi ingressi, indice di una situazione che, seppur molto lentamente, tende a riflettere quella del conflitto, giunto al termine. Su 148 militari ricoverati, ben 39 vengono riconosciuti «non di competenza manicomiale» dopo il periodo d'osservazione. Il dato viene così commentato dal Direttore della struttura Cesare Rossi: «il contributo massimo all'elevata cifra dei non riconosciuti alienati venne dato dai militari presso i quali, per ragioni ovvie, è frequentissima, se non la vera e propria simulazione della pazzia, l'esagerazione intenzionale di svariate manifestazioni nevropsichiche la cui natura patologica non può essere ammessa»⁴¹. Le dimissioni furono in totale 407, di cui 150 militari, vale a dire il 36,85% del contingente. La situazione, nonostante la fine del conflitto, al 30 giugno del 1919, resta di grande confusione nella struttura manicomiale; il Direttore fa riferimento «all'affollamento degli ambienti» e alla «difficoltà degli approvvigionamenti», il che lo «obbliga» ad adottare una politica di ulteriori «dimissioni precoci»⁴². Le condizioni di emergenza del periodo di guerra si deducono anche dall'analisi del tasso di mortalità che nel 1914 è pari al 6,02% della popolazione ricoverata, per poi lievitare fino al 9,59% del 1918. Solo intorno al 1922 il dato sarebbe tornato

⁴¹ APCN, *Atti del Consiglio Provinciale 1919, Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, 137.

⁴² *Ibid.*

sui livelli precedenti al conflitto – tra il 5 e il 6% – in un contesto che lentamente muta con l'imminente svolta neuropsichiatrica.

Sul piano del numero dei ricoveri la documentazione mostra dunque, inequivocabilmente, un aumento delle presenze, in buona parte dovuto agli alienati militari, e un aggravarsi dei problemi gestionali che interessano il manicomio. Detto ciò quale era il destino che attendeva i militari una volta dichiarati affetti da patologie mentali? Innanzitutto, come si evince dalla situazione di Racconigi, i medici cercarono, quanto più possibile, di rispedire al fronte la maggior parte dei soldati, soprattutto con il protrarsi della guerra e con il lievitare delle esigenze poste dal conflitto stesso. Solo per riferirsi a un anno, il 1916, su 77 ammessi, i dichiarati «guariti» o «non di competenza manicomiale» furono 63⁴³, pari all'81,818%: una cifra che da sola è in grado di rendere conto di una prassi ben definita. Su queste cifre pesa una considerazione di massima secondo cui, in generale, dopo una prima fase contraddistinta dalla convinzione che la simulazione e la predisposizione organica potessero spiegare il diffondersi epidemico del fenomeno, si riconobbe sempre più spazio all'idea che l'alterazione emotiva fosse in qualche modo una reazione 'normale' in uomini 'deboli' esposti allo *stress* della guerra. Non si doveva avere alcuna compassione per questa forma di debolezza, per questo bisognava rispedire al fronte quanti più uomini possibili. Come affermava il Maggiore-medico Placido Consiglio:

naturalmente, data questa diffusa predisposizione nevrotica, in guerra dovranno aumentare le manifestazioni morbose, del sistema nerveo e della psiche, poiché non agiscono soltanto, e ingranditi, i comuni fattori di perturbamento organico od ambientale, o relativi al servizio militare, come nel tempo di pace, ma altri ancora specifici allo stato di guerra; fattori di naturale evidenza, e di complessa natura e di origine molteplice, i quali sono per una certa parte diversi, e per altro verso di differente efficacia a seconda che si tratti di guerra coloniale o di guerra continentale. Nelle guerre coloniali, oltre alle cause morali disciplinari ed autotossiche da fatica, alle nostalgiche agli stati psicomotivi speciali a quelle guerriglie, è da mettere in

⁴³ ASONR, Serie IX, classe IX.1, UA 1143, *Registro cronologico degli alienati ammessi nel manicomio, 1910-1917*.

rilievo il maggior danno dell'alcool e dell'iperalimentazione carnea, la maggior facilità dei disturbi gastro-intestinali con relative tossiemie depressive, e la probabile azione vasoparetica cerebrale che secondo Gedeken pare abbiano i raggi attinici solari in quei paesi, agevolanti così le *détentes* nervose e le *défaillances* psichiche.

Nelle guerre continentali, invece, soprattutto prevale – oltre alla composizione diversa delle truppe combattenti – (enorme numero di riservisti), il modo così speciale del guerreggiare odierno: se le grandi battaglie d'oggi agiscono a guisa dei grandi cataclismi cosmici come scriveva l'Jacoby in occasione della campagna di Manciuria, l'efficacia perturbativa di tali grandi cataclismi è oggi ringrandita e molteplici variata, sicché si può parlare di psicosi da mine, di psicosi da trincee, di psicosi da aereoplani o da gas asfissianti, di psicosi da scoppio di granate od obusiti ecc.⁴⁴

Tra le diagnosi più frequenti emanate a Racconigi riscontriamo quella di «esaltamento maniaco», di «eccitamento psicomotorio», di «accesso confusionale» che, di frequente, si presenta anche nelle varianti di «confusione allucinatoria», «confusione mentale» e «delirio sensoriale»⁴⁵. In alcuni casi poi la «confusione allucinatoria» viene legata all'abuso di sostanze alcoliche⁴⁶. In generale queste sono le categorie attraverso le quali la psichiatria dell'epoca rendeva conto di una serie di disturbi quali il delirio di persecuzione, l'amnesia, le idee ossessive, la perdita della parola, dell'udito, delle vista, l'aggressività verso sé e verso gli altri, lamentati dai soldati. Come il caso del militare P.T., giunto in manicomio alla fine del 1917, proveniente dal 33° reggimento di fanteria, che durante la notte continuava a gridare e a inveire contro immaginari nemici: «vigliacchi, vigliacchi!»⁴⁷. O come il caso del soldato A.M., ricoverato dopo essere stato ferito alla colonna vertebrale, che continuava a immaginare che a ogni passaggio di aeroplano sul manicomio seguisse un bombardamento, con rischio per la vita di tutti. Questi soldati, perseguitati dalle idee, de-

⁴⁴ P. CONSIGLIO, *Psicosi, nevrosi e Criminalità nei militari in guerra*, «Arch. di antropologia criminale psichiatria e medicina legale», 37 (1916), 261.

⁴⁵ AONR, *Archivio sanitario*, cat. 9 - classe 2. cartella clinica matr.: 9352, 9354, 9428, 9440, 9441, 9446, 9452, 9453, 9460, 9469.

⁴⁶ AONR, *Archivio sanitario*, cat. 9 - classe 2. cartella clinica matr.: 9295 e 9298.

⁴⁷ ASONR, *Archivio sanitario*, cat. 9 - classe 2, cartella clinica matr. n. 19140.

liranti, violenti e aggressivi in altri casi, furono perlopiù trattati come corpi estranei nella vita del manicomio e per questo vennero separati quanto più possibile dagli internati civili, quasi una esclusione al quadrato all'interno di un regime di estromissione generale. In tutto ciò scarse sono le ermeneutiche della Direzione sanitaria che si limita a registrare come le tante dimissioni rappresentino la conseguenza di una tipologia sintomatica fortemente evanescente e passeggera. Nessun riferimento esplicito emerge dalla documentazione amministrativa relativamente a particolari indirizzi terapeutici, eppure, analizzando le scelte logistiche, la diversità di trattamento rispetto agli alienati civili è sanzionata, anche visivamente, attraverso la collocazione degli *alienati di guerra* in due reparti appositamente destinati all'uso: la vecchia sezione Tardieu, che dagli anni Ottanta del XIX secolo è destinata ad accogliere *agitati, sudici e pazzi criminali* e l'appena inaugurato reparto Tamburini, nuovo, moderno e pensato secondo i canoni più attuali dell'epoca. Tale strategia è indice di una ulteriore ripartizione che riguarda più nello specifico almeno due tipologie di 'scemi di guerra': gli *agitati, i criminali* e, tra questi, i potenziali *simulatori* e gli alienati non pericolosi. Se i primi devono essere controllati con attente politiche disciplinari volte a limitare, secondo le indicazioni della Legge n. 36 del 1904, il pericolo «a sé e agli altri», i secondi, invece, essendo affetti da *sintomi* ritenuti *transitori*, devono essere oggetto di un disegno curativo utile per condurre rapidamente il militare alla guarigione e, quindi, al suo reimpiego bellico. In tale ottica, i primi vengono gestiti soprattutto in base al livello di agitazione del malato: *Riposo* obbligato per i meno pericolosi, contenzione forzata con corpetti e altri dispositivi di controllo o, nei casi più gravi, isolamento nelle celle per i 'furiosi'; bagni prolungati, cicli prolungati di docce calde e fredde, terapia elettrica e calmanti vari per tutti. I secondi, invece, devono essere 'recuperati', così vengono gestiti soprattutto attraverso l'ergoterapia e i colloqui prolungati, nella convinzione che l'esperienza lavorativa, il contatto umano e la 'cura morale' fossero utili per un rapido *ritorno alla ragione*. Una 'ricetta' che molto dice non soltanto sul grado di informazione su un dibattito scientifico – quello sullo *shell shock* – che riempiva le riviste, ma che evidentemente a Racconigi non era tenuto in particolare

considerazione, ma anche su una politica terapeutica basata più sull'improvvisazione e il presunto buon senso che su ardite sperimentazioni. Una dimensione della gestione manicomiale, questa del frenocomio provinciale di Cuneo, per molti versi interessante perché rappresenta una delle declinazioni territoriali del trattamento dei 'traumatizzati di guerra'. Una piega che merita di essere investigata per evidenziare rotture e continuità rispetto alle situazioni degli altri manicomi, quelli dei centri maggiori, quelli prossimi alle zone di guerra, quelli diretti da alienisti maggiormente impegnati nel dibattito sulle 'nevrosi di guerra', ma anche quelli più distanti dal contesto bellico o in situazioni più periferiche.

Shell Shock, trattamenti e interpretazioni

Sul piano locale, dunque, la situazione è molto variegata e, quasi sempre, gestita secondo la libera iniziativa delle singole direzioni sanitarie. Ma qual è il quadro più generale alla luce dei dati disponibili? E qual è la categoria che sul piano della letteratura scientifica ha identificato le nevrosi di guerra del primo conflitto mondiale? Innanzitutto, per quello che riguarda la situazione italiana non ci sono cifre affidabili⁴⁸, molti soldati vennero ospedalizzati e registrati con diagnosi che non afferiscono alla sofferenza psichica, inoltre, negli ospedali da campo, ad una mancanza di preparazione generalizzata sul tema, si sommò il proposito di evitare la diffusione di epidemie di *isterismo*. Ciò significa che, soprattutto in un primo tempo, si fece di tutto per presentare i sintomi lamentati dai soldati come effetto di deficienza organica e di tare generazionali. È la ragione principale per cui le nevrosi vennero trattate come problemi individuali, legate a disfunzioni organiche, e non come parte di un fenomeno più ampio, con risvolti sociali e politici. In diversi casi, poi, i soldati vennero registrati più volte, in altri riuscirono a sfuggire durante le fasi preliminari di ricovero, in altri ancora, complice la situazione emergenziale,

⁴⁸ B. BIANCHI, *Il trauma della modernità. Le nevrosi di guerra nella storiografia contemporanea*, in *Dalle trincee al manicomio*, 14.

non vennero registrati affatto. Quando poi si verificava l'invio al manicomio di competenza era la direzione sanitaria del frenocomio ad evitare quanto più possibile anamnesi chiare e diagnosi specifiche⁴⁹. Quasi un tentativo di mantenere una burocrazia parallela per degli alienati potenziali di cui fino in fondo non ci si voleva far carico, non soltanto perché non si riusciva a comprendere fino in fondo la natura dei sintomi lamentati, ma anche perché non si voleva entrare in contrasto con autorità militari e politiche desiderose, quanto più possibile, di ridimensionare i termini e la portata del fenomeno. Il risultato della situazione è che ad oggi non ci sono cifre certe. Come sostiene Bruna Bianchi:

nel complesso si valuta che sia in Francia sia in Germania i soldati ospedalizzati per ragioni nervose o mentali fossero stati 200000, in Gran Bretagna 80000 secondo i dati ufficiali, 200000 secondo le stime della storiografia recente. In Italia in base alle valutazioni del dopoguerra i ricoverati sfiorarono i 40000, un numero probabilmente sottostimato e solo apparentemente limitato se si considera l'inferiorità numerica dell'esercito italiano⁵⁰.

Numeri rilevanti che lasciano emergere la dimensione paradigmatica del fenomeno, a tutti gli effetti sintomo di una *contemporaneità* destinata a dissolvere vecchie strutture e consolidate forme d'esistenza e, quindi, a registrarne i riflessi anche in termini di salute pubblica.

I primi ad affrontare i segni di pazzia dei soldati furono i medici da campo, personale perlopiù impreparato – almeno dal punto di vista psichiatrico – che, solitamente, valutato il problema, tendeva a inviare il militare negli ospedali delle retrovie, dove i soldati venivano sottoposti ad un periodo d'osservazione. Dopo di ciò si procedeva con l'invio al comando di partenza, se il militare era ritenuto guarito o non necessitante di ulteriori *cure*, diversamente si procedeva con la traduzione presso il manicomio competente territorialmente. Come abbiamo detto, soprattutto in una prima fase, la psichiatria italiana

⁴⁹ È quanto da noi verificato nel corso di una ricerca in corso presso l'archivio dell'ex Ospedale Neuropsichiatrico della Provincia di Cuneo.

⁵⁰ B. BIANCHI, *Psichiatria e guerra*, in S. AUDOIN ROUZEAU - J. J. BECKER, *La prima guerra mondiale*, ed. it. a cura di A. GIBELLI, Torino 2014, 323.

maturò un'interpretazione del fenomeno come problema individuale legato a predisposizione del singolo⁵¹. La grammatica attraverso cui, nelle diverse nazioni, si andarono designando gli insiemi di sintomi registrati sui soldati alienati è costituita da termini non propriamente sinonimici, che rimandano a fattori e dinamiche sociali, culturali e, non in ultimo, legati alla storia medica, propri delle diverse realtà. Il termine più celebre tra quelli utilizzati per descrivere i sintomi che colpiscono gli 'scemi di guerra' è quello di «shell-shock»⁵² [shock da granata], introdotto già durante la guerra, nel 1915, da Charles S. Myers⁵³, in Gran Bretagna, per descrivere diversi casi contraddistinti da perdita di memoria, allucinazioni, stanchezza, palpitazioni, problemi all'udito e altri deficit sensoriali. I sintomi elencati e descritti da Myers nell'articolo sono simili a quelli registrati nella stessa epoca dai soggetti traumatizzati da calamità naturali (terremoti, maremoti, etc.), da incidenti ferroviari o ancora da sciagure particolarmente paurose. Al di là del riferimento, presente nel sintagma, alle granate, la categoria non presenta, sul piano medico, caratteristiche tali da differenziarla dai sintomi post-traumatici che la psichiatria dell'epoca aveva incominciato a porre sotto osservazione. In questo senso ha ragione Bruna Bianchi quando sostiene che «il termine *shell-shock* [...] più che una malattia, designava l'inevitabile conseguenza della guerra industriale»⁵⁴. In un certo senso tale consapevolezza semantica è attestata già durante la Grande Guerra, tanto da far sostenere a Ernesto Lugaro, in una recensione allo studio di G. Elliott Smith e T. H. Pear, *Shell Shock and its Lessons*, le seguenti parole:

il termine 'Shell-shock', ormai d'uso corrente, è adoperato qui in senso larghissimo e del tutto convenzionale, che abbraccia ogni sorta di psicosi da strapazzo bellico. Benché l'esplosione di un proiettile sia spesso la causa immediata dei sintomi più impressionanti, è pur certo che la malattia si va preparando prima dell'incidente finale, sotto l'accumularsi dell'eccitamento

⁵¹ G. FUNAIOLI, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito*, «Riv. sperimentale di freniatria», 1911, 348 sgg.

⁵² BINNEVELD, *From Shell Shock to Combat Stress*.

⁵³ C. S. MYERS, *Contribution to the Study of Shell Shock*, «The Lancet», Vol. 185, Issue 4772, 13 Feb 1915, 316-30.

⁵⁴ BIANCHI, *Il trauma della modernità*, 38.

penoso mantenuto dal continuo fracasso delle esplosioni e delle impressioni disgustose inevitabili nella vita di trincea, delle emozioni terrifiche, dello strapazzo, dell'insonnia, della tensione psichica determinata dal pericolo continuo o dalle gravi responsabilità (negli ufficiali)⁵⁵.

Per la stessa ragione, però, il termine, mantenendo un profilo vago e adattabile, ben si è prestato ad essere connotato nelle forme più diverse e più rispondenti alle particolari ermeneutiche elaborate per spiegare diverse circostanze. Tanto da far dire a W. A. Brend⁵⁶, una volta scoppiata la Seconda Guerra Mondiale e ripresentatosi lo stesso problema di vaghezza terminologica, che «le parole 'nevrastenia traumatica' e 'nevrosi traumatica' hanno fatto altrettanti danni nei casi civili di quanto la parola 'shell-shock' ne fece nei casi di guerra, e sarebbe assai meglio lasciar cadere nell'oblio tutti questi malaugurati nomi (misnomers)»⁵⁷. Sovrapposizione terminologica e confusione diagnostica vanno di pari passo e rischiano di pregiudicare non soltanto la complessità di un discorso in cui fattori ambientali, culturali, personali interagiscono senza soluzione di continuità, ma anche – soprattutto? – l'efficacia terapeutica che su questi discorsi si basa.

Il termine, di certo, marca una differenza che è soprattutto culturale⁵⁸ e che riguarda il coagularsi di istanze diverse maturate nel corso degli ultimi decenni, a cavallo dei due secoli. Il carattere di novità della guerra industriale di massa colpisce l'immaginario collettivo dei soldati, ma anche quello delle autorità – soprattutto al di fuori dell'Italia –, dei medici e, più in generale, della gente comune. Tutto ciò sollecita il bisogno di una grammatica e di una diagnostica *nuova*, all'altezza dei tempi, in grado di rendere conto della frattura, e in tale ottica gli innesti semantici e i neologismi come lo *shell-shock* vogliono soprattutto rendere conto del «primato dell'artificio, della tec-

⁵⁵ E. LUGARO, rec. a G. ELLIOTT SMITH e T. H. PEAR, *Shell Shock and its Lessons*, London 1917, «Riv. di patologia nervosa e mentale», fasc. 5, 22 (1917), 324.

⁵⁶ W. A. BREND, *Review of The Neuroses in War* (1940), «J. Psycho-Anal.», n. 21, 483-85.

⁵⁷ *Ibid.*, 484.

⁵⁸ J. WINTER, *Shell-shock and the Cultural History of the Great War*, «Journ. of Contemporary History», vol. 35, n. 1, 2000.

nologia, della scomposizione e della costruzione, della istantaneità e della simultaneità»⁵⁹, insomma di tutti quei fattori che più sollecitano l'immaginario comune, le ansie e le paure collettive.

La psichiatria italiana si rapportò al problema delle 'nevrosi di guerra' alla luce di quel 'lombrosianesimo' che ne costituiva l'ideologia di riferimento, nonché il sostrato teorico più evidente. Un modello ermeneutico, questo, che si era andato sviluppando e consolidando parallelamente all'ascesa e alla maturazione del credito internazionale dello studioso veronese⁶⁰. Un'opera, la sua, multiforme e sfaccettata che però, in linea soprattutto con l'ultima fase di studi, venne ben presto metabolizzata dalla cultura italiana nella forma di un'ontologia fisiologica improntata al riduzionismo positivisticò e al biologismo⁶¹. In estrema sintesi il movimento del *lombrosianesimo* recepì in particolare gli studi, basati sulle analisi e le rilevazioni fisiognomiche e craniometriche, che individuarono nel *degenerazionismo* della specie la chiave di volta delle anormalità, dei disturbi psichiatrici e degli impulsi criminali. Oggi la storiografia⁶² ha ridimensionato l'identificazione del pensiero di Lombroso con questa versione ridotta dei suoi studi che, però, ha profondamente influenzato una stagione di studi e una gamma di pratiche mediche. Pratiche che, alla luce del positivismo, si propongono di offrire soluzioni chiare e distinte, quantitativamente univoche e misurabili, in linea con un orizzonte di riferimento che vede la psichiatria alla ricerca di un riconoscimento sociale e uno statuto che ne sancisca l'accreditamento come disciplina scientifica⁶³. Stretta dunque tra diverse istanze la psichiatria affronta la guerra, e le patologie che questa genera, in maniera confusa, senza un chiaro oriz-

⁵⁹ GIBELLI, *L'officina della guerra*, 226.

⁶⁰ Sulla figura di Cesare Lombroso (Verona, 1835 - Torino, 1909) vedi almeno: D. FRIGESSI, *Cesare Lombroso*, Torino 2003; F. GIACANELLI, *Il medico, l'alienista*, in *Delitto, genio, follia. Scritti scelti di C. Lombroso*, a cura di G. GIACANELLI, D. FRIGESSI, L. MANGONI, Torino 1995; R. VILLA, *Il deviante e i suoi segni. Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale*, Milano 1985.

⁶¹ PORTIGLIATTI-BARBOS, *Medicina ed antropologia criminale*, 427 sgg.

⁶² Vedi i saggi contenuti in *Cesare Lombroso. Gli scienziati e la nuova Italia*, a cura di S. MONTALDO, Bologna 2011.

⁶³ C. POGLIANO, *La Grande guerra e l'orologio della psiche*, «Belfagor», 4 (1986), 395 sgg.

zonte di riferimento, ma con un punto fermo che individua nelle tare familiari la radici delle anormalità psichiche. Misurare la *devianza*, ricondurla a stigma familiare e, dunque, isolarla, resta la strada più ovvia da praticare e, per molti versi, quella più semplice da attuare in mancanza di chiare indicazioni nazionali. Degenerazione, follia e anormalità rappresentano, in tutto ciò, i tre elementi di una catena che raramente viene messa in discussione, almeno in ordine alle pratiche attraverso le quali si cerca di gestire il problema dell'alienazione mentale e questo vale anche per il trattamento degli *alienati di guerra*. Il risultato per il militare recluso è una cura a base di violenta disciplina che lo rende inoffensivo prima e, quindi, nuovamente pronto per il fronte. Proprio in quest'ultimo aspetto si misura la presunta 'guarigione' del malato che, fondamentalmente, deve essere reso nuovamente disponibile nei termini di forza lavoro da utilizzare secondo le più diverse esigenze. Così si afferma con sempre maggiore evidenza il ricorso a terapie in grado di rieducare il militare e forzarne la cattiva volontà. Tra queste si segnalano, per il loro carattere poco ortodosso, le reiterate minacce di denuncia ai tribunali militari per 'simulazione' o, come suggerito dal celebre alienista Augusto Tamburini, lo spauracchio di invio in 'zone esposte alla guerra' per svolgere lavori di scavo e riparazione trincee. Un modo per utilizzare ugualmente il soldato come semplice forza-lavoro, anche se non come combattente. L'idea di fondo è chiaramente quella di rendere l'orizzonte della permanenza nella condizione di *folle* peggiore di quello di soldato e tutto ciò si spiega soltanto sulla base di un radicato pregiudizio di *amoralità* nei confronti del militare. L'antisocialità da questo dimostrata attraverso il tentativo di sottarsi ai doveri nei confronti della patria diventa, nell'interpretazione degli psichiatri, il segno più evidente proprio di quella equivalenza tra *anormalità* e crimine che deve essere debellata. Per questo alienisti militari come Placido Consiglio, già prima della guerra, sollecitavano la creazione di strutture deputate all'individuazione e alla successiva esclusione dei soggetti inadatti alla vita militare:

[...] queste nuove esigenze importano novelle richieste, più complesse, più varie e più elevate, di energie al soldato moderno, e quindi un adattamento superiore, tanto più (è bene ripeterlo) nella coscienza – in via di formazione

– delle funzioni sociali che l'esercito può, e deve compiere, nei paesi democratici della educazione del carattere alla lotta contro l'anomalo: ed allora, elevato il tono dell'adattamento, maggiore sarà il numero dei dismorfici, e quindi più ampia la necessità della selezione⁶⁴.

Se la coscrizione obbligatoria aveva reso necessario un processo di ammodernamento dell'esercito, al fine di renderlo compatibile con le sfide dei tempi, soprattutto con quelle poste in essere dalla società di massa, ciò sollecitava l'adozione di misure stringenti per evitare che il morbo della 'degenerazione', sempre in agguato secondo il *lombrosianesimo* dell'epoca, comportasse il rovesciamento dall'interno di valori, gerarchie e idee fissate dalla tradizione. Anche in relazione a ciò si rendeva necessaria un'opera di analisi e di scrematura nei confronti di tutti quei soggetti per costituzione ontologica ritenuti inadatti alla vita di caserma e alla guerra. Questo bisogno poneva una serie di sfide alla psichiatria militare, ma al contempo offriva la possibilità di un riconoscimento sociale fino ad allora negato. Partecipare alla costituzione di un corpo militare sano, costituito da uomini forti e pronti al servizio della Nazione legittimava gli alienisti militari rendendoli una sorta di guardiani dell'igiene militare. Scoprire il simulatore, identificare l'anormale, – come indicato – significava partecipare alla superiore edificazione del corpo mistico dell'esercito. Tutto ciò rendeva secondarie, se non irrilevanti, le riflessioni sulle origini e le cause delle *nevrosi di guerra* che, invece, assumevano il valore di mezzo attraverso cui far valere un'opera di bonifica dall'alto significato sociale. Opera che da subito si iscrive nelle dinamiche criminologiche che individuano, soprattutto dopo l'entrata in vigore della Legge 14 febbraio 1904, n. 36 'Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati' (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904), e sovrappongono la figura del delinquente, quella del mattoide⁶⁵ e quella del soldato *isterico*. Alle

⁶⁴ CONSIGLIO, *Studi di psichiatria militare*, 373.

⁶⁵ R. VILLA, *Perizia psichiatriche e formazione degli stereotipi dei devianti: note per una ricerca*, in A. DE BERNARDI, *Follia psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Milano 1982, 384-401; D. G. HORN, *Lombroso and the Anatomy of Deviance*, New

spalle di questa identificazione c'è indubbiamente, come detto, la ricezione e la rielaborazione del pensiero di Cesare Lombroso⁶⁶, ma c'è anche una visione sempre più cupa e pessimista dell'individuo umano. Ciò si può spiegare anche alla luce del sovrapporsi di pratiche discorsive diverse che rincorrendosi tendono ad alimentare un clima da allarme sociale che ha nel programma *eugenico*, delineato a partire dalle teorizzazioni di Francis Galton del 1883, un momento di svolta⁶⁷. Quest'ultimo si prefigge di pianificare e razionalizzare i termini della riproduzione umana al fine di rafforzare e migliorare biologicamente la specie. Da questa prospettiva la teoria lombrosiana dell'atavismo si differenzia perché non vuole intervenire sui processi riproduttivi, quanto controllare e perimetrare la diffusione-circolazione dell'elemento virale. Il principale effetto del sovrapporsi ideologico di queste correnti ideologiche è l'identificazione del delinquente con l'elemento da escludere dal corpo sociale. Un'esclusione profilattica che ha il compito di preservare la comunità dall'elemento infetto. Il *lombrosianesimo* che innerva la psichiatria tra fine Ottocento e inizio Novecento, dunque, è posto all'intersezione di diverse correnti ideologiche che riguardano l'avvento e la gestione della società di massa, il problema della delinquenza, il controllo e la regolamentazione dei comportamenti criminali. Tutto ciò deve essere poi contestualizzato alla luce di un più vasto e problematico moto di riforma che interessa l'emergere dell'ordine discorsivo antropologico-criminale. Lo riassume bene Francesco Cassata quando sostiene che Lombroso inaugura una inedita "terapia criminale" che si propone di gestire

la regolamentazione dei flussi migratori e una rapida giustizia repressiva, il sequestro dei delinquenti abituali e il controllo dei cittadini «onesti, ma deboli», la tassa sugli alcoolici e una sorveglianza protratta dei giovinetti e dei derelitti attraverso gli «asili spontanei» o «obbligatorie» e le «scuole industriali». Per i delinquenti nati e i criminali pazzi, le misure sono differenti

York 2003, 61ss; M. GIBSON, *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Milano 2004.

⁶⁶ VILLA, *Il deviante e i suoi segni*; FRIGESSI, *Cesare Lombroso*, Torino 2003.

⁶⁷ F. GALTON, *Inquiries into Human Faculty and its Development*, London 1883.

e più gravi: il «sequestro a vita», i lavori forzati, il manicomio criminale e, infine, la pena di morte⁶⁸.

Non sorprende così che l'apertura dell'esercito al mondo borghese, attraverso la leva obbligatoria, renda questo ambito particolarmente interessante agli occhi di chi si occupa di politiche disciplinari, tanto da farne un vero e proprio laboratorio entro cui provare tassonomie antropologico-psichiatriche che hanno nell'introduzione del 'foglio sanitario matricolare', introdotto nel 1879 dal capitano medico Salvatore Guida, un elemento paradigmatico⁶⁹. Attraverso questa 'cartella', «contenente i dati antropometrici dei coscritti»⁷⁰, ci si propone di mappare l'intero «patrimonio biologico nazionale»⁷¹ e di sottoporlo a misurazione scientifica, l'unica in grado di rendere presente ed evidente il pericolo *degenerogeno* cui è sottoposta la razza italiana⁷². Sul piano medico ciò si traduce in un'attenzione via via crescente verso i pazzi militari, ritenuti a-priori colpevoli di non essere in grado di servire la Nazione e quindi rappresentativi di una figura particolarmente pericolosa da escludere dalla comunità.

Nota conclusiva

Concludendo questo contributo, proposto nella forma introduttiva sopra indicata, possiamo affermare che il fenomeno delle 'nevrosi di guerra' è articolato e complesso, più di quanto, forse, certe interpretazioni frettolose, ideologicamente contrassegnate e dunque generiche, hanno consentito di cogliere. Istanze sociali, culturali, epocali,

⁶⁸ F. CASSATA, *Rigenerare la razza: la via italiana all'eugenica*, in M. A. MATARD-BONUCCI, M. FLORES, S. LEVIS SULLAM, E. TRAVERSO, *La Shoah in Italia*, Torino 2010, 116-17.

⁶⁹ C. MANTOVANI, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Soveria-Mannelli 2004, 50.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ *Ibid.*

⁷² R. LIVI, *Risultati ottenuti dallo spoglio dei fogli sanitari delle classi 1859-1863 eseguito dall'Ispettorato di Sanità Militare per ordine del Ministero della Guerra. Parte Prima: Dati antropologici ed etnologici*, Roma 1896.

si condensano non soltanto nella definizione diagnostica, ma anche nelle diverse interpretazioni che hanno contestualizzato la questione. La molteplicità degli indirizzi trova riscontro anche nelle politiche di trattamento attraverso cui localmente le nevrosi sono state gestite. Nel caso di Racconigi ciò si è tradotto, anche se non esplicitato formalmente dalla Direzione sanitaria, almeno in un duplice indirizzo terapeutico: se gli elementi irrecuperabili dovevano essere soprattutto controllati e resi inoffensivi, gli altri venivano trattati con pratiche ritenute *rigenerative* che, al di là dei loro risultati, puntavano alla guarigione del soldato malato in vista di un suo reimpiego bellico. Questo mentre sul piano teorico alienisti e studiosi cercano di offrire una definizione ermeneutica adeguata di un fenomeno che, per le sue valenze biopolitiche e psicosociali, viene dalle autorità militari sminuito e per certi versi distorto. Queste molteplici istanze, che emergono anche dall'analisi del singolo caso, consentono di problematizzare il fenomeno e di evocare tendenze non ridicibili alle sole vicende locali, ma che sono utili per definire la variegata situazione generale. È questo il fine che si propone il progetto di ricerca da cui questo contributo ha origine.

Il contributo analizza lo «shell shock», il trauma psichico provocato dalla prima guerra mondiale. Gli «shell shocked man» erano troppo traumatizzati e mentalmente disturbati per continuare a combattere la guerra. Questo articolo, inoltre, tratta la storia delle politiche di trattamento del trauma e le strategie di controllo dell'anormalità nei soldati traumatizzati durante la prima guerra mondiale. Questa ricerca in particolare prende in considerazione i soldati del manicomio di Racconigi, in provincia di Cuneo, tra il 1909 e il 1919.

This paper focuses on «shell shock», the psychic trauma provoked by the First World War. The «shell-shocked man» was too traumatized and mentally broken to continue fighting the war. This article also outlines the history of trauma treatment policies and control strategies of the anormality in traumatized soldiers of the First World War, by taking into consideration the soldiers confined to Racconigi Asylum, in the province of Cuneo, between 1909 and 1919.

Articolo presentato nell'aprile 2017. Pubblicato online a giugno 2017.
© 2013 dall'autore/i; licenziatario Peloro. Rivista del dottorato in scienze storiche,
archeologiche e filologiche, Messina, Italia
Questo articolo è un articolo ad accesso aperto, distribuito con licenza Creative
Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 3.0
Peloro. Rivista del dottorato in scienze storiche, archeologiche e filologiche, Anno II, 1 - 2017
DOI: 10.6092/2499-8923/2017/2/1620