

Gli archivi del dolore.

Sui militari ricoverati presso il Manicomio provinciale di Brescia (1915-18)

Mauro Pennacchio

*They called me mad, and I called them mad,
and damn them, they outvoted me*

Nathaniel Lee¹

Il Primo conflitto mondiale può essere considerato l'*ouverture* tragica del Novecento. Una tragicità che giungeva a contraddire le rosee prospettive su cui si cullavano le opinioni pubbliche europee. Le grandi esposizioni universali, la sinuosità ammiccante e coinvolgente dell'*Art nouveau*, il trionfo del vetro e del ferro in architettura, la ferrovia, l'automobile, lo sviluppo dei mezzi di comunicazione, la diffusione del manifesto artistico – con la sua leggerezza, la sua allusione al movimento – sono alcuni dei segni

della modernità trionfante. Si dava la plastica rappresentazione della condizione di progresso in cui l'umanità si era saldamente insediata. Si nutrirono anche speranze circa la realizzazione di una pace universale, kantiana. Pace, beninteso, fra i popoli civilizzati, poiché le guerre coloniali continuavano senza scuotere le coscienze dell'uomo europeo, il quale esorcizzava la cattiva coscienza con il fardello che gravava sulle sue spalle. Il conflitto fu l'esito di una serie di atti dei governi e degli stati maggiori, che si composero a dar corpo al grande

1. "Mi hanno chiamato matto, e io li ho chiamati matti, e dannazione, mi hanno messo in minoranza".

macello mondiale. Furono mobilitati 65 milioni di uomini, 10 milioni non tornarono a casa. Poche le famiglie che non ebbero un lutto. Rimase la distruzione materiale; rimase il rancore dei reduci, foriero di sviluppi tra le due guerre; rimase un paesaggio umano e sociale degradato; in cui la violenza divenne strumento di lotta politica; e rimasero anche coloro la cui psiche non aveva retto in quel mondo capovolto, i traumatizzati psichici, quelli che vennero poi chiamati gli *scemi di guerra*.

Nel corso del conflitto furono 40mila – secondo una stima probabilmente per difetto – i soldati italiani che passarono attraverso la rete di presidi psichiatrici strutturata via via a partire dal 1915. La guerra mondiale dispiegò la potenza della tecnica nell'organizzazione e nella pianificazione dello sterminio. Essa sottopose milioni di uomini a condizioni inumane di vita. L'ubiquità della morte in trincea, che accumulava i caduti, li abbandonava nella terra di nessuno, senza il conforto dei riti del lutto, contrassegno di civiltà da che l'uomo si è organizzato in società stabili. La preoccupazione per la propria famiglia. L'impotenza di fronte allo scatenarsi dell'artiglieria. Le funzioni corporali assolute cercando riparo in angoli non affollati della trincea. La sporcizia, i pidocchi e i ratti ingrassati sui campi di battaglia. Gli assalti ripetuti e insensati che portavano a minime o nulle

variazioni del fronte. Tutto questo pesava sui combattenti. La follia si realizzava nella guerra. La guerra era follia. Non stupisce, dunque, l'alto numero di traumatizzati psichici su entrambi i fronti. Tutti coloro che furono coinvolti nel conflitto cercarono, in forme ovviamente diverse, di darsene una ragione, di dare senso all'immane scontro bellico. Si può immaginare un arco poggiante su due basi. Una di queste, la più estrema, era rappresentata da coloro che coglievano nella guerra la realizzazione di un mito di rigenerazione dell'umanità. Si leggano le parole con cui Ernst von Salomon racconta, nel suo *I proscritti*, il rientro dei reduci che marciavano nelle vie di Berlino: «La guerra non li avrebbe lasciati mai; non sarebbero mai tornati a casa; [...] avrebbero sempre portato nel sangue la trincea, la morte, l'orrore, l'ebbrezza, il ferro. Quella marcia, quell'apparente ritorno nel mondo pacifico, ordinato, borghese, era una finzione». La guerra aveva dato forma alla *Frontgemeinschaft*, la comunità dei guerrieri del fronte. Il sommo cantore della *Battaglia come esperienza interiore* fu Ernst Jünger. La lotta rappresenta, per l'ex ufficiale tedesco, un valore sacro, «è umana quanto l'istinto sessuale». Senza la guerra nessuna società potrebbe salvare i propri valori e la propria cultura. Il suo potere distruttivo è moltiplicato grazie alla tecnica: «Con le macchine vogliamo calpestare

il nemico, accecarlo, soffocarlo, schiacciarlo, incenerirlo, spalmarlo sul fondo dei crateri creati dalle granate. [...] Eppure, dietro a tutto c'è l'uomo. È lui a imporre una direzione alle macchine, un senso».

Jünger è fermamente convinto che dalla guerra nascerà un nuovo tipo d'uomo: «Il fior fiore della Mitteleuropa». Al fondo di tutta la narrazione jüngeriana sta l'identificazione con la guerra, meglio: con la follia della guerra. Il conflitto deve essere letto non cercandone le motivazioni nell'etica borghese. Non ha alcun bisogno di essere giustificato. Esso produce i propri valori normativi, a cui ci si deve adeguare. All'altro capo dell'arco troviamo coloro che non hanno parole per verbalizzare lo smarrimento. In loro la follia della guerra ha fatto il nido, più o meno a lungo, talvolta permanentemente. La loro voce resta seppellita nelle cartelle cliniche, spesso in faldoni di ardua consultazione. Vi troviamo lacerti di pensieri, immagini e brandelli di incubi. Di loro ci parlano gli psichiatri che li ricevettero in consegna. Intorno alle vittime di turbe psichiche belliche non si è costruita alcuna retorica. Categoria di impresentabili, spesso sospettati di simulazione, sono stati dimenticati.

Il manicomio di Brescia nella struttura psichiatrica militare italiana

Le condizioni dell'archivio storico

dell'ex-manicomio provinciale di Brescia non permettono una esatta valutazione numerica dei ricoverati durante la guerra. Per avere un ordine di grandezza si deve considerare che, secondo i dati riferiti dal direttore Giuseppe Seppilli, in un testo che riprenderemo, nel solo periodo tra l'1 giugno 1915 e il 31 dicembre 1916, furono ammessi 260 militari. Grazie alla disponibilità della direzione degli Spedali Civili di Brescia, mi è stato possibile consultare due buste, una relativa ai dimessi nel secondo quadrimestre del 1917 e l'altra dei dimessi nel corso dell'ultimo anno di guerra, contenenti complessivamente cartelle 400 cliniche di militari ricoverati. Si può stimare dunque che, durante tutto il conflitto, varcarono le soglie del nosocomio più di 600 militari.

Il manicomio locale era inserito nel sistema di presidi psichiatrici messo in campo a partire dal 1915. La guerra ben presto aveva prodotto sindromi poco o per nulla conosciute in precedenza, di cui la letteratura scientifica aveva iniziato a interessarsi durante la guerra russo-nipponica del 1904-05. Gli anni del conflitto diedero la possibilità di approfondire le dinamiche della psiche. Come ebbe a affermare Placido Consiglio, che ricoprì importanti incarichi nel servizio psichiatrico militare, «la guerra [...] è un energico reattivo per le costituzioni neuropsichiche».

Nel corso del conflitto tutti gli eserciti ebbero un grande numero di soldati

colpiti da turbe che ne alteravano il comportamento; molti erano vittime di allucinazioni, tormentati da onirismi in cui rievocavano episodi traumatici, si verificavano sordomutismi, cecità, a volte i traumatizzati assumevano posizioni innaturali, erano piegati su se stessi, a disegnare un angolo retto; erano i *camptocormici*. Sotto la spinta di tale emergenza si individuarono i medici psichiatri sotto le armi e li si impiegò nei presidi che andavano formandosi. Inoltre, fu istituito l'insegnamento di Psichiatria presso l'Università da campo di San Giorgio di Nogaro.

L'Intendenza generale dell'esercito nominò un consulente psichiatrico per ognuna delle quattro armate, il cui compito era di accertare i casi di alterazioni neuropatiche e di decidere l'immediata destinazione dei soggetti. A tale scopo si istituirono dei reparti di osservazione nelle zone d'azione delle armate, in prima e seconda linea, talvolta articolati in succursali. La necessità di staccare psicopatici e nevropatici il meno possibile dal fronte discendeva dalla considerazione che l'allontanamento avrebbe rafforzata la fuga nella patologia; inoltre, nei casi di conclamata simulazione, anche la scoperta del dolo sarebbe stata per forza di cose procrastinata nel tempo, regalando al degenerato un periodo immeritato di vacanza.

Nel contempo si andavano costituendo, presso alcuni manicomi e in cliniche sparse sul territorio

nazionale, dei reparti psichiatrici per i militari. Tra questi nosocomi troviamo, già nell'ottobre del 1915, il manicomio di Brescia. In queste sedi si abbinava, almeno nei programmi, la cura e l'osservazione. Di norma la degenza durava al massimo non più di pochi mesi. Fino al dicembre del 1917 la direzione del nosocomio decideva se congedare, rispedire al fronte o in servizio con funzioni adeguate alle caratteristiche del paziente, talvolta dopo una licenza.

Dopo Caporetto, con l'incremento degli alienati che affluivano dalla prima linea, si giunse alla costituzione del Centro militare di prima raccolta, o neuropsichiatrico, della zona di guerra di Reggio Emilia. Ospedali psichiatrici, cliniche, reparti nella prossimità del fronte dal primo gennaio 1918 non poterono più decidere della sorte dei ricoverati: i pazienti, da quel momento in poi, dovevano passare per Reggio Emilia. Considerazioni di efficienza e la convinzione che nei vari nosocomi si largheggiasse nella concessione di dispense, portarono alla formazione del Centro, affidato alla direzione di Placido Consiglio, tenente colonnello medico. Lo stesso direttore, in due articoli pubblicati sulla *Rivista sperimentale di freniatria* tra 1918 e 1919, ebbe a definire l'istituzione affidatagli, come «una enorme clessidra, chiusa da un diaframma cribrato». La funzione del Centro consisteva in una «grande opera di accertamento e di *depistage* di fronte

a tutti gli anormali della guerra, siano essi dei minorati o mutilati psichici, siano invece dei degenerati, dei viziosi o degli amorali egoisticamente interessati, o malamente ribelli e simulatori». Consiglio sintetizzava gli obiettivi dell'istituzione di Reggio Emilia: «Prendere i provvedimenti medico-legali per tutti gli ammalati osservati nel Centro»; «recuperare per la guerra buona parte degli osservandi»; infine, ma non meno importante: «lottare contro il simulatore, contro l'anomalo ed il degenerato, contro il quale ci si imbatte con una notevole frequenza». Consiglio forniva i dati intorno al movimento degli ammalati a Reggio Emilia. Furono osservati 10.788 militari (768 ufficiali e 10.020 soldati), considerando coloro che erano già degenti all'1 gennaio. Fu ritenuto idoneo, «in modo incondizionato o condizionato», il 34,5% dei militari di truppa e il 49% degli ufficiali; il 31% degli ufficiali fu inviato in licenza o in congedo temporaneo fino a un anno, la percentuale dei soldati era simile, il 30,5%. I riformati: il 15% degli ufficiali e il 18% dei soldati.

Le idee del dottor Giuseppe Seppilli

Il direttore del manicomio di Brescia, Giuseppe Seppilli, nel 1915 all'età di 51 anni si arruolò volontario. Fu congedato con i gradi di maggiore medico. Nato nel 1863 a Ancona e laureatosi nel 1887, nel corso della sua vita accumulò onorificenze civili e scientifiche, moltissime le

sue pubblicazioni, che ebbero anche diffusione internazionale; diresse l'ospedale psichiatrico provinciale di Brescia in qualità di organizzatore e, dopo la riforma del 1904 che istituì i manicomi, ne divenne direttore. Di religione ebraica, morì nel 1939, in tempo per sperimentare gli effetti delle leggi razziali. Tra gli altri suoi scritti, ve ne sono anche di ambito locale. Vale la pena di citare la relazione da lui stilata per la Deputazione provinciale, con cenni statistici dal 1884 al 1910. Il testo contiene osservazioni e considerazioni meritevoli di approfondimento. Limitiamoci al nostro tema. Nel periodo considerato furono ricoverati 83 militari, di cui 5 ufficiali. Il direttore affermava che l'esperienza lo aveva convinto «della necessità [...] che il corpo sanitario del nostro Esercito sia ben istruito nelle discipline psichiatriche, onde fra gli iscritti di leva e i militari medesimi possano essere allontanati quegli elementi che sono disadattati e refrattari al servizio militare e riescono quindi di danno gravissimo e talora anche di pericolo alla collettività. Fra i nostri squilibrati ed epilettici psichici trovammo non di rado dei soldati che presentavano numerose note degenerative ed avevano appartenuto a compagnie di disciplina od avevano subito il rigore della prigione per la loro condotta [...] che altro non era se non una manifestazione del loro temperamento più o meno nevrotico,

del loro carattere anormale, d'una deficiente forza inibitrice del loro imperfetto sistema nervoso, spesso in aperto contrasto colle esigenze della vita militare».

Seppilli ribadiva quello che era un punto fermo della psichiatria italiana, e non solo. Placido Consiglio aveva pubblicato quattro *Studi di psichiatria militare* dal 1912 al 1915. Il primo concerneva i *degenerati nell'Esercito*. In esso si trova espresso in pieno il paradigma che reggeva l'agire psichiatrico dalla seconda metà del secolo XIX. A partire dalla pubblicazione nel 1857 della *Théorie de la dégénérescence* di Bénédict Augustin Morel, si era affermata la convinzione che le patologie mentali fossero causate dal processo di degrado del sistema nervoso, causato da malattie, da fattori ambientali, quali la miseria col suo corteggio di vizi, tra cui l'alcolismo, la criminalità, e la pericolosità sociale. Si trattava di una regressione a stati precedenti dell'evoluzione umana. Tali caratteri anomali, o degenerati, erano trasmessi ereditariamente e costituivano i fattori patogeni di un male che era anche malattia sociale e morale. Su tale base si poggiava anche la grande fortuna teorica di Cesare Lombroso.

Secondo Consiglio il «debole della sopravvivenza umana [...] è costretto a un adattamento diverso, inferiore». Egli opera una «difesa biologica» che lo porta a ledere «anche le stesse

condizioni di esistenza collettive». Ecco allora il «delitto [...] o i suoi equivalenti bio-sociali, dal suicidio alla pazzia». La collettività reagisce, tenendo conto non solo della pericolosità attuale, bensì del «danno potenziale [...] cercando la difesa contro tutti gli anormali umani». La società ha il «dovere e il diritto [...] di combattere la formazione, e l'ingresso nella vita collettiva, dei degenerati e dei deboli, mercé la igiene e la medicina sociale, e con processi razionali di viricoltura umana». Si tratta di inadattabilità tanto più evidente in un aggregato umano dal carattere marcatamente normativo. Peraltro, l'esercito era inteso quale potente mezzo di disciplinamento di massa e di interiorizzazione del senso di appartenenza nazionale. Edmondo De Amicis se ne era fatto banditore ne *La Vita militare*.

Michel Foucault, nelle sue lezioni sugli *anormali* del Collège de France (1974-1975), coglie il dispositivo costitutivo del potere psichiatrico. Se il degenerato è prodotto dall'ereditarietà, egli è tolto dal morboso e dal patologico. Lo psichiatra si trova di fronte a una incurabilità che non è dovuta a un processo scientifico in divenire, a una non completa conoscenza e, dunque, a terapie non adeguate. Il degenerato non è curabile in sé. La psichiatria diventa «la disciplina della protezione scientifica della società, la scienza della protezione biologica

della specie».

Pur nel persistere del paradigma, la guerra impose un cambiamento non da poco. Ora si imponeva l'inclusione. Si trattava di spedire al fronte più uomini possibile. L'emarginazione dell'anomalo sarebbe stata antipatriottica; avrebbe avuto delle conseguenze drammatiche nel dopoguerra. Il sacrificio di molti giovani sani e promettenti avrebbe messo sul mercato coorti di degenerati risparmiati dalle incombenze belliche, con effetti disastrosi sulla prole e, dunque, sul destino della nazione.

Nel gennaio del 1917 Giuseppe Seppilli fu autore di una pubblicazione, frutto dell'esperienza presso il manicomio da lui diretto, su *I disturbi mentali nei militari in rapporto alla guerra*, pubblicato sulla *Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*. Il testo ci dà l'occasione di valutare le premesse teoriche del lavoro svolto nel nosocomio bresciano.

Seppilli fa proprio il pieno coinvolgimento della psichiatria italiana nello sforzo bellico, la guerra esaltava la funzione degli alienisti quali intellettuali essenziali nell'opera di nazionalizzazione delle masse. Nel 1918 Enrico Morselli, consulente psichiatrico della prima armata, sintetizzerà: «In quest'ora grave per la Patria i medici italiani sentono che il loro dovere non consiste solo nell'occuparsi dei malati, ma

è più vasto e comprensivo, meno individuale e più sociale».

Seppilli osserva che sugli «stati psicopatici» influisce «la disposizione generale d'animo».

«Non vi sono dubbi, infatti, che al magnifico contegno delle nostre truppe, non tutte abituate alla guerra, vi concorre il sentimento che è infuso in tutti, convinti che combattiamo contro un nemico secolare, per la libertà, per la giustizia, per il diritto, calpestati dalla barbarie e dalla follia collettiva teutonica e per un grande ideale di umanità. Tutto questo serve a dare quella forza morale di resistenza destinata a superare gli ostacoli materiali della guerra, a preparare, a temperare il carattere, il che costituisce uno dei maggiori coefficienti della vittoria».

Il direttore rileva il forte aumento di internati militari nei primi sei mesi di guerra. Tuttavia da ciò non si può inferire l'aumento in assoluto delle turbe psichiche. Infatti, si deve tener conto dell'enorme numero dei mobilitati.

Non è corretto ritenere «che le psicosi in tempo di guerra sono assai più frequenti che in tempo di pace». Inoltre, molti ricoverati a Brescia non furono riconosciuti pazzi: in molti casi si trattava di «stati di alcoolismo, di anormali, di squilibrati, nei quali la guerra ha agito come una vera sensibilizzatrice, nel senso che servì a rivelare certe condizioni abnormi preesistenti del sistema nervoso».

Infine, alcuni già soffrivano di disturbi mentali.

Come la grande maggioranza dei suoi colleghi, Seppilli riteneva che «una psicosi bellica, come entità clinica che si distingue dalle altre per sintomatologia, per decorso, per gli esiti, non esiste». Nel 1921, il direttore dell'ospedale psichiatrico di Treviso, Luigi Zanon del Bo, osservava che le vicende belliche avevano offerto una grandissima opportunità di osservazione: «per generale consenso», la guerra non aveva «aggiunto alcuna forma clinica nuova alla psichiatria» e neppure sindromi prima non studiate. Per la verità, il caso di Zanon del Bo appare in qualche modo paradigmatico. Egli racconta che stava «elaborando l'arduo argomento dell'esistenza eventuale di particolari forme di psicosi in dipendenza della guerra». La sua ricerca si era interrotta, era stata sospesa secondo quanto egli stesso scrisse, quando Enrico Morselli, «con la schietta attitudine del clinico, denunciava la vacuità della così detta psichiatria bellica». Il tema era bandito dalla trattazione scientifica. Ancora nel 1931, Gaetano Boschi ribadiva il dogma della predisposizione.

Il *mainstream* della psichiatria italiana si mantenne ancorato alla ereditarietà e alla predisposizione nella decifrazione delle turbe psichiche. Permaneva un forte sostrato organicistico, messo in luce nella distinzione tra commozione, in

cui il fattore eziologico dei disturbi risiedeva in una lesione organica, e emozione la cui causa non risiedeva in una alterazione fisica, considerato fattore occasionale ma non determinante la patologia.

Tuttavia, nel corso della guerra, un numero crescente di uomini dalla psiche sconvolta costituiva una dura replica contro certezze acquisite. Vincenzo Bianchi, uno dei consulenti d'armata, nel 1918, osservava che fenomeni di isterismo tra i militari si verificavano anche in «uomini forti, ardimentosi, non eccessivamente emotivi». Tanzi e Lugaro già nel 1916 sostenevano che le cause dei sordomutismi di guerra erano da cogliere innanzitutto in eventi esterni.

Il Maggiore medico Nando Bennati considerava la guerra come possibile causa della nevrosi traumatica. I sintomi potevano essere raggruppati in un insieme coerente in senso nosografico; si trattava di una patologia che insorgeva in mancanza di «una specifica predisposizione a malattia nervosa». Tale patologia era «in relazione esogena con i traumi psichici di guerra». La guerra, dunque, quale fattore patogeno. Ferdinando Cazzamali, che rettificava invero parzialmente sue precedenti convinzioni, in un articolo apparso nel 1919 per l'*Archivio di antropologia, criminale, psichiatria e medicina legale* sosteneva che fossero quattro le principali cause belliche psicopatogene: le influenze fisiche

dirette (ad esempio traumi cranici, scoppi di granate); cause «fisiche indirette», come autointossicazioni, esaurimenti organici, fatiche prolungate, episodi bellici protratti; influenze fisiopsichiche, con associazioni di «commozione + trauma emotivo; tossinfezione + esaurimento organico; trauma emotivo + esaurimento»; tra le cause v'erano anche le psichiche. Traumi dotati «di così intenso potere neuro-psicopatogeno da turbare, sia pure transitoriamente, l'equilibrio del soldato, anche se costituzionalmente non predisposto». L'accettare questa evidenza costituiva «uno stretto dovere scientifico».

Era un punto di vista che si scontrava con una pesante tradizione. Si pensava che una lettura psicologica delle turbe comportamentali, inevitabile esito del rifiuto del solido positivismo organicistico su cui si erano attestati gli alienisti italiani, avrebbe aperto la via alla rinascita della metafisica, a una metapsichiatria, e a un riesumato socratismo. Giocava anche la preoccupazione di dare spazio alla simulazione e alla conseguente pretesa di pensioni di invalidità. Negli ambienti psichiatrici europei si giunse a parlare di nevrosi d'indennizzo. Nonostante si sollevassero dubbi anche da parte di illustri alienisti, il modello interpretativo delle *neurosi di guerra* basato sulla predisposizione, fu ribadito con forza nel convegno di Roma sull'assistenza agli invalidi di guerra del dicembre 1918.

Certamente, continuava Seppilli, la guerra favorisce «quelle sindromi nelle quali il fattore emotivo e il fattore fisico» costituivano «un elemento eziologico di suprema importanza». Le emozioni, infatti, «originano da centri percettivi del cervello e si ripercuotono su tutto l'organismo in una forma materiale e obbiettiva con mutamento nell'espressione del viso, nel gesto, nelle azioni, con turbe viscerali, con disordini circolatori e vaso-motori. [Inoltre le] emozioni formano nell'organismo dei prodotti tossici che, versandosi nel torrente sanguigno, turbano e sconvolgono tutte le funzioni organiche. [Lo shock è la] conseguenza di un'autointossicazione che si ripercuote nel cervello».

Le emozioni agiscono in grado differente sui vari soggetti. Sotto il loro effetto, accade che «degli isterici, dei nevrastenici, degli epilettici vanno soggetti ad esplosioni neuropsicopatiche». Nella vita civile queste patologie spesso si mantengono latenti, o si rivelano in forma leggera. In generale accade che lo spavento «scompiglia l'intelligenza», e si manifesta come «trauma psichico» (come si osserva nei terremoti, nei cataclismi e, in generale, nei disastri).

«Nella genesi delle psicosi di guerra» ha una notevole influenza lo strapazzo fisico, la stanchezza genera prodotti «di rifiuto provenienti dal lavoro muscolare»; i quali agiscono

negativamente sul cervello e possono provocare false percezioni e allucinazioni, «soprattutto nei soggetti predisposti alle nevropatie». Il soldato, in particolare nella vita al fronte, è soggetto a forti emozioni che sconvolgono la normalità fisica dell'organismo e producono le turbe e le malattie. Questa la causa del fatto che, tra le psicosi dei militari, prevalgono «le sindromi confusionali, sotto il nome generico di amenze». Le si ravvisava in almeno il 20% dei militari ricoverati a Brescia. Si trattava di una percentuale che sarebbe aumentata se dagli psicopatici si fossero esclusi gli «ammessi per alcolismo o per anormalità di carattere». Se non si ha una psicosi militare come categoria nosologica autonoma, la vita del soldato, in particolare al fronte, conferisce una coloritura caratteristica alle sindromi osservate: «Confusione mentale [...] espressione stuporosa, [...] turbe allucinatorie [...] disturbi della coscienza ebbero nei militari qualche cosa di caratteristico». In genere si ha la riproduzione allucinatoria di episodi bellici, in forma di comandi, di ordini ricevuti, di visioni del nemico e di morti, di scoppio di proiettili e sorgono specialmente di notte interrompendo il sonno, analogamente a quanto si osserva nei traumatizzati psichici, producendo quello stato che venne descritto sotto il nome di onirismo allucinatorio. È un vero stato sognante, che rievoca le impressioni vive, culminanti ricevute

dal soggetto durante l'azione. Parecchi dei nostri ammentati [affetti da *amenza*] erano individui facilmente impressionabili e con precedenti nevropatici». Meritava particolare attenzione la cosiddetta sindrome «da esplosione di granata», *shell shock*, per dirla con espressione divenuta famosa in area anglosassone. Capitava che lo scoppio di un proiettile lasciasse illeso il soldato – coperto dai compagni ridotti a brandelli, spesso seppellito in crateri creati dallo scoppio – e provocasse «casi di sordomutismo isterico indipendentemente da una ferita esteriore», spesso accompagnati da tremori, movimenti coreici e crisi convulsive. Anche in questo caso la diagnosi era priva di ambiguità. Si trattava del «quadro classico, isolato nell'afasia motrice di Broca, come riferito da Charcot nelle sue *Lezioni cliniche sull'isterismo*», da far rientrare «nelle cosiddette paralisi psichiche o da immaginazione» intesa come frutto di una «paralisi funzionale del centro del linguaggio, situato nel piede della frontale terza sinistra». Non a caso soggetti affetti da mutismo sono in genere «di costituzione cerebrale labile, facile a squilibrarsi e presentano spesso note isteriche consistenti in una diminuzione parziale o totale della sensibilità generale e specifica, dei riflessi [...] della motilità, e accusano soprattutto un senso di stringimento alla gola». Il direttore del manicomio di Brescia riteneva che il fattore eziologico consistesse in una lesione

«funzionale e non organica». Laddove funzionale significava una lesione non durevole o definitiva, suscettibile di guarigione. Infatti questi malati guarivano in breve tempo, a volte all'improvviso, «con un trattamento psicoterapico appropriato».

Tra i ricoverati si trovava un discreto numero di epilettici, dalle manifestazioni compulsive. Alcuni avevano esploso inopinatamente dei colpi d'arma fuoco e non ne serbavano memoria, altri erano stati in condizione di «agitazione intensa, violenta, di un vero furore, presentando in seguito un'amnesia consecutiva, altri si erano allontanati dal reggimento per giorni e settimane, offrendo il quadro tipico del determinismo ambulatorio». Meno frequenti furono le diagnosi di psicosi d'altro tipo, caratterizzate da eccitabilità o melanconia, proprie «della frenosi maniaco-depressiva, la demenza precoce, la paranoia, la frenostenia». Quasi tutti costoro avevano «precedenti ereditari e portavano nel loro corpo le stigmate degenerative». Nella stessa categoria degli stigmatizzati della degenerazione erano i soldati dal «carattere anormale, squilibrato, con deficienza morale, talvolta con tendenze criminali», circa il 10% degli internati a Brescia, «nonché gli alcoolisti, che presentarono tutte le forme dall'ubriachezza normale e patologica alle vere frenosi».

Seppilli tratta un tema diffuso nella retorica medico patriottica coeva: che

fare dei soldati «assolti dal Tribunale di guerra, che ordinava però il loro ricovero nel manicomio»? Accadeva che, accusati di insubordinazione o diserzione, fossero «giudicati infermi di mente» e spediti a casa. Si trattava di un limite del codice militare: non era «questo un mezzo per rallentare quella disciplina di costumi che deve, specialmente oggi, rafforzare la compagine dei combattenti?»

«Sarebbe opportuno che almeno gli alcolisti cronici, alcuni anormali e gli squilibrati fossero inquadrati in compagnie speciali, sottoposti a determinate misure, tra cui la precipua che stiano lontani dagli alcoolici. Spesso si tratta di individui sani e robusti, pieni di audacia, coraggiosi, sprezzanti della vita, che potrebbero riuscire degli ottimi elementi in imprese che richiedono rischio e pericolo». Gli alienisti dovrebbero condurre un'accurata analisi al fine di «vagliarne le tendenze e giovarsene fin dove possibile».

In chiusura si ha l'esibizione della adesione ideale alla guerra, potente motore di selezione positiva della popolazione. Certo, «vi sono i vinti, [...] coloro che presentano squilibri e deficienze che risentono le conseguenze della guerra, ma questi sono i meno». Molti di più sono i vincitori, la grande maggioranza, data dai caratteri forti vigorosi, coscienti del grande momento storico attuale, che trovano nell'azione bellica elementi che li ritemprano ancor maggiormente. La psiche collettiva

è quella che regge, che dirige l'organismo sociale. Ci sorregge la piena fiducia che da noi esca più sana e più forte dal conflitto europeo, e che il nostro Paese, dopo essere riuscito vittorioso nelle sue rivendicazioni ed aspirazioni nazionali, trovi nella generazione attuale e nelle nuove una sorgente di prosperità e di ricchezza.

Le argomentazioni di Seppilli sono consonanti con la retorica scientifica e patriottica degli alienisti, non solo nel nostro paese: lo sciovinismo scientifico, che caratterizza tutto l'intervento, è nondimeno lontanissimo da talune prese di posizione razziste della psichiatria francese e di quella tedesca, intese a rinfacciarsi reciprocamente i caratteri regressivi dei due popoli nemici. Semmai si nota la nettezza dei giudizi, basate su certezze che nel corso del conflitto furono quantomeno oggetto di discussione.

Inoltre, la visione di Seppilli, se confrontata con la rappresentazione che Agostino Gemelli fece della condizione del soldato in trincea, appare irrealistica. Ne *Il nostro soldato*, edito nel 1917, si delinea l'eroismo umile del soldato che vive in trincea, il cui mondo ideale si atrofizza entro la prospettiva delle pareti di terra e fango. E ciò è un bene. Un'attività ideale ampia, il pensiero della propria incolumità e delle condizioni dei familiari, la nostalgia della vita civile, sono altrettanti attentati alla necessaria sterilizzazione affettiva. La

guerra nell'era della tecnica richiede adesione acritica agli ordini dei superiori. Mario Isnenghi definisce il Gemelli, "ideologo della passività". Il consenso delle masse combattenti non si esprime nei petti gonfi a sfidare la mitraglia per la patria, di cui peraltro non comprendono il significato, bensì nell'apatia da utilizzare al momento opportuno. È il popolo dei contadini fanti educati da millenni di subordinazione: «Ora la fanteria è il popolo, anzi l'umile contadino, il modesto operaio; il fantaccino è perciò l'uomo quale esce dalle file della nazione, quale la nazione lo produce». La rassegnazione tendenzialmente stuporosa diveniva anche un mezzo di difesa, di assottigliamento dell'io e della percezione. A molti non riuscì, e di loro si occuparono gli psichiatri. Isnenghi sottolinea la consonanza ideale con Cadorna: «Le tecniche psicologiche di Gemelli [...] forniscono un non inutile, nobilitante puntello scientifico [...] alle consuetudini pratiche del vecchio mestiere, a base burocratica e regolamentare». In effetti, nella trattazione di Gemelli si ha la conferma di ciò. Egli rifiuta la concezione secondo cui non vi sarebbe emozione senza lesione organica. Le emozioni sono fattori eziologici delle nevrosi di guerra, beninteso in soggetti predisposti. In loro le emozioni che hanno creato gli sconvolgimenti fisio-psichici non cessano la loro azione dopo

poco, bensì persistono a formare un quadro clinico tenace. Tale resistenza si verifica in costituzioni emotive che innescano un processo di autosuggestione e, dunque, di fissazione dei sintomi. Seguendo le teorie di Joseph Babinski, Gemelli chiama questi malati, *pitiatici*, cioè malati per autosuggestione. Come reagire? Con una cura che persuadesse dell'autoinganno e aprisse la via alla salute. I mezzi utilizzati erano le parole del medico e l'applicazione di corrente elettrica sul corpo. L'esperienza aveva mostrato gli effetti portentosi di questa cura. La faradizzazione venne praticata anche in Italia, anche se pare che non fosse molto diffusa nei manicomi territoriali. Faceva parte della brutalizzazione terapeutica comune a tutte le nazioni belligeranti, a eccezione della Gran Bretagna. Anche in questo caso si può dire che la grande guerra in Italia fu la guerra di Cadorna e Gemelli.

Voci di dentro

Le cartelle cliniche raccontano storie di naufragi dagli esiti più o meno drammatici. In esse si esercita il sapere medico, inteso a dare forma alla malattia, a trarla dal caos e renderla leggibile. Lo psichiatra deve condurre a unità la accozzaglia dei sintomi e dare loro un nome, trarli dall'anomia. È stato giustamente notato che durante il primo conflitto mondiale la pratica terapeutica seguì linee la cui nettezza non era all'altezza delle

coeve costruzioni teoriche. Influisce la difficoltà ermeneutica propria delle alterazioni psichiche con cui si aveva a che fare; si deve considerare anche il fatto che la struttura manicomiale era chiamata a superare la mera funzione custodiale, affidatale con la legge del 1904. Non si doveva segregare a difesa della società, bensì curare, ovvero restituire il maggior numero possibile di uomini allo sforzo bellico. Le diagnosi erano prevalentemente descrittive. Troviamo, tra le malattie mentali l'eccitazione psichica, lo stato depressivo, l'alienazione acuta, la cefalea con stato allucinatorio, lo stato depressivo e confusionale, l'eccitamento mentale e così via; l'amenza è la definizione spesso usata a indicare stati confusionali, disturbi del comportamento, onirismi, allucinazioni, mutismi, stati stuporosi, nonché disturbi motori. Un soldato è ammesso a Brescia accompagnato da una diagnosi di psicosi agitante. Frequenti le sottolineature di eredità anormali. Inoltre, pesante appare il retaggio lombrosiano: non mancano, infatti, annotazioni di carattere antropometrico, in particolar modo sulla conformazione del cranio.

La lettura delle cartelle cliniche dà l'impressione che nei manicomi prevalesse, sulla cura, l'osservazione dei militari ricoverati. In pochissimi casi le carte danno delle informazioni in merito, e quasi mai trattano di psicoterapie; per lo più si annotano le somministrazioni di medicinali con funzioni sedative o per specifiche

patologie, come ad esempio il calomelano, o protocloruro di potassio, per i degenti sifilitici. Si può pensare alle consuete pratiche di ergoterapia e clinoterapia (il lavoro e il riposo a letto).

La cartella del soldato E. N., affetto da spasmo saltatorio, è significativa di un atteggiamento terapeutico sincretistico. Il militare era scosso da tremori; la parte sinistra del corpo insensibile al dolore, tanto che i medici potevano infilargli uno spillo senza ottenere reazione alcuna. Il suo incedere era «sussultorio e saltellante», a causa di movimenti incoscienti dei muscoli delle gambe. Nella cartella clinica si attesta che gli si somministrava «bromuro K ad alte dosi, dell'assafetida, si praticano delle polverizzazioni sulla colonna vertebrale, si insinuarono alcune frasi a scopo di psicoterapia e si tentò invano l'ipnosi». In un solo caso si trova un cenno a una non meglio definita «stimolazione elettrica». Osservare e decidere la sorte dei malati di mente ricoverati: questa era la funzione dei manicomi territoriali fino al gennaio del 1918 quando, come s'è detto, le decisioni si sarebbero concentrate in quel di Reggio Emilia.

La documentazione medicaci propone anche quella che potremmo definire la narrazione fatta dalle vittime delle nevrosi belliche. È possibile cogliere la trama di un racconto che si articola principalmente sul tema del ripiegamento in se stessi. Sulla fuga

da una situazione insopportabile.

Una manciata di cartelle cliniche riguarda soldati morti al manicomio, tre morirono tra gennaio e aprile 1916; cinque nel corso dell'anno successivo. I giorni della loro permanenza in manicomio furono pochi, mai più di dieci. Si tratta di destini segnati che mantengono residui caratteri vitali. In tutti il delirio, la perdita di coscienza, il rifiuto del cibo, l'inesistenza pressoché totale di comunicazione. Tutti con le stimmate del degenerato. Emilio S., morto alle 18 e 30 del 4 luglio 1917 per marasma acuto febbrile, aveva ripetutamente lamentato di essere malato; non gli avevano creduto. Era anche finito in prigione da dove tentò la fuga «gettandosi da una finestra alta dieci metri e rimase in uno stato di semicoscienza per il colpo subito». La mente rimane spesso appesa a un episodio traumatico. L'aspirante ufficiale A. L., reduce dalla Libia e in attesa della nomina a tenente, il 27 ottobre del 1917 si trovava ricoverato all'ospedale di Udine per un attacco di appendicite. Il nemico era già a Cevedale, dopo lo sfondamento di Tolmino. Egli, con la febbre a 40°, fuggì senza corredo; passò la notte a Casarza su un vagone abbandonato, alle sei del mattino la stazione subì un attacco aereo. Molte furono le vittime. Il militare vagò fino a che giunse a Vicenza in stato di stordimento. Fu ricoverato in vari ospedali. Giunse al manicomio di Brescia a causa degli incubi che tutte le notti lo

sconvolgevano. Quasi sempre, nella seconda parte della notte, «si mette a girare, con espressione esterrefatta»; assume «atteggiamenti di paura e di difesa, batte alle porte e poi ritorna in letto da sé». Dopo circa mezz'ora si sveglia e non ricorda nulla; a volte «asserisce di aver visto un cadavere». G. P. fu traumatizzato dallo scoppio di una granata. Rimase muto per 24 giorni. Gli capitava di «sentire lo scoppio della granata», cadeva a terra e perdeva conoscenza.

In altri casi il crollo avveniva come conseguenza di un serie di traumi, o per una tensione continua. A. G., reduce dalla Libia dove contrasse la sifilide, combatté a Monfalcone, sul S. Gabriele, a Gorizia, ai Sei Busi, alla Bainsizza. All'epoca di Caporetto era ricoverato a Roma «per febbri», ma nel novembre del 1917 fu sul Piave con la terza Armata in ritirata. Sviluppò una sindrome allucinatoria, mostrava spavento e avvertiva la presenza di «figure che lo demonizzavano». Si dovette ricorrere alla camicia di forza nel timore di atti di autolesionismo.

Talvolta si aggiungeva la preoccupazione per i fratelli, in guerra anch'essi. Un alpino, confuso, «torpido» e «disorientato» temeva per la vita del fratello. L'avevano fatto prigioniero: «I tedeschi lo fanno morire di fame». Il fante E. L., contadino e analfabeta, cercava «il fratello disperso in guerra».

La presenza ossessiva della morte scomposta, non regolata nei riti

del lutto, resta nella sensibilità dei soldati che la riproducono nella loro immaginazione. E. G. del 7° Bersaglieri «vedeva una quantità di morti sopra il suo letto, ne sentiva il fetore; udiva le voci di gente che li portava via», si diceva convinto «che anche nella minestra ci sono pezzi di cadavere».

Il fronte si configurava come un mondo a parte. I soldati in trincea erano portati a pensare che tutti gli altri fossero imboscati. Si creava un sentimento di rancore che, nei turbati psichici, prendeva ad oggetto figure familiari, in particolare le mogli. Esse sintetizzavano l'universo di tutti coloro che vivevano lontani dal fronte, che non si curavano delle sofferenze delle prime linee. I tradimenti delle mogli, reali o immaginati, rappresentavano il tradimento che la società degli imboscati perpetrava ogni giorno. V. B., vittima di delirio persecutorio, «con sorriso torvo» sosteneva di esser venuto a conoscenza, quando era in licenza, del tradimento; l'avrebbe ammazzata. Il colpevole dell'adulterio altri non era che il Vate, Gabriele d'Annunzio. La figura del corifeo della guerra aveva raggiunto enorme notorietà e la manteneva nel corso del conflitto. Non stupisce che egli fosse rappresentato quale artefice del tradimento, nella narrazione di un fante smarrito. La figura del poeta è presente anche nelle verbalizzazioni di M. T., di una compagnia Mitragliatori Fiat. Dotato di una

cultura superiore alla media della truppa, ci ha lasciato degli scritti. Imputato di rifiuto d'obbedienza, non ammette di aver compiuto quel reato. Non lo può accettare. Nella sua prosa si mescola il terrore che deriva dal massacro e la rivendicazione della sua totale adesione all'ideale patriottico. Agisce in lui lo stesso meccanismo osservato in molti ufficiali, dilaniati tra il senso del dovere e il timore per la propria incolumità. L'appello gonfio di retorica al poeta della guerra è attestato di patriottismo: «Dall'animo di Gabriele D'Annunzio [...] viene una gran voce come squilla di più sonoro tuono: resistere non fino all'ultima stilla di sangue ma sino all'ultimo granello di cenere». Nel corso dello scritto si alternano appelli all'eroismo e confessioni di una radicale disperazione: «Imaginate (sic) lunghe file di soldati [...] sotto enormi pesi, affannarsi [...] e vi avrete l'identica visione di una scena dantesca».

Gli ufficiali sono oggetto polemico abbastanza prevedibile. Un soldato del 55° fanteria di campagna, interrogato dai medici, non rispondeva; diceva solamente «che il suo capitano sa tutto di lui, ma che lo perseguita, gli vien dietro, e gli spara. Il capitano è il suo padrone e il suo re, il kaiser, che comanda lui; il Papa comanda la prima linea». L'accumulo delle dignità regnanti traduce la subordinazione vissuta in trincea.

Il capitolo delle diserzioni e delle insubordinazioni è piuttosto ampio.

È noto che anche solo il ritorno al corpo in ritardo di poche ore cadeva sotto la giustizia militare. I soldati che i Tribunali militari d'armata affidavano ai manicomi per una valutazione psichiatrica non presentano, in genere, alcuna motivazione ideologica pacifista. Si configuravano, nella maggioranza dei casi, come tentativi di rientrare in una normalità sconvolta dalla guerra. Consideriamo la vicenda di I. P., del 5° alpini, contadino epilettico. A sedici anni cadde da una decina di metri e rimase incosciente per due giorni poi fece ritorno a casa. Il medico non fu consultato. Da allora soffriva di frequenti cefalee e capitava che il giovane vagasse senza meta nei boschi per alcuni giorni. Dagli atti processuali risulta che la sera dell'11 novembre non si presentò all'appello, raggiunse le rive dell'Adda, fra Tirano e Stazzona, si spogliò della divisa, che in seguito i regi carabinieri trovarono sul posto, e indossò abiti civili. In seguito fu arrestato nel territorio di Trescore. Il tribunale militare della prima Armata lo sottopose a perizia psichiatrica. In questo caso si coglie anche un tratto di infantilismo. Come ha osservato Bruna Bianchi, la regressione alla condizione infantile è il mezzo per cui «il soldato può evitare la completa rottura con la realtà». Interrogato sul motivo del suo allontanamento, «rispose che era andato a lavorare, che non aveva più pensato a fare ritorno». Il responso

psichiatrico, accettato dal tribunale, fu che la diserzione rientrava nella sintomatologia dell'epilessia.

Si può parlare di infantilismo anche nel caso del fante che aveva inventato, come egli stesso scriveva in una lettera a un familiare, la «trincea tascabile blindata futura, che ha un'immensa forza magneta (sic) per la attrazione e il deviamiento di qualunque siasi proiettile; essa fa sì che rende all'impotenza la forza nemica, col rendere inutili tutte le sue armi». L'arma che avrebbe

fatto della guerra, appunto, un gioco facile, che avrebbe evitato i lutti e ristabilito la pace. Soluzioni che avrebbero tagliato corto con la guerra sono diffuse tra i soldati di tutti gli eserciti. Ci voleva poco. Un fornaio divenuto fante nell'Armée scrisse all'imperatore tedesco: «Sire, seriez-vous assez aimable de nous remettre l'Alsace et la Lorraine, les milliard del 1870 et de faire remettre le tout en l'état comme c'était». Guglielmo non ricevette la lettera, i medici non la spedirono.

Bibliografia

Nell'articolo ha cercato di indicare i testi di riferimento. Ne vorrei qui proporre alcuni fondamentali per la comprensione della materia.

Bruna Bianchi, *La follia e la fuga*, Roma, Bulzoni, 2001

Emilio Gentile, *L'apocalisse della modernità*, Milano, Mondadori, 2014

Antonio Gibelli, *L'officina della guerra*. Bollati Boringhieri, 2007

Jean-Yves Le Naour, *Les soldats de la honte*, Paris, Perrin, 2013

Andrea Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio*, Torino, Marco Valerio, 2008.