

1. Evidenzia nel testo le citazioni delle lettere dei soldati e individua i tratti comuni.
2. Secondo l'autore la guerra evidenzia il cambiamento avvenuto nel rapporto tra il cittadino e lo Stato: spiega in che modo.
3. Illustra il processo di trasformazione che subisce il soldato secondo le affermazioni di Gemelli.
4. Esponi in poche frasi la tesi sostenuta dall'autore nel passaggio riportato.

## S2 L'eco delle esplosioni

▼ da B. Bianchi, *Delirio, smemoratezza e fuga. Il soldato e la patologia della paura*, in *La Grande guerra. Esperienza, memoria, immagini*, a cura di D. Leoni, C. Zara, il Mulino, Bologna 1986.

Il rumore assordante provocato dalle esplosioni costituì uno dei principali elementi responsabili del cedimento nervoso manifestato da moltissimi soldati al fronte. Un trauma destinato in molti casi a lasciare tracce indelebili nella psiche dei militari ricoverati presso gli ospedali territoriali o nei manicomi.

L'angoscia provata sotto il fuoco, nell'attesa di passare all'attacco, si fissa permanentemente nella memoria dominando pensieri ed emozioni fino all'ossessione e al delirio; la sensazione di annullamento psichico dopo una esplosione in vicinanza, restringe la coscienza fino all'amnesia, alla totale esclusione della realtà.

I soldati riproducono in ospedale, in manicomio, le posizioni di costernazione assunte sotto il fuoco: ricurvi, le braccia incrociate sul ventre, la testa reclinata, nel disperato tentativo di nascondersi attraverso l'immobilità. La fissità dello sguardo, l'impenetrabilità dell'espressione, i sordomutismi, le paralisi, le amnesie, esprimono il desiderio di allontanare dalla coscienza le percezioni e i ricordi del mondo esterno e di abbandonarsi all'automatismo di una vita inconsapevole, liberati dalla ossessione del rumore. «Dormire! E soprattutto non sentire più il frastuono del cannone. Vivere senza pensare, in un silenzio assoluto».

Le immagini delle macerie, dei campi devastati, dei compagni lacerati, ma soprattutto il rumore sono i contenuti dei deliri dei soldati. Il fragore delle esplosioni è il simbolo della lacerazione

operata dalla guerra sulla coscienza ed il suo potere disgregante è molto spesso il primo ricordo che affiora nei diari e nelle memorie di guerra. Ford Madox Ford, riformato dal servizio per Shell-shock scrive «In trincea non si poteva vedere niente ed il rumore infuriava, un rumore schiacciante che annientava e inebetiva».

Il rumore è spesso l'ultimo ricordo che soldati ricoverati per mutismi o amnesia riescono a richiamare alla mente. Solo il rumore ha il potere di risvegliare dalla apatia e dalla indifferenza assoluta, di provocare ricadute e deliri anche dopo mesi e anni dalla fine della guerra. Soldati confusi, dai visi privi di espressione, silenziosi, possono presentare una unica reazione al mondo esterno mettendosi a tremare di fronte a un rumore brusco e improvviso. Chi teme di essere ucciso dal rumore, dal suono delle parole, chi tenta di fuggire dall'ospedale quando nel silenzio della notte avverte il minimo rumore. Claude riporta il caso di un ufficiale che dallo stato di confusione e di stupore passava al delirio ad ogni rumore inaspettato. Un giorno nel giardino dell'ospedale al gridare di una rana si alza, corre da tutte le parti,



urtando gli alberi, cadendo, rialzandosi, con il viso atteggiato al più grande terrore, gridando: eccoli! Sconvolto, si ferma guardando da tutte le parti e riprende la sua corsa. Nel 1915 viene ricoverato nella clinica di Gaupp un soldato sordo, smemorato: dopo poche settimane sembra avviarsi alla guarigione ed è in grado di sentire e ricordare. Ad

ogni rumore improvviso cade nella sordità e nella confusione. La sordità è infatti il sintomo più tenace e resistente al trattamento psichiatrico ed alcuni medici sul finire della guerra si asterranno dai tentativi terapeutici, riconoscendone il significato protettivo.

### S3 La negazione dell'evidenza

▼ da E.J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella Prima guerra mondiale*, il Mulino, Bologna 1985.

Presso tutti gli eserciti combattenti, il riconoscimento dei disturbi mentali manifestati dai soldati come prodotto dell'esperienza bellica si affermò gradualmente e con fatica. In larga parte vennero infatti privilegiate interpretazioni della patologia incentrate sulla predisposizione ereditaria alla nevrosi da parte dei pazienti ricoverati. In molti casi le terapie disposte dai medici si ispiravano direttamente ai metodi utilizzati per l'addestramento degli animali.

I terapeuti disciplinari annullarono ogni distinzione fra nevrosi legittima e simulazione. La legittimità della nevrosi doveva essere dimostrata in sede di terapia: qui il terapeuta avrebbe determinato il *quantum* di volontà che il paziente aveva messo a disposizione del proprio desiderio di sopravvivenza. Il compito del terapeuta consisteva nel rendere angoscianti le conseguenze del sintomo, e nel persuadere il paziente a recedere dal sintomo stesso e riacquisire il proprio ruolo maschile, ufficiale, di soldato.

Inoltre, coloro che privilegiavano l'inquadramento morale della nevrosi di guerra erano inclini a leggere il sintomo alla stregua di degenerazione biologica o tara ereditaria. Il sintomo nevrotico, che la guerra si limitava a rendere manifesto, era insomma radicato in anomalie ereditarie. Quest'ottica trovava una duplice funzione: marchiava il soldato nevrotico con un segno d'inferiorità morale, e permetteva di rimuovere il sintomo dal contesto della guerra, dal momento che ora questo contesto appariva come una prova radicale che semplicemente faceva emergere anomalie latenti. Questa impostazione si accordava bene con l'ideologia darwiniana dominante, secondo cui la guerra altro non era che la prova dell'«idoneità» alla sopravvivenza delle nazioni così come dei singoli individui. Naturalmente, la tara «latente» era sempre scoperta *dopo* che si

fosse manifestata nel sintomo nevrotico. Laurent notò la frequenza di «strani nomi di battesimo in seno a famiglie degenerate; ma giunse a questa correlazione solo dopo che un soldato semplice, dal tanto straordinario nome di Agapito, era uscito allo scoperto e si era arreso ai tedeschi gridando «Camerati, che differenza c'è ad essere francese o tedesco? I miei ufficiali sono imbecilli che bevono il sangue di noi miseri sfortunati». Rimpatriato e ospedalizzato il poveretto, fu possibile isolare e identificare la tara ereditaria che covava dietro il suo nome.

Ma perfino i moralisti furono costretti a riconoscere che le condizioni di combattimento della guerra industriale non tenevano conto degli adattamenti e disadattamenti precedenti: soldati con una storia precedente di instabilità emotiva a volte si trovavano a loro agio in clima bellico, mentre quelli che non avevano alcun precedente di malattia o disturbi mentali collassavano, e collassavano in gran numero. E anche quando poteva essere dimostrata una predisposizione ereditaria, le condizioni di guerra sembravano in ogni caso le cause veramente determinanti della nevrosi. [...] La linea di demarcazione tra simulazione e nevrosi, cioè il grado di simulazione connesso alla nevrosi, veniva di fatto determinato nel corso del trattamento disciplinare. I metodi della terapia disciplinare erano molti ed essenzialmen-



te gli stessi in tutti gli eserciti belligeranti. La *maniére forte* e il *torpillage*<sup>1</sup> nell'esercito francese, la *quick cure*<sup>2</sup> e la *queen square*<sup>3</sup> in quello britannico, la tecnica Kaufmann in Austria e la tecnica *Überrumpfung* [Cogliere di sorpresa] in Germania, erano tutte tecniche che utilizzavano principi derivati dall'addestramento degli animali: dolore somministrato generalmente con apparati elettrici, comandi urlati, isolamento, restrizioni alimentari con la promessa di un alleviamento della pena in cambio dell'abbandono del sintomo. [...] Il metodo Kaufmann, che fu trattato dalla stampa alleata come ulteriore dimostrazione della bestialità germanica, era praticamente identico alla «cura rapida» impiegata da francesi e britannici. Esso combinava potenti scariche elettriche con comandi urlati per l'esecuzione di determinati esercizi.

Kaufmann insisteva nel trattamento finché il paziente non fosse guarito, anche se ciò poteva comportare ore di applicazione con scariche elettriche sempre più intense. Così come nel caso di tutte le altre terapie disciplinari, il metodo Kaufmann ottenne moltissime guarigioni, sebbene alcuni critici tedeschi insistettero sulla frequenza delle ricadute, sul numero dei pazienti che si suicidavano dopo la cura, e sulla morte di due pazienti in sede di terapia come prova della non validità di questi metodi.

#### Note

1. Siluramento.

2. Cura rapida.

3. Piazza della regina.

#### S4 “Fare il matto”

da L. Roscioni, L. Des Dorides, *Il Manicomio e la Grande guerra, in L'ospedale psichiatrico di Roma dal manicomio provinciale alla chiusura*, a cura di A. Ilaria, T. Losavio, M. Martelli, Dedalo, Bari 2003.

La “caccia ai simulatori” costituì una priorità assoluta per gli ufficiali sanitari, incaricati di rispedire al fronte il maggior numero di soldati possibile. Ogni ricoverato affetto da disturbo mentale diventava agli occhi dello psichiatra un potenziale bugiardo da smascherare, con le immaginabili ricadute nel rapporto tra medico e paziente.

L'emergere delle «psiconevrosi di guerra» attivò un contatto nuovo tra follia e scienza psichiatrica, tra autorità e sottoposti, tra dominanti e dominati. Molte [...] furono le domande che si posero gli psichiatri in quello che si prefigurò subito come un non facile scambio tra mondi spesso culturalmente molto distanti. L'atteggiamento diffidente e vessatorio dei comandi italiani nei confronti dei propri soldati, che si riflette in quello di molti psichiatri che collaboravano con il servizio neuropsichiatrico di guerra o che lavoravano negli ospedali e nei manicomi, finì spesso per trasformare questo *culture contact*<sup>1</sup> in uno confronto-scontro finalizzato a smascherare presunte simulazioni. Durante il lungo itinerario che dal fronte portava al congedo assoluto o alla riforma, le visite psichiatriche assomigliavano spesso più a un processo inquisitorio che a delle perizie mediche, un processo nel quale il soldato folle e lo psichiatra si contrapponevano in una contesa nella quale l'ac-

certamento della verità dipendeva in gran parte dalla capacità di resistenza del periziato, dalla sua capacità di uscire vittorioso da una sorta di *ordalia*<sup>2</sup> impostagli. La letteratura psichiatrica di quegli anni è, in questo senso, piena di tecniche e di astuzie per «sventare i trucchi» dei simulatori, considerati come appartenenti a quella «lunga schiera di individui, per la maggior parte psicodegenerati, anomali costituzionali, pregiudicati, contro i quali la medicina legale militare ha dovuto affilare le armi e combattere strettamente per riuscire vittoriosamente». [...] Dalla narcosi all'elettrotrazione faradica<sup>3</sup>, molti erano gli espedien-

#### Note

1. Contatto, confronto e iterazione tra due o più gruppi culturalmente differenti, caratterizzato da un reciproco scambio di informazioni.

2. Nel Medioevo, prova fisica spesso cruenta a cui era sottoposto un accusato.

3. Elettroterapia finalizzata alla stimolazione muscolare.



ti, alcuni dei quali anche brutali, per sventare una simulazione. Pur senza cadere negli eccessi praticati negli ospedaletti da campo posti nelle vicinanze del fronte, anche nel manicomio di Roma, a distanza di centinaia di chilometri dal fronte, è possibile riscontrare tracce di quella «lotta contro il simulatore» imbastita dagli psichiatri già nelle immediate retrovie. Celestino D., il 21 gennaio 1918, venne rinvio dall'ospedale di Santa Maria della Pietà presso l'ospedale militare del Celio di Roma con il marchio infamante di simulatore, affinché fossero presi «i provvedimenti del caso». Dall'ingresso in manicomio si era sempre mostrato in «evidente stato confusionale», taciturno, indifferente e in preda ad allucinazioni visive, sempre raggomitato sotto le coperte e restio ad assumere cibo. Tuttavia, agli occhi degli psichiatri romani, la sua era un'interpretazione poco credibile. Il suo errore più grave, secondo i medici, non fu tanto l'ostentazione dei caratteri patogeni, quanto la sua riluttanza ad assumere fino in fondo le conseguenze della sua stessa messa in scena. Portato davanti al medico per il colloquio, cadendo dalla sedia aveva portato le mani avanti come per attutire l'impatto. Che fosse stato o meno l'istinto a guidarlo o che egli fosse realmente un folle o soltanto un simulatore, il suo gesto fu considerato come la prova decisiva perché si potesse parlare di una «simulazione volontaria» in quanto erano «troppo evidenti i segni di una ostentazione volontaria ed i freni opposti affinché le varie

manifestazioni non abbiano produrre conseguenze pericolose». Molto simile a quella di Celestino è la storia di Antonio N., inviato per sospetta alienazione mentale dal carcere militare di Forte Boccea a quello per militari infermi di San Paolo e di qui al manicomio di Santa Maria della Pietà. Sin dall'inizio aveva mantenuto un atteggiamento comune a molti militari degenti, e cioè «sempre a letto rannicchiato con la testa sotto le coltri, taciturno, rifiuta il cibo». Ma che cosa lo aveva fatto bollare come simulatore? Erano stati, secondo i medici, la sua «stereotipia del contegno... lo sforzo volontario delle manifestazioni mimiche... i segni dell'attenzione vigile» e soprattutto gli evidenti atteggiamenti di autotutela, il «contegno diretto a evitar di far nocumento a se medesimo» e il fatto che «i primi giorni urinava in letto però in modo da non sporcarsi». Giordano C. invece fu riconsegnato alla famiglia nell'aprile 1918 con a carico una diagnosi di sindrome schizofrenica. Nel periodo di degenza si era chiuso in un mutismo quasi assoluto e aveva passato le giornate raggomitato nel letto, ma, a differenza di Antonio N., egli era sudicio, faceva i suoi bisogni a letto senza curarsi minimamente di se stesso. Come si fosse arrivati alla certificazione di schizofrenia non è dato di saperlo, anche se è certo che, nel non riconoscerlo come simulatore influirono la presenza di una emiparesi spastica alla parte destra del corpo e l'assoluzione dalla pregressa imputazione per diserzione.

#### COLLEGARE E CONFRONTARE I TESTI

1. Quali esperienze evocano nei loro deliri i soldati ricoverati? E quale più delle altre sconvolge i malati?
2. Nel brano riportato in S2 si dice che la sordità è il sintomo più resistente al trattamento psichiatrico dei soldati in cura. Secondo te, perché?
3. Nel brano S3 si dice che, se la nevrosi dei soldati era riconosciuta come non simulata, venivano individuate altre cause. Quali, in genere?
4. Quale era la duplice funzione che questa tesi soddisfaceva?
5. Descrivi l'atteggiamento tenuto dagli psichiatri nei confronti dei pazienti e indica il motivo che secondo l'autore del brano di S4 sta alla base di tale atteggiamento.