

## Il manicomio di Girifalco tra guerra, modernità e nevrosi

---

di Carla Minasi

---

Soffermarsi sul rapporto tra guerra e modernità è un passaggio obbligato nello studio del fenomeno noto come «nevrosi da guerra» ed è il punto dal quale partire per poter tracciare un percorso coerente con la nascita e lo sviluppo di questa particolare patologia. Difatti la cornice storica è quella della Prima guerra mondiale che rappresentò per i contemporanei un'assoluta novità, non soltanto perché fu il primo conflitto ad estendersi oltre i confini europei, ma anche perché richiese una mobilitazione di capitale umano mai vista fino ad allora e, soprattutto, perché fu la prima guerra meccanizzata.

Decisivo in tal senso fu l'apporto dato dal progresso seguito alla seconda rivoluzione industriale: lo sviluppo della rete ferroviaria e del settore navale accorciò le distanze tra un luogo e un altro, il che comportò un evidente vantaggio anche nello svolgimento delle operazioni militari; poi la trasformazione delle armi da fuoco – compresa l'artiglieria pesante – permise non solo maggiore precisione ma anche una gittata migliore<sup>1</sup>.

Furono in particolare i cambiamenti nell'armamento degli eserciti a stravolgere il modo di combattere, dando origine alla cosiddetta «guerra di posizione» che vide protagonista la trincea: non essendo più contemplato un tipo di combattimento in campo aperto – come avvenuto fino al recente passato – le trincee divennero dei luoghi di stallo in cui i soldati

<sup>1</sup> Michael Howard, *La guerra e le armi nella storia d'Europa*, Laterza, Bari, 1978, p. 197 e ss. L'impatto che la nascente tecnologia bellica ebbe sull'evento guerra – e quindi su chi visse quell'esperienza in prima linea – è eloquentemente riassunto dalle parole della storica Bruna Bianchi: «La consapevolezza che la tecnologia stava trasformando radicalmente l'esperienza umana, affacciatasi nei decenni precedenti con le osservazioni sulle conseguenze dello sviluppo dell'industrializzazione, delle ferrovie e della crescita delle metropoli, si affermò definitivamente e drammaticamente durante il primo conflitto mondiale» (Bruna Bianchi, *Il trauma della modernità. Le nevrosi di guerra nella storiografia contemporanea* in Andrea Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Marcovalerio, Torino 2008, p. 18). Sul rapporto tra guerra e modernità cfr. Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 1991.

erano costretti trascorrere intere settimane in condizioni ai limiti dell'umano, esposti al pericolo del fuoco nemico e potendo uscire solo per azioni di pattuglia notturne e in caso di attacco al fronte avversario<sup>2</sup>.

Le innovazioni non riguardarono però solo le armi da fuoco e i mezzi di trasporto; la Prima guerra mondiale portò in seno un'ulteriore novità: l'introduzione delle armi chimiche, utilizzate per la prima volta nel gennaio del 1915 sul fronte orientale dall'esercito tedesco contro le posizioni russe, sebbene senza particolare successo. Tuttavia, le iniziali difficoltà nell'utilizzo di tale tipo di armi vennero superate e i primi a farne le spese furono migliaia di soldati algerini morti asfissati nell'aprile del 1915 nei pressi di Ypres<sup>3</sup>.

Legare il fenomeno delle nevrosi alla sola modernizzazione dei mezzi e metodi di combattimento sarebbe tuttavia antistorico, dal momento che le nevrosi furono la triste conseguenza dell'interazione tra più fattori, tra i quali un ruolo determinante ebbe l'estrazione sociale dei militari.

Volendo prendere in esame il caso italiano risulta che l'esercito era composto in totale da 5 milioni e 750 mila combattenti, e tra questi — se si escludono i militari di carriera, le alte gerarchie militari e gli ufficiali — 2 milioni e 600 mila uomini erano contadini<sup>4</sup>. A uno sguardo superficiale una simile considerazione potrebbe apparire banale, quasi irrilevante, eppure rappresenta un nodo centrale nella questione della manifestazione della nevrosi bellica.

Invero lo scoppio della Grande Guerra portò milioni di uomini non solo lontano dai loro affetti, ma in particolar modo dal loro mondo: la gran parte dei soldati aveva trascorso la propria vita a lavorare i campi, dove le giornate trascorrevano sempre uguali, scandite dai ritmi della natura.

La partenza per il fronte finì inevitabilmente per sconvolgere le loro esistenze sotto ogni punto di vista e uno dei primi stravolgimenti a cui i militari andarono incontro fu la ridefinizione totale del loro paesaggio mentale<sup>5</sup>. In effetti il *discrimen* tra il Primo conflitto mondiale e i precedenti

<sup>2</sup> Per ulteriore approfondimento sul tema del disagio mentale riscontrato tra i soldati al fronte si vedano: Bruna Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Bulzoni, Roma 2001; Vinzia Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, ETS, Pisa 2012; Ilaria La Fata, *Follie di guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Unicopli, Milano 2014, Annacarla Valeriano, *Ammalò di testa. Storie del manicomio di Teramo (1880-1931)*, Donzelli, Roma 2014; Maria Grazia Salonna, *Gli «scemi di guerra». I militari ricoverati al manicomio di Ancona durante la grande guerra*, Affinità elettive, Ancona 2015; Oscar Greco, *I demoni del mezzogiorno. Follia, pregiudizio e marginalità nel manicomio di Girifalco (1881-1921)*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2018.

<sup>3</sup> John Keegan, *La prima guerra mondiale*, Carocci, Roma 2000, pp. 231-232.

<sup>4</sup> Roberto Marchesini, *Il paese più straziato. Disturbi psichici dei soldati italiani della Prima Guerra Mondiale*, D'Ettois, Crotone 2011, p. 38.

<sup>5</sup> Così lo storico Eli Zaretsky sul punto: «Ciò che sconvolse la gente non fu tanto la scala senza precedenti della tragedia, quanto lo stallo difensivo che trovò il suo simbolo

si rinviene nella totale revisione della strategia di combattimento: i turni nelle trincee potevano protrarsi fino a quindici giorni consecutivi – contro i cinque inizialmente previsti –, il fragore dei bombardamenti rappresentava un'aggressione sensoriale totale, il continuo frastuono impediva ai soldati finanche di riposare e i bagliori generati dai razzi illuminanti e dai fari impedivano la naturale percezione del giorno e della notte<sup>6</sup>. Tale condizione poteva causare anche disorientamento e problemi di memoria, tant'è che la tipica reazione psichica di molti soldati di ritorno dal fronte fu quella di rimuovere totalmente ogni ricordo dalla propria mente.

Un'ulteriore conseguenza ricorrente fu la perdita dell'identità: i soldati si sentivano parte di un meccanismo che annullava la loro coscienza, un meccanismo che – in linea con il contesto – sembrava quasi riproporre le logiche industriali<sup>7</sup> e che si accompagnava alla sensazione di non essere protagonisti del mondo ma di essersi dispersi nella massa<sup>8</sup>. Si badi però che i contadini non furono gli unici colpiti da disturbi nevrotici anzi, un gran numero di ufficiali venne ricoverato a causa dello stesso problema, certamente sopraffatti dal peso della responsabilità di essere essi stessi la causa della morte dei propri soldati.

Date queste premesse non fu affatto facile per la comunità medico scientifica dell'epoca affrontare un problema di tale portata, nonostante già durante la guerra russo-giapponese (1904-1905), che fu il primo esempio di guerra tecnologica, in molti soldati erano stati riscontrati mutismo e perdita di memoria<sup>9</sup>. Con la Prima guerra mondiale però il fenomeno assunse dimensioni inaspettate, mettendo così la nascente scienza psichiatrica di fronte un dilemma di non facile soluzione.

nella trincea. Ne risultò un nuovo paesaggio psichico oltre che geografico: cunicoli, esplosione di mine, paura di essere sepolti vivi, rumori e vibrazioni assordanti, l'insidia del gas, disorientamento, frammentazione, mancanza di riferimenti visivi, cancellazione della differenza tra notte e giorno, identificazione con il nemico, riduzione della coscienza» (Eli Zaretsky, *I misteri dell'anima: Una storia sociale e culturale della psicoanalisi*, Feltrinelli, Milano 2004, p. 134).

<sup>6</sup> Su questi argomenti cfr. R. Marchesini, *Il paese più straziato* cit., pp. 39-44.

<sup>7</sup> Come riportato dallo storico Gibelli, padre Agostino Gemelli si esprimeva così sul punto: «monotonia di compiti ripetuti, applicazione largamente passiva a meccanismi automatici, totale perdita di autonomia e di possibilità di autodirezione, frammentazione e perdita di controllo del tempo, ambientazione sonora assordante che inibisce la comunicazione» (A. Gibelli, *L'officina della guerra* cit., p. 92).

<sup>8</sup> «La guerra moderna ha questo di spaventosamente triste: l'individualità sparisce, si diventa gocce d'una fiumana di lava che lentamente, con moto fatale si spinge in avanti, s'arresta, retrocede: le gocce non contano nulla: se una si ferma, s'agghiaccia, si perde, nessuno ci bada: se quella goccia stride, cigola, prima di spegnersi, il suo grido è sopraffatto dal cigolio spumoso, enorme del fiume» (Testimonianza di Guerrino Botteri in Quinto Antonelli, *Storia intima della grande guerra: lettere, diari e memorie dei soldati dal fronte*, Donzelli, Roma 2014, pp. 75-76).

<sup>9</sup> A. Gibelli, *L'officina della guerra* cit., p. 122.

L'insieme dei disturbi manifestati dai soldati al fronte verrà indicato in letteratura medica come "*shell shock*", espressione che faceva riferimento ad una sintomatologia abbastanza vasta: sordità, tremori, paralisi, smemoratezza (parziale o totale), mutismo, confusione mentale etc. In un primo momento gli specialisti supposero che tali disturbi fossero di natura organica: l'esplosione degli ordigni avrebbe causato dei danni al cervello che avevano come conseguenza la comparsa dei suddetti disturbi, tant'è che sia il termine inglese *shell shock* (traducibile come «shock da granata» o «shock da esplosione») sia quello italiano «contusione da granata», rimandavano il problema proprio alla deflagrazione delle bombe.

Molti dei sintomi riscontrati nei nevrotici di guerra erano in verità già noti poiché generalmente ricondotti alla nevrosi isterica che veniva diagnosticata alle donne in tempo di pace: spasmi, cecità, paralisi erano esattamente gli stessi fastidi di cui soffrivano gli uomini al fronte<sup>10</sup>. Tuttavia la possibilità che fossero le emozioni a giocare un ruolo cruciale in un contesto del genere non venne presa minimamente in considerazione, almeno in un primo momento.

Il dibattito che si innescò a livello internazionale mise in luce teorie tra loro divergenti, oltre che inesatte, testimoni del grado di confusione e impreparazione vigente.

Secondo alcuni studiosi, tra i quali il neurologo Joseph Babinski — fautore di una delle teorie sull'argomento di maggiore successo in Francia — le manifestazioni nevrotiche erano riconducibili alla suggestione: non era la guerra ad essere considerata la causa del problema, ma la stessa struttura psichica dei soldati. Babinski collegava, in modo per altro abbastanza confuso, i disturbi sofferti dai soldati a funzioni inerenti la volontà degli stessi e, per tale motivo, ritenne che potessero essere curati semplicemente con la persuasione<sup>11</sup>. Secondo un'altra scuola di pensiero invece i soggetti nevrotici erano tali a causa di una tara ereditaria, pertanto l'evento bellico aveva agito solo da catalizzatore. Una valutazione di questo tipo però non aveva basi scientifiche solide: non era per nulla provato che quanti avessero una predisposizione genetica sviluppassero sintomi nevrotici, tanto meno il contrario. Quest'idea di una predisposizione alla follia era uno dei capisaldi della psichiatria italiana, e nell'immaginario comune è ancora oggi indissolubilmente legata alla figura di Cesare Lombroso<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Eric J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella Prima guerra mondiale*, Il Mulino, Bologna 1985, p. 217 (ed. or. 1979).

<sup>11</sup> B. Bianchi, *La follia e la fuga* cit., p. 29 e ss.

<sup>12</sup> Sebbene non sia questa la sede adatta per approfondire le idee lombrosiane, è bene ricordare che la teoria dell'atavismo e della criminalità biologiche sono tutt'altro che esclusivamente riconducibili a Lombroso: è solo una credenza comune infatti che l'antropologia criminale sia nata *ex abrupto* dalla scoperta — nel cranio del brigante Villella — dell'ormai nota fossetta occipitale mediana. Al contrario Lombroso è doppiamente

Certamente una delle maggiori difficoltà rispetto alla comprensione, e di conseguenza al trattamento, di questo fenomeno è da ricercarsi nel timore che riconoscendo la nevrosi come malattia vera e propria si sarebbero messe in seria discussione le basi della disciplina militare. Non doveva essere affatto facile all'epoca accettare che chi avrebbe dovuto difendere il proprio Paese avesse di fronte al nemico un cedimento emotivo: il soldato doveva essere esempio di virilità, temerarietà e sacrificio. Per questo motivo vi era la tendenza a considerare le manifestazioni nevrotiche non già come una condizione patologica, ma come una mancanza di disciplina, cordardia o come disturbi neurologici non meglio identificati<sup>13</sup>.

Le limitate conoscenze della patologia da parte dei medici condizionarono anche le terapie dagli stessi prescritte per la cura delle nevrosi: i metodi utilizzati non furono solo del tutto inefficaci, ma in alcuni casi anche profondamente discutibili<sup>14</sup>. Quello delle cure è uno degli aspetti che è possibile approfondire facendo riferimento ad un caso specifico, quello di Girifalco, come testimone della realtà manicomiale italiana dell'epoca.

Il Manicomio Provinciale di Girifalco fu inaugurato il 22 luglio del 1881, all'interno di un antico convento in disuso. Una scelta — quella di utilizzare un immobile già esistente — motivata dalla necessità di evitare i costi di costruzione che sarebbero risultati esosi<sup>15</sup>. Nato per ospitare un numero esiguo di alienati, la struttura catanzarese divenne ben presto un punto di

debitore nei confronti degli studiosi Franz Joseph Gall e Bénédict Augustin Morel. Per ulteriori approfondimenti si veda Mary Gibson, *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Mondadori, Udine-Milano 2004 (ed. or. 2002).

<sup>13</sup> B. Bianchi, *La follia e la fuga* cit., p. 33 e ss.

<sup>14</sup> Un sistema particolarmente discusso, ma comunque usato in diversi Paesi, fu l'*elettroshock* conosciuto in Francia con il nome di *torpillage*. Venne collaudato dal medico Clovis Vincent, allievo di Babinski, mosso dalla necessità di ottenere risultati nel minor tempo possibile; si consideri a tal proposito che, nonostante le diverse opinioni degli studiosi in materia, il comun denominatore dei numerosi trattamenti terapeutici sperimentati non era la cura, ma la riabilitazione dei pazienti; in altri termini, non era importante che i soldati guarissero, ma solo che fossero in grado, in un modo o nell'altro, di tornare al fronte. In un primo momento oltre che in Francia, Austria e Germania, i trattamenti faradici furono utilizzati anche in Inghilterra, tuttavia a seguito della sperimentazione del metodo ipnotico vi fu un cambio di rotta. La diffusione della psicoanalisi in Gran Bretagna in realtà non si dovette solo ai rapidi successi ottenuti — che si rivelarono comunque fallimentari giacché i sintomi non sparivano ma si attenuavano soltanto — ma anche al fatto che l'opinione pubblica inglese non gradiva l'internamento e l'uso di terapie brutali sugli uomini che erano partiti come volontari per difendere il proprio Paese. In Italia invece durante questi anni, non si registra l'uso dell'*elettroshock* come metodo curativo: erano molto più frequenti altri tipi di rimedi temporanei che prevedevano, tra gli altri, bagni in acqua tiepida e isolamento. Su questi temi, tra i tanti, cfr. Peter Leese, *Shell Shock: Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*, Palgrave Macmillan, Londra 2002 e B. Bianchi, *La follia e la fuga* cit.

<sup>15</sup> Romano Pellegrini, *Il manicomio di Girifalco*, Istituto Italiano di Arti Grafiche, Bergamo 1901, p. 9.

riferimento importante per tutto il Mezzogiorno. Prima della sua istituzione l'unico ospedale psichiatrico presente nel sud del Paese era il Reale Morotrofiò di Aversa nel quale confluivano tutti i pazienti psichiatrici del Meridione; tuttavia quando per ragioni legate alla limitata capienza della struttura, il direttore del manicomio campano rese noto che l'istituto da lui gestito non avrebbe più accolto malati provenienti dalla provincia di Catanzaro, il presidente della deputazione provinciale catanzarese manifestò l'esigenza di creare un polo interprovinciale. Tale progetto non andò in porto e si decise perciò di optare per l'apertura di un piccolo manicomio per la cui sede venne individuato l'ex convento dei Padri Riformati in Girifalco<sup>16</sup>. Lo scoppio della Grande Guerra determinò l'arrivo sempre maggiore di alienati dal fronte, una situazione d'emergenza questa che ne esaltò l'efficienza rendendo la struttura uno dei principali centri di raccolta dei malati psichiatrici del Sud Italia.

Sono le cartelle cliniche — oggi custodite dall'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro — le fonti più preziose di cui disponiamo che ci rivelano quale fosse la prassi all'interno della struttura, quali i motivi del ricovero e quali le cure utilizzate.

In conformità con le richieste dei vertici militari, dettate dalle enormi perdite, anche a Girifalco la priorità era quella di rispedire al fronte il maggior numero di soldati in tempi molto brevi: i ricoveri non erano mai troppo lunghi e soprattutto nella prima fase della guerra i medici erano spesso sospettosi nei confronti dei pazienti ricoverati, tant'è che molti, pur presentando realmente sintomi nevrotici, venivano prontamente dimessi perché scambiati per simulatori. È questo il caso di Alfonso M. che, ricoverato nel maggio del 1915, nonostante le contrazioni agli arti inferiori e il mutismo venne dimesso per «non costata pazzia» in quanto, secondo il parere dei sanitari, i disturbi erano «simulati allo scopo di sottrarsi ad eventuali pericoli dell'attuale momento che attraversa l'esercito»<sup>17</sup>.

Invero erano tanti i soldati che, per ragioni più che comprensibili, simulavano la malattia e che se scoperti venivano subito dimessi, come Antonio V. il quale, giunto in manicomio, in presenza degli infermieri si rifiutava di stare in piedi, di guardarli negli occhi e di alimentarsi, ma quando riteneva di non essere sotto osservazione consumava le razioni di cibo che gli spettavano incaricando altri suoi camerati di procurargli dell'acqua. Il giovane venne inoltre scoperto dal direttore dell'istituto, Bernardo Frisco, durante un tentativo di fuga notturno. Dimesso il 15 ottobre 1916, venne riammesso — stavolta in via definitiva — appena un mese dopo<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> O. Greco, *I demoni del mezzogiorno* cit., pp. 57-58.

<sup>17</sup> Archivio storico del manicomio di Girifalco (d'ora in poi ASMG), Cartella clinica n. 1589, 17 maggio 1915.

<sup>18</sup> Ivi, Cartella clinica n. 1665, 27 Luglio 1916.

La continua richiesta di uomini da spedire in prima linea ha fortemente contribuito all'affermarsi di cure inadeguate e rudimentali, come la terapia della persuasione e del dialogo, l'isolamento, i trattamenti ricostituenti e i bagni in acqua tiepida. Molto spesso ai pazienti che manifestavano disturbi molto comuni, quali stati malinconici e di agitazione, veniva anche suggerito il ricovero in ambienti salubri, in strutture non ospedaliere e poi ancora riposo e tranquillità. Interessante a tal proposito è la cartella clinica di Raffaele R., contadino di 34 anni proveniente dall'Ospedale Militare di Catanzaro, il quale presentava sintomi di frenosi maniaco depressiva, era di umore triste e accusava «continui disturbi vertiginosi»<sup>19</sup>. Il giorno dopo il ricovero, 4 maggio 1916, il paziente si mostrava ancora disorientato e depresso con fisionomia atteggiata ad espressione di dolore e «frequenti disturbi vaso motori alla faccia»<sup>20</sup>. L'annotazione a conclusione della valutazione medica appare particolarmente rilevante poiché si fa evidente riferimento alla condizione mentale dell'uomo che «[...] nei primi giorni di osservazione presentò uno stato depressivo associato talvolta a disturbi vertiginosi, dai quali ora è completamente dimesso»<sup>21</sup>, tuttavia «tali fatti stanno a dimostrare la invalidità del sistema nervoso del soggetto, e la facile vulnerabilità del medesimo ai traumi fisici e psichici»<sup>22</sup>; tant'è che il medico richiese espressamente che venisse trasferito in un ambiente di vita calma. Le prescrizioni riportate nella cartella clinica del soldato sembrerebbero suggerire che questi, proveniente da una zona di guerra, avesse ivi subito un trauma che gli avrebbe causato disorientamento, spasmi facciali e continue vertigini. Ciò nonostante chi visitò Raffaele non ritenne di procedere con ulteriori approfondimenti ma lo affidò ai soliti rimedi temporanei che non indagavano in nessun caso le cause del problema e avevano il solo scopo di riabilitare il soldato quanto più in fretta possibile.

Un'ulteriore testimonianza di come talvolta gli accertamenti venivano fatti in modo superficiale e sbrigativo è data dal caso di Galliano P., ricoverato nel gennaio del 1917 per le gravi conseguenze causategli dallo scoppio di una granata; la diagnosi fu di «malinconia ed ematomielia con paraplegia crurale spastica di origine traumatica»<sup>23</sup>. Posto che gli esami strumentali odierni, come la tomografia e la risonanza magnetica, sono per ovvie ragioni da escludere, l'unico modo per rilevare una lesione al midollo spinale da cui dedurre eventuali perdite ematiche era la radiografia, di cui però nel fascicolo non v'è traccia. È pertanto molto probabile che la diagnosi sia stata fatta in forza del binomio trauma-tremore e che, invece, la

<sup>19</sup> Ivi, Cartella clinica n. 2511, 3 maggio 1916.

<sup>20</sup> *Ibidem.*

<sup>21</sup> *Ibidem.*

<sup>22</sup> *Ibidem.*

<sup>23</sup> Ivi, Cartella clinica 11 gennaio 1917. Nel fascicolo manca il numero di riferimento della cartella.

paraplegia spastica fosse piuttosto da attribuirsi allo *shock* subito a seguito dell'esplosione della granata.

In perfetta coerenza con la prassi dell'epoca, uno *step* fondamentale riguardava l'individuazione di tratti somatici specifici in base ai parametri lombrosiani e l'accertamento di eventuali predisposizioni alla follia. Ne è un esempio la cartella di un giovane, Calogero A., che venne ricoverato per «eccesso di agitazione» nel novembre 1917. Dalla lettura della cartella clinica emerge che l'uomo «erede alcolista, e alcolista egli pure»<sup>24</sup>, era stato condannato a tre giorni di reclusione per furto, e venne giudicato come «capace di commettere qualsiasi delitto»<sup>25</sup>. Non avendo mostrato durante la degenza nessun disturbo «oltre la propria originaria costituzione criminale»<sup>26</sup>, fu dimesso per «non costata pazzia».

Uno dei tratti di maggiore interesse riguardante gli studi sulla nevrosi bellica è relativo ai riflessi che la Grande Guerra ebbe su quanti – sia donne che uomini – non furono direttamente impegnati al fronte: spesso infatti la partenza di un parente stretto poteva causare stati malinconico-depressivi tali da richiedere il ricovero in manicomio. È questo il caso di Raffaele C. ricoverato il 2 aprile 1916 poiché, in seguito alla chiamata alle armi del figlio, aveva iniziato a soffrire di patemi d'animo e ad essere aggressivo con la moglie. Giudicato come un «debole di mente»,<sup>27</sup> fu dimesso il 24 settembre 1917.

Ancor più complessi e profondi furono i motivi che portarono diverse donne all'internamento e di cui, ancora una volta, Girifalco è testimone. Non fu solo la preoccupazione dovuta alla partenza di mariti e figli, come si potrebbe banalmente immaginare, ma le manifestazioni nevrotiche femminili furono causate anche dallo stravolgimento dei ruoli famigliari. Nel Sud Italia la guerra aveva provocato un vuoto che ora toccava alle donne colmare: il lavoro nei campi, esclusiva mansione degli uomini fino a poco tempo prima, si sommava necessariamente al ruolo di angelo del focolare<sup>28</sup>.

La chiamata alle armi di entrambi i fratelli generò agitazione e forti patemi d'animo in Domenica S., una contadina di 27 anni ricoverata nel giugno del 1916. La giovane, alla quale venne diagnosticato uno «stato maniacale in soggetto sifilitico», si presentava disorientata e incosciente

<sup>24</sup> Ivi, Cartella clinica n. 2839, 20 novembre 1917.

<sup>25</sup> *Ibidem*. Inoltre, nella sezione dedicata alle cosiddette «note antropologiche degenerative» si legge: «Nel cranio: più tosto uniforme con fronte leggermente sporgente; nella faccia: leggermente sporgente con preponderanza della metà sinistra: zigomi piuttosto sviluppati come lo stesso dicasi per gli angoli submandibolari. Mandibola robusta; negli occhi: infossati, iridi cilestri – chiari, pupille centrali; negli orecchi: un po' accartocciati, ad anta; nel naso: grosso; nella bocca: diastema fra gli incisivi medi superiori; nella cute: di colorito bruno, vari grossi nei alla faccia».

<sup>26</sup> *Ibidem*.

<sup>27</sup> Ivi, Cartella clinica n. 1637, 2 aprile 1916.

<sup>28</sup> Sul tema cfr. O. Greco, *I demoni del Mezzogiorno* cit., pp. 196 e 197.



non mostrando inoltre «alcun sentimento affettuoso per i famigliari»<sup>29</sup>. Dimessa in un primo momento in via di prova<sup>30</sup> nell'agosto del 1916, morirà appena tre mesi dopo a causa di una tubercolosi intestinale.

Un caso che sorprende per lunga durata della degenza è quello di Francesca B., una cuoca di 51 anni, ammessa in manicomio il 17 ottobre 1916 poiché da parecchi giorni soffriva anch'ella di patemi d'animo dovuti alla partenza per il fronte dei due figli, di cui uno venne fatto prigioniero e l'altro ferito. I suoi primi mesi di ricovero furono particolarmente agitati: dalla cartella clinica risulta infatti che la paziente rifiutava di alimentarsi, aveva difficoltà a dormire, soffriva di stati allucinatori e chiedeva in continuazione notizie dei propri figli. Rimarrà in manicomio per ben sedici anni durante i quali alternerà stati di tranquillità a stati di agitazione<sup>31</sup>.

L'archivio storico dell'Ospedale psichiatrico di Girifalco presenta diversi casi di internamento femminile durante gli anni della Grande Guerra, un dato questo che se letto e valutato con attenzione, ci conferma che la necessità di dover ripensare al proprio ruolo sia all'interno della famiglia sia nella società, fu non di rado causa di profondo malessere che vide le donne certamente vittime della sofferenza psichica, ma anche inconsapevoli protagoniste della lunghissima strada che portò all'emancipazione femminile.

Sebbene si dovette attendere il V Congresso Internazionale di Psicoa-

<sup>29</sup> ASGM, 13 giugno 1916. Nel fascicolo manca il numero di riferimento della cartella.

<sup>30</sup> Regio Decreto 16-8-1909 n. 615, Regolamento sui manicomi e sugli alienati, Pubblicato nella Gazz. Uff. 16 settembre 1909, n. 217. Art. 66: Il direttore può, in via di esperimento, consegnare alla famiglia l'alienato che abbia raggiunto tal grado di miglioramento da potere essere curato a domicilio, avvisandone contemporaneamente il procuratore del Re (62) presso il tribunale nella cui giurisdizione ha sede il manicomio, l'autorità di pubblica sicurezza ed il sindaco del Comune cui appartiene. Se la famiglia si rifiuti di ricevere l'alienato licenziato in via di esperimento, il direttore ne informa il procuratore del Re (63), il quale provvede immediatamente alla nomina di una persona incaricata di prendere cura dell'alienato in via di guarigione. L'amministrazione provinciale corrisponde, ove occorra, a tale persona una congrua retta pel mantenimento e la cura dell'alienato. Uguale retta potrà essere corrisposta alla famiglia che non abbia mezzi sufficienti per la cura e il sostentamento di esso. Durante l'esperimento la famiglia deve inviare ogni quattro mesi, per mezzo del sindaco, al direttore un certificato medico sullo stato dell'ammalato. Quando il direttore dichiara che l'ammalato in esperimento è guarito, ne dà avviso al procuratore del Re (64), perché provochi il decreto di licenziamento definitivo. Verificandosi durante l'esperimento la necessità del ritorno del malato al manicomio, questi vi è riammesso in base a semplice certificato medico. Il direttore deve subito informare il procuratore del Re (65), inviandogli copia autentica del detto certificato. Il direttore che omette o ritarda di dare al procuratore del Re (66) l'avviso di cui nel capoverso precedente, incorrerà in una sanzione amministrativa da lire 10.000 a lire 60.000 (67).

<sup>31</sup> «Alle volte tranquilla e si presta a lavori interni di sezione, altre volte invece irrequieta, disordinata e coprolalica. Si alimenta e riposa bene» (ASGM, Cartella clinica n. 881, 17 ottobre 1916).

nalisi svoltosi a Budapest nel settembre 1918 per avere una prima autorevole risposta sulla questione delle nevrosi belliche<sup>32</sup>, i continui ricoveri nei reparti di soldati traumatizzati provenienti dal fronte non poterono far altro che portare alla presa di coscienza che dietro la manifestazione dei disturbi in questione ci fosse qualcosa che andasse ben oltre la predisposizione individuale o la familiarità genetica. I casi dei militari *shockati* per via dei gas, delle ferite, dei traumi da sepoltura, della vista dei corpi dilaniati degli altri combattenti vennero riconsiderati e analizzati per quello che erano, e cioè vere e proprie patologie psichiche. Fu indubbiamente un passo in avanti, anche se le limitate conoscenze scientifiche a riguardo fecero in modo che il problema fosse trattato come un generico cedimento del soldato che non necessitava di trattamenti particolari<sup>33</sup>.

La fine delle ostilità non comportò la scomparsa dei sintomi nevrotici come in molti, tra i quali Sigmund Freud<sup>34</sup>, avevano sostenuto: la guerra aveva cambiato, probabilmente per sempre, quanti erano riusciti a farvi ritorno<sup>35</sup>. Furono tanti i soldati ricoverati solo dopo il rientro a casa; per loro, venuti meno i motivi per cui avevano combattuto e rischiato la vita — su tutti l'ideale di patria che avevano interiorizzato e difeso — rimaneva solo un enorme vuoto incolmabile. Le cartelle cliniche dell'Ospedale psichiatrico di Girifalco sono testimoni anche di questa realtà, e il fascicolo del soldato Giovanni F. ne rappresenta un esempio. Il giovane, che apparteneva al 47° reggimento fanteria, venne ricoverato all'Ospedale Militare di

<sup>32</sup> Il congresso fu interamente dedicato ai traumi psichici dovuti alla guerra e vi partecipò, tra gli altri, anche Sigmund Freud. Le relazioni pronunciate dagli psicologi e dagli psichiatri che vi presero parte contribuirono a formare il volume *La psicoanalisi delle nevrosi di guerra*, la cui introduzione fu redatta dallo stesso Freud il quale sostenne che tale patologia fosse da ascrivere all'esistenza di un conflitto all'interno dell'Io che coinvolgeva il vecchio Io pacifico e il nuovo Io bellicoso: il primo, avvertendo un pericolo mortale, si rifugiava nella malattia mentale al fine di proteggersi.

Cfr. Sigmund Freud, *Psicoanalisi delle nevrosi da guerra* (1918), in Sigmund Freud, *Opere*, VOL. 9, 1917-1923, Cesare Luigi Eugenio Musatti (a cura di), Torino 1977, pp. 72-73.

<sup>33</sup> O. Greco, *I demoni del Mezzogiorno* cit., pp. 186 e ss. Si consideri che nell'Ospedale psichiatrico di Girifalco ciò avveniva già nel 1916: la diagnosi che si legge nella cartella clinica di Alfonso P. infatti è di «stato malinconico in soggetto sifilitico consecutivo a trauma da guerra». La terapia prevedeva bagni tiepidi e iniezioni mercuriali per la cura della sifilide (ASMG, Cartella clinica n. 1686, 21 settembre 1916).

<sup>34</sup> «Con la cessazione delle condizioni determinate dalla guerra scomparve anche la maggior parte dei disturbi nevrotici che la guerra aveva provocato» (S. Freud, *Psicoanalisi delle nevrosi da guerra* [1918], in S. Freud, *Opere*, p. 71).

<sup>35</sup> «C'era qualcosa di storto. [...] non erano più gli stessi uomini: qualcosa s'era alterato in loro. Essi erano soggetti ad attitudini e scatti bizzarri, a momenti di profonda depressione alternati a uno smodato desiderio di divertimento. Molti erano facilmente spinti dalla passione fino a perdere il controllo di se stessi, molti erano aspri nei loro discorsi, violenti nei loro ragionamenti, tanto da spaventare» (Philip Gibbs, *Now it can be told*, New York 1920, pp. 547-548 in E. J. Leed, *Terra di nessuno* cit., p. 246).



*L'Ospedale Psichiatrico provinciale di Girifalco (Catanzaro)*

Bari per nevrosi traumatica nell'agosto del 1919 con novanta giorni di licenza di convalescenza, della quale non poté tuttavia usufruire poiché «denunciato per diserzione, insubordinazione e vie di fatto»<sup>36</sup>; avendo continuato a presentare disturbi nevrotici, venne ricoverato a Girifalco nel gennaio 1920. Nella cartella clinica si legge che il ragazzo si rendeva protagonista di «atti violenti dei quali non conserva alcun ricordo»<sup>37</sup>. Venne dimesso in via di esperimento il 29 marzo con la seguente diagnosi: «Infezione sifilitica e stati impulsivi talvolta incoscienti e sempre indipendenti dalla propria volontà»<sup>38</sup>.

Oggi giorno i soldati impegnati nei vari conflitti sparsi per il pianeta manifestano gli stessi problemi dei soldati della Grande Guerra, i primi ad essere vittime della modernità. Il «disturbo post traumatico da stress» (PTSD), questo il nome con cui tali disagi sono noti in letteratura medica, è ancora oggetto di studio da parte della comunità scientifica che non è al

<sup>36</sup> ASGM, Cartella clinica n. 2841, 11 gennaio 1920.

<sup>37</sup> *Ibidem.*

<sup>38</sup> *Ibidem.*

momento in grado di dare certezze rispetto ai meccanismi specifici che danno luogo a questo tipo di trauma<sup>39</sup>.

L'analisi del caso di specie offre l'opportunità di riflettere una volta di più sul Primo conflitto mondiale nella sua dimensione totale, valutando gli effetti che ebbe sui combattenti soprattutto nella misura in cui riuscì a piegare le loro menti, ma contestualmente dà la possibilità di comprendere quale fosse il panorama culturale italiano entro cui il fenomeno si sviluppò e i termini nei quali venne affrontato.

<sup>39</sup> Per ulteriori approfondimenti sul tema si rimanda a: Rachel Yehudaa, Karestan C. Koenenb, Sandro Galeac and Janine D. Florya, *The role of genes in defining a molecular biology of PTSD*, in «Disease Markers», Volume 30, Issue 2-3, 2011, pp. 67-76. doi:10.3233/ DMA-2011-0794. [<http://dx.doi.org/10.3233/DMA-2011-0794>].