

Marco Rossi

CORRENTI DI GUERRA

Psichiatria militare e faradizzazione
durante la Prima guerra mondiale



Autoproduzioni
Collettivo Antipsichiatrico Antonin Artaud

In copertina e all'interno
disegni di Massimo De Micco "Guru"

Pisa, 2017

Collettivo Antipsichiatrico Antonin Artaud Pisa

www.artaudpisa.noblogs.org - antipsichiatriapisa@inventati.org

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione -
Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale.



PREFAZIONE

Continua la collaborazione con Marco, di cui abbiamo imparato ad apprezzare il preciso lavoro di ricerca storica. In questo suo ultimo scritto, ci rende noto come durante la Prima Guerra Mondiale, quindi prima dell'invenzione dell'elettroshock, la corrente elettrica fosse già utilizzata sui soldati degli eserciti europei «per il trattamento delle nevrosi di guerra, oltre che per smascherare presunti simulatori». Siamo di fronte alla prima affermazione della corrente elettrica come strumento di “cura” e punizione.

Alla Prima Guerra Mondiale e all'uso della corrente faradica sui soldati, seguiranno gli anni della sperimentazione delle terapie da shock che consistono nell'infliggere volontariamente un trauma, ritenendo che il controllo e la gestione dello shock così provocato possa portare risultati terapeutici.

Nei manicomi, nelle cliniche psichiatriche universitarie e religiose, così come nei lager, si perfeziona l'induzione di stati di incoscienza con l'utilizzo delle più svariate sostanze e procedure. Dal 1917 al 1935, si introducono in psichiatria la malarioterapia, la “cura del sonno a permanenza” tramite iniezione ciclica di barbiturici, lo shock insulinico e la terapia convulsiva mediante iniezioni di Cardiazol. Ma è nel 1938 che la corrente elettrica si insedia ufficialmente tra gli strumenti di “cura” psichiatrici; a Roma Cerletti sperimenta infatti l'ultima delle terapie da shock:

l'elettroshock.

Nonostante la brutalità di tali pratiche, tanto il coma insulinico come la convulsione da Cardiazol si diffusero immediatamente. Lo stesso avvenne poi per l'elettroshock, tuttora utilizzato e largamente praticato in Italia, dove siamo passati nell'ultimo decennio da 9 a più di 90 strutture attrezzate per la cosiddetta terapia elettroconvulsivante (TEC).

Come sottolinea Marco, dolore e terrore erano nei primi decenni del '900 parte fondamentale delle pratiche psichiatriche di investigazione e recupero; ma ancora oggi queste non hanno mutato la loro essenza violenta e si manifestano attraverso la coercizione, l'obbligo di cura, la contenzione fisica e farmacologica.

Durante la Prima Guerra Mondiale decine di migliaia di persone furono internate nei manicomi. La psichiatria militare rifiutava però di riconoscere nella guerra la causa delle psiconevrosi dei soldati che, come ci spiega Marco, erano considerate effetti collaterali che si manifestavano in individui "predisposti".

Il Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) è oggi catalogato nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), come la possibile risposta di un soggetto a un evento critico abnorme (terremoti, incendi, nubifragi, attentati, azioni belliche, incidenti stradali, abusi sessuali, atti di violenza subiti o di cui si è stati testimoni, etc.). A questa nuova "malattia" si risponde con trattamenti psico-farmacologici dagli esiti spesso letali. Tra i soldati statunitensi in Afghanistan, sono più quelli che si suicidano una volta ritornati a casa (a volte dopo aver sterminato anche la famiglia), che quelli morti in combattimento.

La stessa diagnosi PTSD e lo stesso trattamento vengono somministrati alle vittime di guerra con risvolti drammatici: sempre più si diffondono antidepressivi e antipsicotici nei campi

profughi, negli Hot Spot, nei CIE. Per le donne Kurde Yezide che si disperano troppo per la perdita dei loro figli o parenti, si aprono le porte dei manicomi turchi dove neanche si parla la loro lingua. Simile dramma viene vissuto dai bambini palestinesi della striscia di Gaza, costretti a vivere fin dalla nascita in quella prigione a cielo aperto su cui le multinazionali delle armi sperimentano sempre nuovi ordigni; il 90% di loro soffre di disturbi psicologici, ma niente paura: centinaia di ONG occidentali importano diagnosi e cure come da DSM V.

Un orribile quanto reale paradosso che rivela, oggi come allora, l'inganno e la strategia che gli sta dietro: curare il sintomo, cioè la persona "disturbata", piuttosto che intervenire sulle reali cause del disturbo, cioè la guerra, l'occupazione, i bombardamenti, l'embargo, la fame.

Guerre, controllo psichiatrico mascherato da intervento umanitario e business delle multinazionali del farmaco, sono un pericoloso mix che dovrebbe renderci più vigili su ciò che il futuro sembra riservarci.

Collettivo Antipsichiatrico Antonin Artaud



SUL FRONTE PSICHIATRICO

*La guerra in principio era un manicomio.
(Felice Marchesi, soldato classe 1895)*

La guerra, da sempre, mantiene una stretta relazione con la follia, anche se il disagio psichico causato da trauma bellico è stato formalmente riconosciuto in psichiatria soltanto nel 1980, sulla base degli studi effettuati durante la guerra in Vietnam, venendo classificato con l'acronimo PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), ossia "disturbo post-traumatico da stress".

Fu però durante il Primo conflitto mondiale che la psichiatria di guerra conobbe un notevole sviluppo, se non altro per le rilevanti dimensioni numeriche che, in ogni esercito, l'alienazione bellica assunse su tutti i fronti. In precedenza, soprattutto durante la guerra di Secessione americana (1861-1865), il conflitto anglo-boero (1899-1902), la guerra russo-giapponese (1904-1905) e le guerre balcaniche (1912-1913) avevano fatto emergere le conseguenze devastanti, non soltanto fisiche, per le persone inghiottite da conflitti micidiali, sia per la moderna tecnologia di morte che per l'estenuante durata.

Per quanto riguarda l'Italia, l'incontro tra le due istituzioni totali - l'esercito e il manicomio - aveva avuto un precedente significativo ai tempi della guerra in Libia (1911-1912), quando molti soldati avevano "perso il senno" nelle sabbie desertiche,

nonché numerosi soggetti indigeni erano stati ritenuti alienati¹. Proprio allora, quella degli psichiatri cominciò a essere una presenza capillare all'interno dell'esercito, tanto che un ufficiale medico assistente della Clinica psichiatrica di Roma, Gaetano Funaioli, sostenne la necessità di organizzare un servizio psichiatrico militare, sull'esempio di quanto realizzato in altre nazioni europee, rilevando «un complesso di cause depressive o eccitatrici delle facoltà mentali e perturbatrici la sensibilità, le quali facilmente inducono, anche nei meno tarati, fenomeni psicopatici»².

La militarizzazione della psichiatria nazionale divenne quindi un fatto compiuto con l'entrata in guerra dell'Italia nel maggio 1915, con il pronunciarsi a favore dell'intervento da parte della maggioranza degli psichiatri e dei criminologi italiani, salvo rare eccezioni³. Tale schieramento avrebbe portato anche a dei risvolti propagandistici, come nel caso del professor Giuseppe Antonini, direttore del manicomio di Mombello (MI) che dedicò una conferenza all'imperatore tedesco Guglielmo II, qualificato come una «complessa figura di degenerato fisico-congenito»⁴.

1 Furono, in particolare, Luigi Scabia e Placido Consiglio ad occuparsi degli alienati in Tripolitania, includendo in tale categoria santoni, marabutti e persino alcolizzati, nella visione colonialista secondo cui la «razza araba» era «snervata» e «ignave». Cfr. Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino, Bollati Boringhieri, 1991, pp. 117-124.

2 Gaetano Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito*, «Rivista sperimentale di freniatria», vol. 38, 1911.

3 Tra questi, il neuropatologo Giovanni Mingazzini, docente universitario e direttore del manicomio di Santa Maria della Pietà a Roma, accusato sulle pagine della «Rivista popolare di politica, lettere e scienze naturali» per il proprio neutralismo e persino di complicità nei facili esoneri dal servizio militare.

4 Tale diagnosi a distanza venne pubblicata sulla rivista «La Lettura»

Pochi mesi dopo l'intervento, ben 170 medici psichiatri, provenienti in prevalenza da strutture manicomiali, risultavano inquadrati nella Sanità militare e impiegati nel Servizio neuropsichiatrico di guerra, diretto dal noto alienista Augusto Tamburini, presidente della Società Freniatria Italiana e già direttore del manicomio di Reggio Emilia, designato quale consulente del Ministero della Guerra⁵. Per sua iniziativa, presso le quattro Armate, furono istituiti specifici reparti medici affidati ad altrettanti consulenti⁶ e venne realizzata un'articolazione territoriale assai estesa, comprendente una quarantina di strutture. Questa prevedeva in zona di guerra i «reparti psichiatrici per l'osservazione di casi specialmente acuti» presso gli ospedali da campo, recintati e posti sotto la sorveglianza dei carabinieri, da dove i ricoverati potevano essere smistati ai centri di raccolta (nel gennaio 1918, fu istituito un unico Centro di Prima Raccolta a Reggio Emilia, rimasto attivo per circa 15 mesi) e, da qui, ai reparti psichiatrici e neurologici “decentrati” nelle retrovie, soprattutto presso istituti manicomiali civili del centro-nord per periodi d'osservazione sino a tre mesi⁷.

Agli ufficiali era riservato un trattamento privilegiato, sistemati

nel giugno 1917, con l'emblematico titolo *Il Kaiser alla luce della psichiatria*. Cfr. Mario Silvestri, *Isonzo 1917*, Milano, Mondadori-Einaudi, 1976, p. 46.

5 Cfr. Elisa Montanari, *L'organizzazione del servizio neuropsichiatrico di guerra*, RISME - Ricerca Idee Salute Mentale Emilia-Romagna (<http://www.risme.provincia.bologna.it>).

6 Questi erano Arturo Morselli per la I Armata, Vincenzo Bianchi per la II, Angelo Alberti per la III e Giacomo Pighini per la IV.

7 In base all'art. 108 del Regolamento del Regio Esercito, i militari alienati erano assegnati «al più vicino manicomio» nel rispetto dalla Legge n. 36 del 1904 (*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*) e del successivo regolamento del 1909; l'unica differenza, rispetto al civile, era l'ambito giurisdizionale ed economico di competenza militare (Cfr. Lisa Roscioni, Luca Des Dorides, *Il Manicomio e la Grande Guerra*, Bari, Dedalo, 2003).

in camerette singole, preferibilmente in più accoglienti cliniche specializzate, come Villa Seminario a Ferrara⁸.

Nel contesto della macchina bellica, non si esitò a rendere produttivi anche «frenastenici calmi e obbedienti» che invece avrebbero dovuto essere allontanati dalla zona di guerra, destinati a svolgere «molti lavori materiali, per i quali bastano le braccia senza la partecipazione del pensiero: lavori di scavo o di sterro per le trincee, trasporti di munizioni o di rifornimenti vari, costruzione di ripari, ecc.»⁹.

Nonostante fosse lo stesso Arturo Morselli - uno dei quattro psichiatri incaricati nonché figlio del luminare Enrico - ad ammettere che «fra i belligeranti si sviluppano con grandissima frequenza e con impressionante violenza e rapidità molte malattie mentali e nervose»¹⁰, la psichiatria militare - fedele agli schemi di derivazione lombrosiana - rifiutò generalmente d'individuare la guerra come la causa della «psiconevrosi di origine bellica», anche se a riguardo gli orientamenti risultavano tutt'altro che concordi. Disconoscendo gli effetti del trauma da combattimento, le diagnosi, invece che riferirsi alle condizioni peculiari sofferte, optavano per la struttura psichica e costituzionale del soggetto determinata da «tare ereditarie», equiparando i nevrotici di guerra a quelli del tempo di pace, secondo l'immutato paradigma del determinismo organicistico.

I «fenomeni psiconevrotici di guerra» erano perciò considerati

8 Presso tale avanzata struttura, tra l'altro, furono ricoverati i pittori Carlo Carrà e Giorgio De Chirico; cfr. Giuseppe Germano, *Gaetano Boschi, l'ospedale militare neurologico Villa del Seminario e gli artisti metafisici*, «Annali di neurologia e psichiatria», 1998.

9 Si veda l'articolo redazionale, *Il lavoro degli anormali psichici e la Guerra*, «Quaderni di psichiatria», 1917, p. 80.

10 Arturo Morselli, *Il reparto neuro-psichiatrico dell'ospedale da campo di 100 letti 032 (III Armata)*, «Quaderni di psichiatria», vol. II-1915, p. 389.

come effetti collaterali in individui «degenerati», «deboli» o comunque già «predisposti costituzionalmente alle psicopatie o alle reazioni criminose», quando non si trattava di casi di simulazione, magari incosciente o potenziale, per sottrarsi al dovere e al sacrificio per la patria.

Inoltre, una trattazione a parte meriterebbe l'omosessualità, considerata come infermità mentale e inserita nel quadro patologico di numerosi soldati internati nei manicomi.

Parallelamente, la psichiatria italiana di guerra tendeva a costruire un ulteriore «stereotipo di criminale», con specifico riferimento ai comportamenti devianti al fronte, secondo soprattutto quanto elaborato da Cesare Agostini, direttore del manicomio di Perugia e dal 1917 consulente psichiatra della II Armata. Secondo Agostini le azioni criminose erano «la reazione biologica fatale dell'individuo anomalo» nel quale venivano meno le «resistenze inibitorie» nonché gli «eccitamenti dinamogeni delle alte idealità della guerra attuale»¹¹.

Confermando pienamente l'impianto lombrosiano, Agostini indicava pure le «stigmati degenerative molteplici e importanti a carico del cranio e della faccia, specie del viso quadrato e asimmetrico con occhi infossati e torvi» che identificavano i «veri delinquenti refrattari a ogni disciplina»¹². Secondo tali criteri, così come confermato nel 1917 su «Quaderni di psichiatria», nei disertori venivano ricercati i segni della loro degenerazione morbosa: «deformità craniche, asimmetria facciale, segni di arresto di sviluppo, ectopia testicolare».

11 Cfr. Paolo Giovannini, *Psichiatria e criminalità nella prima guerra mondiale*, «Storia e problemi contemporanei», n. 1-2, 1988.

12 Cesare Agostini, *Contributo alla neuropsichiatria di guerra (Il servizio neuropsichiatrico nella zona Carnica)*, «Annali del manicomio provinciale di Perugia», 1917, pp. 42, 43.

Il principale compito degli zelanti medici alienisti in uniforme era quindi quello di provvedere a una «profilassi morale» per bonificare le truppe dagli elementi inaffidabili, secondo una morale più patriottica che deontologica¹³. A teorizzare tale ruolo fu principalmente il già citato maggiore medico Antonini - allora uno dei maggiori esponenti della psichiatria italiana - che, partendo dall'assunto per cui «l'incorreggibile, l'indisciplinato, il debole, o chi è privo di senso morale non può considerarsi normale»¹⁴, giungeva alla determinazione:

Per tutti costoro, sia che si tratti di veri alienati o di anomali, o semplicemente anche di criminali, l'importante è di toglierli subito dal fronte e di provvedere alla profilassi morale dell'esercito combattente con l'allontanarle gli elementi che lo possono inquinare. Infatti è disastroso il potere di diffusione di contagio di cui può essere capace un solo alienato paranoico perseguitato-persecutore, o i danni enormi che può cagionare l'esecuzione di delicati ordini affidati ad un graduato che sia alienato o semplicemente psicopatico¹⁵.

Analogo orientamento veniva espresso dal direttore del neurocomio militare di Roma, che si riferiva a una inquietante

13 Si veda Andrea Scartabellati [a cura di], *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Torino, Valerio, 2008.

14 Giuseppe Antonini, *La questione della epurazione dall'esercito dei criminali, anormali ed indisciplinati*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 1917, p. 23.

15 Giuseppe Antonini, *Psichiatria e guerra*, in «Quaderni di psichiatria», n. 7-8, 1915.

«schiera umana che dilaga sempre più verso il vagabondaggio e la delinquenza [...] legioni di minorati psichici che la guerra va ogni giorno mettendo in evidenza», aggiungendovi pure una nota politica: «è di tutta questa masnada che potrebbero eventualmente usufruire e assai probabilmente usufruiscono già i caporioni del disfattismo»¹⁶.

Si univano così nell'esercizio psichiatrico la funzione di legittimazione etica della guerra e la "cura" dei dissidenti, a partire dall'assunto che «gli uomini incapaci di uccidere erano un gruppo aberrante»¹⁷.

Tale indirizzo, col protrarsi del conflitto e le ingenti perdite umane, andò parzialmente mutando, a partire dalla constatazione dei settori più avvertiti della psichiatria italiana: «la grandiosa tragedia di cui è teatro questa vecchia Europa insanguinata, ha notevolmente accresciuto la clinica dei disturbi mentali. La letteratura delle psicosi belliche è oggi divenuta considerevole»¹⁸. Ma, ancora una volta asservita alle esigenze belliche, per la psichiatria militare l'obiettivo primario divenne quello di recuperare i soggetti "critici" per il fronte, come carne da cannone, nonché scoprire e deferire i frodatori alla giustizia militare¹⁹.

16 Giovanni Fabrizi, *Per i militari degenerati extra-sociali (Minorati psichici)*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1916, p. 548.

17 Joanna Bourke, *Le seduzioni della guerra. Miti e storie di soldati in battaglia*, Roma, Carocci, 2001, p. 222.

18 *Recensione* di Antonio Mendicini, «Rivista sperimentale di freniatria», 1916-17.

19 Una sentenza emblematica fu quella che, nell'ottobre 1917, mandò un alpino insubordinato, di origini siciliane, davanti al plotone d'esecuzione dopo una perizia psichiatrica che non aveva riconosciuto credibili i suoi «eccessi di nervoso» dovuti ad epilessia, nonostante avesse segnalato che pure alcuni familiari erano affetti da problemi mentali. Cfr. Enzo Forcella, Alberto Monticone, *Plotone d'esecuzione. I processi della prima guerra mondiale*, Bari, Laterza, 1972, pp. 174 - 178.

Di fronte al crescente esercito di dissociati e traumatizzati mentali provenienti dalle trincee, dove il confine tra vita e morte era del tutto saltato e la realtà quotidiana imponeva tensioni e disagi estremi, gli psichiatri, se non riscontravano prove di simulazione, cercavano precedenti psico-patologici di carattere ereditario - nel cosiddetto gentilizio - oppure sintomatologie antecedenti la guerra, senza voler ammettere e considerare il carattere intrinsecamente patogenetico della guerra stessa e, in particolare, della situazione estrema vissuta negli scavi:

Trincee: luridi cunicoli, budella che erano sporche di sterco e di fango e che puzzavano di fradicio o di cloruro di calcio vuotato dai soldati dell'infermeria sopra i cumuli dei cadaveri. Arrivava una granata da 305; e la trincea si spappolava, la terra si ricuciva, i vivi vi rimanevano sotterrati²⁰.

Simile continua prossimità con la morte e la decomposizione dei corpi era presumibilmente ancora più destabilizzante, sino a giungere all'abuso sessuale dei cadaveri; l'anamnesi relativa a un tenente ricoverato nel manicomio provinciale di Milano riferiva che «rifiuta di mangiare la carne e il brodo perché dice che "puzzano di uomo morto"»²¹. Non meno desolante e indicativa la testimonianza scritta da un soldato: «starei per dire mi ero affiatato con i morti»²².

Nell'inferno del Carso, da un tenente austriaco d'artiglieria è

20 Citato in Mario Isnenghi, *I vinti di Caporetto*, Padova, Marsilio, 1967, p. 24.

21 Documento riportato in Wu Ming, *L'invisibile ovunque*, Torino, Einaudi, 2015, p. 82.

22 Da una lettera di Cesare Ermanno Bertini, in *Avanti sempre. Emozioni e ricordi della guerra di trincea (1915-1918)*, Bologna, Il Mulino, 2014, p. 160.

ricordato il caso di un caporale che recuperò e si mise a parlare «con tenerezza» al cadavere dilaniato di un soldato italiano, venendo “curato” sul posto con un’iniezione di morfina²³.

La dissociazione psicologica conseguente traspare in un'altra laconica frase, scritta in una lettera alla madre da un soldato britannico dopo il primo combattimento:

Non mi sento del tutto me stesso²⁴.

Il recupero delle vittime psichiche del *vento degli obici* veniva programmato e forzatamente attuato in 6-8 giorni, con ricorso anche a scosse elettriche, la cosiddetta faradizzazione²⁵. Appena in grado di controllare le loro funzioni più basilari i pazienti venivano rimandati in linea dove erano destinati ai compiti più logoranti e rischiosi: in tal modo era favorita l'eliminazione degli individui socialmente indesiderabili, ma anche lo sfruttamento del disagio mentale.

Tra i più cinici fautori ed esecutori di questa politica d'annientamento, vi fu il direttore del Centro Psichiatrico di Reggio Emilia, punto di raccolta e smistamento dei militari in sofferenza, il criminologo e psichiatra militare Placido Consiglio; nella sua visione eugenetica «il mancato adattamento alla società militare era segno di incompletezza biologica e il decadimento del senso etico», giungendo alla conclusione che la guerra era «l'occasione di liberarsi degli individui che inquinavano»

23 Fritz Weber, *Tappe della disfatta*, Milano, Mursia, 1965, pp. 118-119.

24 Lettera di John Doran del 3 luglio 1916, ripresa in J. Bourke, *Le seduzioni della guerra...*, cit., p. 198.

25 La faradizzazione - dal nome dal fisico inglese Michael Faraday - sull'enciclopedia Treccani viene così definita: «In medicina, impiego a scopo terapeutico di una corrente elettrica indotta di bassa frequenza (corrente faradica)».

l'esercito, contribuendo altresì a risolvere il «problema eterno della rigenerazione della razza»²⁶.

Pur se la sua proposta per «profilassare largamente l'ambiente militare degli anomali», formando «reparti appositi, adibirli come meglio sia possibile, ed in posti pericolosi, onde ottenere una fatale selezione benefica»²⁷, non venne accolta dai vertici militari, Consiglio continuò a dirigere il centro di Reggio Emilia applicando il suo orientamento, tanto che nel 1918 ritenne idonei per il fronte il 65% dei militari ricoverati (riformando solo il 7%) mentre - a livello nazionale - la tendenza nel corso del conflitto aveva visto al contrario ridursi la percentuale dei soldati «recuperati» per combattere e morire.

Un'altra opzione, sostenuta da Consiglio come Antonini, fu quella di inviare gli «incorreggibili» nelle colonie libiche, onde sfruttarne le «particolari attitudini», ma non risulta essere stata accolta dai vertici militari, forse in considerazione del fatto che proprio la permanenza in colonia si era dimostrata causa di numerosi casi clinici.

Da sottolineare, per il loro oltranzismo, le teorizzazioni disumanizzanti del capitano medico Agostino Gemelli. Il frate aveva ottenuto la libera docenza in psicologia sperimentale nel 1914 e divenne presto consulente scientifico del Comando supremo dell'Esercito, aprendo il primo laboratorio psicofisiologico per i militari e la selezione degli aviatori.

26 Cfr. Placido Consiglio, *Nuovi studi sulle anomalie del carattere dei militari in guerra*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1916. Inizialmente, Consiglio intravede nella criminalità di guerra due categorie degenerate (anormali semplici e anormali amorali), quindi in un secondo tempo ne riscontrò tre (deficienti etici, degenerati a tipo epiletticoide, degenerati morali a freddo).

27 Placido Consiglio, *Come difendersi dagli anormali e dai degenerati nell'ambiente militare. Loro utilizzazione in guerra. Riflessi sociali del problema della profilassi dell'Esercito*, «Difesa Sociale», n. 10, 1923, pp. 153-158.

Nel 1917 - mentre gli invalidi neuropsichiatrici di guerra assommavano già a 25 mila - “padre Gemelli” non aveva remore morali o deontologiche a scrivere che

L'educazione militare tende ad abolire l'esercizio della volontà, che sottomessa com'è al giuoco dell'emozione, potrebbe, al momento opportuno, mancare. La disciplina militare, l'esercizio militare hanno lo scopo di sostituire qualche cosa di automatico, di riflesso, di meccanico, all'esercizio della volontà²⁸.

Ma il sogno delle gerarchie militari di poter fabbricare e disporre di automi per la moderna guerra di macchine, non aveva messo in conto l'esito della “pazzia” connesso al prolungarsi e al degenerare del conflitto:

di fronte a una macchina che è insieme Stato e guerra, tecnologia e distruzione, razionalità e morte, la rottura, la resistenza e il rifiuto non trovano spesso altre strade che la follia, la sragione, la malattia [...] Riducendosi le possibilità psicologiche e pratiche della fuga reale, diventa tanto più estesa quella forma di fuga interiore, di diserzione virtuale che è la malattia ovvero la sua simulazione²⁹.

Davanti alle crescenti schiere di alienati - potenziali disertori o ammutinati - seppure tardivamente, nei primi mesi del 1918,

28 Cfr. Agostino Gemelli, *Il nostro soldato*, Milano, 1917; si veda anche Mimmo Franzinelli, *Padre Gemelli per la guerra*, Ragusa, La Fiaccola, 1989, pp. 45-50.

29 A. Gibelli, *L'officina della guerra...., cit.*, p. 124.

gli psichiatri militari dovettero rivedere le loro teorie sulla degenerazione mentale, pur senza accantonare la tesi della predisposizione, ammettendo almeno un carattere «degerogeno» connesso all'esperienza bellica alla base di molte forme morbose, anche se ritenute transitorie e recuperabili. In particolare, si attribuiva all'esplosione ravvicinata di bombe e granate, con il conseguente improvviso spostamento d'aria, la causa materiale di lesioni ai vasi sanguigni del cervello. Tale riconoscimento era stato peraltro meno difficoltoso quando si era trattato di prendere in esame «casi di esaurimento nervoso» tra gli ufficiali, come riferito dal colonnello medico Giuliano Gerundo al Comando della VI Armata:

La vita prolungata della trincea, oltre agli effetti materiali che produce nell'organismo pei disagi subiti, ne produce altri di natura psichica [...] In genere si può asserire che questi disturbi psichici hanno la loro origine nelle condizioni di vita nelle trincee e specialmente in quelle esposte continuamente all'offensiva del nemico. Il fatto di stare inerti con la idea assillante del dovere da un momento all'altro correre ad un attacco e subirlo e ciò per delle ore, per delle giornate, ha certamente una grande influenza nello sviluppo di questi disturbi del sistema nervoso³⁰.

La valenza patogena esercitata dalla guerra stessa venne quindi implicitamente accreditata dall'illustre alienista Ferdinando

30 Stralcio della relazione dell'8 gennaio 1916 è in M. Silvestri, *Isonzo 1917...*, cit., p. 103

Cazzamalli che giunse a definirla una «fucina di traumatizzati»³¹. Nel corso del conflitto, secondo le cifre ufficiali ma probabilmente sottostimate, i militari italiani ricoverati in cliniche (se ufficiali) e manicomi (se truppa), per «nevrosi e psicosi da guerra o da bombe», furono circa 40.000³²; resta invece da accertare il numero, non meno rilevante, delle donne internate in manicomio a causa di disturbi psichici determinati, più o meno direttamente, dal contesto bellico³³.

Nel dopoguerra, almeno 5.000 reduci vennero ritenuti definitivamente «alienati mentali»: una stima veritiera se, ancora nel giugno 1926, la contabilità statale riferiva burocraticamente di 2.632 «dementi» e 619 «lesionati del sistema nervoso», beneficiari di assegno per i grandi invalidi di guerra.

Per i «mutilati dell'anima» che poterono uscire dai manicomi, il ritorno alle famiglie, alle occupazioni civili e alle comunità d'origine sarebbe rimasto segnato dalla definizione di «scemi di guerra»³⁴.

31 Cfr. Paolo Giovannini, *Guerra e psichiatria dal primo al secondo conflitto mondiale*, «Storia e problemi contemporanei», n. 43, settembre 2006.

32 Cfr. Bruna Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Roma, Bulzoni, 2001, pp. 65-67.

33 Cfr. Francesco Paolella, «Solo un'immensa fonte di dolore». *Appunti per una ricerca sulle donne in manicomio durante la Grande guerra*, «E-Review» (<http://e-review.it/paolella-solo-un-immensa-fonte-di-dolore>).

34 Cfr. Ercole Ongaro, *No alla Grande guerra 1915 - 1918*, Bologna, Emil, 2015, pp. 254 - 259 (capitolo *La follia*).



LA GUERRA ELETTRICA

L'elettroshock, ossia quel «trattamento psichiatrico con il quale viene applicata alla testa del paziente una corrente elettrica che, passando attraverso il cervello, produce una convulsione generalizzata»¹, è stato notoriamente ideato, sperimentato e introdotto a opera di Ugo Cerletti e Lucio Bini nel 1938, tanto da essere celebrato dalla propaganda del regime fascista come invenzione «italianissima».

Per questa ragione sarebbe improprio e anacronistico definire come elettroshock l'accertato utilizzo “terapeutico” di correnti elettriche su parti diverse del corpo, così come avvenuto durante la Prima guerra mondiale nei confronti di un certo numero di soldati appartenenti agli eserciti austriaco, tedesco, britannico, francese e italiano, per il trattamento delle nevrosi di guerra, oltre che per smascherare presunti «simulatori», ossia di soldati che cercavano scampo alla morte in trincea «facendo i matti».

L'applicazione di corrente, già sperimentata a scopo medico nel Settecento, durante il Primo Conflitto divenne quindi, una pratica - anche se poco conosciuta - asservita alla logica militare e anticipò quanto sarebbe avvenuto, sistematicamente, durante

1 Tale definizione tecnica è quella formulata dallo psichiatra statunitense Peter Breggin nel 1979, ripresa in Collettivo Antipsichiatrico Antonin Artaud, *Elettroshock. La storia delle terapie elettroconvulsive e i racconti di chi le ha vissute*, Roma, Sensibili alle Foglie, 2014, p. 29.

la Seconda guerra mondiale quando «l'elettroshock inventato da Ugo Cerletti diventò così la terapia usata per scovare le epilessie sospette ovvero la patologia, a detta di molti alienisti, prescelta dai simulatori»².

Anche questa «guerra nella guerra» tra «simulatori» e alienisti (simile a quella ingaggiata con gli autolesionisti), costituisce un capitolo di straordinaria importanza nella storia del conflitto. I compiti disciplinari si intrecciano con quelli terapeutici e li sopravanzano.

Per i medici infatti non si trattava solo di «scoprire che un tale è un simulatore: il medico ha un compito più nobile, deve restituire all'esercito un soldato, alla Patria un cittadino»³. E, a tal fine, il ricorso all'impiego di correnti faradiche o «correnti sinusoidali di gran forza» - secondo le teorie di Fritz Kaufmann - applicate a varie parti del corpo (arti, collo, faringe, genitali) divenne pratica largamente diffusa.

D'altronde, nel ricorso a quella che si configura come vera e propria tortura psico-fisica, il confine tra indagine medico-legale e terapia appare davvero esile, dato che per curare disturbi di ordine «sensitivo-sensoriale e sensorio-motorio», il metodo suggerito da un autore francese consisteva «nell'applicare a scopo suggestivo forti e brusche scariche di corrente faradica. Quando si vuole ottenere la guarigione di tali disturbi (afonie, tremori, paralisi, piegatura vertebrale, piede equino ecc.) bisogna

2 Massimo Tornabene, *Psichiatria e manicomi fra fascismo e guerra*, in Andrea Giuntini (a cura di), *Povere menti. La cura della malattia mentale nella provincia di Modena tra Ottocento e Novecento*, Modena, Provincia di Modena, 2009, p. 51.

3 Espressione usata a commento di uno studio di autori francesi nella recensione redazionale comparsa su «Quaderni di psichiatria», 1918, p. 282. riportata in A. Gibelli, *L'officina della guerra...*, cit., p. 155.

agire precocemente e fortemente»⁴.

Onde evitare residui scrupoli morali o incertezze deontologiche in relazione alla «dolorabilità del processo», il prof. Arturo Morselli, capitano medico della III Armata sul fronte Isontino, precisava che bastava «un comune apparecchio portatile a pile, che non sveglia poi sensazioni troppo vive e che è sufficiente per suggestionare i soggetti; anzi, per conseguire meglio l'effetto, è utile esagerare prima agli esaminandi la sofferenza che andranno a sopportare. In molti simulatori questa prospettiva vale a farli cedere di buon'ora». A questo scopo Morselli si fece spedire dalla Clinica di Genova «un apposito strumentario elettro-terapico (faradizzazione a doppio rullo)» che sperimentò su soldati colpiti da qualunque tipo di problema neuropsichiatrico⁵.

L'elettro-terapia era da lui stesso inserita tra le diverse «cure praticate» nella struttura militare dove prestò servizio, così come risulta da un suo scritto:

giovò assai, nei casi di «mutismo» (isterogeno) la faradizzazione con rullo o con doppio elettrodo (sui fasci vascolo-nervosi del collo o alle mastoidi, ma specialmente la rieducazione alla parola. Aggiungo che spesso il reparto ha servito per la osservazione e definizione dei casi simulati, ché anche di questi

4 Da una recensione di Arturo Morselli, in «Quaderni di psichiatria», 1917, p. 270; nello scritto si fa riferimento alle terapie e agli studi compiuti in Francia, finalizzati alla «rieducazione della volontà» (l'espressione è di Celine), ma anche in Austria e Germania, nello stesso periodo, venivano utilizzati identici metodi terapeutici e sulle più importanti riviste psichiatriche erano teorizzati i medesimi trattamenti, sommando l'effetto doloroso delle correnti faradiche a quello terroristico enfatizzato dal personale medico.

5 Cfr. Ilaria La Fata, *Follie di guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Milano, Unicopli, 2014.

ebbi a vederne e a disvelarne non pochi⁶.

Dolore e terrore - come sottolinea Antonio Gibelli - sono dunque parte delle pratiche mediche di investigazione e recupero, tanto che sempre Morselli confermava come «la pratica del Gilles è stata usata da me fin dai primi mesi della nostra guerra e mi ha dato sempre eccellenti risultati terapeutici e medico legali». In realtà, le rare testimonianze dei pazienti sono di altro segno, come quella del soldato Giovanni P. che scrive

C'era il professore, un capitano con la barba di cui non so il nome, e poi c'era il Signor Maggiore che mi ha straziato con la tortura elettrica.

Analogamente, in Germania, il metodo Kaufmann che combinava scariche elettriche sempre più intense, con comandi urlati per l'esecuzione di determinati esercizi, se vantò alcune “guarigioni” evidenziò i suoi limiti per il carattere temporaneo di queste, l'elevato numero di suicidi dei pazienti sottoposti a tale cura e la morte di almeno due di questi in sede di terapia.

Si deve a Max Nonne, psichiatra di Amburgo e dirigente ospedaliero a Eppendorf una delle descrizioni più spaventose:

[durante l'applicazione] accade qualcosa di incomprensibile [...] Uno sguardo impietrito, un viso contratto, i muscoli tesi come una fune, tirati, irrigiditi, curvati sopra qualcosa di invisibile, come se glieli si volesse strappare. Si parla in modo calmo e amichevole, ma è come se ci si rivolgesse alla ruota di un mulino che sibila. E con una cieca ostinazione si mette in moto una seconda ondata:

un tremore, una convulsione, un respiro affannoso, i denti battono, i capelli si rizzano, il sudore corre sul volto impallidito. Che cosa succede in questo tumulto? Acute grida, rapido e violento dolore, i pugni serrati...⁷

Nel Regno Unito, il più fervido propugnatore ed esecutore di elettro-terapie disciplinari fu Lewis Yealland che, tra l'altro, descrisse dettagliatamente l'atroce trattamento a cui sottopose un soldato che, dopo essere scampato alle numerose battaglie a cui aveva preso parte, era stato affetto da mutismo. Il poveretto, quando venne consegnato a Yealland, era già stato sottoposto a inutili "sedute" di venti minuti di forti applicazioni elettriche al collo e alla gola, combinate a ustioni sulla lingua tramite sigarette e pinze roventi; da parte sua, il medico-aguzzino britannico vi aggiunse la segregazione al buio nella «camera elettrica» e un supplemento di inumano autoritarismo, accompagnato a scariche ad alto voltaggio applicate al collo, che lo avrebbero fatto tornare «sobrio e razionale»⁸.

Non meno attiva fu la «scuola viennese» di psichiatria militare - duramente accusata dallo psicanalista Alfred Adler - che, per spiegare le sofferenze psichiche e le nevrosi belliche, sosteneva la predisposizione patologica o degenerativa dei militari vittime di stress o shock. In particolare, nell'esercito austro-ungherese a essere sottoposti a terapie elettriche furono soprattutto i soldati semplici e, soprattutto, quelli di nazionalità-lingua non tedesca, dal momento che molti psichiatri militari, a fronte della molteplicità

7 Ripreso in Bruna Bianchi, *La follia e la fuga...*, cit., p. 35.

8 La descrizione dei metodi Kaufmann e Yealland si trova in Eric J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, Bologna, Il Mulino, 1985, pp. 229-232.

linguistica dei soldati ammalati, privilegiarono una terapia che non richiedeva scambio verbale. L'obiettivo primario rimaneva comunque, oltre che smascherare i «simulatori», recuperare e rinviare al fronte i soggetti colpiti da nevrosi di guerra⁹.

Dell'impiego sistematico di tali metodi nell'esercito austriaco se ne ha persino un'impetosa descrizione letteraria, presente nei *Diari* di R. Musil:

Faradizzazione. Sospetto di simulazione, il giovanotto viene faradizzato ogni giorno. Uh uh uh uh ahioiah iah – si dimena. Un inserviente e quattro infermieri gli stanno intorno ridendo, gli tengono le braccia e le gambe e gli premono addosso i contatti - Egli fa smorfie come se ridesse.

Il «trattamento elettrico» venne in seguito criticato anche da Sigmund Freud:

I medici dissimulano i fatti a posteriori quando affermano che la potenza di questa corrente elettrica non era maggiore di quella che era stata impiegata da sempre per i disturbi funzionali [...] Tale procedimento terapeutico aveva tuttavia una macchia fin dall'inizio. Non mirava alla guarigione del paziente, o perlomeno non in prima istanza; mirava innanzitutto a renderlo nuovamente idoneo al servizio militare. La medicina si poneva in questo caso al servizio di intenzioni ce sono estranee alla sua natura [...] la potenza della corrente, come

9 Christa Hämmerle, «*Eroi sacrificali*»? *Soldati austro-ungarici sul fronte sud*, in Nicola Labanca, Oswald Überegger (a cura di), *La guerra italo-austriaca (1915-18)*, Bologna, Il Mulino, 2014, pp. 156, 157.

pure la brutalità del resto del trattamento, furono incrementati fino a un punto intollerabile, allo scopo di privare i nevrotici di guerra del tornaconto che avevano ricavato dalla loro malattia¹⁰.

In Francia, il principale fautore del metodo fu il neurologo Clovis Vincent, assieme a Gustave Roussy e Joseph Babinski¹¹. Clovis, già ideatore di una forma “persuasiva” di psicoterapia (denominata *torpillage*) mediante correnti elettriche faradiche e galvaniche per i casi «intrattabili», nel corso del conflitto venne inquisito e decise di tornare al fronte, a seguito della resistenza opposta alla «terapia elettrica» da parte di un soldato - lo zuavo Baptiste Deschamps - che dopo essere stato malmenato fu deferito per rifiuto di obbedienza, ma poi condannato a una pena lieve¹².

Riguardo l'utilizzo delle correnti faradiche «a scopo suggestivo» nell'esercito italiano, si ha riscontro in una relazione del tenente medico Domenico Isola, nel 1917, dove si apprende che

Nei casi di simulazione, non è difficile, generalmente, scoprire la malafede [...] la sistematica ripetizione

10 Sigmund Freud, *Promemoria sul trattamento elettrico dei nevrotici di guerra*, in *Opere*, Vol. IX, Torino, Boringhieri, 1977, pp. 171-175. Tale relazione era stata richiesta a Freud nel 1920 dalla Commissione d'inchiesta incaricata d'indagare sull'utilizzo della corrente da parte degli psichiatri austriaci sui militari affetti da nevrosi di guerra; in essa, pur criticando il metodo, Freud contribuì all'assoluzione dell'amico e collega prof. Julius von Wagner-Jauregg, accademico universitario e direttore della sezione psichiatrica di Vienna, dalle accuse di crudeltà a lui rivolte, tra le quali l'applicazione di elettrodi ai genitali sino a 30 minuti.

11 Cfr. Laurent Tatu [intervista a], *La follia al fronte. I traumatizzati della Grande guerra in Francia*, «Dormira jamais» (<http://dormirajamais.org/follia/>).

12 Cfr. Pierpaolo Martucci, Rita Corsa, *Crimini di scienza. Psichiatri, criminologi e la Grande Guerra*, <http://www.psychiatryonline.it/node/5719>

delle manovre elettro-terapiche riesce in genere a far presto capitolare il simulatore, il quale difficilmente resiste a lungo nella sua commedia. Il graduale aumento della corrente sino a stimoli irresistibili (pennello faradico) ci offre il mezzo per domare anche i più ostinati, i quali in preda a quel dolore, del resto innocuo e ben graduabile a volontà del medico, non riescono a frenare un grido, ad una qualche esclamazione, che basta a svelare l'inganno¹³.

Inoltre, nel caso italiano, è stato osservato come, oltre a caratterizzare la sperimentazione di nuove tecniche terapeutiche quali quelle elettriche, sistema favorito per scoprire la simulazione del mutismo tramite «l'applicazione di correnti faradiche allo scroto» (metodo ideato dall'italiano Camillo Negro, consulente volontario di neuropatologia all'ospedale militare di Torino), tale «condizione di violenza» connotò soprattutto la struttura dei «villaggetti psichiatrici» realizzati a ridosso del fronte¹⁴.

13 Tratto dall'articolo, dello stesso Isola, *Sul trattamento razionale del mutismo e sordo-mutismo isterico*, in «Quaderni di psichiatria», 1917, pp. 214, 215. Parte del testo è presente nel già citato saggio di A. Gibelli ed è stato ripreso nel documentario *1914-1918 La Grande Guerra. Non c'è solo la vittoria*, Milano, RAI – Corriere della Sera, n. 13, 2014.

14 Cfr. Paolo Sorcinelli, *Viaggio nella storia sociale*, Milano, Bruno Mondadori, 2014.



**Soldati italiani ricoverati negli ospedali militari
(archivio personale dell'autore)**



IL CASO DI VOLTERRA

Nel corso della guerra, presso la sezione Psichiatrica Militare del Frenocomio di San Girolamo a Volterra, transitò - tra il 1915 e il 1919 - circa un migliaio di militari, con un apice nel 1918 quando i malati raddoppiarono rispetto a quelli del 1915, per effetto delle convenzioni stipulate con ospedali militari, centri di prima raccolta, amministrazioni provinciali e altri manicomi (Colorno, Verona, Vicenza)¹. La maggior parte appartenevano all'esercito italiano e in particolare ai diversi corpi della fanteria (bersaglieri, artiglieri, mitraglieri, genieri, alpini, pontieri, granatieri, bombardieri...), con qualche eccezione della cavalleria e dell'aviazione. Vi erano pure alcune decine di prigionieri degli Imperi Centrali, di varie nazionalità (rumeni, austriaci, croati, tedeschi, ucraini, boemi, ungheresi, nonché originari della Bucovina e della Moravia); in vari casi, il loro invio alla Sezione psichiatrica appare inspiegabile da un punto di vista medico. Gli internati provenivano dagli ospedali da campo, da reparti psichiatrici del centro-nord e dal Centro di raccolta di Reggio Emilia, ma anche - in buon numero - dal vicino Ospedale militare di Livorno; il loro breve ricovero durava al massimo alcuni mesi, trascorsi per lo più in osservazione e sovente senza neppure

1 Per i dovuti approfondimenti si rimanda al fondamentale saggio di Vinzia Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Pisa, ETS, 2011.

essere sottoposti a terapie, per poi venire inviati al reparto di provenienza, nel manicomio della loro provincia d'origine o in licenza di convalescenza presso le famiglie². Lungo i loro tormentati percorsi, alcuni soldati transitarono da Volterra anche più volte³.

Nei primi anni di guerra, l'attività diagnostica fu accurata, così come risulta dai fascicoli individuali comprendenti anamnesi ed esame psicologico, nonché informazioni di carattere generale sulle condizioni del paziente; successivamente, tra il 1918 e il '19, dopo il grande afflusso dalle zone di guerra, le perizie divennero più sommarie e in molti casi la diagnosi fu sbrigativamente quella di «demenza precoce» (sindrome amenziale), nonostante le sintomatologie molto diversificate.

Da tali fascicoli emergono come diagnosi prevalenti quelle di alcolismo (incentivato proprio in trincea), afasia isterica, amenza, astenia nervosa, arresti psicomotori, confusione mentale o depressiva, crisi emotiva, debolezza mentale, isteria, epilessia, neuro psicosi, esaurimento nervoso, episodi confusionali in sordomutismo, malaria. Numerosi i ricoveri per frenastenia e per malattie veneree; molti soldati vengono definiti gracili intellettuali o mentali, ipocondriaci, ipomaniaci, degenerati, imbecilli gravi, impulsivi, psicopatici, etc. oppure riconosciuti quali frodatori

2 Marco Gualersi, *Dalle trincee ai corridoi del manicomio. Gli anni della Grande Guerra al frenocomio di San Girolamo a Volterra*, «Toscana Novecento» (http://www.toscananovecento.it/custom_type/dalle-trincee-ai-corridoi-del-manicomio/).

3 E' quanto avviene, tra gli altri, a Diomede C.: dopo un anno al fronte, nel maggio 1916 venne inviato all'ospedale di S. Osvaldo e poi a Volterra per quattro mesi e mezzo e di nuovo al fronte per cinque mesi; quindi, dopo una breve licenza, rinvio alla sezione psichiatrica di Padova e, a seguire a Volterra e al manicomio romano di S. Maria della Pietà, prima di ottenere la riforma (il caso è riferito nella citata ricerca di L. Roscioni e L. Des Dorides).

e quindi riconsegnati alle autorità militari come imputabili per simulazione, diserzione o autolesionismo.

In taluni casi, a essere diagnosticata era la «follia morale»: ad esempio, un “anziano” contadino toscano classe 1875, passato da varie istituzioni totali (orfanotrofio, ospedale, carcere, manicomio), venne dichiarato «soggetto degenerato con immoralità costituzionale». Invece, un bersagliere classe 1889, inviato a Volterra per accertamenti in relazione a una presunta «pederastia passiva», venne comunque rinvio al reparto nonostante una diagnosi di «pervertimento sessuale». E, con perfetta linearità lombrosiana, talvolta emerge la connessione tra patologia e identità sovversiva: avviene per un anarchico grossetano, ucciso da un tumore cerebrale durante la degenza, così come per un altro anarchico maremmano, che mostra depressione e indifferenza all’ambiente⁴.

Da sottolineare, comunque, che se si escludono le psicosi emotive e le altre affezioni legate in modo evidente a circostanze di guerra (lesioni cerebrali, traumi cranici, a seguito di esplosioni di proiettili o granate) tutti gli altri disturbi nei rapporti medici riportano la consueta formula: «non dipendente da cause di guerra».

Per quanto riguarda l’occupazione da civili, i soldati ricoverati - compresi i prigionieri - risultano in maggioranza contadini (braccianti, coloni, agricoltori), oltre a operai, salariati e artigiani di ogni categoria, a riprova del carattere classista dell’internamento manicomiale.

Sotto il profilo sanitario, si trovano non pochi casi di richiamati in servizio militare dopo un primo esito di riforma per inabilità

4 I casi citati sono tratti dall’importante ricerca curata dal quadrimestrale «La Risveglio», n. 2, settembre-dicembre 1999 (www.larisveglio.it/numero2/volt_2.html), articolata in tre parti: *L’esercito del dolore dalle trincee al manicomio*; *Storie di trincee e di “follia”: così la guerra e la malattia*; *Soldati al S. Girolamo di Volterra*.

determinata da problemi - anche gravi - di salute, quali idrocefalia, meningite, tifo, epilessia, sifilide, pneumopatie croniche; il tutto frequentemente aggravato da uno stato prolungato di debilitazione fisica conseguente alle condizioni di sopravvivenza al fronte.

Partendo per il manicomio di Volterra il compagno [Alberto] Mammini sottoscrive per le vittime della reazione 0,50 centesimi inneggiando all'avvento di un'epoca in cui la verità non sia considerata più follia⁵.

⁵ Sottoscrizione per «L'Avvenire anarchico» di Pisa; in Athos Bigongiali, *Una città proletaria*, Pisa, MdS, 2016, p.159.

RINGRAZIAMENTI

Una ricerca non appartiene mai soltanto a chi la firma: questa non fa eccezione. Infatti, è nata dalla complice amicizia con il collettivo “Artaud” e il gruppo Kronstadt di Volterra; inoltre ho avuto il piacere di dividerla con Andrea Armas, Chiara Gazzola, Matteo Petracci, Martina Guerrini, Daniele Barbieri e Piero Coppo.

Marco

INDICE DEI NOMI

Adler, Alfred 25
Agostini, Cesare 11
Alberti, Angelo 9
Antonini, Giuseppe 8, 12, 16
Babinski, Joseph 27
Bertini, Cesare, Ermanno 14
Bianchi, Bruna 19, 25
Bianchi, Vincenzo 9
Bigongiali, Athos 34
Bini, Lucio 21
Boschi, Gaetano 10
Bourke, Joanna 13, 15
Breggin, Peter 21
Carrà, Carlo 10
Cazzamalli, Ferdinando 19
Céline, Louis-Ferdinand 23
Cerletti, Ugo 3, 21, 22
Clovis, Vincent 27
Collettivo, Antonin Artaud 21
Consiglio, Placido 8, 15, 16
Corsa, Rita 27
De Chirico, Giorgio 10
Deschamps, Baptiste 27
Des Dorides, Luca 9, 32

Doran, John 15
 Fabrizi, Giovanni 13
 Faraday, Michael 15
 Fiorino, Vinzia 31
 Forcella, Enzo 13
 Franzinelli, Mimmo 17
 Freud, Sigmund 26, 27
 Funaioli, Gaetano 8
 Gemelli, Agostino 16, 17
 Germano, Giuseppe 10
 Gerundo, Giuliano 18
 Gibelli, Antonio 8, 17, 22, 24, 28
 Gilles de la Tourette, Georges, Albert 24
 Giovannini, Paolo 11, 19
 Giuntini, Andrea 22
 Gualersi, Marco 32
 Guglielmo II, (Hohenzollern) 8
 Hämmerle, Christa 26
 Isnenghi, Mario 14
 Isola, Domenico 27, 28
 Kaufmann, Fritz 22, 24, 25
 La Fata, Ilaria 23
 Labanca, Nicola 26
 Leed, Eric J. 25
 Mammini, Alberto 34
 Marchesi, Felice 7
 Martucci, Pierpaolo 27
 Mendicini, Antonio 13
 Mingazzini, Giovanni 8
 Montanari, Elisa 9

Monticone, Alberto 13
Morselli, Arturo 9, 10, 23, 24
Morselli, Enrico 10
Musil, Robert 26
Negro, Camillo 28
Nonne, Max 24
Ongaro, Ercole 19
Paolella, Francesco 19
Pighini, Giacomo 9
Roscioni, Lisa 9, 32
Roussy, Gustave 27
Scabia, Luigi 8
Scartabellati, Andrea 12
Silvestri, Mario 18
Sorcinelli, Paolo 28
Tamburini, Augusto 9
Tatu, Laurent 27
Tornabene, Massimo 22
Überegger, Oswald 26
Wagner-Jauregg, Julius 27
Weber, Fritz 15
Wu Ming 14
Yealland, Lewis 25

Autoproduzioni
Collettivo Antipsichiatrico Antonin Artaud