



ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 9, 2012



Louis Crocq

Il trauma: storia di un concetto e del suo significato

Relazione presentata alla seconda edizione delle Giornate siciliane di psicotraumatologia, Piazza Armerina, 4-5 settembre 2009

Riassunto

La storia ci insegna che in tutti i tempi gli esseri umani hanno sofferto dell'irruzione violenta nella loro psiche e che questa irruzione li ha durevolmente segnati, perturbando i loro sogni. La storia degli ultimi due secoli ha visto evidenziare i concetti di nevrosi traumatica e di nevrosi da guerra; in questi ultimi decenni la definizione di questi stessi concetti è stata poi messa in dubbio per motivi di risonanza psicoanalitica, e il DSM americano ha, infatti, proposto la loro sostituzione con il concetto di stato post-traumatico di stress. Si è rilevato, tuttavia, che non tutti i quadri clinici da allora osservati dopo un trauma si sono poi strutturati in nevrosi traumatica. Tenendo conto di queste riflessioni, andando controcorrente, la scuola francofona ha proposto di utilizzare la denominazione generica sindromi psicotraumatiche. Essa ha il merito di enunciare esplicitamente che si tratta di un trauma psichico e può coprire tutti gli stadi della patologia traumatica: immediata, post-immediata e cronica. Inoltre, tra quest'ultimi, permette di inquadrare bene anche i casi strutturati come nevrosi traumatica, che rispondono ai criteri restrittivi del PTSD, e tutti gli altri casi non chiaramente classificabili o atipici.

Parole chiave: trauma, stress, DSM, spavento, approccio francofono.

Abstract

History teaches us that human beings have always suffered from violent irruptions in their psyche and that this irruption has lasting effects, as perturbation of dreams. During the last two centuries, the concepts of traumatic neurosis and war neurosis were pointed out; then, in the last decades, these concepts' definition has been challenged for reasons of psychoanalytic resonance, and the American DSM proposed to replace them with the new concept of post-traumatic stress state. However, it has been pointed out that not all the clinical cases observed from then on after a trauma have evolved in a traumatic neurosis. In the light of these remarks, and going against the tide, the francophone school introduced the use of the generic denomination post-traumatic syndrome. It has the merit of stating explicitly the psychological nature of the trauma and it can cover all the stages of traumatic pathology: the immediate, the post-immediate, and the chronic. Moreover, among the cases of the latter kind, it allows to understand well also the cases structured as traumatic neurosis, which fit well into the limiting criteria of PTSD, as well as all the other cases which are atypical or not clearly classifiable.

Key words: trauma, stress, DSM, scare, francophone approach.

La storia della patologia psicotraumatica può essere suddivisa in quattro periodi:

- il periodo dei precursori, che va dall'antichità alla Guerra civile americana (1861-1865);
- il periodo dei fondatori (1880-1900), con Charcot, Oppenheim, Janet, Freud;
- il periodo dei prosecutori (1900-1980);
- il periodo dei rinnovatori (dal 1980 a oggi).

I precursori

Si possono ritrovare esperienze di “spavento”¹ e sogni traumatici nei racconti leggendari dell'antichità, quali l'epopea di Gilgamesh (2200 a.C.) e *l'Iliade*; ma è lo storico greco Erodoto (450 a.C.) che nel libro IV delle *Storie* ci dà la prima descrizione, che potremmo definire clinica, di un caso di nevrosi isterica. Narra Erodoto: “Nella battaglia di Maratona morirono circa 6.400 barbari e 192 Ateniesi. Tanti caddero da una parte e dall'altra; lì accadde pure un fatto prodigioso: un soldato ateniese, Epizelo figlio di Cufagora, mentre combatteva nella mischia comportandosi da valoroso, perse la vista, senza essere stato ferito o colpito da lontano in alcuna parte del corpo, e, da allora in poi, per tutto il resto della sua vita, rimase cieco. Ho sentito dire che lui a proposito della sua disgrazia raccontava così: a Epizelo era parso di avere di fronte un oplita gigantesco, la cui barba faceva ombra a tutto lo scudo; questa apparizione gli era poi solo passata accanto, ma aveva abbattuto il soldato al suo fianco. Così, mi dissero, raccontava Epizelo”.

Sul piano clinico dell'isteria, il caso è esemplare: Epizelo nel vedere il gigante persiano viene preso dallo “spavento”. Intravedendo la propria morte nel momento in cui vede cadere il proprio compagno, sposta la sua paura sull'organo implicato (l'occhio). La cecità gli permette di cancellare questa visione spaventosa e di scappare da tutte le visioni simili che verranno; inoltre il fatto di essere cieco – non avendo avuto il necessario supporto nel momento critico – gli procura la compassione e il sostegno dei propri cittadini. Nella letteratura, la storia appena narrata non è un caso isolato. Ippocrate menziona nel suo *Trattato sui sogni* (400 a.C.) gli incubi provocati nel sonno dall'essere durante il giorno impegnati in azioni di lotta, e Lucrezio (40 a.C.), nel suo *De rerum natura*, dedica all'argomento diverse pagine, per esempio nel IV libro, dove dice: “le menti degli uomini, che con possente travaglio generano grandi imprese, spesso anche nei sogni agiscono e operano: i re espugnano, cadono prigionieri, si gettano nella battaglia, cacciano grida come se qualcuno li gozzasse. Molti

¹In francese effroi, in tedesco shrek. Per la traduzione italiana del termine si è fatto riferimento a S. Freud, *Al di là del principio del piacere* (vedi bibliografia). Sul concetto di spavento, si veda infra l'articolo di F. Lebigot (NdT).

lottano fino allo stremo e per dolore mandano gemiti, riempiendo di urla la stanza” (Lucrezio, *De rerum natura*, IV).

Froissard,² nelle sue *Croniques*, riporta il caso di sonnambulismo conseguente all'attività guerresca di Pierre de Béarn, fratello illegittimo di Gaston Phoebus:³ “Nel suo sonno, credendo di battersi, Pierre de Béarn alza e brandisce la sua spada, rischiando di ferire i suoi. Dato che avevano nascosto le sue armi, egli si alzava nel sonno per cercarle, rovesciando i mobili e facendo un terribile rumore”.

Nel XVI secolo, poi, le guerre di religione in Francia sono l'occasione di indicibili massacri e orrori, verso i quali sia i soldati che le vittime non possono restare indifferenti. In questo periodo, il giovane re Carlo IX, dopo il massacro di San Bartolomeo⁴ perpetrato a suo nome, perseguitato dalle allucinazioni e dagli incubi notturni, racconta al suo medico Ambroise Paré: “Ambrosie, io non so cosa mi succeda: da due, tre giorni sento il corpo e lo spirito agitati, come se avessi la febbre. In tutti i momenti, sia che dorma o sia sveglio, mi sembra che tutti quegli uomini massacrati si presentino a me con i loro corpi orrendamente mutilati e il viso coperto di sangue”.

Qualche anno dopo, Agrippa d'Aubigné,⁵ gravemente ferito nella battaglia di Casteljaloux, crede delirando di ricevere da un angelo la missione di narrare gli orrori delle guerre di religione di cui è stato testimone, e che descriverà nei 9.700 versi del suo poema *Les tragiques*. Nel commentare un passo particolarmente violento, dirà: “I miei capelli sorprendentemente si rizzarono sulla testa”.

Qualche decennio dopo, Shakespeare, nell'*Enrico IV* e in *Romeo e Giulietta*, narrerà sia degli incubi provocati dal ricordo della battaglia sia dei sintomi di nevrosi traumatica, testimoniando come questi fenomeni fossero conosciuti nella sua epoca. Nell'*Enrico IV*, Lady Percy rimprovera al suo sposo di trascurarla e di essere vicino ai suoi soldati sia di giorno che di notte: “Tho udito spesso, nel vegliarti accanto nei tuoi sonni leggeri, mormorare di scontri ferro a ferro, dar ordini al focoso tuo destriero gridando: ‘Avanti, in campo!’ [...] Era l'animo tuo a farti guerra e ad agitarti tanto da farti stillar gocce di sudore giù per la fronte, come bolle d'aria sul pelo d'acqua d'un torrente in piena [...] E sul tuo viso strane contrazioni, come vediamo in chi trattiene il fiato per qualche grave improvviso comando”.⁶

Nel *Macbeth* (1605), il re di Scozia e la moglie Lady Macbeth, attraverso allucinazioni e incubi rivivono la morte di Banco:

² *Storico francese del medioevo (c. 1337-c. 1405).*

³ *Visconte di Béarn e Conte di Foix (1331-1391).*

⁴ *La notte di San Bartolomeo è il nome con il quale è passata alla storia la strage compiuta a Parigi nella notte tra il 23 e il 24 agosto 1572 da parte della fazione cattolica ai danni degli ugonotti.*

⁵ *Théodore Agrippa d'Aubigné (Saint-Maury 1552-Ginevra 1630), scrittore e poeta protestante francese dell'età barocca.*

⁶ *W. Shakespeare, Enrico IV, atto II scena III.*

Macbeth: Lontano da me spettro orribile, terrificante apparizione... cosa vuoi tu da me? Io tremo, sudo, ho la gola serrata e il petto oppresso.

Lady Macbeth, credendo di vedere del sangue sulle mani: Questa macchia di sangue sulla mia mano... Tutti i profumi d'Arabia non potranno lavare questa piccola mano.

Nel 1654 sarà il filosofo Pascal a conoscere il terrore quando la sua carrozza rischierà di precipitare nella Senna dal ponte di Neuilly. In seguito all'incidente, si produsse in lui uno stato morboso che possiamo oggi identificare con la nevrosi traumatica. Il caso di Pascal viene riportato da Pinel nel suo *Nosographie philosophique; ou, La Méthode de l'analyse appliquée a la médecine* (1798). Scrive l'autore: "Pascal non rimase ferito, bensì fortemente spaventato; e un malessere che durò per lungo tempo fu il primo risultato di questa frattura. Poco tempo dopo, egli ebbe una visione notturna dell'incidente che trascrisse su un foglio, foglio che avrebbe portato sempre con sé. La sensazione di questo spiacevole avvenimento, rivissuta costantemente nella sua mente, lo turbava soprattutto di notte, nel cuore delle sue insonnie e del suo deperimento. Pascal credeva di vedere un baratro sul lato sinistro del suo letto e faceva mettere una sedia per rassicurarsi [...] Da quel momento, Pascal rinuncia alla vita mondana e ai suoi propositi di matrimonio".

Gli avvenimenti della Rivoluzione Francese e le Guerre dell'Impero hanno poi fornito a Pinel un elevato numero di casi clinici conseguenti allo spavento, che egli classificherà, secondo la semiologia dominante, in idiotismi, mania e melanconia o "nevrosi della circolazione e della respirazione", queste ultime riferite alle nevrosi a carattere cardiocircolatorio. Riportiamo a titolo d'esempio un doppio caso di idiotismo post-emozionale tratto dal *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1887): "Due giovani reclute partono per le armi. Durante una sanguinosa azione, una delle due viene uccisa da un colpo alla testa mentre si trova a fianco del fratello; l'altro, davanti a questo evento, rimane immobile come una statua [...] Al suo ritorno a casa, la stessa sorte toccherà alla sorella, il cui stupore, la costernazione e l'immobilità glaciale, dovuti allo spavento, sono ben descritti dai poeti [...] antichi e moderni".

Ma saranno gli ufficiali medici napoleonici Larrey, Percy e Desgenettes che denomineranno *sindrome du vent de bullet* gli stati post-confusionali e di congelamento dei soldati scossi dalle palle di fucile che li sfioravano, senza ferirli.

Nel suo *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Briquet (1859), già prima di Charcot, riporta un caso di manifestazione isterica maschile in un insorto che aveva rischiato di essere fucilato dalla guardia nazionale durante i moti parigini del 1848. Scrive Briquet: "Egli presenta il primo attacco convulsivo otto giorni dopo, con vertigini e sensazione di buco allo stomaco, con lacrime e singhiozzi al risveglio [...] due altri attacchi nei mesi seguenti. In seguito presenterà una notevole diminuzione della sensibilità nella parte sinistra del corpo [...] Da quel momento è diventato molto violento ubriacandosi soventemente".

Il 24 giugno del 1859, Henri Dunant, fondatore della Croce Rossa, assiste in qualità di osservatore alla battaglia di Solferino. Tre anni dopo, nello scritto

Un ricordo di Solferino, descrive lo stato psichico dei feriti e dei moribondi: “I disgraziati feriti sono pallidi, lividi, annichiliti; i feriti gravi hanno lo sguardo ebete e sembrano non comprendere ciò che viene loro detto [...] Gli altri sono inquieti, agitati da una scossa nervosa”.

Sempre Dunant riporta il caso di un giovane ufficiale austriaco i cui capelli divennero bianchi nel corso della battaglia, sintomo oggi definito “canizie psicosomatica”, e menziona le ripercussioni che la visione del campo di battaglia ebbe sui soccorritori: “alcuni svennero, altri furono presi da una frenetica esaltazione”.

La Guerra di Secessione americana sarà il primo conflitto in cui verrà conteggiato il numero dei traumatizzati psichici. Nel primo anno di guerra, nell'esercito nordista si calcolarono circa 5.213 psicotraumatizzati. Per fare fronte a un tale numero di “feriti psichici”, il neuropsichiatra Silas Weir Mitchell dovette attrezzare in tutta fretta un ospedale di 400 posti letto presso la città di Filadelfia; molti di questi pazienti presentavano una sindrome d'isteria. Diversi anni dopo, considerando retrospettivamente quel periodo, Mitchell si stupirà di avere visto “dei soldati robusti comportarsi come delle femminucce”. Sempre durante la Guerra di Secessione, Jacob Mendez Costa, medico nell'esercito nordista, parla di “cuore del soldato” (*soldier's heart*) o “cuore irritabile”. I sintomi descritti sono tachicardia accompagnata da palpitazioni, precordialgia e sensazione di oppressione toracica. La diagnosi di cuore del soldato, durante la Prima guerra mondiale, verrà ripresa da Briscous e Murcier in Francia e da Abrahm in Inghilterra, che la riconduranno, finalmente, alle manifestazioni somatiche dell'ansia da guerra.

Il periodo dei fondatori

Nel 1888, il tedesco Herman Oppenheim (1888), in relazione agli incidenti ferroviari, descrive, sotto il nome di “nevrosi traumatica”, un'entità clinica autonoma che comprende: il ricordo ossessivo dell'incidente, disturbi del sonno (agitazione), incubi di reviviscenza, fobia del treno e labilità emotiva. L'autore imputa questo disturbo allo “spavento”, che “provoca una stimolazione psichica talmente intensa da determinare un'alterazione psichica duratura”.

All'incirca nello stesso periodo, nelle *Lezioni del martedì* alla Salpêtrière (1884-1893), J.M. Charcot (1890) rifiuta invece l'esistenza della nevrosi traumatica, argomentando che si tratta di una patologia istero-nevrastenica. Rileggendo i casi presentati alla Salpêtrière non si può tuttavia non notare come la loro descrizione sia sorprendentemente simile a quelle dei casi osservati da Oppenheim; in ogni caso la nevrosi traumatica verrà riconosciuta nel mondo clinico solamente dopo la morte di Charcot.

Tra i giovani medici che seguono le lezioni di Charcot troviamo due autori che segneranno la cultura del Novecento: Sigmund Freud e Pierre Janet.

Nel 1889, Pierre Janet, nella sua tesi di dottorato *L'automatismo psicologico*, presenta venti casi d'isteria o di nevrastenia traumatica, attribuendo la loro patogenesi alla dissociazione della coscienza. Per Janet, dopo uno shock emo-

tivo, il ricordo dell'avvenimento o le "idee fisse" su di esso (sensazioni provate, immagini, ecc.) si raggruppano in una regione del subconscio, al di fuori della coscienza, e qui si comportano come un corpo estraneo o come un parassita, stimolando in maniera automatica le reviviscenze (sensazioni, immagini, pensieri fissi, gesti elementari), le quali non sono elaborabili, mentre il resto della coscienza continua a sviluppare pensieri e azioni adeguate. Siamo davanti alla "dissociazione", ovvero la coscienza contro il subconscio. Queste idee fisse, non potendo essere elaborate dal linguaggio, non saranno assimilate dall'individuo. Freud, da parte sua, ritornato a Parigi nel 1886, nota con disappunto che le teorie sviluppate negli anni precedenti insieme a Breuer sono simili a quelle di Janet; in conseguenza di ciò pubblicherà la *Comunicazione preliminare* (1892), testo che possiamo definire il manifesto della patogenesi del trauma. Freud riconoscerà comunque a Janet il merito di avere identificato il concetto del ritorno attraverso la memoria dell'avvenimento traumatico senza che vi sia stata elaborazione, quello di presenza di corpi estranei intrapsichici e quello di dissociazione della coscienza. Ma laddove Janet per definire il ritorno dell'evento traumatico usa l'espressione "idee fisse", concetto peraltro inopportuno perché richiama la sfera cognitiva, Freud usa il termine platonico "reminiscenza" apportando alcune precisazioni sulla patogenesi. Per Freud, sono i soggetti che non hanno potuto reagire all'evento attraverso i meccanismi di difesa, attraverso la fuga, le parole o la rappresentazione mentale che andranno in seguito ad avere una fissazione morbosa riguardo al ricordo grezzo dell'avvenimento, dando luogo ad abreazioni inefficaci. Solamente un'abreazione organica di tutto il carico degli affetti rimasti bloccati e un lavoro mentale relativo alle associazioni potranno permettere la risoluzione del trauma. Freud definirà questa sua tecnica con il termine "catarsi".

Nel 1896, infine, il belga Jean Crocq, riprenderà l'espressione "nevrosi traumatica" per riferirsi ai soggetti che presentano una sindrome mentale a seguito di un incidente. L'autore distingue due situazioni: una prima, che definisce "nevrosi traumatica grave", in cui abbiamo la presenza di probabili lesioni organiche, e una seconda, funzionale e dovuta dalla paura, che chiama "nevrosi traumatica pura".

Il periodo dei prosecutori

Durante la Guerra dei boeri (1899-1901) vengono segnalati dei casi di confusione mentale e conversione isterica in seguito alle emozioni violente provate dai soldati. Gli stessi quadri clinici si registrano durante la Guerra russo-giapponese (1904-1905). Lo psichiatra tedesco Hoenigman (1908), al suo ritorno da quest'ultima guerra, creerà l'espressione "nevrosi da guerra" per designare queste varietà di nevrosi traumatica, già descritte da Oppenheim.

Durante la Prima guerra mondiale vengono identificate quattro entità cliniche. La prima, denominata "ipnosi da battaglia", è caratterizzata dallo stato quasi ipnotico di stupore riportato dagli scampati alle prime battaglie in territorio belga. La seconda, che corrisponde a stati post-commozionali, riguarda i soldati scaraventati in aria dall'esplosione delle bombe o ricoperti

dalla terra sempre a seguito dell'esplosione. Questa entità viene denominata "obusite" o "vento della granata". La comunità psichiatrica internazionale riconoscerà subito questa sindrome denominandola con l'espressione inglese "shell-shock". Negli anni 1916-1917 verranno proposti i concetti di "ansietà da neurastenia" e di "isteria di guerra". In particolare, l'isteria di guerra definisce un quadro clinico molto ampio, che comprende le crisi motorie, le amnesie, le false cecità, il mutismo, i tic, le false anestesi e paralisi, le balbuzie. Nel 1918, tutti gli stati patologici fin qui descritti verranno raggruppati sotto l'etichetta di "nevrosi da guerra" o, meglio, "psiconevrosi da guerra", così da sottolineare come la loro patogenesi sia d'origine psichica.

Parallelamente all'evoluzione delle denominazioni cliniche, assistiamo all'evoluzione delle concezioni patogenetiche. L'ipotesi della confusione mentale cede il passo all'ipotesi post-commozionale, la quale a sua volta sarà sostituita dall'ipotesi post-emotiva. Tale ipotesi deriva da teorie d'ispirazione psicoanalitica come quelle del "complesso di paura" e del cedimento narcisistico, con le sue regressioni libidiche (Abraham, 1918; Ferenczi, 1918). Alla fine della Prima guerra mondiale, Freud sviluppa la sua seconda teoria del trauma, in cui spiega l'azione della coazione a ripetere e il concetto di pulsione di morte. Nel 1920, in *Al di là del principio del piacere* (Freud, 1920), ipotizza che gli stimoli scaturiti da una situazione traumatica, sorprese le difese psichiche dell'organismo, facciano breccia nella barriera difensiva penetrando all'interno del sistema psichico, dove, sotto forma di ricordo dell'evento, andranno a risiedere come un parassita e come tale continueranno a esercitare la loro azione nociva. L'organismo, da parte sua, cercherà di reagire attraverso processi di assimilazione o di espulsione ma tutto ciò sarà vano. Per illustrare questa ipotesi, Freud ricorre all'immagine della cellula vivente. L'organismo viene paragonato a una bolla protoplasmatica che si protegge dagli stimoli provenienti dall'esterno mediante uno strato superficiale che li respinge o li filtra, così da attenuarne l'intensità. In tal modo, gli stimoli che raggiungono la parte profonda del nostro apparato psichico vengono mitigati, così da potersi legare alle rappresentazioni. In un trauma, diversamente, abbiamo l'ingresso massivo di stimoli, che non potendo essere filtrati dal sistema, penetreranno fino alla sua parte più profonda, spazio in cui, non essendo presente il linguaggio non sarà possibile dare loro un significato.

Sul piano terapeutico, dopo l'insuccesso del metodo della persuasione e della somministrazione di sedativi, si fa strada la "psichiatria sul campo" (Damaye, 1917), volta a curare i soldati direttamente sul fronte. Tale azione aveva anche lo scopo di far sì che i soldati traumatizzati, non avessero modo di rinforzare una eventuale sintomatologia di conversione durante il trasferimento dal fronte alle retrovie. Verso la fine della guerra, lo psichiatra Salmon, inviato dal governo americano come osservatore sul fronte della Somma, svilupperà i cinque principi della psichiatria sul campo: immediatezza, prossimità, speranza di guarigione, semplicità del trattamento e centralità (Salmon, 1917). Allo scoppio della Seconda guerra mondiale, tutto ciò che si era appreso riguardo all'assistenza psicologica durante la Prima guerra mondiale viene dimenticato, e così i feriti psichici ritornano a essere trasferiti nelle retrovie senza adeguata assistenza. Nel 1943, sarà il Generale Bradley, in accordo con

alcuni psichiatri, a emanare una circolare nella quale viene prescritto di trattare i feriti psichici direttamente sul posto per un periodo di sette giorni e solo in seguito trasferire i casi più resistenti nelle retrovie. Con questa circolare viene reintrodotta la psichiatria sul campo, e nel contempo preconizzato l'uso della diagnosi "sfinimento" da sostituire a quella di "nevrosi da guerra". Sul piano clinico si osservano meno conversioni isteriche a vantaggio di sindromi ansiose e disturbi psicosomatici. Sul piano patogenetico, oltre alla violenza e alla durata dei combattimenti, si ammettono come fattori predisponenti o aggravanti le personalità nevrotiche, il conflitto intrapsichico "combatti o fuggi" ("fight or flight"), i conflitti di gruppo e le situazioni di isolamento delle piccole unità; in altri termini, la concatenazione di una serie di fattori atti a oltrepassare il punto di rottura ("breakdown point") di ogni essere umano. Nel 1945, per la prima volta nella clinica psichiatrica, R. Grinker e J. Spiegel (1945) impiegano l'uso del termine "stress", mentre nel 1947 A. Kardiner e H. Spiegel (1947) sviluppano una teoria psicoanalitica del trauma, dove differenziano un "ego effettivo" e un "ego affettivo", legato alle nevrosi da transfert. L'ego effettivo, che si sviluppa fin dalla nascita, utilizzando gli apparati sensoriale, cognitivo, psicomotorio e neurovegetativo, assicura le funzioni di autonomia, protezione e adattamento. Ma se le sue funzioni vengono sovraccaricate da violente eccitazioni, l'unica soluzione possibile sarà la contrazione del Sé e la dissociazione (ritroviamo qui le idee di P. Janet). Durante la guerra del Vietnam, lo stato maggiore americano mette in atto una serie norme finalizzate a mantenere la salute mentale delle truppe e prevenire lo sviluppo delle nevrosi da guerra. Tali prescrizioni comprendono una regolare rotazione dei turni, alloggiamenti confortevoli e periodi di riposo nei centri R&R/Rest and Recreation. Riguardo alla psichiatria sul campo, viene creato il MHCS/Mental Health Consultation Service e vengono assegnati a ogni battaglione degli assistenti sociali. I militari che hanno subito un trauma vengono temporaneamente ricoverati nell'ospedale da campo; poi seguirà un periodo di recupero in centri di reinserimento. Nei MHCS e negli ospedali da campo dove si metteva in atto la dottrina di Salmon il soldato venivano persuaso che ciò che aveva provato non era altro che "una reazione normale di fronte a un evento anormale", che egli si era temporaneamente scompensato a causa della stanchezza e di una paura irragionevole, che tutto ciò non era grave, che in tempi brevi sarebbe ritornato alla normalità e che i suoi commilitoni aspettavano il suo ritorno. Durante gli incontri psicoterapeutici, non si parlava né del trauma né di problemi affettivi legati all'infanzia; i fatti venivano minimizzati e si davano degli incoraggiamenti. In altri termini, veniva praticata una psichiatria sul campo semplicistica, che si limitava a reprimere i sintomi senza affrontare il trauma, aspettando che essi si affievolissero nei giorni seguenti. A partire dal 1972 gli Stati Uniti hanno visto sempre più veterani della guerra del Vietnam presentare disturbi psicotraumatici e difficoltà di reinserimento nella vita civile. Durante il periodo in Vietnam, molti di loro avevano acquisito una dipendenza dall'alcool e dalle droghe e altri avevano sviluppato dei comportamenti aggressivi e antisociali (la sindrome di Rambo, descritta da Boman, 1990). Shatan nel 1974 identifica una "post-Vietnam syndrome" che comprende reiviscenze traumatiche, uno stato di allerta permanente, l'impressione di non essere compreso, aggressività

e disturbi della condotta. In altri termini, Shatan scopre il profilo della nevrosi da guerra.

Il periodo dei rinnovatori

Il sistema nosografico americano, con il *DSM-I/Diagnostic and statistical manual of mental disorders – first edition*, creato nel 1952, riconosce la diagnosi di “gross stress reaction”, introducendo così il termine “stress” nella nosografia psichiatrica. Ma, paradossalmente, nel 1968, proprio nel momento in cui i soldati americani in Vietnam si trovano ad affrontare delle azioni di guerra particolarmente traumatizzanti, la diagnosi di “Gross Stress Reaction” viene eliminata dal *DSM-II*. Con l’elaborazione del *DSM-III* (1980), influenzata dalla “post-vietnam sindrome”, viene introdotta la diagnosi di PTSD/Post-Traumatic Stress Disorder (disturbo post-traumatico da stress), che viene estesa anche alle situazioni legate alla vita civile. I criteri necessari per formulare tale diagnosi si suddividono in quattro punti, a cui se ne aggiungerà in seguito un quinto:

- a. avere vissuto un evento al di fuori delle normale esperienza umana tale da poter provocare un grave malessere nelle maggior parte delle persone;
- b. presentare almeno un sintomo di reviviscenza;
- c. persistente evitamento degli stimoli associati al trauma o attenuazione della reattività generale (non presente prima del trauma);
- d. presentare almeno due sintomi di iperattività su sei.

Il PTSD viene qualificato “acuto” se il suo inizio avviene meno di sei mesi dopo l’evento e dura sempre meno di sei mesi.

Nel 1987 abbiamo la revisione del manuale, denominata *DSM-III-R*, dove la diagnosi di PTSD subisce alcune variazioni che riguardano il numero di sintomi relativi ai criteri *b* e *c* presenti, e viene proprio in questa occasione aggiunto il criterio *e*, relativo alla durata del disturbo - sintomi *b, c, d* -, che dev’essere di almeno un mese.

Nel 1994 si è proceduto a una nuova revisione del DSM, il *DSM-IV*. In questa nuova stesura la diagnosi di PTSD subisce delle modifiche sostanziali. Il criterio *a* viene suddiviso in due criteri: *A1*, l’individuo è stato esposto a un evento violento o a una minaccia di morte o dell’integrità fisica; *A2*, la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti d’impotenza e di orrore. Oltre ad altre modifiche, che non tratteremo per esigenze di brevità, viene inserito un nuovo criterio, il criterio *f*, relativo alla presenza di un disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Oltre a ciò, il *DSM-IV* introduce una nuova diagnosi, denominata “Acute Stress Disorder”, la cui caratteristica essenziale è lo sviluppo di ansia e di sintomi dissociativi e di altro tipo che si manifestano entro un mese dall’esposizione a un evento traumatico estremo.

In trent’anni la diagnosi di PTSD ha conosciuto, sia in ambito psichiatrico che presso il grande pubblico, un entusiasmo e uno sviluppo considerevoli, ma

quando si fa il punto su questa sindrome non si può fare a meno di formulare alcune riflessioni.

Prima riflessione. Nel 1952, l'idea del DSM di fondare la sua nosografia su una classificazione ateorica assiale dei disturbi mentali senza fare riferimento a ipotesi patogenetiche ha rappresentato un positivo passo avanti, in quanto ha predisposto un linguaggio comune per la definizione delle diagnosi. In realtà, il DSM voleva liberarsi delle ipotesi freudiane e in particolar modo dal concetto di nevrosi. Tuttavia, ci si chiede: ricusare l'espressione "nevrosi traumatica" per sostituirla con "stato post-traumatico da stress" non ha svincolato il trauma da un ambito patogenetico (la nevrosi) per subordinarlo a un altro decisamente biologico come quello di stress?

Seconda riflessione. Il DSM ha impiegato quattordici anni (dal 1980 al 1994) per registrare il fatto che l'esposizione a un avvenimento potenzialmente traumatico non è sufficiente a sviluppare un trauma, poiché è necessario anche averlo vissuto in uno stato di panico, orrore o impotenza.

Terza riflessione. I criteri B4 e B5 si sovrappongono ai criteri B1, B2 e B3, poiché tutte le reviviscenze di questi tre criteri sono vissuti nella tempesta neurovegetativa, e tutti possono sopravvenire sia spontaneamente sia in risposta a uno stimolo evocatore.

Quarta riflessione. Quanto ai criteri relativi all'evitamento degli stimoli evocatori e di attenuamento della reattività generale, essi non costituiscono che due dei tre elementi dell'alterazione della personalità dopo l'impatto del trauma, alterazione che comporta, come descritto da Fenichel (1945), il blocco della funzione di filtro, la diminuzione dell'interesse per le attività un tempo motivanti, l'impressione di un mondo lontano e il sentimento di un futuro chiuso e il blocco della funzione di relazione con gli altri (restrizione degli affetti e del sentimento di attaccamento). La diagnosi di PTSD implica di fatto, ma senza che ciò venga ammesso esplicitamente, l'alterazione della personalità definita *alterazione maggiore e strutturale* nella diagnosi di nevrosi traumatica.

Quinta riflessione. Il DSM non propone alcuna diagnosi per la reazione immediata (prime ore o primo giorno), dato che la diagnosi di disturbo acuto da stress richiede il perdurare dei sintomi da almeno due giorni.

In conclusione, riguardo al PTSD possiamo dire che, nel corso delle varie edizioni (1952, 1968, 1980, 1987, 1994), la Gross Stress Reaction, divenuta PTSD, ha compiuto dei meritevoli progressi, avvicinandosi sempre più alla clinica e definendo il vissuto dell'esperienza traumatica, ma, come abbiamo visto, contiene anche delle incompletezze e delle lacune, come l'esclusione dal quadro clinico dell'astenia, dell'ansia, delle conversioni e dei disturbi del comportamento, i quali sono riportati al rango della "patologia associata". In altri termini, il PTSD non segna che una tappa, utile ma insufficiente, nella storia del pensiero sul trauma.

La psichiatria francofona, non accettando le imperfezioni e le lacune del DSM, ha avviato un lavoro di ricerca finalizzato a creare un sapere e una pratica che superino i limiti del PTSD. Punti fondamentali di questo pensiero sono: 1) la distinzione tra stress e trauma; 2) il rigore dell'osservazione clinica; 3) la necessità di un approccio psicoterapeutico al fine di restituire senso al vuoto creato dal trauma.

Secondo l'approccio francofono, i concetti di stress e trauma non si situano sul medesimo registro. Mentre lo stress (1999) coinvolge l'area bioneurofisiologica attivata dall'allarme, ovvero la mobilitazione e la difesa messe in atto da un organismo di fronte a un'aggressione o una minaccia, il trauma agisce su un registro psicologico. Definiamo quindi il *trauma* come *il fenomeno di lacerazione dell'apparato psichico e delle sue difese in seguito alle eccitazioni violente afferenti con il sopraggiungere di una possibile minaccia o aggressione nei confronti della vita o dell'integrità (fisica o psichica) di un individuo*.

In presenza di un trauma, abbiamo, da parte dell'individuo, il confronto con la realtà della morte e del nulla senza che vi sia la possibilità di attribuirgli un senso o una simbolizzazione. Se lo stress ci porta quindi alla mobilitazione delle risorse umane, il trauma conduce alla violazione delle difese psichiche. Mentre uno descrive le tempeste neurovegetative, l'altro la clinica dello "spavento". Si può notare, quindi, come sul piano clinico non vi sia equivalenza tra questi due registri.

Approfondendo la riflessione di Freud sulla metafora della "vescicola vivente", Lebigot (2001-2005) sottolinea che quando c'è un trauma gli stimoli nocivi penetrano molto profondamente nell'apparato psichico, raggiungendo non solamente il livello dell'inconscio, ove potranno un giorno, grazie a un percorso psicoterapeutico, stabilire dei legami con le rappresentazioni e di conseguenza trasformarsi in ricordi dotati di senso, ma anche l'area legata alla rimozione primaria e quindi irraggiungibile dalla coscienza. L'area della rimozione primaria, preesistente all'acquisizione del linguaggio, è il luogo in cui si depositano i primi vissuti legati all'alimentazione, le esperienze primitive di annientamento o appagamento, esperienze che con la conquista del linguaggio diverranno l'oggetto della rimozione primaria. L'esperienza traumatica, aggirando il ricorso al linguaggio, bypassa nello stesso tempo la rimozione primaria. In tale processo, l'individuo, inorridito ma nel contempo affascinato dall'evento, verrà ricondotto alle sue primitive esperienze di godimento e annientamento; inorridito perché si trova davanti al nulla dell'origine; affascinato poiché egli ritrova l'oggetto perduto del seno materno. Da ciò il suo attaccamento morboso e segreto al proprio trauma: solamente dopo un paziente lavoro psicoterapeutico l'individuo potrà rivelare questo attaccamento segreto. Questo attaccamento viene però vissuto come trasgressione e come tale darà origine al senso di colpa; di fatto, il trauma conduce a un confronto improvviso con la realtà della morte e del nulla, senza che vi sia possibilità di interporre lo schermo protettivo dei significati.

Riguardo alle reazioni dell'individuo, possiamo distinguere le patologie psichiche delle vittime in funzione di tre fasi: immediata (dalle prime ore al primo giorno), post-immediata (dal secondo giorno al secondo mese) e cronica (dopo i due mesi). Nella fase immediata, possiamo osservare la reazione di stress adattivo (non patologico), la reazione di "stress dépassé" (patologico) o delle reazioni apertamente patologiche di carattere ansioso, isterico o delirante.

Lo stress adattivo è una reazione d'allerta e mobilitazione finalizzata alla salvaguardia dell'individuo. Sul piano biofisiologico, questo stato si manifesta

con l'accelerazione dei battiti cardiaci e del ritmo respiratorio, l'aumento del tasso di zuccheri nel sangue e il suo afflusso dalla periferia verso gli organi centrali. Sul piano psicologico, lo stato di allerta e mobilitazione si esplicita nelle aree cognitive, affettiva, volitiva e comportamentale. In un minor numero di casi possiamo osservare una reazione inadatta, definita di "stress dépassé". Solitamente questa reazione ha luogo in individui psicologicamente fragili o non preparati o indeboliti a causa di vari fattori come la stanchezza o l'isolamento. La reazione di "stress dépassé", osservata anche a seguito di aggressioni estremamente violente, troppo prolungate o ripetute con brevi intervalli di tempo, può presentarsi sotto quattro forme: il congelamento, l'agitazione, la fuga panica e l'attività automatica, comportamento, quest'ultimo, in cui il soggetto effettua automaticamente dei gesti inutili di cui non avrà ricordo. In casi eccezionali, generalmente nei soggetti predisposti, si possono evidenziare delle reazioni isteriche d'agitazione o conversioni, che danno al soggetto l'illusione di essere fuori pericolo, ma si possono anche manifestare reazioni tipicamente psicotiche, come stati confusionali, reazioni deliranti, stati di agitazione maniacali, prostrazione depressiva.

Riconoscere la clinica della reazione immediata è molto importante. È infatti a partire dai suoi sintomi che lo specialista intervenuto sul campo potrà determinare se la vittima ha reagito all'evento con un semplice stress, come si è già detto solitamente adattivo, o se lo ha vissuto in maniera traumatica, carica di conseguenze psicopatologiche. L'esplorazione di questi momenti si rivela molto importante anche in un secondo tempo, quando lo psicologo incontrerà la vittima durante il periodo post-immediato, perché l'analisi di questo periodo immediato gli fornirà indicazioni precise sull'impatto, traumatico o meno, che l'avvenimento ha avuto sull'individuo, dandogli così la possibilità di padroneggiare gli avvenimenti con la verbalizzazione delle esperienze vissute nei primi momenti.

Nel periodo post-immediato possono presentarsi due possibilità: la risoluzione dei sintomi del periodo immediato, caso in cui l'individuo non è più offuscato dai ricordi dell'avvenimento, ovvero la persistenza dei sintomi, circostanza in cui l'individuo è ossessionato dai ricordi dell'avvenimento e inizia a presentare nuovi sintomi, come reviviscenze, disturbi del sonno, ansia fobica, sintomi che lasciano pensare all'instaurarsi di una patologia psicotraumatica durevole.

In alcuni casi può anche accadere che la vittima, la quale inizialmente non provava alcuna sofferenza, inizi a presentare nel corso di alcuni giorni i segni di una patologia psicotraumatica. È nel periodo post-immediato che abbiamo l'indicazione di un debriefing (per le squadre di soccorso) o di un IPP/ intervento psicoterapeutico post-immediato. I clinici americani, riconoscendo questa fase, nell'ultima versione del DSM (*DSM-IV*) hanno introdotto la diagnosi di "Disturbo Acuto da Stress".

L'instaurarsi di una patologia psicotraumatica cronica, a causa di un'aggressione o di una catastrofe, avviene solitamente al termine del periodo post-immediato e in un lasso di tempo che va dai tre ai trenta giorni. Questo periodo, denominato cronico-differito, è quello della nevrosi traumatica. Al concetto di nevrosi traumatica i clinici sono molto legati, perché implica, dietro il

livello superficiale dei sintomi di reviviscenza e di quelli non specifici, come l'astenia, l'angoscia, i disturbi di conversione, le somatizzazioni e i disturbi comportamentali, un'alterazione soggiacente della personalità.

Anche se non tutte le esperienze traumatiche conducono alla nevrosi traumatica, nella pratica possiamo osservare lo sviluppo di tutta una gamma di sindromi psicotraumatiche croniche (Crocq, 1992), pauci- o multisintomatiche, moderate o severe, poco fastidiose o invalidanti, transitorie o durevoli. In questa gamma, alcune sindromi corrispondono alla nevrosi traumatica, altre rispondono ai criteri del PTSD, altre ancora sono dei sottocriteri del PTSD o presentano clinicamente una sintomatologia non specifica (astenia, ansietà depressione, condotte patologiche) mascherando le reviviscenze e l'alterazione della personalità, e il DSM le colloca nell'ambito delle patologie associate.

Dal punto di vista terapeutico, la scuola francofona auspica un intervento immediato sul campo, che dovrà essere continuato nella fase post-immediata. Questo intervento segue dei principi etici e terapeutici differenti da quelli tipici dell'azione terapeutica classica, praticata dagli psicoterapeuti nelle loro sedute. Essi sottostanno a degli obiettivi precisi.

Il *primo principio* riguarda l'intervento in sé e per sé e disattende il principio di non intervento in attesa di una domanda preliminare fatta dal paziente. Il personale delle squadre specialistiche che interverrà, infatti, dovrà offrire soccorso e cure anche a persone che non ne fanno richiesta. L'intervento immediato sul campo, quindi, non aspetta la domanda ma la precede e si effettua anche senza un'espressa richiesta da parte dei soggetti in stato di shock o privati della consapevolezza di ciò che è avvenuto loro. Durante un incontro della WPA/World Psychiatric Association, svoltosi quindici giorni dopo l'attentato alle Torri gemelle, il dottor Eith, psichiatra presso il St. Andrew Hospital di New York, ospedale vicino al luogo dell'attentato, ci ha detto: "Abitualmente i pazienti mi chiedono un incontro molto tempo dopo e io mi organizzo per ascoltarli uno per uno. Ma quel giorno io ho visto arrivare nel corridoio adiacente al mio ufficio una folla di vittime shockate che chiedevano aiuto; io le ho assistite e poi, su loro indicazione, mi sono recato sul luogo della tragedia. Strada facendo ho incrociato una gran numero di sopravvissuti sconvolti e confusi, che non chiedevano niente ma avevano chiaramente bisogno d'aiuto e dicevano solamente che il peggio stava davanti. In quel momento ebbi la consapevolezza che esisteva una psichiatria d'emergenza nelle catastrofi, dove l'esigenza di trattare gli scampati prende il posto del principio di trattare l'individuo con un setting classico, dove si deve agire prima che la domanda sia formulata o agire ugualmente senza che vi sia una richiesta specifica".

Il *secondo principio*, che giustifica il primo, riguarda l'obbligo morale di soccorrere il prossimo e di alleviare la sofferenza psichica allo stesso modo di quella fisica. Ignorare questo principio vuole dire rendersi colpevoli della non assistenza di una persona in pericolo.

Il *terzo principio* è quello dell'atteggiamento empatico e contravviene quello della "benevola neutralità" usato nella terapia analitica. Nell'emergenza della catastrofe, ci troviamo davanti a vittime completamente smarrite, che hanno vissuto un'esperienza di spavento, orrore, impotenza e assenza di soccorso: esse

hanno sete di empatia e considerazione. Un atteggiamento che esprima attenzione e accudimento oppure un contatto fisico contenitivo restituiscono la difesa psichica che è stata loro strappata; un invito a parlare improntato alla solidarietà e un ascolto attento che rifletta empatia rispondono meglio ai loro bisogni e si pongono in qualche modo nel loro vuoto esistenziale. Sconvolto da un avvenimento indicibile che ha fatto irruzione nel suo sistema psichico, dove dimora come un corpo estraneo inesprimibile, il paziente traumatizzato deve trovare nel soccorritore (che con la sua presenza testimonia che non si è più all'inferno) l'invito a recuperare la parola liberatrice, quella che riporta i sopravvissuti nella comunità dei soggetti parlanti, quella che estrae dal Sé i vocaboli che danno senso a un'esperienza vissuta nel non senso. Le vittime che si trovano davanti un soccorritore che è troppo occupato nelle procedure tecniche di assistenza fisica per poter avere un'espressione aperta e disponibile, o di fronte a uno psicoterapeuta rinchiuso dentro la sua tradizionale benevola neutralità, vivranno questi comportamenti come un rifiuto e ricacceranno in gola la loro esigenza di dialogo liberatorio.

Il *quarto principio* dell'intervento immediato è quello di assicurare un *triage* delle ferite psichiche, riconoscendo coloro che sono gravemente colpiti e che necessitano, quindi, di un ricovero o di particolari cure. In questa operazione di triage si correggeranno gli iniziali errori di valutazione, indirizzando verso i centri di accoglienza, tenuti dalla Croce Rossa e dalla Protezione Civile, le persone che non hanno subito traumi ma che hanno bisogno di conforto e sostegno psicosociale, e inviando nei centri di assistenza le vittime e le altre persone coinvolte che erroneamente erano state indirizzate ai centri di accoglienza e che invece, come si è accertato ora, presentano uno shock emotivo o uno "stress dépassé".

Il *quinto principio*, corollario del quarto, prevede che, intervenendo sul campo e partecipando alle operazioni di triage e di cura, gli psichiatri e gli psicologi dell'emergenza facilitino il lavoro dei medici e degli infermieri, i quali, tenuto conto delle caratteristiche delle "ferite psichiche", non possono essere di aiuto all'individuo.

Il *sesto principio* è quello della prevenzione. L'esperienza ha mostrato che i soggetti che avevano avuto modo di parlare fin dall'inizio con un terapeuta si sono trovati in seguito indenni da conseguenze a livello psicotraumatico, o quanto meno da conseguenze psicotraumatiche gravi.

Possiamo concludere dicendo che la sola presenza di un soccorritore o di un terapeuta riduce la sensazione di assenza di soccorso e di abbandono, restituisce il senso di appartenenza alla comunità e soddisfa il bisogno naturale delle vittime di esprimersi davanti a un altro.

L'intervento immediato sarà seguito da un intervento post-immediato (debriefing e IPPI). La distinzione netta tra debriefing (procedura codificata, basata sull'aspetto narrativo e cognitivo e indicata per i gruppi di soccorritori intervenuti sulla scena di evento critico) e IPPI (azione terapeutica basata sulla verbalizzazione spontanea dell'esperienza vissuta, indicata per i soggetti traumatizzati) mette fine alla falsa controversia sull'efficacia del debriefing, controversia alimentata dalla meta-analisi che comparava interventi eterogenei (De Soir e Vermeiren, 2002). I clinici francesi (Vaiva et al., 2004) ritengono

concordemente che una sola seduta di IPPI possa raramente essere sufficiente ad alleviare una sindrome psicotraumatica clinicamente comprovata. Di solito questa seduta, oltre al sollievo immediato che procura, spingerà il paziente a richiedere altri incontri o lo motiverà a intraprendere una psicoterapia.

Per quanto riguarda la terapia a lungo termine delle nevrosi traumatiche e delle altre sindromi psicotraumatiche croniche, la scuola francofona ha un approccio eclettico: le sue pubblicazioni danno atto dello stato raggiunto dalle terapie farmacologiche, dalle tecniche cognitivo-comportamentali, dall'approccio catartico e dalla terapia di sostegno psicoanalitica. Lebigot, in particolare modo, ha ben evidenziato le caratteristiche della terapia psicoanalitica del trauma, che si differenzia dalla pratica psicoanalitica tradizionale ponendosi dei quesiti specifici e volti a risolvere in modo particolare: il problema della trasgressione del divieto di vedere la morte e del senso di colpa che ne consegue; il problema del transfert fisso sull'idealizzazione del terapeuta; il problema della fascinazione o attrazione irresistibile del trauma, di cui il paziente dovrà prendere consapevolezza a prezzo di un lavoro difficile e paziente.

Louis Crocq, università Paris V, fondatore della rete nazionale delle Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques/CUMP, già presidente dell'ALFEST.

Giovanni Nicoletti, psicologo psicoterapeuta, vice presidente Psicologi per i Popoli - Sicilia, traduttore e curatore dell'articolo.

Bibliografia

- Abraham K. (1918), *Contributo alla psicanalisi delle nevrosi da guerra*, trad. it. in Id., *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1975.
- Borman B. (1990), *Are all Vietnam veterans like John Rambo?* In Wolf M. e Moinsnam A., *Post-traumatic stress disorder. Etiology, phenomenology and treatment*, American Psychiatric Press, Washington, pp. 80-93.
- Briquet P. (1859), *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, J.B. Baillière et fils, Paris.
- Charcot J.M. (1890), *Leçon du mardi a la Salpêtrière. Polyclinique 1887-1888. Notes de cours, t. I*; Id., *Leçon du mardi a la Salpêtrière. Polyclinique 1888-1889. Note de cours, t. II*, Bureaux du Progres Médical, Paris, .
- Crocq L. (1992), *Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Nevrose Traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles*, "Psychologie Médicale", 24(5), pp. 427-432.
- Crocq L. (1999), *Les traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob, Paris.
- Damaye H. (1917), *Fonctionnement d'un Centre psychiatrique d'Armée*, «Progres Medical», 32.
- De Soir E. e Vermeiren E. (2002), *Les debriefing psychologique en question*, Garant, Antwerpen.
- Ferenczi S. (1918), *Psychanalyse des névrose de guerre*, trad. fr. in Id., *Œuvres complètes*, Payot, Paris, 1974.

- Fenichel O. (1951), *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio, Roma.
- Freud S. (1892), *Abbozzi per la "Comunicazione preliminare"*. In Id., *Opere*, vol. 1, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
- Freud S. (1920), *Al di là del principio del piacere*. In Id., *Opere*, vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1997.
- Grinker R. e Spiegel J. (1945), *Men under stress*, Blakinston, Philadelphia.
- Kardiner A. e Spiegel H. (1947), *War stress and neurotic illness*, Hoeber Inco, New York.
- Lebigot F. (1998), *Le debriefing individuel du traumatisme psychique*, "Annales Médico-Psychologiques", 155(6).
- Lebigot F. (2001), *Prise en charges psychothérapeutiques psychodynamiques*. In M. De Clerq-F. Lebigot, *Les traumatismes psychiques*, Masson, Paris.
- Lebigot F. (2005), *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*, Dunod, Paris.
- Nehmé A, Ducrocq F. e Vaiva G. (2004), *Les débriefings psychologiques dans la prévention des syndromes psychotraumatiques: revue de la littérature*, "Revue francophone du stress et trauma", 4(4), pp. 249-263.
- Oppenheim H. (1888), *Die traumatischen Neurosen*, Hirschewald, Berlino.
- Pinel P. (1887), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Brosson, Paris.
- Priedo N. et al. (2002), *Les troubles traumatiques précoces*, "Revue francophone du stress et du trauma", 2, pp. 39-44.
- Salmon T.W. (1917), *Care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British Army*, "Mental hygiene", I, pp. 509-547.
- Shatan C.F. (1974), *Through the membrane of reality: imparted grief and perceptual dissonance in Vietnam combat veterans*, "Psychiatric opinion", 11, pp. 7-14.