

STORIA CRITICA DEL DPTS¹

Scott A. Baldwin, Dipartimento di Psicologia, Università di Memphis
Daniel C. Williams, Dipartimento di Psicologia, Università di Memphis
Arthur C. Houts, The West Clinic, Memphis, Tennessee.

Riassunto

L'articolo descrive criticamente la storia della diagnosi di DPTS suddividendola in tre fasi: creazione, espansione e incarnazione. Gli autori indicano i fattori sociali, culturali e politici che hanno portato all'inclusione della diagnosi nel DSM-II e alla sua diffusione nella comunità scientifica e nella società più ampia. Vengono discussi inoltre alcuni nodi problematici: la validità del concetto di DPTS, l'utilità della diagnosi di DPTS, la specificità dei suoi sintomi, la qualità logica e metodologica della ricerca sul DPTS e sul concetto di trauma.

Parole chiave: *Psicopatologia storico-critica – DPTS – Trauma*

A CRITICAL HISTORY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Summary

This paper critically describes the history of PTSD diagnosis by splitting it into three periods: creation, expansion, and embodiment. The authors point to the social, cultural and political factors which caused PTSD diagnosis to be included in DSM-II and which led to its diffusion through the scientific community and the society at large. A number of issues are also discussed: validity of PTSD concept, usefulness of PTSD diagnosis, uniqueness of PTSD symptoms, logical and methodological status of research about PTSD and trauma.

Key words: *Historical critical psychopathology – PTSD – trauma*

La creazione del DPTS

Ciò che oggi chiamiamo DPTS è qualcosa di piuttosto diverso sia da ciò che il DPTS fu all'epoca della sua comparsa sia dai problemi psicologici connessi alla guerra descritti preceden-

¹ Scott Baldwin, Daniel Williams, Arthur C. Houts, The Creation, Expansion, and Embodiment of Posttraumatic Stress Disorder A Case Study in Historical Critical Psychopathology, *The Scientific Review of Mental Health Practice. Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*, Vol. 3, No. 1, Spring-Summer 2004. Traduzione e riduzione di Gabriele Lo Iacono © 2006 dietro autorizzazione dell'editore e degli autori.

temente (vedi Leys 2000; Shepard 2001; Young 1995, per una trattazione approfondita dei problemi psicologici connessi alla guerra descritti precedentemente). Tali discontinuità sono una maledizione per le storiografie tradizionali del DPTS (Bloom 2003), ma una lettura attenta delle ricostruzioni canoniche permette di constatare che la discontinuità trapela anche dai tentativi di scrivere una storia omogenea.

La sindrome post-Vietnam

L'espressione disturbo post-traumatico di stress (*post-traumatic stress disorder*) venne introdotta da una sottocommissione della DSM-III Task Force alla fine degli anni Settanta, in seguito alle forti pressioni esercitate dalla lobby dei veterani, coadiuvata dagli psichiatri Chaim Shatan, Robert J. Lifton e dai loro collaboratori (Scott 1990, 1993). In quanto attivisti contrari alla Guerra del Vietnam, Shatan e Lifton parteciparono all'organizzazione di gruppi di discussione per veterani (gruppi di autoaiuto condotti da non professionisti) nell'area di New York City, dove aveva il suo quartier generale la più grande organizzazione di attivisti contrari all'intervento statunitense, Vietnam Veterans Against the War (Burkett e Whitley 1998). Sulla base di questa esperienza, Shatan e Lifton cominciarono a descrivere la sindrome che Shatan denominò *post-Vietnam syndrome* (Shatan 1972). I due psichiatri, facendo riferimento ai concetti della teoria psicoanalitica, insisterono sull'esistenza di differenze fra questa sindrome e i problemi di adattamento connessi all'esperienza del combattimento in guerra già descritti in passato. Come avrebbero potuto richiamare l'attenzione della nazione su questi problemi se non li avessero presentati come qualcosa di nuovo e di diverso, da mettere specificamente in relazione con le caratteristiche della guerra in Vietnam? Tale novità della sindrome post-Vietnam appare evidente a chi legga le proposte originali nel loro contesto, ma essa è stata perlopiù ignorata da chi ha scritto la storia del DPTS, grazie ai tentativi di omogeneizzare tale storia per conferirle continuità e stabilità e dare l'impressione che il DPTS «c'è sempre stato senza che ce ne rendessimo conto».

Il concetto di sindrome post-Vietnam è piuttosto diverso da ciò che oggi chiamiamo DPTS. Il problema centrale, secondo Shatan (1972), era il "dolore incuneato" (*impacted grief*): "La sindrome post-Vietnam ci mette di fronte a una sofferenza che non trova una via di sbocco ovvero al 'dolore incuneato' dei soldati, in cui un passato incapsulato e mai risolto priva il presente di ogni senso" (p. 35). Shatan ritenne che questa condizione ricordasse alcune osservazioni di Freud sull'adattamento al combattimento durante la Prima Guerra Mondiale, ma considerò la sindrome post-Vietnam come qualcosa di a sé stante. Le caratteristiche principali della sindrome post-Vietnam secondo Shatan erano: il senso di colpa per le persone uccise o mutilate, la sensazione di essere stati imbrogliati e sfruttati dalla società, la rabbia per essere stati usati, l'odio verso gli altri, il senso di estraniamento e l'ottundimento mentale, la sensazione di non essere più capaci di provare amore per un'altra persona. Shatan arrivò anche a sminuire la possibilità che l'esperienza della guerra potesse interagire con altri disturbi preesistenti: "In presenza un forte stress, i disturbi psichiatrici preesistenti sono irrilevanti. La condizione predisponente cruciale è lo stress specifico stesso e di per sé basta a predire la natura e il grado della morbilità e dei sintomi" (p. 1035). Shatan affermò anche che i problemi di adattamento specifici erano diversi quando lo stressor è provocato dall'uomo anziché dovuto a una catastrofe naturale. Lifton (1982) sostenne argomenti simili, insistendo sul fatto che questa condizione era nuova poiché i soldati si erano scontrati con la morte in circostanze eticamente ambigue, a differenza di quanto era successo ai veterani della Seconda Guerra Mondiale che avevano combattuto in circostanze eticamente più chiare. Vale la pena osservare che i sintomi sopra elencati furono tratti da un campione di veterani del Vietnam che ritornati

dalla guerra si affiliarono all'organizzazione Vietnam Veterans Against the War (Veterani del Vietnam Contrari alla Guerra) e che ciò nonostante né Shatan né Lifton considerarono la possibilità di avere basato le loro osservazioni su un campione altamente selezionato di soldati, con concezioni morali e politiche corrispondenti alle loro.

Dal Disturbo di Stress da Catastrofe al DPTS

Non è ancora del tutto chiaro in che modo la sindrome post-Vietnam si trasformò in DPTS, ma Scott (1990, 1993) ha fornito a riguardo una delle analisi più dettagliate oggi disponibili. Shatan e Lifton costituirono il Vietnam Veterans Working Group che aveva la funzione di fornire dati alla DSM-III Task Force. A questa impresa collaborarono singoli e gruppi, e venne inoltrata una proposta (Shatan et al. 1976) a una commissione della DSM-III Task Force che si occupava dei disturbi reattivi e che era composta da tre persone. Nella proposta, la condizione in questione venne battezzata "disturbo di stress da catastrofe" e la commissione ne cambiò il nome in "disturbo di stress post-traumatico". Scott (1993) riferisce che la proposta venne adottata "quasi esattamente come l'aveva preparata il Working Group" (p. 66) nell'edizione del gennaio 1978 della bozza del DSM-III (Task Force 1978). Curiosamente, nel documento bozza del DSM-III, il DPTS venne collocato in una sezione intitolata "Disturbi Reattivi non Classificati Altrove", che comprendeva anche vari disturbi dell'adattamento. Perlomeno nella bozza del DSM-III l'intenzione era di distinguere il DPTS dagli altri disturbi non solo collocandolo in questa categoria speciale ma anche nelle istruzioni specifiche riguardo alla diagnosi differenziale.

La diagnosi differenziale comprende il Disturbo Depressivo, il Disturbo d'Ansia Generalizzata, il Disturbo Fobico, il Disturbo dell'Adattamento, e il Disturbo Mentale Organico. Esso differisce dal Disturbo Depressivo, dal Disturbo d'Ansia Generalizzata e dal Disturbo Fobico in quanto i sintomi di depressione, ansia o fobia non dominano il quadro clinico; queste diagnosi dovrebbero essere fatte in aggiunta a quella di DPTS in quei pazienti che rispondono in pieno ai rispettivi criteri. Tuttavia, il DPTS differisce dai Disturbi dell'Adattamento in quanto gli stressor che lo producono sono più gravi e al di fuori della gamma delle esperienze umane solitamente considerate normali; differisce da essi anche perché i sintomi e le complicazioni tendono ad essere più gravi, durevoli e handicappanti. (Task Force 1978, p. N:4)

A un certo momento, fra la comparsa della bozza del DSM-III e la pubblicazione del DSM-III nel 1980, il DPTS venne tolto dalla sezione che comprendeva i disturbi dell'adattamento e collocato nella sezione dedicata ai disturbi d'ansia. L'unico riferimento a questo spostamento, all'interno del DSM-III, compare nell'appendice dove si confronta il DSM-III con l'edizione precedente; lì il DPTS viene paragonato alla nevrosi traumatica (p. 378) ma questa espressione nel DSM-II non compare.

L'espressione "nevrosi traumatica" ha una sua storia in psichiatria e venne usata a proposito dello shock da granata (*shell shock*²) nella Prima Guerra Mondiale e delle nevrosi di guerra della Seconda Guerra Mondiale (Leys 2000). Quello che colpisce nell'Appendice del DSM-III è che non viene fatto alcun riferimento a questa letteratura mentre vengono citati altri usi dell'espres-

² *Shell shock* è un'espressione usata durante la Prima Guerra Mondiale per indicare il trauma psicologico sofferto dai soldati che combattevano sui fronti principali: in Francia, nelle Fiandre, lungo l'Isonzo e a Gallipoli. A causa dell'intensità delle battaglie combattute su questi fronti - specialmente nelle Fiandre e in Francia - soldati che apparentemente godevano di buona salute mentale ebbero delle crisi nevrotiche.

Storia critica del DPTS

sione “nevrosi traumatica” che non si riferiscono a contesti di guerra. Se gli autori del DSM-III avessero avuto l’intenzione di mettere in evidenza la continuità con altri problemi di adattamento connessi alla guerra, il confronto ovvio avrebbe dovuto riguardare gli altri problemi psichiatrici correlati alla guerra, anche se il DSM-II aveva abbandonato l’espressione *gross stress reaction* (grave reazione di stress) del DSM-I. Di tali contraddizioni e incoerenze non si fa mai menzione nella storia convenzionale del DPTS. A onor del vero, in parte, ciò che convinse la commissione del DSM-III ad accettare una nuova diagnosi per questi problemi psicologici dei veterani fu il fatto che il *working group* dimostrò che alcuni clinici di alcuni ospedali della Veterans Administration avevano utilizzato la denominazione “nevrosi traumatica da guerra” come diagnosi provvisoria accanto alla diagnosi ufficiale secondo il DSM-II (Scott 1993). Ciò nondimeno, non si trovano tracce di tale influenza nella versione pubblicata del DSM-III.

Dopo l’ingresso del DPTS nella nomenclatura ufficiale, alcuni sviluppi paralleli nella comunità dei veterani e fra i politici di Washington e i funzionari della Veteran Administration ne garantirono l’uso frequente all’interno del sistema della Veteran Administration. Ecco come Scott (1993) ha riassunto gli sviluppi sul piano sociale e politico:

La legislazione sul trattamento dell’alcolismo e dell’abuso di droghe fra i veterani del Vietnam venne introdotta nel 1971 dal senatore Alan Cranston, contrario alla guerra. La misura passò in senato ma venne bloccata nella Commissione per gli Affari dei Veterani della camera. I membri della commissione, convinti sostenitori della guerra, ritennero che i veterani del Vietnam non avessero bisogno di programmi speciali. L’American Legion e la Veterans of Foreign Wars, organizzazioni dominate dai veterani della Seconda Guerra Mondiale, si opposero con molta decisione alla misura. Il disegno di legge Cranston passò in senato altre quattro volte fra il 1973 e il 1978 ma ogni volta nella commissione della camera incontrò lo stesso destino del 1971. Nel 1977, il disegno di legge Cranston attribuì molta importanza al counseling come cura del DPTS e ottenne il sostegno di Max Cleland, nuovo direttore generale della Veterans Administration. Nel 1979, le commissioni di camera e senato raggiunsero un accordo politico che consentì al disegno di legge sul counseling per il riadattamento di trasformarsi in legge. Cleland e il suo staff progettarono un programma per implementare il disegno di legge Cranston, e nel 1981 la Veterans Administration aveva già costituito 137 Centri per Veterani. (p. xix)

Questi Centri per Veterani, che regolarmente vennero collocati in sedi staccate rispetto alle strutture ospedaliere principali della Veterans Administration, erogarono counseling e altri servizi ai veterani del Vietnam, la maggior parte dei quali ricevettero la nuova diagnosi di DPTS.

Senza le associazioni di veterani e le ingenti pressioni politiche dei gruppi di difesa dei veterani, difficilmente il DPTS sarebbe stato incluso nel sistema del DSM-III in quel momento.

I soldati che prestavano servizio al fronte per lunghi periodi impararono presto a riconoscere i sintomi dello shock da granata nei loro commilitoni. Le autorità militari arrivarono a riconoscerli piuttosto in ritardo. Inizialmente si credette che le vittime di shock da granata soffrissero degli effetti fisici diretti dell’esplosione delle granate o di un avvelenamento da monossido. I sintomi erano di varia intensità e andavano dagli attacchi di panico - che a volte portavano alla fuga dal campo di battaglia e alle conseguenti condanne della corte marziale per diserzione - alla paralisi fisica e mentale. Quando vennero mandati a casa, molti soldati vittime di shock da granata si ristabilirono con il passare del tempo mentre molti altri continuarono a subirne gli effetti per anni. Il trattamento dello shock da granata era rozzo e a volte persino nocivo. Le teorie psicologiche relative al suo trattamento si svilupparono poco alla volta. Non esistono stime attendibili della diffusione del disturbo (vedi www.firstworldwar.com). (ndc)

Inizialmente la diagnosi di DPTS servì a richiamare l'attenzione sui veterani del Vietnam che stavano incontrando vari problemi di adattamento, in modo che potessero ricevere l'assistenza di cui necessitavano, e l'approvazione della legge per finanziare i servizi destinati a quei veterani garantì al DPTS lo status di nuovo disturbo psichiatrico.

A partire da queste origini piuttosto particolari e in un certo qual modo incerte, il concetto di DPTS si è allargato molto e rapidamente, trasformandosi progressivamente in ciò che noi oggi intendiamo per DPTS. L'espansione del concetto, che ha permesso di applicare la diagnosi a un numero sempre maggiore di persone, è l'argomento del prossimo paragrafo.

L'espansione del DPTS

Ogni segmentazione della storia di un concetto è necessariamente imperfetta, e i confini fra creazione ed espansione del DPTS non fanno eccezione. Per certi versi, il seme dell'espansione del DPTS venne gettato all'inizio delle consultazioni fra il Working Group dei veterani del Vietnam e la commissione per i Disturbi Reattivi del DSM. Laddove i gruppi di veterani erano interessati a certe difficoltà che dal loro punto di vista erano connesse in modo specifico alla guerra, il fatto di riuscire a ottenere una nuova diagnosi avrebbe richiesto il raggiungimento di compromessi politici con gruppi affiliati che cercavano di estendere il concetto alle vittime di catastrofi naturali, ai superstiti dell'olocausto, alle vittime di incendi e ad altre persone che cercavano un aiuto per adattarsi a eventi catastrofici di vario tipo (Scott 1993). Nel 1982, Jack Smith, veterano del Vietnam membro del working group e unico non addetto ai lavori nominato a far parte di una commissione del DSM-III, scrisse che esisteva una certa somiglianza fra le reazioni di un giocatore di pallacanestro responsabile della sconfitta della sua squadra e le reazioni dei soldati o degli operatori sanitari dei servizi di emergenza che si attribuiscono la colpa di un decesso (Smith 1982). Osservando le cose retrospettivamente, forse la linea di demarcazione fra ciò che era evidentemente traumatico e ciò che era all'interno della gamma delle esperienze umane normali non venne tracciata abbastanza chiaramente.

Le prime formulazioni del DPTS stabilirono dei limiti riguardo a ciò che poteva essere considerato un evento stressante, circoscrivendolo alla guerra, alle catastrofi naturali e agli incidenti con conseguenze debilitanti. Nel tempo, tuttavia, ricercatori e clinici hanno allargato la categoria delle circostanze che possono essere considerate degli stressor abbastanza gravi da produrre il presunto "trauma psicologico". Come diremo sotto, il concetto di trauma psicologico risultò inconsistente e incontrollato a causa dell'applicazione erronea dell'inferenza della migliore spiegazione³. Pertanto un maggior numero di persone poté rientrare nella diagnosi di DPTS.

³ Inferenza della spiegazione migliore (*inference to the best explanation*) è un'espressione usata in logica ed è sinonimo di abduzione. L'abduzione è una forma di inferenza, cioè di produzione di ipotesi per spiegare osservazioni o conclusioni. Il concetto di abduzione venne introdotto da Peirce nel tentativo di classificare una certa forma di sillogismi che, pur non essendo validi dal punto di vista logico, vengono usati spesso dagli scienziati. Tali sillogismi hanno la forma seguente:

- i) Tutti i fagioli di questo sacchetto sono bianchi.
- ii) Questi fagioli sono bianchi.
- iii) Quindi, questi fagioli vengono da questo sacchetto.

Questa inferenza permette di ottenere una spiegazione delle osservazioni descritte nella seconda premessa (vedi Free On-Line Dictionary of Computing, <http://foldoc.doc.ic.ac.uk/foldoc/index.html>) (ndc)

Allargando la categoria degli eventi qualificabili come eventi traumatici, un maggior numero di persone venne considerato a rischio di sintomi post-traumatici. Questo ampliamento della portata del concetto di DPTS è ciò che noi chiamiamo espansione del DPTS. In questo paragrafo prendiamo in esame l'espansione che si verificò in seguito all'introduzione formale del DPTS nel DSM-III. Tal espansione fu un processo complesso. Innanzitutto, descriviamo brevemente la natura dell'espansione del DPTS. Poi affrontiamo alcuni problemi concettuali coinvolti nella definizione del "trauma psicologico". Infine, analizziamo il contesto culturale in cui è avvenuta l'espansione e il ruolo giocato dai professionisti della salute mentale in questo processo.

L'espansione del criterio dello stressor

I confini concettuali del DPTS si sono ampliati costantemente da quando questa espressione venne introdotta. La struttura concettuale del DPTS si compone di tre parti organizzate in una catena causale. Innanzitutto c'è un evento terrificante; poi c'è una "ferita psicologica", che di solito viene descritta come un ricordo traumatico; quindi ci sono i sintomi comportamentali e psicologici prodotti dalla ferita psicologica. Alcuni dei primi osservatori, fra cui Shatan e Lifton, diedero molto rilievo alla prima parte della catena causale, l'evento catastrofico. Questi autori affermarono infatti che le terribili circostanze della Guerra del Vietnam erano capaci in modo specifico di produrre il "trauma psicologico" che si osservava nei veterani del Vietnam. In altre parole, si evidenziava l'esistenza di una connessione inscindibile fra eventi come la Guerra del Vietnam e i sintomi traumatici. Nel DSM-III le categorie di eventi vennero alquanto ampliate, ma la loro natura venne delimitata affermando che doveva trattarsi di qualcosa che travalica la gamma delle normali esperienze umane e che è dovuto alla "esistenza di uno stressor identificabile che provocherebbe sintomi significativi praticamente in chiunque" (APA 1980, p. 238). Si ritenne che le normali esperienze umane non fossero sufficienti a produrre la presunta ferita psichica. Con il passare del tempo tuttavia la connessione fra certi eventi specifici e il trauma psicologico divenne più debole. Come si è osservato sopra, si dovettero fare delle concessioni riguardo al legame fra la Guerra del Vietnam e i sintomi traumatici affinché il DPTS fosse incluso nel DSM-III. Ne è una prova il cambiamento di denominazione: da sindrome post-Vietnam a disturbo di stress da catastrofe fino alla dicitura più generica di disturbo di stress post-traumatico.

L'espansione ha un riflesso anche nella trasformazione dei criteri del DSM (APA 1980, 1987, 1994, 2001). Quelli del DSM-III stabilivano che l'individuo deve avere vissuto personalmente l'evento catastrofico - la connessione fra l'evento e la ferita psichica presupponeva che la persona dovesse essere presente alle circostanze terrificanti. Con il DSM-IV, non è più necessario che la persona psichicamente ferita sia stata fisicamente presente nel luogo dell'evento terrificante ma può avere semplicemente "assistito" a un evento potenzialmente letale o "essere venuta al corrente" del fatto che una persona a cui è attaccata ha corso il rischio di morire. Non esiste più una distinzione fra chi viene torturato in un luogo di detenzione per prigionieri di guerra e chi viene a sapere che un parente stretto ha avuto un incidente in automobile. Gli uni e gli altri possono ricevere una diagnosi di DPTS se presentano quelle reazioni che prima erano ambigue e che ora sono state trasformate in sintomi di DPTS.

L'allentamento della connessione tra un episodio terrificante e il trauma psicologico potrebbe essere considerata un indizio di problemi oppure un segno di progresso. Se, da un lato, la restrizione del criterio dello stressor a un ristretto gruppo di circostanze è inadeguata perché esistono chiare prove del fatto che alcune circostanze escluse producono un "trauma psicologico", allora l'allargamento del concetto di evento stressante riflette una comprensione migliore di

ciò che produce un trauma psicologico - in una parola, progresso. Se, dal canto opposto, le prove del fatto che alcuni degli eventi esclusi producono un "trauma psicologico" sono scarse, allora un criterio dello stressor più generico è un'espansione indebita. Inoltre, se la connessione fra gli eventi e il "trauma psicologico", vuoi intesa in senso ampio vuoi intesa in senso ristretto, non viene stabilita chiaramente, allora l'espansione del DPTS è segno di confusione concettuale - in due parole, grossi problemi. Noi riteniamo che la connessione fra eventi esterni e trauma psicologico non sia chiara quanto normalmente si crede. Infatti, tanto per cominciare, tutta l'idea di trauma psicologico è problematica e, peggio ancora, questo concetto problematico è stato più volte usato negli appelli erronei dell'inferenza della migliore spiegazione (vedi sotto).

"Trauma psicologico" è una metafora

Spesso ci si dimentica che l'espressione "trauma psicologico" è una metafora (Summerfield 2001). In greco antico e in medicina "trauma" significa ferita o lesione fisica (Liddell et al. 1996). Nell'Oxford English Dictionary la prima accezione del termine è ferita fisica e risale all'uso in medicina nel Diciassettesimo secolo. L'accezione secondaria, che si riferisce alla ferita psichica, viene attribuita a William James, che descrisse i traumi psichici come "spine nello spirito" (Simpson et al. 1989). James conosceva le ricerche in corso in Europa nel Diciannovesimo secolo, dove Freud, Janet e Charcot avevano descritto l'uso dell'ipnosi per la cura di ricordi traumatici e per rimuovere o indurre sintomi nervosi in pazienti isteriche. La fine del Diciannovesimo secolo fu anche il contesto in cui altre vicende, come gli incidenti ferroviari, stimolarono varie speculazioni sui traumi, che potevano non presentarsi sotto forma di lesione fisica (Leys 2000; Young 1995). All'alba del Ventesimo secolo, la psicologizzazione del trauma fu pressoché completa (Hacking 1995)⁴.

Questa reificazione di una ferita nascosta e interiore ha trovato dei detrattori, che a quanto pare non hanno avuto la meglio. Hacking ha osservato che uno di questi scettici fu Nietzsche che nella *Genealogia della morale* (1887) scrisse:

Il "dolore psicologico" non mi sembra in sé un fatto definito ma al contrario solo un'interpretazione, un'interpretazione causale di una serie di fenomeni che non si possono esprimere esattamente [...] in realtà è solo una parola grassa che sta al posto di un magro punto di domanda. (Citato in Hacking 1995, p. 197)

È importante rilevare che questi primi impieghi della metafora del trauma psicologico erano piuttosto diversi dalle nostre attuali concezioni del DPTS. Innanzitutto, si dava molto risalto agli aspetti dissociativi e al fatto che l'evento non veniva vissuto come qualcosa di traumatico al momento del suo verificarsi. In secondo luogo, l'idea che un certo genere di circostanze potesse produrre meccanicamente un trauma psicologico senza la partecipazione attiva e persino la confabulazione della vittima non sarebbe stata coerente con le teorie del trauma del Diciannovesimo secolo (Leys 2000).

⁴ Sulla storia della "psicologizzazione del trauma" si veda l'articolo di Carlo Bonomi, La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di "nevrosi traumatica" (1870-1920 ca.) pubblicato in "Teoria & Modelli", n.s., 2000, V, 1-2, pp. 125-161 e reperibile on-line sul sito dell'autore (ndc).

Storia critica del DPTS

I problemi derivanti dalla natura metaforica del concetto di trauma psicologico possono essere illustrati confrontando due situazioni ipotetiche: un medico che fa una diagnosi di trauma fisico e uno psicologo che fa una diagnosi di trauma psicologico. Come si è accennato sopra, la struttura del DPTS è tripartita: ci sono l'evento, la presunta ferita e i sintomi⁵.

Quando i medici curano un trauma fisico, osservano gli ultimi due anelli della catena causale. Osservano i sintomi (per es., l'emorragia, lo shock, le urla) e la ferita stessa. Inoltre, esaminando la ferita, il medico può fare delle inferenze forti riguardo a ciò che l'ha causata - le ferite da arma da taglio hanno un aspetto diverso da quelle prodotte con oggetti non affilati né appuntiti. Al medico manca solo un passo inferenziale per arrivare alla causa dei sintomi perché può vedere chiaramente sia la ferita sia i sintomi. Per contro lo psicologo deve fare due passi inferenziali per giungere alla causa dei sintomi. Infatti osserva solo l'elemento finale della catena causale: i sintomi. Non osserva il trauma in sé ma solo le manifestazioni della ferita psicologica inferita. Deve prima inferire che la psiche è ferita e poi che qualche evento ha prodotto quella ferita psichica. Sarebbe come chiedere a un medico di fronte a un paziente sanguinante ma incapace di vedere il trauma di stabilire se la causa sia un tumore o un aneurisma. Il medico può fare dell'altro e rispondere alla domanda utilizzando delle procedure diagnostiche per immagini o un'autopsia. Per contro, lo psicologo non può ricorrere a risorse analoghe.

Non sorprende che l'ampiezza del concetto di DPTS sia aumentata dato che gli psicologi possono usare solo sintomi e comportamenti come unica prova della presenza di un "trauma psicologico". Quando una persona manifesta sintomi tipo DPTS, in teoria qualunque evento potrebbe averli prodotti dato che, dopo tutto, si tratta di sintomi tipo DPTS. Prima della comparsa della diagnosi di DPTS, i sintomi tipo DPTS sarebbero stati considerati reazioni ambigue e aspecifiche. Infatti i primi detrattori della diagnosi di DPTS sostenevano che i sintomi di DPTS non erano manifestazioni particolari e che potevano rientrare in altre diagnosi (Scott 1990). Tuttavia, una volta inventato il DPTS, le reazioni delle persone alle circostanze infauste della vita non furono più semplicemente reazioni ma divennero sintomi di DPTS - prove di un trauma. Come ha osservato Young (1995):

Comunque vengano ottenute, le prove di una possibile esperienza eziologica credibile trasformano dei sintomi aspecifici in elementi di DPTS. Ruminazioni che altrimenti indicherebbero un disturbo dell'umore sono divenute oggi "ripetizioni dell'esperienza"; comportamenti che somigliano alle comuni fobie vengono trasformati in "comportamenti di evitamento" di un DPTS; episodi di irritabilità vengono ridefiniti come "sintomi di attivazione autonoma". Il concetto di DPTS conferisce a sintomi altrimenti ambigui un'importanza che altrimenti potrebbero non avere. (p. 120)

In altre parole, il concetto di DPTS ha creato una struttura concettuale che permette di inferire un trauma psicologico a partire da sintomi aspecifici. L'inclusione del DPTS nel DSM-III ha creato un nuovo genere di precedente professionale per inferire che certi eventi terrificanti hanno causato un trauma psicologico, il quale, a sua volta, causa i sintomi osservati.

⁵ Sappiamo che in medicina esiste la distinzione fra segni, che sono aspetti direttamente osservabili della malattia, e sintomi, che sono aspetti della malattia non osservabili e riferiti dal paziente. Non crediamo che tale distinzione sia importante ai fini di ciò che qui intendiamo affermare. Pertanto, per convenienza, useremo il termine "sintomi" a proposito di tutti gli aspetti di una malattia.

Errori nell'inferenza della migliore spiegazione

Resta un problema aperto: tali inferenze sono giustificate? La nostra risposta è negativa. I traumi psicologici non possono essere osservati come si osservano i traumi fisici. Gli appelli alle prove di tipo biofisico per i traumi psicologici sono nella migliore delle ipotesi inconcludenti (vedi sotto). Così, se si chiede come sia possibile affermare che c'è stato un trauma psicologico, la maggioranza dei clinici e dei ricercatori è costretta a rispondere: "Perché vediamo i sintomi". Houts (2001) descrive questa inferenza così: "Il fondamento sulla base del quale possiamo affermare che c'è una disfunzione [cioè un trauma] è il seguente: vediamo i comportamenti [cioè i sintomi di DPTS] che vediamo e non possiamo immaginare altra spiegazione per l'origine di questi comportamenti se non la presenza di un processo o di un meccanismo guasto all'interno dell'organismo [cioè il trauma psicologico]" (p. 337). Questo è un appello all'inferenza della migliore spiegazione, un particolare tipo di argomentazione identificato per la prima volta da Peirce, che l'ha denominato *abduzione*.

Ciò che dice lo stesso Peirce (1901/1956) a proposito dell'*abduzione* ci aiuta a chiarire perché questo tipo di ragionamento sia sospetto applicato al DPTS⁶:

Molto tempo prima che io classificassi per la prima volta l'*abduzione* come un'inferenza, i logici riconobbero che l'operazione di adottare un'ipotesi esplicativa - cioè un *abduzione* - era soggetta a certe condizioni. L'ipotesi, cioè, non può essere ammessa, neanche come ipotesi, a meno che non si supponga che essa possa spiegare i fatti o alcuni di essi. La forma dell'inferenza è quindi la seguente:

Si osserva C, il fatto sorprendente;
Ma se A fosse vero, C sarebbe un fatto naturale,
Quindi, c'è ragione di sospettare che A sia vero.

Quindi A non può essere inferito *abduktivamente* o, se si preferisce l'espressione, non può essere congetturato *abduktivamente* a meno che tutto il suo contenuto non sia già presente nelle premesse: "Se A fosse vero, C sarebbe un fatto naturale" (p. 151-152).

In altre parole, quello che serve sono delle prove sperimentali indipendenti del fatto che quando avviene A, il risultato attendibile è C. Nel caso dei sintomi di DPTS, avremmo bisogno di sapere che quando avvengono certi eventi, si producono attendibilmente determinate conseguenze. Di fatto, nel caso del DPTS le cose sono un po' più complicate perché avremmo bisogno di accertare se certi eventi hanno attendibilmente prodotto un trauma psicologico e se il trauma a sua volta ha prodotto i sintomi osservati. Non possediamo prove del primo tipo perché, per evidenti ragioni etiche, non si è potuto assegnare un gruppo di persone scelte a caso alla consegna di vivere determinati eventi terrificanti per osservare quali comportamenti ne conseguono. Difficilmente otterremo prove del secondo tipo perché nessuno sa come identificare un trauma a prescindere dai sintomi che esso presumibilmente produce.

Inoltre esistono pochi disegni prospettivi in cui i ricercatori possiedono informazioni riguardo alle condizioni precedenti e a quelle successive a un evento terrificante. Gli studi sono invece

⁶ Si osservi che non stiamo affermando che il ragionamento *abduitivo* è una forma di ragionamento difettosa ma che se n'è abusato nella letteratura sul PTSD perché le condizioni per un'inferenza *abduitiva* non erano presenti.

perlopiù retrospettivi, perlomeno per quanto riguarda la possibilità che l'evento terrificante sia stato "psicologicamente traumatico". Questo studi non sono adatti a stabilire se il trauma psicologico sia stato causato da un evento terrificante. Come ha osservato Young (1995), "la ricerca sui ricordi traumatici continua a concentrarsi su alcuni veterani del Vietnam con molteplici diagnosi psichiatriche e menomazioni psicosociali importanti. Oggi, a distanza di decenni dalla guerra, questa popolazione è del tutto inadatta per lo studio del ruolo giocato dalle diatesi premorbide, dalla suggestionabilità, dalla riconsiderazione di eventi passati e dalla contingenza nella genesi dei sintomi attuali" (p. 137). In breve, non esiste un modo rigoroso per eliminare i fattori confusivi quando le prove sono retrospettive e vengono ricavate da una popolazione che potrebbe trarre dei vantaggi piuttosto consistenti dal fatto di ricevere una diagnosi di DPTS. Come è stato osservato, una disabilità permanente dovuta a un DPTS vale circa 35.000 dollari di entrate esentasse all'anno (Burkett e Whitley 1998, p. 236).

Gli esempi delle molestie sessuali e degli attacchi terroristici

McNally (2003) ha identificato due aree di ricerca sul DPTS che illustrano come la confusione sulla natura metaforica del concetto di trauma psicologico abbia portato all'espansione del DPTS: quella delle molestie sessuali e quella delle inchieste nazionali condotte dopo gli attacchi terroristici dell'undici settembre 2001. Entrambi gli esempi illustrano anche l'uso erraneo dell'inferenza della migliore spiegazione. L'associazione fra molestie sessuali e DPTS è stata al centro dell'attenzione nazionale nella causa intentata da Paula Jones contro il presidente Bill Clinton (Leys 2000). In un recente articolo, Avina e O'Donohue (2002) hanno affermato che le vittime di molestie sessuali presentano effettivamente reazioni che una volta apparivano ambigue e che oggi sono state trasformate in sintomi di DPTS. Basandosi soltanto sulla coerenza logica, gli autori hanno osservato che, dato che i sintomi delle vittime sono sintomi di DPTS, allora le molestie sessuali possono essere interpretate in un modo che corrisponde al criterio dello stressor del DSM-IV. Nel caso delle molestie sessuali, ricercatori e clinici hanno osservato sintomi di DPTS e hanno inferito che le molestie sessuali hanno prodotto un trauma che ha provocato i sintomi. Non c'è una ragione teorica o empirica per credere che le molestie sessuali siano traumatiche fatta eccezione per il fatto che alcune persone che hanno subito molestie sessuali presentano sintomi tipo DPTS. Nei termini adottati da Peirce, non c'è motivo di credere che, dato un episodio di molestie sessuali, ne consegua naturalmente o l'elusivo trauma psicologico o i suoi sintomi correlati tipo DPTS. McNally (2003) ha sottolineato questo punto: "Il fatto di sentire di sfuggita delle battute fastidiose a contenuto sessuale sul posto di lavoro può fornire il motivo legale per una causa ma sembra improbabile che possa produrre lo stesso stato psicobiologico di DPTS di una violenza sessuale" (p. 232). Il problema è evidente. Se non esiste una base per escludere la presenza di un trauma, il trauma può sempre essere inferito a partire da sintomi di sofferenza psicologica. Se a tale indeterminazione si aggiungono i continui cambiamenti in ciò che la società considera offensivo, spiacevole e legalmente perseguibile si ottiene una ricetta infallibile per espandere il DPTS.

Qualcuno potrebbe sostenere che le molestie sessuali potrebbero effettivamente produrre lo stesso stato psicobiologico del DPTS di una violenza sessuale se la persona molestata è predisposta a sviluppare un DPTS. Questa possibilità è plausibile e alcuni ricercatori hanno cominciato a esplorarla (per una rassegna, vedi McNally, Bryant e Ehlers, 2003). Per poter concludere che l'interazione fra una predisposizione a sviluppare il DPTS e il fatto di avere subito delle molestie sessuali provoca un DPTS, bisognerebbe comunque soddisfare i criteri di Peirce. Tuttavia i dati sui fattori di rischio sono ancora scarsi e inconcludenti (McNally et al. 2003) e riguardano perlopiù

persone coinvolte in combattimenti, non vittime di molestie sessuali. Pertanto, affermare che l'interazione fra una predisposizione allo sviluppo del DPTS e il fatto di avere subito molestie sessuali provoca il DPTS sarebbe ingiustificato e costituirebbe un ulteriore abuso dell'inferenza della migliore spiegazione.

La seconda arena per l'espansione del DPTS sono state le inchieste nazionali condotte dopo gli attacchi terroristici dell'undici settembre 2001 (Schlenger et al. 2002; Schuster et al. 2001; Silver et al. 2002). Nella loro inchiesta sugli statunitensi adulti non direttamente colpiti dagli attacchi terroristici, Schuster et al. hanno concluso che i sintomi di sofferenza psicologica da loro osservati erano di fatto "connessi al trauma" (p. 1511). Di nuovo, è improbabile che una persona di Seattle (Washington) che abbia visto gli attacchi alla televisione fosse in uno stato simile a quello di una persona fisicamente presente a Ground Zero. Ciò nonostante, i ricercatori hanno concluso che persone sparse in tutti gli Stati Uniti sono rimaste traumatizzate, dato che hanno osservato sintomi tipo DPTS - un'inferenza logicamente ingiustificata.

La cultura della terapia: 7 dicembre 1941 vs. 11 settembre 2001

L'attuale cultura della terapia non soltanto è caratteristica dei nostri tempi ma ha anche facilitato l'espansione del DPTS. Per dare un'idea di quanto il clima cultura attuale sia diverso da quello di mezzo secolo fa, abbiamo confrontato la copertura da parte della stampa degli eventi del 7 dicembre 1941 con quella fornita a proposito degli eventi dell'11 settembre 2001⁷. Abbiamo considerato le notizie date dal "Time" e dal "Newsweek" su entrambi gli eventi. A differenza di quanto è stato scritto dopo l'11 settembre, nelle settimane successive all'attacco di Pearl Harbor i riferimenti alla preoccupazione per la salute mentale degli statunitensi furono scarsissimi. Nessun articolo avvertì i lettori degli effetti negativi che gli attacchi avrebbero avuto sulla loro salute psicologica e nessuno parlò di cosa avrebbe potuto fare l'esercito per salvaguardare la salute psicologica dei soldati. Si pensò e ci si preoccupò poco per le possibili conseguenze psicologiche sulla gente. Ecco un estratto dell'articolo "Gli Stati Uniti in guerra", pubblicato sul "Time", che si può considerare tipico:

⁷ Siamo consapevoli del fatto che, come avviene in tutti i confronti storici, esistono delle differenze fra l'attacco di Pearl Harbor e gli attacchi terroristici dell'11 settembre 2001. Inoltre per alcuni aspetti gli attacchi terroristici sono stati una tragedia unica nella storia degli Stati Uniti. Per esempio, siccome gli attacchi terroristici vennero diretti contro civili anziché militari, hanno indotto un maggior numero di statunitensi a dubitare della loro sicurezza rispetto agli attacchi su Pearl Harbor. Ciò nonostante anche gli attacchi su Pearl Harbor hanno messo in crisi il senso di sicurezza degli statunitensi, come dimostra il fatto che migliaia di statunitensi di origine asiatica vennero rinchiusi in campi di concentramento.

Poiché questa analisi comparativa ed esemplificativa è di carattere storico, ci manca il controllo metodologico che possa garantire una comparabilità rigorosa. Tuttavia, sul piano del confronto storico, gli attacchi di Pearl Harbor corrispondono agli attacchi terroristici dell'11 settembre più di qualunque altro evento della storia degli Stati Uniti. Per esempio, entrambi gli eventi furono (a) attacchi sul suolo americano da parte di organizzazioni o paesi stranieri; (b) furono particolarmente devastanti a causa dell'elemento sorpresa; (c) indussero un atteggiamento di forte sospetto nei confronti dei membri del gruppo etnico degli aggressori; (d) furono sufficientemente distruttivi da sollecitare una reazione militare massiccia da parte del governo degli Stati Uniti.

Storia critica del DPTS

Che cosa ha detto la gente, 132.000.000 di persone, di fronte all'evento più imponente dell'epoca? Quello che hanno detto, quello che decine di migliaia di persone hanno detto, è stato: "Perché, bastardi musci gialli!"

Centinaia di migliaia di persone hanno detto la stessa cosa in modo diverso, con diverse sfumature. A Norfolk (Virginia) il primo uomo alla centrale di reclutamento ha detto: "Voglio picchiare questi giapponesi con le mie mani". Al porto di San Diego, nel pomeriggio, si è raccolta lentamente una folla. C'era un gruppetto di persone, diventato poi una folla, che guardavano intensamente a occidente oltre il porto, oltre Point Loma, al di là del Pacifico, dove c'è il nemico. Non c'erano manifestazioni di eccitazione, isterismi, non c'erano parole per le emozioni dietro ai volti seri e determinati. (p. 17)

Senza dubbio la gente ha avuto paura ed è probabile che molti soldati, marinai e civili alle Hawaii abbiano avuto incubi, ruminazioni e altri disturbi del sonno in seguito all'attacco di Pearl Harbor. Una cosa che evidentemente non hanno avuto è un'industria e una cultura della salute mentale che permettesse o incoraggiasse persino a dare un significato particolare a quelle reazioni. Ancora, dal punto di vista della psicopatologia storico-critica, quello che colpisce nel confronto fra l'11 settembre e Pearl Harbor è che non ci fu spazio perché il DPTS comparisse all'epoca di Pearl Harbor. Quello che ci poté essere è invece la reazione aggressiva e sciovinista di andare a prendere le persone che commisero quell'azione orribile. Nel linguaggio dell'ontologia storica possiamo chiederci: perché la gente ha sviluppato un DPTS nel 2001 e non nel 1941?

Oltre che dal concetto confuso ed equivoco di trauma psicologico e dall'uso errato dell'inferenza abduttiva, l'espansione del DPTS è stata alimentata da due tendenze del settore della salute mentale che furono messe in moto alla fine degli anni Sessanta e che continuano ancora oggi (Horwitz 2002; Rieff 1966): la patologizzazione della vita quotidiana attraverso la ricerca e la continua espansione del campo di interesse delle professioni della salute mentale.

Il ruolo dei professionisti della salute mentale

Nella fase di espansione del DPTS, la presenza dei professionisti della salute mentale nel mondo del trauma è cresciuta. In particolare, l'aumento delle ricerche sul trauma ha creato una nuova industria della psicoterapia che si è concentrata sul trattamento delle persone "traumatizzate". Questo aumento dell'attenzione per i traumi ha creato delle forze sociali ed economiche che hanno contribuito ad alimentare l'espansione del DPTS.

La ricerca sul trauma

I ricercatori si confrontano e fanno ricerche sui traumi più di quanto non abbiano mai fatto prima. Per divulgare le loro idee, hanno fondato delle riviste specialistiche sul trauma, come il "Journal of Traumatic Stress", e hanno organizzato molte conferenze professionali dedicate a questo tema. Ci si può fare un'idea dell'entità della crescita delle pubblicazioni sul DPTS dando un'occhiata alla figura 1, che illustra il numero di pubblicazioni per ogni anno a partire dal 1980 fino ad arrivare al 2002.

Come si vede, durante questa fase di espansione c'è stato un aumento drastico e costante di pubblicazioni sul DPTS. Come dimostra la valanga di ricerche seguite agli attacchi terroristici dell'11 settembre, i ricercatori si stanno interessando di più alla vita delle persone che potrebbero risentire delle conseguenze di eventi terrificanti. Come ha osservato Hacking (1998) a proposito

Pubblicazioni sul DPTS (citate in PubMed)

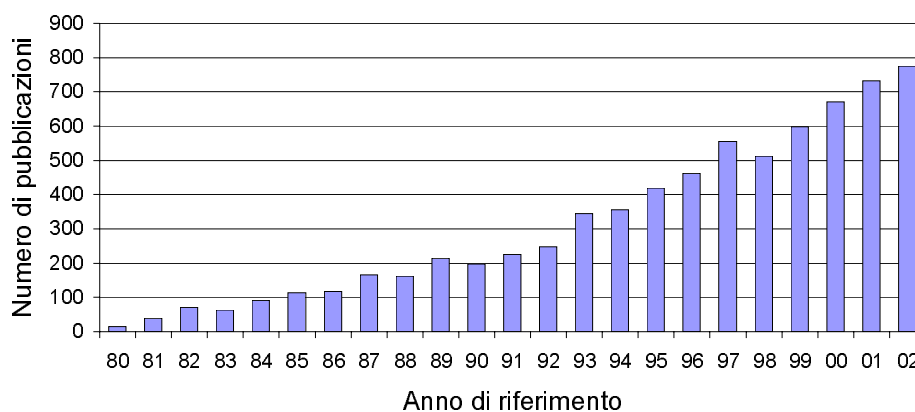


Figura 1

dell'odierna cultura della ricerca sui traumi, “Uno dei rischi accessori del fatto di restare coinvolti in un disastro su vasta scala negli Stati Uniti è quello di essere assaliti da traumatologi che vogliono tenerti sotto osservazione per il resto della vita per conoscere gli effetti a lungo termine del trauma sulla tua psiche” (p. 83).

Il trattamento del trauma

A causa della competizione crescente e della sempre maggiore limitazione dei pagamenti imposta dalle aziende di assistenza managerializzata, spesso gli psicoterapeuti hanno bisogno di crearsi il loro mercato di nicchia. Negli ultimi anni, i traumi hanno dimostrato di essere un mercato lucrativo per molti clinici, come dimostra la crescente popolarità di interventi come il *critical incident stress debriefing*/CISD (<http://www.icisf.org/>) e il trattamento *eye movement desensitization and reprocessing*/EMDR per il DPTS (<http://www.emdr.com/>), che è uno dei molti trattamenti pubblicizzati come “terapie potenti” poiché i suoi fautori affermano che produce risultati più rapidamente rispetto alle terapie tradizionali. Inoltre, esiste oggi un'organizzazione chiamata American Academy of Experts in Traumatic Stress che offre certificazioni nel trattamento di vari “traumi” (<http://www.aaets.org/>). Le ricompense economiche hanno reso vantaggioso “vedere” i traumi là dove prima non venivano riconosciuti e ha quindi influito sull'espansione del DPTS.

Due numeri recenti di “Psychotherapy Finances”, una newsletter pubblicata con lo scopo di aiutare i clinici a migliorare la loro pratica professionale, ha reclamizzato la redditività del CISD (“There's a Need” 1999; “Niche Market Update” 2000). “Psychotherapy Finances” ha intervistato due clinici che hanno sviluppato degli interventi sui traumi. Un clinico ha preferito non rivelare esattamente quanto fa pagare le terapie o la formazione ma ha detto che “è una cifra che può andare dagli 80 a oltre 150 dollari all'ora” e ha aggiunto che la parcella “supera di molto la cifra

che le persone ricevono dall'assistenza managerializzata" ("There's a Need" 1999, p. 6). Inoltre, i clinici possono fare corsi di formazione sul CISD e diventare formatori CISD certificati per organizzazioni come la International Critical Incident Stress Foundation. Tale organizzazione offre varie opportunità formative che possono costare dai 163 ai 345 dollari (ICISF 2002). Chiamamente il trauma offre molte opportunità economiche ai clinici che hanno voglia o bisogno di lavorare di più. Infatti alcuni suggeriscono che molte opportunità passano semplicemente inosservate: "Il trauma sul posto di lavoro non riguarda soltanto le rapine in banca o le carneficine di cui parlano i media nazionali. Per ogni episodio di alto profilo ce ne sono migliaia di cui non avete mai sentito parlare" ("There's a Need" 1999, p. 7).

Un clinico attribuisce il suo successo alla "crescente consapevolezza nel mondo delle aziende del fatto che questi servizi [il debriefing] sono essenziali. Oggi la gente sa che la violenza è un problema di salute pubblica. [...] Da quando il fumo è diventato un problema di salute pubblica, tutto è cambiato. Ed è in quest'ottica che bisogna considerare anche la violenza ("There's a Need" 1999, p. 7). Infatti sembra che il successo dei clinici che praticano il CISD dipenda in parte dalla loro capacità di venderlo alle aziende, evidenziando la necessità che le persone traumatizzate si sottopongano a un debriefing. Un clinico "vende i suoi servizi in tre modi: attraverso l'invio di corrispondenza, usando i media locali - per pubblicizzare il proprio lavoro - e facendo dimostrazioni alle esposizioni commerciali" (p. 6). Un altro clinico adduce prove del fatto che "con un trattamento adeguato, i dipendenti ritornano al lavoro più rapidamente riducendo i tempi di ripresa a un terzo dopo un episodio di violenza" (p. 7).

Nonostante questo avallo dei benefici del CISD, i dati di cui disponiamo non suffragano l'efficacia di queste procedure. La maggior parte dei dati di ricerca suggeriscono che il CISD è inutile mentre o persino nocivo (Bisson et al. 1997; Devilly 2002; Gist e Devilly 2002; Kenardy 2000; Kenardy et al. 1996; McNally et al. 2003; Small et al. 2000; Wessely et al. 2000). Ciò nonostante, i clinici continuano a vendere il CISD. Che trascurino intenzionalmente queste informazioni o che semplicemente le ignorino non importa ai fini della nostra discussione. Il punto è che promuovendo queste procedure i clinici vendono il trauma. Suggeriscono l'idea che molte persone, come quelle rimaste coinvolte in rapine in banca, subiranno gravi conseguenze psicologiche se non si sottopongono al debriefing e che il debriefing le aiuterà a tornare alla vita normale più velocemente di quanto non farebbero senza di esso. L'opinione pubblica viene persuasa del fatto che il trauma e le sue orribili conseguenze sono dappertutto. Tuttavia, la maggior parte delle persone che hanno avuto un "trauma" non sviluppano un DPTS ma presentano una reazione adeguata alla drammaticità delle circostanze che hanno vissuto (McNally 2003). La vendita del trauma e la continua espansione del DPTS sono forse più pericolose delle attività sleali di pochi clinici che promuovono il CISD. È interessante speculare sull'ipotesi controfattuale secondo cui senza la crescita e l'espansione del DPTS, forse non avremmo mai visto le varie "potenti terapie" per il trattamento del trauma.

Con l'espansione del DPTS c'è stata una crescita negli studi sul trauma e questo ha attratto l'attenzione di vari critici. Una delle fasi più interessanti nella traiettoria storica del concetto di DPTS è stato il passaggio più recente alla "incarnazione" del DPTS. La transizione concettuale, che è un tentativo di spostare il focus della controversia sul DPTS dalla politica agli aspetti biologici, è avvenuta nel contesto di un perdurante scetticismo riguardo alla legittimità di considerare il DPTS un disturbo autentico.

L'incarnazione del DPTS

Dalla prima comparsa del DPTS nel DSM-III, si è continuato a discutere sull'autenticità del

suo status di malattia o disturbo mentale. La necessità di dare una risposta alle critiche è stata di impeto per lo sviluppo della ricerca psicopatologica sul DPTS. Roger Pitman - uno degli autori che hanno dato un contributo importante a tale ricerca - e i suoi collaboratori descrivono il contesto polemico che ha dato origine al suo lavoro:

L'inclusione del DPTS nella nomenclatura psichiatrica ufficiale nel 1980 venne salutata con un atteggiamento di scetticismo che non è ancora del tutto scomparso. Molti non addetti ai lavori hanno considerato questo disturbo come una concessione politica ai veterani del Vietnam scontenti. Molti psichiatri hanno creduto che la psicopatologia del DPTS, di qualunque genere essa sia, poteva essere adeguatamente compresa nelle categorie di disturbi d'ansia e dell'umore già esistenti. (Pitman et al. 1999, p. 234)

Gli assertori del DPTS furono costretti a difendere la realtà del DPTS di fronte a chi credeva che si trattasse di una concessione politica, molti dei quali erano colleghi, e a chi riteneva che non fosse una condizione distinta dai disturbi mentali già esistenti.

I ricercatori che ritennero che il DPTS fosse un disturbo reale e distinto giustificarono la loro convinzione appellandosi al "marchio biologico del DPTS", una costellazione di risposte psicofisiologiche rilevabile attraverso un paradigma sperimentale che descriveremo dettagliatamente sotto. Dal punto di vista della psicopatologia storico-critica, il semplice fatto che i ricercatori stiano cercando di specificare i correlati biologici del DPTS non ha nulla di particolare. Quello che colpisce, tuttavia, è il modo in cui gli assertori del DPTS utilizzano e interpretano i dati biologici per avvalorare le loro affermazioni riguardo alla validità del DPTS. Abbiamo denominato "incarnazione" l'uso dei dati biologici perché i ricercatori hanno letteralmente cercato di spostare il dibattito sul DPTS dall'arena sociale della politica all'arena biologica del corpo. Nella terminologia della psicopatologia storico-critica, è stato un tentativo di spostare il DPTS dalle dimensioni di un fenomeno di carattere più che altro convenzionale e sociale alle dimensioni di un fenomeno di carattere prevalentemente naturale e inevitabile. Questo periodo di incarnazione nella storia del DPTS è cominciato poco dopo la pubblicazione del DSM-III, quando solo pochi ricercatori stavano indagando i correlati biologici del DPTS (Kolb e Mutalipassi 1982). Nell'ultimo decennio, i tentativi di incarnazione hanno per molti versi dominato la ricerca sul DPTS (Pitman et al. 1999; Pitman et al. 2001; Yehuda e McFarlane 1995; Yehuda et al. 1998).

L'approccio dimensionale all'ontologia proposto da Hacking chiarisce le ragioni dell'incarnazione. I detrattori del concetto di DPTS ritengono che questa diagnosi sia il prodotto di forze sociali e politiche; il DPTS sarebbe quindi un'entità costituita socialmente e di carattere contingente e non un'entità biologica di carattere naturale. In generale si ritiene che i dati biologici possano fornire le prove necessarie per proteggere i ricercatori dalle accuse di mera convenzione sociale e di espediente politico. Da questo punto di vista, il processo di incarnazione è un tentativo di garantire che il DPTS venga considerato inevitabile, una categoria naturale (un'entità naturale), avente un struttura naturale che gli consente di restare stabile a prescindere dalle convenzioni sociali. In breve, il DPTS verrebbe spostato dal regno dell'invenzione e della convenzione sociale a quello della natura e dei disturbi medici autentici.

Si trovano segni di questa caratterizzazione, proposta dal movimento di incarnazione, nella retorica dei ricercatori che hanno promosso l'uso di una metodologia di tipo psicofisiologico. Vediamo tre esempi tratti dalle molte fonti disponibili.

Grazie alla chiarezza dei risultati prodotti dagli studi biologici sui superstiti di traumi affetti da DPTS, oggi è molto più difficile ignorare e sminuire gli effetti durevoli e devastanti esercitati degli eventi traumatici sulla vita delle persone che li hanno vissuti [...] la loro presenza [dei dati

Storia critica del DPTS

biologici] offre una conferma concreta della sofferenza umana e una legittimazione che non dipende da forze politiche e sociali arbitrarie. Dimostrare l'esistenza delle basi biologiche del trauma psicologico è un primo passo essenziale per ottenere una convalida definitiva della sofferenza umana. (Yehuda e McFarlane 1997, p. xiv-xv)

Le ricerche psicofisiologiche condotte negli ultimi venti anni sui veterani di guerra e su altre popolazioni esposte a traumi [...] sono state probabilmente l'elemento che ha dato il contributo più importante per dissipare questi pregiudizi [i dubbi sulla realtà del DPTS]. (Pitman et al. 1999, p. 234)

[...] questo studio fornisce prove empiriche della presenza di reazioni psicofisiologiche misurate oggettivamente a stimoli connessi al trauma che rappresentano delle caratteristiche nomotetiche-distintive del DPTS (Keane et al. 1998, p. 922)

Espressioni come “conferma oggettiva” e “convalida definitiva” sono immagini speculari delle argomentazioni opposte che rifiutano tali caratterizzazioni del DPTS in quanto entità oggettiva.

È interessante anche il tono morale di queste affermazioni. Il tono da crociata della retorica dell'incarnazione non serve solo a rendere il DPTS scientificamente rispettabile ma è anche al servizio dell'interesse morale di proteggere e difendere chi soffre di un “trauma psichico”. Infatti, l'idea che il DPTS sia un prodotto politico e quella che sia meglio comprenderlo nelle categorie di disturbo mentale già esistenti non sarebbero semplicemente sbagliate ma persino dei “pregiudizi” (Pitman et al. 1999, p. 234). La retorica dell'incarnazione è coerente con una concezione tradizionale della storia della psicopatologia secondo la quale le informazioni oggettive sulla malattia mentale producono non solo una conoscenza migliore ma anche un trattamento più umano.

Nel passare in rassegna la fase di incarnazione del DPTS, ci siamo concentrati sugli studi psicofisiologici classici che hanno utilizzato un metodo costante originariamente sviluppato per studiare la paura fobica. Esso consiste nel presentare una ricostruzione audioregistrata degli eventi traumatici misurando al contempo la frequenza cardiaca, la pressione sistolica e diastolica, la risposta psicogalvanica e la risposta elettromiografica frontale dei soggetti. Chiamiamo questa metodologia “allestimento standard”. Poiché il nostro scopo è illustrare la fase di incarnazione della storia del DPTS, una rassegna esaustiva delle altre modalità di misurazione - molte delle quali rimangono speculative - non rientra nelle finalità di questo studio.

Valutazione degli studi psicofisiologici

L'ipotesi, negli studi psicofisiologici, è che le persone con DPTS, quando vengono esposte a stimoli connessi al trauma, dovrebbero presentare in queste variabili psicofisiologiche variazioni maggiori rispetto a quelle senza DPTS. La maggior parte dei risultati si sono dimostrati coerenti con questa ipotesi e sono stati replicati con una varietà di eventi stressanti (Pitman et al. 1999). Essi tuttavia non sono chiari come sembrano. Due difetti del disegno sperimentale utilizzato rendono difficile, se non impossibile, la loro interpretazione; il primo è l'uso di gruppi di controllo inadeguati, il secondo è l'effetto delle aspettative.

Gruppi di controllo inadeguati

Come osservato sopra, i sintomi di DPTS non contraddistinguono in modo particolare il DPTS e potrebbero essere compresi in altri disturbi (per es., disturbi d'ansia e depressivi). Di fatto, ciò che dovrebbe distinguere il DPTS da altri disturbi mentali è la presenza di un evento traumatico che è considerato la causa dei sintomi di DPTS, fra cui figurano reazioni psicofisiologiche più accentuate del tipo studiato nell'allestimento standard. Lo scopo nell'allestimento standard era di identificare un marchio fisiologico del DPTS.

Da un punto di vista logico, per fare inferenze in merito al marchio fisiologico del DPTS, bisognerebbe creare un gruppo di controllo con caratteristiche il più possibile simili ai sintomi di DPTS (cioè ansia aspecifica e sintomi depressivi) ma privo della caratteristica unica del DPTS, ossia l'esposizione a un evento traumatico. Un disegno di questo tipo permetterebbe di fare inferenze forti riguardo a ciò che accade in seguito a un trauma controllando la presenza di sintomi ansiosi e depressivi, anziché a ciò che accade in presenza di sintomi ansiosi e depressivi controllando l'evento traumatico. Come hanno osservato Pitman et al. (1990), "è importante usare soggetti di controllo tratti da una popolazione psichiatrica non affetta da DPTS perché solo in questo modo è possibile verificare la validità del DPTS in quanto disturbo mentale distinto" (p. 49). Inoltre, i gruppi non dovrebbero essere pareggiati soltanto per il tipo di sintomi, ma anche per la loro durata e storia. L'ansia e la depressione croniche si associano a molte conseguenze biologiche (Barlow 2002). Pertanto se il gruppo di soggetti con DPTS avesse sperimentato i sintomi per un periodo di tempo più lungo, la risposta fisiologica più intensa potrebbe essere attribuita alla cronicità dell'ansia e della depressione anziché al DPTS.

La stragrande maggioranza degli studi che hanno utilizzato l'allestimento standard si sono serviti di gruppi di controllo pareggiati per l'esposizione a eventi traumatici anziché per i sintomi: per esempio, gruppi di controllo composti da veterani del Vietnam che non hanno ricevuto la diagnosi di DPTS. Tuttavia qualche studio ha utilizzato persone definite "soggetti di controllo psichiatrici" (Malloy et al. 1983; Pallmeyer et al. 1986; Pitman et al. 1990); fra questi, il più rigoroso è quello condotto da Pitman et al. I ricercatori hanno confrontato 7 veterani di guerra con DPTS con 7 veterani di guerra senza DPTS ma affetti da ansia. Usando un test di significatività a una coda, atipico per questo genere di studi, i risultati hanno indicato che i veterani con diagnosi di DPTS evidenziarono risposte psicogalvaniche ed elettromiografiche più intense alla presentazione di stimoli associati alla guerra rispetto ai veterani senza diagnosi di DPTS. I due gruppi non mostrarono invece risposte diverse per quanto riguarda la frequenza cardiaca. Gli autori hanno concluso che "i risultati evidenziano una reazione fisiologica specifica in risposta alla rievocazione di eventi passati ritenuti eziologici per il disturbo. Poiché il collegamento fra i sintomi e certe esperienze passate specifiche è un aspetto critico della definizione di DPTS, i nostri risultati avvalorano ulteriormente la validità del DPTS in quanto entità diagnostica" (p. 53). Benché l'uso di un gruppo di controllo in questo studio sia un passo nella direzione giusta, è mancato l'importante elemento del pareggiamento per la durata dei sintomi. Probabilmente molti dei partecipanti affetti da DPTS avevano sviluppato i sintomi poco dopo il rientro dalla guerra in Vietnam. Dato che questo studio è stato condotto nella seconda metà degli anni Ottanta, è possibile che questi partecipanti abbiano avuto questi sintomi per 10 o 15 anni. Gli autori non hanno fornito informazioni sulla durata dei sintomi, per cui è impossibile scartare l'ipotesi plausibile che la maggiore reattività fisiologica fosse dovuta al fatto di avere avuto i sintomi di ansia e depressione per un lungo periodo di tempo.

Il problema dell'inadeguatezza del gruppo di controllo ha interessato anche uno studio importante, condotto su alcuni veterani, in cui i gruppi di confronto differivano da quello sperimentale anche per altri aspetti concettualmente importanti oltre che per l'esposizione a eventi trauma-

tici. Uno degli studi psicofisiologici più grandi e costosi mai condotti fu uno studio multisito realizzato attraverso la Veterans Administration (Keane et al. 1998). Esso è stato descritto come lo studio psicofisiologico più importante mai condotto sul DPTS (McNally 2003). I ricercatori confrontarono 654 veterani del Vietnam con una diagnosi attuale di DPTS, 154 veterani che nel corso della vita avevano avuto una diagnosi di DPTS e 340 veterani che non avevano mai ricevuto una diagnosi di DPTS. Come è avvenuto in altri studi, di fronte a stimoli connessi al trauma, i veterani con DPTS in corso mostrarono incrementi nelle variabili psicofisiologiche maggiore rispetto ai veterani senza DPTS. Gli autori confrontarono i gruppi tenendo conto di diverse variabili demografiche e riscontrarono che il gruppo con DPTS in corso differiva significativamente rispetto a 10-13 di esse. Il gruppo con DPTS in corso era composto da persone più giovani che avevano un reddito più basso, avevano cambiato più lavori dopo il congedo militare, avevano subito più arresti dopo il congedo militare, erano più giovani quando arrivarono in Vietnam, avevano avuto meno anni di istruzione scolastica prima di arruolarsi, erano con maggior prevalenza ispanici, si erano sposati più di una volta, avevano una probabilità più che doppia di avere ricevuto assegni di invalidità e fra di loro c'era una maggiore percentuale di marine (vedi Keane et al. 1998, tabella 1, p. 918). Inoltre, fra loro c'era una maggiore percentuale di persone con diagnosi aggiuntiva di depressione maggiore, disturbo di panico, abuso o dipendenza da alcol e disturbi di personalità antisociale e borderline (vedi tabella 2, p. 918).

Date queste differenze fra i gruppi, i risultati sono difficili da interpretare, ed è impossibile attribuire le differenze riscontrate al solo DPTS. Keane et al. (1998) non hanno esaminato il modo in cui queste differenze possono avere influito sulle loro inferenze circa la relazione fra il DPTS e i risultati. Invece hanno semplicemente attribuito le differenze psicofisiologiche osservate fra i gruppi solo al DPTS. Gli autori hanno concluso: "I risultati di questa sperimentazione clinica multisito avvalorano definitivamente l'esistenza di una correlazione positiva fra reattività psicofisiologica agli stimoli che rappresentano esperienze traumatiche in zona di guerra e DPTS connesso al combattimento" (p. 921). Questa conclusione lascia perplessi data la mancanza di controllo sperimentale in questa ricerca e le differenze evidenti e molteplici nei gruppi raccolti per lo studio⁸.

Qualcuno potrebbe pensare che, nonostante l'inadeguatezza dei gruppi di confronto, gli studi basati sull'allestimento standard sono convincenti, perché i partecipanti con DPTS tendenzialmente hanno avuto reazioni molto forti agli stimoli connessi al trauma. Ulteriori dati ricavati

⁸ Si potrebbe affermare che Keane et al. (1998) avrebbero dovuto provare a controllare per via statistica le differenze fra i gruppi. Come ha osservato Meehl (1971), il problema del controllo statistico è complesso. Per esempio, se Keane et al. avessero incluso alcune delle diagnosi comorbose nel loro modello statistico, avrebbero potuto controllare statisticamente parte della varianza del DPTS, rendendo impossibile la scoperta di una relazione fra il DPTS e le variabili psicofisiologiche. Questo sarebbe stato un problema se fosse vero che il DPTS causa gli esiti psicofisiologici. I controlli statistici avrebbero, per usare un'espressione di Meehl (1971), "pseudofalsificato una buona teoria causale" (p. 143). Se tuttavia non fosse vero che il DPTS causa gli esiti psicofisiologici, allora il controllo statistico delle differenze sarebbe stata una misura appropriata. Ciò richiama l'attenzione sull'importanza che i ricercatori prima specificino il loro modello causale sottostante e poi lo mettano sperimentalmente alla prova. In questo caso, gli autori avrebbero potuto usare dei modelli di equazione strutturale per vagliare il loro modello causale insieme a dei modelli causali alternativi. A quanto pare, Keane et al. (1998) non hanno neppure considerato il problema di come le differenze fra i gruppi abbiano potuto influenzare le loro conclusioni. (Ringraziamo Scott Lilienfeld per avere richiamato la nostra attenzione sul complesso problema del controllo statistico.)

nello studio multisito condotto da Keane et al. (1998) dimostrano che non è stato sempre così. Oltre ad avere riscontrato una differenza fra i gruppi con DPTS e quelli senza DPTS per quanto riguarda la reattività agli stimoli connessi al trauma, gli autori non hanno registrato differenze fra i gruppi nelle reazioni a uno stressor generico costituito dalla richiesta di compiere mentalmente calcoli aritmetici. Tuttavia, se si confrontano le reazioni fisiologiche del gruppo con diagnosi attuale di DPTS alla richiesta di compiere calcoli con le reazioni suscitate dalla presentazione degli stimoli associati al trauma, si scopre che le prime sono state da due a tre volte più intense delle seconde. Ciò si è verificato per tutte le variabili considerate: frequenza cardiaca, risposta psicogalvanica, elettromiogramma, pressione sistolica e diastolica. Benché la ricerca evidenzi una differenza statisticamente significativa nelle risposte fisiologiche, restano delle perplessità circa la significatività concettuale di questi risultati se è vero, come è vero, che i calcoli mentali hanno suscitato reazioni fisiologiche molto più forti rispetto a scene di combattimento registrate, le quali erano state scelte specificamente per rievocare il trauma che presumibilmente era stato la causa del disturbo mentale.

Il ruolo delle aspettative

Come si è osservato sopra, il DPTS è diventato parte della nostra cultura. Quando avviene un evento "traumatico", gli scienziati sociali contattano le vittime per studiarne i sintomi post-traumatici e le incoraggiano a cercare aiuto psicologico. I mass media e la letteratura di ricerca trasmettono un'immagine delle persone "traumatizzate" che mette in risalto gli aspetti negativi: la depressione, l'ansia, l'iperreattività fisiologica, i disturbi del sonno, la colpa e la rabbia. Si parla relativamente poco delle risorse di fronteggiamento dei superstiti e dei modi positivi in cui affrontano situazioni terrificanti. Questa pesante dose di negatività può mettere in moto una profezia che si autodetermina. Per esempio, a proposito delle ricerche sui veterani del Vietnam, LaGuardia e colleghi (1983) hanno affermato:

Si potrebbe dire che i disegni di ricerca che enfatizzano esclusivamente le conseguenze distruttive dell'esperienza del Vietnam determinano la gamma e il tono delle reazioni del soggetto. Se questo bias esiste, la rilevanza dei risultati che ritraggono i veterani come persone segnate nella psiche può essere in gran parte il risultato della propensione dello sperimentatore a preferire interpretazioni patologiche e dell'uso di questionari e checklist chiaramente orientati a suggerire uno stato di disadattamento. [...] Temiamo che il quadro dei veterani emergente da una letteratura che restringe il suo ambito di interesse in modo da comprendere solo domande sulla patologia possa non solo essere ingannevole ma sul lungo periodo far sì che un certo numero di veterani altrimenti in buona salute finisca per cercare una conferma dell'immagine di persona socialmente menomata. (p. 19-20)

I partecipanti degli studi basati sull'allestimento standard non sono all'oscuro degli scopi di tali ricerche. La maggior parte di loro conoscono il proprio status diagnostico prima dello studio, così sono pienamente consapevoli di cosa significa il DPTS agli occhi dei professionisti della salute mentale e quali comportamenti si associano al DPTS. Non è chiaro se normalmente gli sperimentatori siano "ciechi" rispetto alle condizioni sperimentali. Anche se spesso gli stimoli vengono presentati attraverso un computer, non siamo riusciti a trovare uno studio in cui sia specificato che gli sperimentatori sono all'oscuro dello status diagnostico dei partecipanti quando compiono le valutazioni di ingresso e quando preparano i partecipanti alla presentazione degli stimoli connessi al trauma. Nell'insieme, questi fattori fanno sì che l'esperimento possa essere

esposto agli effetti delle aspettative. Questo fatto ci pare particolarmente problematico date le questioni culturali, economiche e politiche coinvolte nel DPTS. Non stiamo affermando che i partecipanti alterano deliberatamente e ingannevolmente i risultati degli studi ma piuttosto che il contesto sperimentale e altri fattori sociali possono influenzarne considerevolmente il comportamento (Snyder e Stukas 1999).

Esistono dati che suffragano l'importanza delle aspettative negli studi psicofisiologici. Gerardi, Blanchard e Kolb (1989) hanno riscontrato che, quando si è chiesto ad alcuni soggetti sperimentali senza DPTS di incrementare le loro risposte fisiologiche, costoro sono riusciti ad alterare le proprie reazioni alla presentazione di immagini traumatiche fino a renderle statisticamente indistinguibili da quelle dei partecipanti all'esperimento con diagnosi di DPTS. Gerardi e colleghi hanno istruito i partecipanti con DPTS a ridurre le loro risposte fisiologiche agli stimoli connessi al trauma. Una cosa che invece non hanno fatto è valutare se i partecipanti con DPTS fossero in grado di esagerare le loro reazioni a tali stimoli. Benché Gerardi e colleghi abbiano chiesto esplicitamente ai partecipanti di alterare le loro reazioni psicofisiologiche, e quindi abbiano creato un'aspettativa inequivocabile, non è ragionevole ipotizzare che nella maggioranza degli studi psicofisiologici ci sia un'aspettativa chiara riguardo al modo in cui i partecipanti, specialmente quelli con DPTS, dovrebbero reagire a suoni connessi ai traumi.

Le persone rapite dagli alieni

Cosa succederebbe se una persona credesse di essere stata esposta a un evento traumatico mentre in realtà non è mai stata esposta a quell'evento? Alcuni dati recenti suggeriscono che il marchio biologico del DPTS può essere osservato anche nelle persone che riferiscono di essere state rapite dagli alieni (McNally et al. 2003). Usando l'allestimento standard, McNally et al. hanno riscontrato che persone convinte di essere state rapite dagli alieni e poste di fronte a stimoli connessi con il rapimento hanno avuto reazioni più acute, sul piano della frequenza cardiaca e della risposta psicogalvanica, rispetto a gruppi di confronto. Inoltre una *discriminant-function analysis*, sviluppata precedentemente su campioni di veterani del Vietnam per distinguere le persone fisiologicamente reattive con DPTS da quelle senza DPTS, ha identificato il 60% dei rapiti come persone fisiologicamente reattive.

Anche se questi risultati si basano su un gruppo composto solo da 18 partecipanti e su un test di significatività a una coda, essi sollevano alcuni interrogativi importanti sul ruolo degli eventi traumatici nel DPTS. Il semplice fatto di credere che una circostanza sia traumatica può produrre le stesse risposte che dovrebbero fornire la presunta "conferma definitiva della sofferenza umana". Alla luce dei dati ottenuti con le persone rapite dagli alieni, ci si chiede quanto gli effetti di un evento "traumatico" siano permanenti e di conseguenza quanto le prove psicofisiologiche siano definitive. Credere di essere stati traumatizzati senza avere effettivamente vissuto un evento traumatico è una situazione lontana mille miglia dalla descrizione originaria del DPTS fornita negli anni Settanta e Ottanta, quando l'esistenza dell'evento traumatico aveva la priorità e, di fatto, era l'aspetto che rendeva unico il DPTS.

Si potrebbe affermare che anni di ricerche ci hanno illuminato sulle vere cause del DPTS e che le prove disponibili sono il motivo di questo cambiamento di enfasi. Ma sarebbe altrettanto lecito affermare che l'esistenza del DPTS è stata data per scontata e non è stata messa in discussione.

Conclusioni: il futuro del DPTS

Poiché capita spesso che chi ha un atteggiamento critico verso alcuni disturbi mentali venga accusato di negare il dolore e la sofferenza delle persone afflitte da problemi psicologici, crediamo sia necessario chiarire che cosa intendiamo e che cosa non intendiamo affermare. Innanzitutto, non stiamo dicendo che le persone con diagnosi di DPTS debbano essere ignorate e non debba essere dato loro un aiuto. È evidente che molte persone con diagnosi di DPTS hanno problemi, alcuni abbastanza gravi da meritare un trattamento formale, altri tali da richiedere assistenza e sostegno. In secondo luogo, non stiamo dicendo che il DPTS era ed è una montatura. Non stiamo affermando, cioè, che i propositori del DPTS e i suoi attuali difensori stanno cercando di abbindolare la comunità scientifica e l'opinione pubblica. In realtà, i ricercatori cercano di aiutare le persone che hanno vissuto una situazione terrificante a adattarsi alla vita. In terzo luogo, non stiamo sostenendo che non verrà mai scoperta l'esistenza di un meccanismo fisiologico difettoso correlato al DPTS, *conditio sine qua non* di ogni disturbo definito su base eziologica. Quello che invece affermiamo è che i dati fisiologici attualmente non suffragano molte delle affermazioni fatte a proposito del DPTS.

Tuttavia crediamo che si debba avere un atteggiamento più scettico nei confronti del DPTS. L'esame della letteratura ci ha indotto a credere che il DPTS possa non essere un disturbo (*disorder*) nello stesso senso in cui la tubercolosi o forse anche la schizofrenia sono disturbi. Inoltre, l'espansione del DPTS non si è basata su ricerche migliori ma è stata alimentata da vari fattori sociali e dalla nostra cultura della salute mentale. Tale espansione ha stimolato o ha perlomeno favorito la proliferazione di terapie per i "traumi" che si sono dimostrate inefficaci e forse persino dannose.

Come si è detto sopra, le persone che oggi hanno una diagnosi di DPTS possono avere bisogno di aiuto. Tuttavia restiamo scettici riguardo al fatto che sia necessaria una diagnosi di DPTS per ottenere aiuto, e ci chiediamo se tale diagnosi sia utile o se non possa essere persino nociva. Siamo consapevoli che è difficile, se non impossibile, ricevere un pagamento dalle aziende di assistenza managerializzata senza una diagnosi basata sul DSM. Ciò nonostante, date le controversie teoriche che circondano la diagnosi di DPTS, potrebbe essere venuto il momento di pensare a nuovi modi per fornire alle persone le cure di cui hanno bisogno. Abbastanza stranamente, il DPTS venne originariamente introdotto nella bozza del DSM-III come disturbo reattivo, accanto ai disturbi dell'adattamento (Task Force 1978). Alla luce di quanto è successo negli ultimi 25 anni, questo modo di intendere i problemi rubricati sotto la categoria di DPTS avrebbe molto senso anche oggi.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3° edizione). Author, Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3° edizione rivista). Author, Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4° edizione). Author, Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4° edizione, text revision). Author, Washington, DC.
- Avina C, O'Donohue W (2002). Sexual harassment and DPTS: Is sexual harassment diagnosable trauma? *Journal of Traumatic Stress* 15(1), 69–75.

Storia critica del DPTS

- Barlow D (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2° edizione). Guilford Press, New York.
- Bisson J, Jenkins P, Alexander J, Bannister C (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry* 171, 78–81.
- Bloom S (2003). Our hearts and our hopes are turned to peace: Origins of the International Society for Traumatic Stress Studies. <http://www.istss.org/what/history.htm>. Pagina visitata l'8 maggio 2003.
- Burkett B, Whitley G (1998). *Stolen valor: How the Vietnam generation was robbed of its heroes and its history*. Verity Press, Dallas, TX.
- Devilly G (2002). Eye movement desensitization and reprocessing: A chronology of its development and scientific standing. *The Scientific Review of Mental Health Practice* 1(2), 113–138.
- Gerardi R, Blanchard E, Kolb L (1989). Ability of Vietnam veterans to dissimulate a psychophysiological assessment for post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 20, 229–243.
- Gist R, Devilly G (2002). Post-trauma debriefing: The road too frequently traveled. *Lancet* 360(9335), 741–742.
- Hacking I (1995). *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton University Press, Princeton.
- Hacking I (1998). *Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illnesses*. University Press of Virginia, Charlottesville.
- Horwitz A (2002). *Creating mental illness*. University of Chicago Press, Chicago.
- Houts A (2001). Harmful dysfunction and the search for value neutrality in the definition of mental disorder: Response to Wakefield, Part 2. *Behaviour Research and Therapy* 39, 1099–1132.
- International Critical Incident Stress Foundation (2002). *The latest conference on critical incident stress management*. Author, Ellicott, MD.
- Keane T, Kolb L, Kaloupek D, Orr S, Blanchard E, Thomas R, et al. (1998). Utility of psychophysiological measurement in the diagnosis of posttraumatic stress disorder: results from a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(6), 914–923.
- Kenardy J (2000). The current status of psychological debriefing. *British Medical Journal* 321(7268), 1032–1033.
- Kenardy J, Webster R, Lewin T, Carr V, Hazell P, Carter G (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress* 9(1), 37–49.
- Kolb L, Mutalipassi L (1982). The conditioned emotional response: A sub-class of the chronic and delayed post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Annals* 12(1), 979–987.
- LaGuardia R, Smith G, Francois R, Bachman L (1983). Incidence of delayed stress disorder among Vietnam era veterans: The effect of priming on response set. *American Journal of Orthopsychiatry* 53(1), 18–26.
- Leys R (2000). *Trauma: A genealogy*. University of Chicago Press, Chicago.
- Liddell H, Scott R, Jones H, McKenzie R (1996). *A Greek-English lexicon*. Oxford University Press, New York.
- Lifton R (1982). The psychology of the survivor and the death imprint. *Psychiatric Annals* 12(1), 1011–1020.
- Malloy P, Fairbank J, Keane T (1983). Validation of a multimethod assessment of posttraumatic stress disorders in Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(4), 488–494.
- McNally R (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology* 54, 1–24.
- McNally R, Bryant R, Ehlers A (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest* 4, 45–79.
- McNally R, Lasko N, Clancy S, Macklin M, Pitman R, Orr S (2003). *Psychophysiological responding during script-driven imagery in people reporting abduction by space aliens*. Manoscritto in attesa di pubblicazione.

- Meehl P (1970). High school yearbooks: A reply to Schwarz. *Journal of Abnormal Psychology* 77, 143–148.
- Niche market update: CISD. (2000). *Psychotherapy Finances* 26, 6.
- Pallmeyer T, Blanchard E, Kolb L (1986). The psychophysiology of combat-induced post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Research and Therapy* 24(6), 645–652.
- Peirce C (1901/1956). Abduction and induction. In J. Buchler (Ed.), *The philosophy of Peirce: Selected writings* (pp. 150–156). Routledge & Kegan Paul, London.
- Pitman R, Orr S, Foa E, Keane T, Klauminzer G, Keane T, et al. (1990). Psychophysiological responses to combat imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 99(1), 49–54.
- Pitman R, Orr S, Shalev A, Metzger L, Mellman T (1999). Psychophysiological alterations in post-traumatic stress disorder. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 4(4), 234–241.
- Pitman R, Shin L, Rauch S. (2001). Investigating the pathogenesis of posttraumatic stress disorder with neuroimaging. *Journal of Clinical Psychiatry* 62(suppl. 17), 47–54.
- Rieff P (1966). *The triumph of the therapeutic: Uses of faith after Freud*. Harper & Row, New York.
- Schlenger W, Caddell J, Ebert L, Jordan B, Rourke K, Wilson D, et al. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association* 288(5), 581–588.
- Schuster M, Stein B, Jaycox L, Collins R, Marshall G, Elliott M, et al. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine* 345(20), 1507–1512.
- Scott W (1990). DPTS in DSM–III: A case of the politics of diagnosis and disease. *Social Problems* 37, 294–310.
- Scott W (1993). *The politics of readjustment: Vietnam veterans since the war*. Aldine De Gruyter, New York.
- Shatan C (1972, May 6). Post-Vietnam Syndrome. *The New York Times* p. 35.
- Shatan C, Smith J, Haley S (1976). *Proposal for the inclusion of combat stress reactions in DSM–III*. Manuscript non pubblicato.
- Shepard B (2001). *A war of nerves: Soldiers and psychiatrists in the twentieth century*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Silver R, Holman E, McIntosh D, Poulin M, Gil-Rivas V (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association* 288(10), 1235–1244.
- Simpson J, Weiner E, Press O (1989). *The Oxford English Dictionary* (2nd ed.). Oxford University Press, Oxford.
- Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenstrom U (2000). Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *British Medical Journal* 321(7268), 1043–1047.
- Smith J (1982). Personal responsibility in traumatic stress reactions. *Psychiatric Annals* 12, 1021–1030.
- Snyder M, Stukas A (1999). Interpersonal processes: The interplay of cognitive, motivational, and behavioral activities in social interaction. *Annual Review of Psychology* 50, 273–303.
- Summerfield D (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal* 322, 95–98.
- Task Force on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association. (1978). *DSM–III Draft*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- There's a need for therapists who treat workplace trauma (1999). *Psychotherapy Finances*, 25, 6–7.
- U.S. at war (1941). *Time*, 24, 17.
- Wessely S, Rose S, Bisson J (2000). Brief psychological interventions (“debriefing”) for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD000560.

Storia critica del DPTS

- Yehuda R, McFarlane A (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry* 152(12), 1705–1713.
- Yehuda R, McFarlane A (1997). Introduction. *Annals of the New York Academy of Sciences* 821, xi–xv.
- Yehuda R, McFarlane A, Shalev A (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry* 44(12), 1305–1313.
- Young A (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press, Princeton, NJ.