

War is over. Psicopatologie belliche e condotte violente nei reduci War is over. War psychopathologies and violent behaviors in veterans

Rita Corsa • Pierpaolo Martucci

Abstract

The proliferation of conflicts after the terrorist attacks of September 2001 brought to the forefront again the theme of war psychopathologies and their possible relationship with the increase of violent and / or anomalous behaviors among veterans.

In their paper, the Authors reconstruct the evolution of the categories of mental disorders related to war experience, from shell-shock syndrome, described during First World War, till Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), obtained from the observations of American soldiers in Vietnam. The Authors recall the fundamental contribution of psychoanalysis in the understanding of post traumatic psychopathologies and the treatment of shell-shock conditions, with particular reference to the Fifth International Psychoanalytic Congress held in Budapest in September 1918.

The Authors also analyze data on the incidences of mental diseases, violent crimes, suicides and other forms of deviancy among the veterans of Afghanistan and Iraq. There is strong evidence of a significant relationship between stressful combat experiences and self-destructive behaviors, substance abuse, depressive symptoms, conduct disorders. It is believed that the same military training which the soldiers undertake may also provide the skills and attitudes conducive to the development of criminal careers in veterans.

Keywords: war, psychopathology, PTSD, veteran, violence

Riassunto

La proliferazione dei conflitti dopo gli eventi terroristici del 2001 ha reso nuovamente attuale il tema delle psicopatologie belliche e della loro eventuale relazione con l'incremento di condotte violente e/o anomale fra i veterani.

Nel presente articolo gli Autori ricostruiscono l'evoluzione delle categorie di disturbi psichici correlati all'esperienza bellica, dalla sindrome da *shell-shock*, descritta durante la Prima Guerra Mondiale, sino al Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD), derivato dalle osservazioni sui soldati americani in Vietnam. Gli Autori rievocano il fondamentale contributo della psicoanalisi alla comprensione e al trattamento delle patologie da *shell-shock*, con particolare riferimento al V Congresso Internazionale di Psicoanalisi svoltosi a Budapest nel settembre 1918.

Gli Autori analizzano inoltre i dati relativi all'incidenza di disagio mentale, crimini violenti, suicidi e altre forme di devianza fra i reduci dell'Afghanistan e dell'Iraq. Sussistono prove di una significativa correlazione fra esperienze stressanti in combattimento, comportamenti auto-distruttivi, abusi di sostanze, quadri depressivi e anomalie della condotta. Si è ipotizzato che lo stesso addestramento militare possa fornire abilità e attitudini favorevoli a sviluppare carriere criminali nei reduci.

Parole chiave: guerra, psicopatologia, PTSD, reduce, violenza

Per corrispondenza: Pierpaolo MARTUCCI, Dipartimento IUSLIT – Università degli Studi di Trieste, Piazzale Europa 1, 34127 Trieste, tel. 0405583083 • e-mail: martucci@units.it

Rita CORSA – Psichiatra, Psicoanalista, membro ordinario S.P.I. e full member I.P.A.
Pierpaolo MARTUCCI – Docente di Criminologia nel Dipartimento di Scienze Giuridiche, del Linguaggio, dell'Interpretazione e della Traduzione – IUSLIT, dell'Università degli Studi di Trieste

1. Da Misdea a Fort Hood

Fort Hood, nel Texas, fra le città di Houston e Waco, è una delle basi militari di maggiori dimensioni al mondo; nel periodo più drammatico della seconda Guerra del Golfo, vi atterravano ogni settimana due aerei carichi di feriti. A Fort Hood, il 2 aprile 2014 Ivan Lopez, un soldato reduce dall'Iraq, dopo un diverbio per una licenza negata, aprì il fuoco sui commilitoni uccidendone tre e ferendone sedici, per togliersi la vita subito dopo. Lopez aveva precedentemente manifestato segni di disagio psichico. Il 5 novembre 2009 la base era stata teatro di un eccidio peggiore: un maggiore di origini palestinesi, alla vigilia della partenza per l'Iraq, aveva ucciso 13 persone e ne aveva ferite 32. L'ufficiale, simpatizzante del movimento jihadista, venne poi condannato a morte.

Gli eventi di Fort Hood inquietarono profondamente l'opinione pubblica americana, già scossa da molti altri fatti di sangue ad opera di veterani: famoso fra gli altri l'assassinio di Chris Kyle, pluridecorato cecchino dei Navy Seals, commesso da un altro reduce dal fronte iracheno, Eddie Ray Routh, un disadattato che lo stesso Kyle stava aiutando¹.

Molto spesso, soprattutto nei mass media statunitensi, si è fatto riferimento a un presunto ruolo del *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) nelle esplosioni di violenza e nei suicidi così frequenti fra i veterani delle guerre post/11 settembre. Secondo fonti giornalistiche, dal 2003 al 2009 almeno 90 militari della base di Fort Hood si sarebbero tolti la vita, mentre nella vicina cittadina di Killen, che ospita molte famiglie di soldati, gli episodi di violenza domestica sarebbero aumentati del 75% (Farina, 2012). Tuttavia le stragi commesse da soldati in tempo di pace, reduci o meno, non costituiscono affatto una novità.

Oltre un secolo fa Enrico Ferri aveva coniato il termine *Misdeismo*, per descrivere una forma di omicidio plurimo commesso da militari contro compagni e superiori (Ferri, 1900, p. 224). Il riferimento discendeva dall'eccidio verificatosi nella caserma di Pizzofalcone a Napoli la notte fra il 12 e il 13 aprile 1884, per mano del soldato Salvatore Misdea, l'"uomo belva", come fu definito. Costui, un ragazzo di 22 anni originario di Girifalco (Catanzaro), aveva litigato con commilitoni settentrionali del suo battaglione di fanteria, colpevoli, a suo dire, di offese contro i calabresi, fatto che, probabilmente, si era già verificato parecchie volte. Le cronache del tempo riportano quanto accadde subito dopo e che sembra anticipare i *mass murderers* a noi purtroppo familiari:

"Misdea, mentre i suoi compagni chiacchieravano indifferentemente, era andato al suo letto, v'era salito su e dalla

plancia aveva tolto lo zaino; ne aveva estratti i sei pacchi di cartucce (*sic*), e rotto l'involucro di cartoncino che li racchiude, se ne era empite le tasche, aveva caricato l'arma, ed esplose quel primo colpo omicida. [...] Le vittime cadevano [...] Il Misdea rincorreva i fuggitivi, molti dei quali si gettavano a terra per svitare (*sic*) i colpi. Quando non ne vide più negli stanconi si affacciò ad una finestra e cominciò a sparare nel cortile, ove erano soldati di linea e bersaglieri"².

Al termine della sparatoria (si calcolò che l'assassino avesse esploso in tutto 57 colpi), 7 militari erano stati uccisi ed una decina feriti.

La strage ebbe grande risonanza anche all'estero e influenzò notevolmente Lombroso – impegnato come perito nel processo contro Misdea, poi condannato a morte – inducendolo ad integrare nella sua teoria criminologica l'epilessia, intesa come fattore scatenante dell'atavismo e della "pazzia morale", rimasti latenti in determinati soggetti (Lombroso & Bianchi, 1884).

In realtà non si trattò di un episodio isolato. Nel 1885, dieci mesi dopo i fatti di Pizzofalcone, nella caserma di S. Giustina a Padova un soldato di nome Costanzo iniziò a sparare sui commilitoni che dormivano nella sua camerata, uccidendone tre e ferendone diversi altri, prima di essere disarmato. Come a Napoli, il movente immediato era stata la vendetta, il rancore maturato per una serie di punizioni disciplinari ritenute ingiuste. Ma "per buona ventura i soldati compagni non perdettero la testa, come quelli della caserma di Napoli, e fecero all'assassino vigorosa resistenza; se no, chi può dire dove sarebbe terminata la strage?"³.

Queste vicende erano la manifestazione più drammatica del profondo malessere che serpeggiava nel neocostituito esercito unitario, caratterizzato da un "pericoloso aumento" di omicidi e suicidi fra i coscritti (Latini, 2012, p. 6), che trovava in campo artistico una testimonianza di straordinario realismo nell'opera di Iginio Ugo Tarchetti, uno dei protagonisti più importanti della "scapigliatura" letteraria lombarda. Nel suo crudo romanzo *Una nobile follia* (1866-67) Tarchetti scriveva:

"La caserma possiede e favorisce le abitudini e i vizi di tutte le comunanze: il giuoco, la crapula, il vino, la prostituzione del principio morale, la prepotenza, la violenza, l'oppressione del debole, il diritto della forza, la vendetta privata, la collisione pronta e feroce: tutto ciò vive nelle caserme, e vi si perpetua d'individuo in individuo; è un legato che si trasmette dal veterano al coscritto"⁴.

1 La vicenda di Chris Kyle è stata rievocata nel film *American Sniper* (2014), scritto e diretto da Clint Eastwood.

2 Da *L'uomo belva ossia l'eccidio dei soldati nella Caserma di Pizzofalcone in Napoli per opera del soldato Misdea*, s.a., Codogno, Tipografia Cairo, 1884, pp. 6-8.

3 In "Cronaca contemporanea. Cose italiane". *La Civiltà Cattolica*, 1885, IX, p. 620.

4 Tarchetti, che aveva servito per anni nell'esercito piemontese, pubblicò il suo romanzo antimilitarista in 27 puntate uscite

Il protagonista del racconto, il piemontese Filippo Sporta, soldato di leva inviato col contingente sabauda nella guerra di Crimea, viene psicologicamente distrutto dallo shock della sua esperienza bellica:

“Non vi parlerò delle mie sensazioni; esse sono inesplicabili. Coloro che hanno assistito ad una battaglia possono forse rimembrarle, non dirle. Tutto è un sogno, tutto riappare come in un sogno: all’istante della lotta, l’uomo volante, l’uomo pensante è sparito: l’istinto della vita è paralizzato, emergono in noi delle potenze che si ignoravano, si attutiscono quelle sulle quali avevamo fatto assegnamento; tutta la nostra natura è trasformata [...] si obblia tutto: alla fine della lotta si chiede: che ho fatto? che è avvenuto?”.

Costretto ad uccidere un cavalleggero russo durante la battaglia della Cernaia, disserterà cambiando nome, per finire poi pazzo e suicida.

Tuttavia, nel XIX secolo, il tema delle turbe psichiche e comportamentali indotte dall’esperienza militare e segnatamente bellica rimane sostanzialmente confinato nel campo letterario, senza approfondimenti scientifici di rilievo. Unica, importante eccezione furono gli studi condotti sui reduci della Guerra Civile americana (1861-1865), che per le sue dimensioni e caratteristiche anticipò certi aspetti dei grandi conflitti del Novecento. Il medico militare Jacob Mendes Da Costa (1871) descrisse in alcuni soldati una sintomatologia caratterizzata da intensa paura e sintomi somatici preminentemente cardio-respiratori, definendola come *Irritable Heart Disease*, nota più tardi anche come “Cuore del soldato” o “Sindrome di Da Costa”. Tra i veterani furono diagnosticati come “malattie nervose” quadri sintomatologici che comprendevano ansia, depressione, ideazione suicida, comportamenti antisociali, deficit dell’attenzione e perdita di memoria (Pizarro, Cohen Silver & Prause, 2006).

Solo col primo conflitto mondiale la questione assumerà una grande rilevanza per la psichiatria, anche grazie al fondamentale contributo offerto dalla neonata psicoanalisi.

2. “Shell-shock” nella Grande Guerra

La Grande Guerra fu la prima guerra totale. Un’“orribile devastazione che ha sommerso il mondo” (Tausk, 1916/1979, p. 113) e che ha spietatamente messo in contatto il singolo individuo e l’intero pianeta con una “guerra più sanguinosa e rovinosa [più] di ogni guerra del passato. Essa infrange tutte le barriere riconosciute in tempo di pace e costituenti quello che è stato chiamato il diritto delle genti” (Freud, 1915/1976, p. 126).

Per Zaretsky, ciò che sconvolse la mente collettiva non fu solo la scala senza precedenti della tragedia, ma, specialmente,

in appendice al giornale *Il Sole* tra il 12 novembre 1866 e il 27 marzo 1867, suscitando forti critiche e inducendo i vertici militari ad affidare al giovanissimo tenente Edmondo De Amicis la stesura di una serie di bozzetti intitolati *La vita militare*, pubblicati sull’omonima rivista nel 1868 e animati da uno spirito opposto a quello di Tarchetti.

“lo stallo difensivo che trovò il suo simbolo nella trincea. Ne risultò un nuovo paesaggio psichico oltre che geografico: cunicoli, esplosione di mine, paura di essere sepolti vivi, rumori e vibrazioni assordanti, l’insidia del gas, disorientamento, frammentazione, mancanza di riferimenti visivi, cancellazione della differenza tra notte e giorno, identificazione con il nemico, riduzione della coscienza” (2004, p. 137).

Il carattere straordinariamente traumatico delle Grande Guerra per i soldati coinvolti era del resto un fatto ben chiaro già agli osservatori dell’epoca, in particolare ai medici militari:

“La minaccia, nella guerra moderna, emula per immanità quella dei grandi fenomeni naturali, le folgore, i terremoti; quelli per i quali i primitivi trovarono le concezioni mitiche. Non è più l’uomo il nemico; v’ha la sensazione che debba essere il dio. Ciò esorbita dal comune sensibile, e provoca nella psicologia umana il fallimento” (Bennati, 1916, p. 54).

In un’ottica ancora influenzata dai parametri criminologici e antropologici positivisti, era diffusa la convinzione che l’esperienza guerresca inneschasse nelle psicologie individuali una trasformazione di tipo regressivo, scatenando la riemersione di “tutti gli impulsi di violenza, di aggressività, di sovrapproduzione che sonnecchiano in noi sotto la vernice della civiltà sociale, ma che poi esplodono travolgendo, e riconducendo l’uomo alla lotta selvaggia e feroce, che ottunde il senso di conservazione personale” (Bennati, 1916, p. 54).

La psicopatologia bellica è stata, inevitabilmente, il capitolo clinico e teorico impostosi con prepotenza allo studio degli psichiatri e degli psicoanalisti del primo ventennio del secolo scorso.

Il termine shock da granata o da esplosione (*shell-shock*) venne usato per la prima volta in un articolo sul *Lancet* dallo psicologo medico Charles S. Myers (1915), che combatté nella British Expeditionary Force in Francia, per indicare i disturbi psicologici che causarono il rimpatrio di molti fanti fin dal dicembre 1914.

Inizialmente la comunità scientifica considerò lo shock da granata dal punto di vista “organico”, cioè come espressione di una lesione neurologica, conseguente all’urto di potenti agenti esterni, anche in considerazione del fatto che i soldati al fronte si erano trovati esposti a un’ampia gamma di danni da esplosione, specialmente prima dell’introduzione dell’elmetto di metallo al principio del 1916. Tali studi dettero l’opportunità di indagare su vasta scala la localizzazione delle funzioni psicomotorie nei casi di lesioni cerebrali causate dai frammenti metallici delle granate. Con il protrarsi del conflitto mondiale i quadri clinici riconducibili allo shock da granata si presentarono sempre più frequentemente fra le truppe di tutte le nazioni e, dopo le gravissime perdite di uomini nelle battaglie della Somme e di Verdun nell’autunno del 1916, gli Stati Maggiori furono spinti a trovare interventi efficaci a far sì che il maggior numero di militari “traumatizzati”, non più considerati semplicemente codardi o deboli, tornassero a compiere il proprio dovere al fronte (Corsa & Zanda, 2014).

Come scriveva Bennati, un ufficiale medico italiano:

“le contingenze della guerra moderna sono gravemente emotivanti per ogni uomo normale; se taluni soldati reagiscono a queste influenze con una malattia nervosa, la cosa non dipende affatto da che il coraggio e la elevatezza di spirito siano scadenti; ma bensì, da che siano stati labili o siano alterati i vari e complessi meccanismi reattivi organici e psichici. Il soldato italiano non è un vile; può essere ammalato” (1916, p. 49).

Ben presto, dunque, si dovette fare i conti con il numero crescente di soldati che, essendosi trovati nella prossimità di un'esplosione ma senza aver subito alcuna ferita al capo, presentavano comunque una serie di sintomi di difficile interpretazione: amnesia, scarsa concentrazione, mal di testa, ronzio auricolare, vertigini e tremore, che non guarivano con le cure ospedaliere. Fu evidente che non sempre poteva essere sostenuta sul piano eziopatogenetico la relazione tra lo shock da granata e il traumatismo cerebrale diretto e si cominciò ad avanzare l'ipotesi che i sintomi fossero di origine psicologica piuttosto che organica, fino a considerarli in definitiva una “nevrosi traumatica” (Jones et al., 2007).

Il capitolo della psicopatologia bellica divenne, allora, un'area d'intersezione tra la neurologia e la psicoanalisi così potente, da far dichiarare a Ferenczi che “le esperienze acquisite con i nevrotici di guerra [...] hanno condotto i neurologi oltre la scoperta della psiche, li hanno condotti quasi a scoprire la psicoanalisi” (Ferenczi, 1919/1992, p. 18). Il medico inglese W.H.R. Rivers, da poco convertito alla psicoanalisi, commentava: “Si direbbe che il destino ci abbia offerto [...] una straordinaria occasione per mettere alla prova la verità della teoria freudiana dell'inconscio” (in Zaretsky, 2004, p. 142).

3. Le psicosi post traumatiche belliche al Congresso psicoanalitico di Budapest

Poche settimane prima della fine delle ostilità, il 28 e 29 settembre 1918, presso l'Aula dell'Accademia Ungherese a Budapest, si svolse il V Congresso Internazionale di Psicoanalisi, dominato dal tema delle patologie mentali da trauma bellico. Al meeting, che ebbe tra gli organizzatori anche due pionieri della disciplina come Karl Abraham e Sandor Ferenczi, si contarono quarantadue partecipanti nonostante si fosse ancora in tempo di guerra.

La prima relazione sull'argomento fu proprio di Ferenczi, il quale introdusse il suo pensiero affermando che:

“La guerra ha provocato malattie nervose in misura massiccia, malattie che dovevano essere comprese e curate, ma che il materialismo organicista si è rivelato assolutamente inadeguato a comprendere [...]. La guerra, che in questo senso è stata un esperimento di massa, ci ha mostrato tutta una serie di gravi nevrosi in cui il fattore meccanicistico era fuori questione; e i neurologi” sono stati costretti a riconoscere che avevano tralasciato qualcosa. “Questo qualcosa era [...] la psiche” (Ferenczi, 1919/1992, p. 12).

Lo psicoanalista ungherese presentò, poi, un'accurata bibliografia neurologica sulle nevrosi traumatiche belliche, dalla cui disamina emerse, allora come oggi, l'irrisolto conflitto tra

la genesi organica e quella funzionale dei disturbi mentali. Non mancò di citare il grande neuropsichiatra Oppenheim, che considerava le nevrosi traumatiche delle unità nosografiche separate e sempre risalenti ad un un'“alterazione fisica dei centri nervosi”, in quanto lo shock produrrebbe dei difetti meccanici nell'innervazione periferica e di quella centrale (in Ferenczi, 1919/1992, p. 12). Diversi illustri psichiatri concordavano con le ipotesi organiche di Oppenheim: tra loro lo psichiatra e criminologo tedesco Aschaffenburg – storico antagonista di Lombroso e uno dei maggiori detrattori del pensiero freudiano – e l'ungherese Sarbò, che ipotizzava fantasiosamente dei danni strutturali cerebrali dovuti a delle micro emorragie secondarie all'insulto emotivo. Strümpell, uno psichiatra che aveva svolto un'intensa attività peritale sui simulatori, sosteneva invece un'eziopatogenesi esclusivamente psicogena delle psicosi belliche, a suo dire suscitate dal desiderio del malato di farsi esonerare dal servizio militare con la più alta pensione possibile⁵!

Terminata la carrellata bibliografica – alquanto pittoresca per un lettore attuale – Ferenczi passò poi a difendere la natura psicogena delle patologie mentali belliche, mediando il pensiero di altri neuropsichiatri, quali Nonne, Gaupp, Vogt, Liepman e Bonhöffer, che parlano pure della predisposizione psichica alle nevrosi e alle psicosi di guerra.

Prima di esaminare brevemente i fondamenti teorici della concezione psicoanalitica delle “nevrosi traumatiche” osservate durante la guerra, egli si soffermò a descrivere la sintomatologia riscontrata più frequentemente nei militari, precisando che la letteratura sull'argomento era sterminata. Si trattava addirittura di

“un museo di sintomi isterici acuti [...] In questo caos di sintomatologie spicca per frequenza e vistosità il tremore [...] penose figure di uomini, malcerti sulle gambe tremanti, affetti da caratteristici disturbi dei movimenti: persone che danno l'impressione di invalidi [...] E tuttavia l'esperienza ci insegna che anche quadri clinici traumatici come questi sono di natura puramente psicogena. Spesso basta una sola applicazione elettrica a scopo suggestivo o l'impiego di alcune misure ipnotiche per fare di costoro, sia pure in via provvisoria e a determinate condizioni, delle persone efficienti” (Ferenczi, 1919/1992, pp. 19-20).

Lo psicoanalista ungherese considerava che solo una parte di tali nevrosi post traumatiche sarebbe appartenuta al gruppo delle “isterie d'angoscia” o a quello delle “isterie da conversione” – cioè ad affezioni in cui sarebbe colpita la sessualità genitale, come nelle consuete isterie freudiane – ma il maggior numero di casi avrebbe presentato piuttosto una “ricaduta” alla fase precedente, quella narcisistica. Si sarebbe dunque dovuto parlare di “nevrosi narcisistica”, alla stessa stregua della demenza precoce e della paranoia (Ferenczi,

5 La questione pensionistica ha sempre costituito un forte elemento di resistenza da parte delle autorità rispetto al riconoscimento di quadri traumatici e alla loro derivazione da una “causa di servizio” bellica. Fu così nei diversi Stati europei al tempo delle sindromi da *shell-shock* ed è così oggi soprattutto negli Stati Uniti per il disturbo da stress post traumatico nei veterani delle guerre del Golfo e dell'Afghanistan e prima ancora per quelli del Vietnam.

1919/1992, pp. 23–25). Secondo lo psicoanalista ungherese la maggior parte dei sintomi si potevano ricondurre a

“un’*accresciuta sensibilità dell’Io*’, derivata dal fatto che, in seguito allo shock [...], l’interesse e la libido del paziente erano stati ritirati dagli oggetti e concentrati sull’Io. In tal modo si sarebbe verificato un ‘ingorgo libidico’ nell’Io suscettibile di degenerare in una specie di narcisismo infantile”.

Per Ferenczi nessuno sarebbe immune dalle conseguenze di un trauma così violento come quello bellico, ma vi risulterebbe più predisposto il soggetto che già di per sé tende al narcisismo. Egli era convinto che in molti casi l’applicazione metodica del trattamento psicoanalitico fosse in grado di condurre alla comprensione piena e forse anche alla completa guarigione degli stati morbosi.

L’intervento congressuale di Abraham concordò pienamente con le linee tratteggiate da Ferenczi, precisando, tuttavia, che non tutti i combattenti manifestavano un quadro clinico post-traumatico e fosse quindi inevitabile ipotizzare una disposizione individuale. L’analista tedesco appariva fedelmente freudiano nelle osservazioni sull’ingorgo di libido narcisistica secondario alla labile pulsionalità eterosessuale dei pazienti studiati al fronte, nei quali sarebbe prevalsa un’intensa spinta omosessuale inconscia. Sulla base della sua esperienza di ufficiale medico, Abraham rimarcava che la comparsa di segni psichici di marca psicotica quasi sempre si traduceva in deliri a contenuto sessuale manifesto: delirio di gelosia o di persecuzione omosessuale da parte dei commilitoni. Nella sua esposizione non mancò di sottolineare ripetutamente la necessità di introdurre la psicoanalisi in ambito neuropsichiatrico, magari attuando dei trattamenti di “psicoanalisi semplificata”, nella convinzione che alla psicoanalisi “toccherà probabilmente anche il primato terapeutico” nell’ambito delle nevrosi di guerra.

Il giovane Ernst Simmel di Berlino parlò, infine, delle possibili terapie ad orientamento psicoanalitico delle patologie psichiatriche belliche. Psichiatra e psicoanalista fedelissimo al Maestro, aveva appena pubblicato l’allora famoso libro *Le nevrosi di guerra e il trauma psichico* (1918), citato da tutti i colleghi studiosi della materia. Egli proponeva una nuova cura caratterizzata dalla combinazione del metodo “analitico-catartico-ipnotico con il colloquio analitico”⁶ (Bryan, 1922, p. 76), in grado di ottenere dei notevoli benefici con sole due o tre sedute.

Quella tecnica mista – sebbene rivelatasi presto inadeguata a mantenere una risposta efficace nel tempo – ebbe comunque un enorme successo, in quanto costituì uno dei primi tentativi di affrontare concretamente la sofferenza psichica bellica con strumenti alternativi alla custodia e alla somministrazione di terapie aggressive, quali la faradizzazione elettrica, l’isolamento, le diete forzate e l’inganno, a loro volta fortemente traumatiche. Anche Freud (1920/1977) celebrò

ufficialmente l’utilità del metodo terapeutico di Simmel, in alternativa alla crudele e fallimentare “cura elettrica”.

La questione delle condizioni psichiche dei soldati accusati di diserzione fu affrontata a Budapest dallo psichiatra slovacco Victor Tausk, il cui tragico destino si sarebbe compiuto col suicidio, un anno dopo. Nel suo intervento Tausk si occupò dell’originale questione della psicoanalisi delle funzioni di giudizio, con ogni probabilità approfondendo le idee già espresse nel geniale articolo del 1916, *Per una psicologia del disertore* (1916/1979). Tale innovativo lavoro – prima prova di applicazione della psicoanalisi alla giurisprudenza – nacque dall’esperienza bellica dell’autore il quale, per un anno e mezzo, aveva prestato consulenza peritale psichiatrica nei processi dei tribunali militari contro i disertori, visitando più di mille malati e cercando generosamente di proteggere molti imputati, perlopiù giovani contadini, inermi e disorientati, arruolati ciecamente dalla macchina bellica imperialregia (Roazen, 1969/1973). Dopo aver proposto una raffinata classificazione in chiave psicoanalitica delle diverse personalità e dei vari disturbi psichici propri dei soldati fuggiaschi, egli – anche sulla base della propria precedente formazione giuridica – auspicò con coraggio un progressivo influsso della “psicologia analitica sulla formazione di un nuovo codice penale [che] avrebbe conseguenze di grandissima portata” (Tausk, 1916/1979, p. 132).

Quanto alla relazione di Freud, *Vie della terapia psicoanalitica* (1918/1977), risentiva dei problemi sollevati dall’“analisi attiva”, proposta da Ferenczi, e dalla questione, molto avvertita nell’Ungheria di allora, dell’estensione della psicoanalisi a fasce sempre più ampie della popolazione.

Ad ogni modo il successo del Congresso fu strettamente legato all’attenzione dedicata al ruolo delle “nevrosi belliche” e all’interesse suscitato nei governi di Germania e Austria-Ungheria. Il libro di Simmel e l’eccellente lavoro pratico svolto da Abraham, Eitingon e Ferenczi, avevano impressionato “gli ufficiali medici superiori dell’esercito, e si parlava di erigere in vari centri cliniche di psicoanalisi per il trattamento delle nevrosi di guerra” (Jones, 1953/1995, Vol. 2, pp. 244–245). La prima clinica psicoanalitica sarebbe dovuta sorgere a Budapest, come Ferenczi riferiva in una lettera del 8 ottobre 1918 (in Freud & Ferenczi, 1998, p. 322), in cui il medico ungherese ragguagliava Freud sulle ricadute pratiche dei dibattiti svoltisi durante il Congresso.

Ma il programma, tanto auspicato dai relatori e avallato dal Ministero della Guerra, fallì miseramente a causa della sconfitta degli Imperi Centrali, sopravvenuta di lì a poco.

E le sorti della psicoanalisi risentirono pesantemente degli esiti della conflagrazione mondiale:

“Caro amico, [...] In verità anche la nostra analisi ha avuto sfortuna. Con le nevrosi di guerra aveva appena cominciato ad attirare l’interesse del mondo, che la guerra finisce [...]. Ma la sfortuna è una delle costanti della vita. [...]” (Freud a Ferenczi, 17 novembre 1918; in Freud & Ferenczi, 1998, pp. 335–336”).

Ci troviamo in grande imbarazzo a cercare di commentare queste ultime asserzioni di Freud!

Comunque, nonostante la “sfortuna”, lo studio delle patologie post traumatiche belliche offrì un prodigioso impulso alla diffusione della psicoanalisi, come è doviziosamente te-

6 Estratto dalla recensione scritta da Bryan al volume *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen* (1919), che raccoglieva i contributi, ulteriormente sviluppati, del Congresso di Budapest. Della relazione di Ernst Simmel al Congresso non restano tracce esaustive, a parte il richiamo fatto da Bryan nella recensione sopracitata, apparsa sull’ *International Journal of Psychoanalysis* del 1922.

stimoniato pure dal carteggio tra Freud e Jones. Jones informava con entusiasmo il Maestro:

“La *Aufschwung* [fioritura]” della psicoanalisi “in Inghilterra è straordinaria; la $\psi\alpha$ è in prima linea negli interessi medici [...]. Gli ospedali specializzati in ‘Shellshock’ [...] hanno società $\psi\alpha$, vengono tenute conferenze nelle facoltà di medicina” (Jones a Freud, 27 gennaio 1919; in Freud & Jones, 1993/2001, Vol. 1, p. 230).

Il primo numero dell’*Internationaler Psychoanalytischer Verlag* fu completamente destinato alla psicoanalisi delle nevrosi di guerra (*Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*, 1919), con un capitolo introduttivo di Freud. Nel 1921 uscì la traduzione inglese (*Psycho-Analysis and the War Neuroses*), curata da Jones.

4. Crimini di scienza. Il “trattamento elettrico”

Nei primi anni della Grande Guerra il numero dei combattenti colpiti da *shell-shock* o forme similari crebbe rapidamente sui diversi fronti: ad esempio, già nel dicembre 1914 nella fanteria britannica circa il 10% dei soldati semplici ed il 4% degli ufficiali soffrivano di “shock nervoso e mentale” (McLeod, 2004). Ben presto le sanità militari degli eserciti in conflitto dovettero affrontare il drammatico problema del recupero di moltissimi militari divenuti inabili al combattimento. Proprio allora si consumarono alcune tra le pagine più oscure della cronaca psichiatrica, come, purtroppo, abbiamo visto ripetersi tante volte nella storia di questa disciplina medica (Corsa, 2013).

Agli inizi del Novecento era pratica usuale sottoporre le isteriche “a test con aghi per la disestesia”. Gli aghi venivano introdotti superficialmente alle estremità degli arti inferiori e, dopo, veniva fatta passare della corrente elettrica di bassa intensità. In Francia il neurologo Clovis Vincent, ispirandosi ad un sistema usato alla Clinica Salpêtrière dal suo mentore Joseph Babinsky, ideò per i casi “intrattabili” una forma “persuasiva” di terapia, chiamata *torpillage* (affondamento, dal francese *torpille* = siluro), nella quale venivano utilizzate correnti elettriche faradiche e galvaniche.

Tale pratica fu ulteriormente perfezionata e, durante la guerra, divenne la famigerata “terapia elettrica”, un vero e proprio strumento di tortura applicato ai soldati reduci dal fronte, accusati di “simulazione”. Seguendo i rituali di una “terapia disciplinare”, dolorose scariche venivano somministrate tramite elettrodi applicati alle parti del corpo afflitte da paresi, ipofunzioni o tremori. Mentre il paziente-soldato si contorceva e urlava, Vincent lo esortava enfaticamente a prendere ancora una volta le armi in difesa della Patria (De Young, 2015, p. 93). Molti soggetti cedevano, per essere poi avviati ad un severo percorso di riabilitazione fisica.

Il medico francese rivendicava spettacolari successi nel “trattamento forzato” dei sintomi da *shell shock* da lui applicato nell’ospedale di Tours, ma nel 1916 non esitò a denunciare come simulatori alcuni soldati che non volevano sottoporsi al *torpillage*, accusa che peraltro non fu confermata dalla corte marziale. Ne seguirono polemiche che indussero le autorità militari ad interrompere il trattamento.

Nello stesso tempo un altro neurologo, Gustave Roussy, iniziò ad applicare una versione modificata e mitigata del

torpillage, dove scariche faradiche a bassa intensità erano applicate alle piante dei piedi e/o ai genitali dei pazienti, in associazione a un regime dietetico e ad un trattamento rieducativo. Peraltro anche Roussy denunciò ai tribunali militari dei fanti che si erano opposti alla cura e la campagna di stampa che seguì il processo determinò nel 1918 il definitivo abbandono del metodo elettrico (Broussolle et al., 2014).

Nel campo avverso riscosse grande successo il trattamento “dell’attacco di sorpresa” elaborato dal neurologo tedesco Fritz Kaufman, dove la somministrazione di forti correnti alternate, da 2 a 5 minuti di durata, direttamente sulle parti paralizzate o impedito del soldato o indiscriminatamente su tutto il suo corpo, si alternavano ad una sorta di psicoterapia suggestiva. Le sedute duravano fino a due ore, in un clima di “rigida disciplina militare”.

Kaufman ed i suoi colleghi rivendicarono una percentuale di successi del 97%! Non mancarono le proteste verso quella che fu chiamata “kaufmanizzazione” del paziente ed alcuni costretti a subirla la paragonarono ad una tortura medioevale. Si stima comunque che in Germania, sino al 1918, più di 600.000 soldati fossero stati trattati per sintomi da *shell-shock*, con circa un milione di applicazioni di terapia elettrica ad opera di oltre 100 terapeuti (De Young, 2015).

Nel dopoguerra l’esimio cattedratico Julius von Wagner-Jauregg, supervisore di Kaufman e futuro Premio Nobel per la psichiatria (nel 1927) fu indagato, insieme a numerosi altri neuropsichiatri, per la ferocia dei trattamenti elettrici inflitti ai soldati reduci dal fronte, sospettati di simulazione. Nei primi mesi del 1920, la Commissione militare della Repubblica austriaca chiese un parere peritale a Sigmund Freud⁷. Lo psicoanalista austriaco, che era stato compagno d’università ed amico di Wagner-Jauregg, cercò di scagionare il collega, pur condannando la brutalità e l’inefficacia della pratica elettrica. Nell’atto peritale Sigmund Freud fu molto morbido nei confronti del professore viennese, che di conseguenza venne assolto:

“Se [la pratica elettrica] è stata usata negli ospedali di Vienna, sono personalmente convinto che, quanto al professor Wagner-Jauregg, i suoi interventi non giunsero mai alla crudeltà. Non sono in grado di garantire per altri medici che non conosco. [...] alcuni medici dell’esercito seguirono la tendenza, tipica dei tedeschi, di realizzare i loro propositi senza guardare in faccia nulla e nessuno [...] La potenza della corrente, come pure la brutalità del resto del trattamento, furono incrementati fino a un punto intollerabile. [...] Non è mai stato smentito il fatto che negli ospedali tedeschi vi furono a quell’epoca dei casi di morte durante il trattamento, e di suicidio in conseguenza di esso. Non sono assolutamente in grado di dire se anche le cliniche di Vienna abbiano attraversato questa fase terapeutica” (1920/1977, pp. 173-174).

Questa è un’altra pagina della biografia del fondatore della psicoanalisi che si fatica a commentare.

7 La perizia stesa da Freud fu conservata nell’Archivio di Stato di Vienna dove venne ritrovata dal professor Josef Glickhorn.

5. Dalla Sindrome post-commotiva al PTSD

L'armistizio del novembre 1918 non segnò la fine delle sofferenze per i tanti reduci traumatizzati. Come scrisse il corrispondente di guerra inglese Philip Gibbs:

“non erano tornati gli stessi uomini. Qualcosa era mutato in loro. Erano soggetti a improvvisi cambi di umore, e bizzarrie, attacchi di profonda depressione alternati con un irrequieto desiderio per il piacere. Molti andavano facilmente in collera mentre perdevano il controllo di sé, molti erano amari nei loro discorsi, violenti nelle opinioni, spaventosi” (in Shepard, 2000, p. 57).

Nel corso della Seconda Guerra Mondiale il termine “shock da granata” fu in pratica bandito dalle autorità dei vari Stati belligeranti, timorose di effetti negativi sul morale delle truppe. Tuttavia, i soldati esposti ai danni da esplosione continuarono a presentare una serie comune di sintomi di disagio mentale (Jones, Fear & Wessely, 2007). Per i quadri psicopatologici correlati ai traumi da guerra vennero allora proposti altri termini. I disturbi della coscienza, non giustificabili da una patologia organica cerebrale, vennero considerati come sintomi di uno “Stato commotivo post-traumatico” (Schaller, 1939) e, a partire dal 1941, per indicare gli stati caratterizzati da cefalea, vertigini, astenia, ronzio auricolare, difetti della memoria, scarsa concentrazione e nervosismo, venne utilizzato il termine di “Sindrome post-commotiva” (Wittenbrook, 1941). Alla fine, però, questi tentativi di riclassificazione non furono di grande aiuto per distinguere le cause fisiche dalle cause psicologiche delle “malattie”, che insorgevano nei soldati esposti alle esplosioni in guerra.

A partire dagli anni Cinquanta gli Stati Uniti sono gradualmente subentrati ai Paesi europei nella leadership della psichiatria mondiale. Di conseguenza il sistema classificatorio dei disturbi mentali elaborato dall'American Psychiatric Association (APA), riportato nelle varie edizioni del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), è divenuto un punto di riferimento mondiale nel complesso e, in larga misura ancora oscuro, mondo dei disturbi della psiche.

Durante e dopo la Guerra del Vietnam (1965-1973) molti soldati americani – sino al 30% – presentarono gravi disturbi psichici a seguito dell'esposizione ai traumi bellici. La natura dei conflitti era ancora mutata assumendo il prevalente carattere di “guerra di contro-insurrezione” o “contro-insorgenza” (Cappelli, Moro & Zotti, 2010), dove rispetto ai tradizionali scontri campali prevalgono le modalità di guerriglia, con agguati, attentati terroristici, sabotaggi praticati da gruppi diversi dagli eserciti regolari: non esiste più un campo di battaglia definito, il nemico è indistinto dalla popolazione (addirittura può essere identificato con essa) e la separazione fra “combattenti” e “civili” sfuma sino a scomparire. Questi aspetti hanno trovato ulteriore accentuazione nei conflitti del terzo millennio, a proposito dei quali si parla di “nuove guerre” (Kaldor, 1999/1999), “conflitti asimmetrici” o “guerra di quarta generazione” (4GW – *Fourth Generation Warfare*), dove le perdite civili sono di gran lunga superiori a quelle militari e si verificano violazioni su larga scala dei diritti umani.

Negli anni della guerra in Indocina, in considerazione del fatto che nell'allora vigente DSM-II (1968) non era con-

tenuta una diagnosi corrispondente allo stress da battaglia, per gli psichiatri americani diventò urgente e necessario trovare un termine che indicasse gli effetti di quel tipo di stress sulla psiche. Il termine “Sindrome post-Vietnam”, proposto in mancanza di un termine migliore, fu poi sostituito da quello più comprensivo di “Disturbo da stress da catastrofe”.

La *task force* dell'APA per il DSM-III (1980), incaricata di studiare i Disturbi reattivi, riconoscendo che il disturbo da stress da catastrofe poteva originare anche da traumi non bellici, propose il termine di “Disturbo da Stress Post-Traumatico” (PTSD), i cui sintomi potevano svilupparsi immediatamente dopo l'esposizione al trauma (PTSD “acuto”) o più tardi, il PTSD “a esordio tardivo” (cf. Corsa & Zanda, 2014).

Come rilevato da Friedman (2013), in una prospettiva storica riconoscere che l'agente eziologico si trovava fuori dall'individuo (era, cioè, un evento traumatico) piuttosto che essere insito nella debolezza dell'individuo (non era, cioè, una nevrosi traumatica) rappresentava il cambiamento più significativo introdotto dal concetto di PTSD⁸.

Nelle tre posteriori edizioni del DSM (DSM-III-Revised, 1987; DSM-IV, 1994; DSM-IV-Revised, 2000) i criteri per la diagnosi di PTSD rimasero sostanzialmente invariati.

Nel DSM-5 (2013), è stata apportata una significativa revisione dei criteri diagnostici del PTSD, che ha importanti implicazioni concettuali e cliniche. Il primo punto consiste nell'aggiunta ai precedenti criteri diagnostici della presenza di rilevanti stati anedonici e disforici, che si manifestano con stati cognitivi e affettivi negativi e con sintomi comportamentali dirompenti (ad esempio, rabbia, impulsività, avventatezza e auto-lesionismo). Il secondo punto, collegato al primo, consiste nel non considerare più il PTSD come un “Disturbo d'Ansia” basato sulla paura. Nel DSM-5 il PTSD, infatti, viene classificato in una nuova categoria diagnostica, denominata “Disturbi correlati a traumi e agenti stressanti”, nei quali l'esordio è preceduto dall'esposizione a un evento ambientale traumatico o, comunque, avverso.

- 8 Il DSM-III riportava i seguenti criteri diagnostici, per il Disturbo Post-Traumatico da Stress:
- A) L'esistenza di un evento stressante riconoscibile, tale da evocare sintomi significativi di malessere in quasi tutti gli individui.
 - B) Rivivere il trauma nel modo evidenziato da almeno uno dei seguenti elementi: ricordi ricorrenti ed invasivi dell'evento; sogni ricorrenti; improvviso agire o sentire come se l'evento traumatico stesse di nuovo verificandosi, per un'associazione con uno stimolo ambientale o ideativo.
 - C) Riduzione del coinvolgimento verso il mondo esterno, dimostrata da almeno uno dei seguenti elementi: marcata diminuzione dell'interesse in una o più attività significative; distacco o estraneità verso gli altri; ridotta affettività.
 - D) Perlomeno due dei seguenti sintomi, non presenti prima del trauma: ipervigilanza o risposta esagerata alla sorpresa; disturbi del sonno; senso di colpa per essere sopravvissuti quando altri sono morti, o riguardo al comportamento richiesto per la sopravvivenza; difficoltà a concentrarsi o compromissione della memoria; evitamento di attività che inducono pensieri relativi all'evento traumatico; intensificazione dei sintomi in seguito all'esposizione ad eventi che simbolizzano o ripropongono l'evento traumatico.

Negli ultimi decenni i disturbi psichici chiaramente legati a eventi traumatici esterni hanno assunto una rilevanza sempre maggiore anche a causa del verificarsi, con puntuale terribile periodicità, di catastrofi naturali, del dilagare di sanguinosi conflitti in molte parti del mondo e dell'apparente intensificarsi di violenze familiari e sociali. Per questo motivo il PTSD – oggetto di un grandissimo numero di studi e indagini sperimentali – è divenuto una categoria diagnostica “complessa”, strettamente correlata alle veloci trasformazioni sociali e politiche del nostro tempo.

Anche se la diagnosi di PTSD è stata considerata “erede” delle diverse diagnosi psichiatriche che, a partire da quasi cento anni fa, sono state proposte per indicare il multiforme gruppo di disturbi correlati ai traumi bellici, da molti decenni la guerra è solo una delle possibili situazioni nelle quali eventi traumatici possono essere causa di un PTSD. È altrettanto vero che, negli stessi anni in cui si affermava la categoria del Disturbo da Stress Post-Traumatico, sono stati descritti altri quadri patologici di affermata eziologia bellica, con prevalenza di affezioni somatiche, in particolare l’“Agente Orange” (con riferimento a un defoliante ad alto contenuto di diossina usato su vasta scala in Vietnam) e la discussa “Sindrome del Golfo” o “malattia cronica multisintomo”, lamentata da molti reduci della prima Guerra del Golfo (1991).

Ciò ha condotto taluni Autori a considerare come “non statiche” le patologie correlate all’esperienza bellica: per gli esseri umani non esiste un unico modo di reagire ai terribili eventi della guerra e il cambiamento culturale, i progressi degli strumenti diagnostici e delle terapie, la scoperta di nuovi disturbi, le trasformazioni nella natura della guerra, sono tutti fattori che insieme giocano un ruolo significativo nel plasmare i diversi modelli dei sintomi, nella grande categoria delle sindromi belliche (Jones & Wessely, 2005).

6. Sindromi post-belliche e condotte violente nei reduci delle missioni in Afghanistan e Iraq

Il fatto che esperienze di combattimento reiterate nel tempo danneggino la salute fisica e mentale dei veterani costituisce oramai un assunto generale scientificamente riconosciuto (Elder, Shanahan & Clipp, 1997). Fra il 2001 e il 2012 in America 31mila soldati sono stati costretti al congedo con la diagnosi di “disordini della personalità” (che non dà diritto a trattamenti pensionistici), mentre nel 2006 ben 260mila reduci erano in cura per PTSD (Farina, 2012; cfr. anche Levy & Sidel, 2013).

Si parla spesso di guerre che “tornano a casa con i combattenti”; ma in quale misura il malessere legato alla PTSD ed alle altre sindromi belliche può costituire un significativo fattore favorente rispetto a comportamenti violenti, abuso di sostanze, atti autolesivi ed altre condotte devianti?

Ancora una volta il riferimento d’obbligo è alla realtà degli Stati Uniti, primi in Occidente per le dimensioni dell’impegno bellico negli ultimi decenni. Dopo gli attacchi terroristici del settembre 2001, oltre due milioni di cittadini americani di entrambi i sessi – circa l’1% della popolazione adulta statunitense – hanno combattuto in Afghanistan (operazione *Enduring Freedom*) e in Iraq (operazione *Iraq Freedom* o *New Dawn*). Fra di essi, in accordo a quanto reso

noto dal PTSD National Center (www.ptsd.va.gov/public/PTSD-overview) nel 2013, l’incidenza annuale del Disturbo Post-Traumatico oscillerebbe fra l’11 ed il 20%.

I dati sul coinvolgimento dei reduci americani in atti criminosi o attività illegali non sono facilmente disponibili, anche per la carenza di statistiche specifiche e la reticenza degli organismi ufficiali. Attualmente, né il Pentagono né il Dipartimento della Giustizia tengono registrazioni degli omicidi o aggressioni commesse da militari in servizio o congedati, la maggior parte dei quali vengono processati da corti civili, al di fuori della giurisdizione militare. Nel gennaio del 2008 il New York Times pubblicò i risultati di una ricerca condotta sul coinvolgimento dei reduci di Afghanistan e Iraq (in servizio attivo o congedati) in casi di omicidio. Il quotidiano aveva analizzato le notizie su questi fatti riportate nelle cronache locali, nei registri della polizia e di tribunali militari e civili e aveva intervistato gli imputati, i loro difensori, i loro parenti, le famiglie delle vittime e i funzionari della polizia civile e militare. Lo studio aveva preso in considerazione i sei anni di guerra successivi all’invasione dell’Afghanistan nel 2001 ed i sei anni precedenti, riscontrando un incremento dell’89% degli eventi mortali dopo il 2001 (Sontag & Alvarez, 2008).

Negli ultimi sei anni risultavano 121 casi di omicidio commessi da veterani delle due guerre, dopo il rientro in patria, tre quarti dei quali ancora in servizio. Con una sola eccezione, tutti gli autori erano maschi, 13 di essi suicidi dopo il delitto, due uccisi dalla polizia, molti altri hanno tentato il suicidio o comunque manifestato il desiderio di morire. La maggior parte dei rei non aveva precedenti penali, mentre le vittime degli omicidi erano per il 30% dei casi partner, figli o parenti dell’assassino, commilitoni nel 25% dei casi.

In molti soggetti i traumi da combattimento e lo stress da servizio – insieme con abuso di alcol, conflittualità familiare e altri problemi collegati – avevano creato i presupposti per tragedie in cui le dinamiche autodistruttive apparivano evidenti. Gli autori dell’inchiesta (peraltro contestata dal Pentagono) sottolineavano che i casi rilevati dovevano presumersi solo una piccola parte di quelli effettivi, considerato il fatto che non tutti gli omicidi, specialmente nelle metropoli e nelle grandi basi militari, sono resi pubblici o riportati dettagliatamente. Inoltre, sin dalla Prima Guerra Mondiale l’American Legion e altre associazione dei reduci di guerra hanno costantemente chiesto alla stampa di mantenere un basso profilo sulle notizie di militari coinvolti in episodi delittuosi, spinte dal proposito di contrastare la diffusione dell’infamante stereotipo del “wacko-vet myth” o “mito del veterano pazzo”.

Un’importante indagine sulle condizioni psicologiche e sociali dei reduci negli USA è quella condotta dalla Henry J. Kaiser Family Foundation in collaborazione col *Washington Post* (2014), mediante un sondaggio telefonico su di un campione rappresentativo di 819 militari con esperienza di guerra in Iraq e Afghanistan, realizzato fra il 1 agosto e il 15 dicembre 2013.

La metà degli intervistati lamentava difficoltà nel ritorno alla vita civile (per il 21% “molte difficoltà”), il 45% riferiva di problemi con il partner, nelle relazioni con i figli (19%) ed il 41% di “scoppi d’ira” associabili ai trascorsi nelle forze armate. Un quarto del campione ha ammesso di aver fatto qualcosa, nelle zone di guerra, per cui si “sente colpevole”,

il 43% dei reduci ha giudicato “peggiori” le proprie condizioni fisiche dopo le missioni ed un terzo di essi ha espresso un’analoga valutazione negativa per lo stato mentale ed emotivo. Significativamente, oltre la metà del campione (51%) ha confermato di aver conosciuto di persona un altro veterano che aveva realizzato o tentato il suicidio; un quinto degli intervistati conoscevano ex militari divenuti *homeless*.

In effetti l’incidenza dei comportamenti autolesivi fra i reduci – più che doppia rispetto alla popolazione civile – è uno dei pochi dati concordemente riconosciuti. Si consideri che il numero dei soldati che si sono tolti la vita una volta rientrati è nettamente superiore a quello complessivo dei caduti sul campo; addirittura secondo una clamorosa indagine realizzata dalla rete *CBS News* nel 2007, nel solo 2005 vi sarebbero stati almeno 6256 suicidi fra militari americani in servizio o congedati (Keteyan, 2007), mentre mancano dati anche di massima sui tentati suicidi.

La questione delle conseguenze dell’esperienza bellica sulla psicologia e il comportamento dei veterani è stata affrontata anche al di fuori degli Stati Uniti. Nel Regno Unito, il cui impegno nella coalizione occidentale è stato fra i più rilevanti, un recente studio di coorte condotto su poco meno di 14mila soldati rientrati da Iraq e Afghanistan ha rilevato un significativo aumento di condotte aggressive nei soggetti di età inferiore ai 30 anni: oltre il 20% di essi aveva commesso un atto violento rispetto al 6,7% dei loro coetanei civili. La ricerca ha evidenziato un incremento anche dell’alcolismo e dei disturbi post-traumatici (McManus et al., 2013).

Una precedente indagine di coorte sulla salute psichica dei militari britannici impiegati nei teatri afgano e iracheno aveva confermato una rilevante ricorrenza di alcolismo e di generici “disordini mentali”, mentre la presenza di casi di PTSD era apparsa relativamente modesta (Fear et al., 2010).

Anche l’Italia ha offerto un contributo importante alle varie missioni di *peace keeping* e *peace enforcement* che si sono susseguite negli ultimi lustri, con l’impiego di decine di migliaia di soldati. Le informazioni sulle ricadute psicologiche e comportamentali di queste esperienze sono state scarse e più volte oggetto di polemiche. Per quanto riguarda il suicidio – la terza causa di morte nelle nostre Forze Armate – i soli dati ufficiali disponibili sono quelli relativi ai 155 casi segnalati fra il 2006 ed il 2014 all’Osservatorio Epidemiologico della Difesa, in grande maggioranza concentrati nell’Arma dei Carabinieri e fra i militari di truppa, senza rilevanti differenze rispetto alla popolazione civile (Favasuli, 2014). Mancano totalmente disaggregazioni sui suicidi di militari rientrati da missioni all’estero.

Secondo l’Ispettorato Generale della Sanità Militare

“l’incidenza del PTSD in ambito militare italiano è, con ragionevole presunzione, più contenuta rispetto a quanto rilevato nelle Forze Armate di Paesi alleati (es. U.S.A., G.B.), verosimilmente per una maggiore attenzione che le Forze Armate italiane riservano alla selezione del personale ed ad un impiego operativo più attento circa l’intensità e la durata. Tuttavia, dai dati a disposizione, è difficile delimitare la reale dimensione del fenomeno” (2014, p. 6).

Va infine segnalata l’indagine indipendente condotta dalla psicologa Alborghetti nel 2013 su di un campione di 22 militari italiani rientrati dalla missione in Afghanistan, giovani di età compresa fra i 26 ed i 28 anni, sottoposti al test CAPS

per l’individuazione del PTSD e alla scala SF-36 per valutarne le condizioni psico-fisiche globali. Il disturbo si è rivelato presente in tutti i soggetti (valore medio conclusivo 66 = grave), con prevalenza di dinamiche auto aggressive⁹.

7. La guerra addestra al crimine?

Le evidenze che emergono da studi e osservazioni condotte ormai nell’arco di un secolo, nel succedersi di quadri bellici sempre diversi, mostrano le innegabili ricadute della stressante esperienza di guerra sulla salute psichica dei combattenti, con conseguenze più o meno profonde e prolungate in relazione alle vulnerabilità individuali, al contesto relazionale e socio-culturale in cui agiscono i veterani e (molto importante) alla disponibilità o meno di adeguato sostegno terapeutico. Le manifestazioni post-traumatiche sembrano esprimere soprattutto quadri depressivi, stati ansiosi, abuso alcolico e/o di sostanze e agiti prevalentemente autodistruttivi, con notevole rischio suicidario.

Il problema delle condotte violente nei reduci, secondo alcuni Autori, va interpretato in termini più ampi rispetto alla semplice correlazione con il PTSD e altri disturbi e posto piuttosto in collegamento con gli stessi contenuti della formazione militare (Grossman, 2009). Specialmente i componenti delle unità di élite ricevono un addestramento che mira espressamente a sviluppare una serie di abilità nel combattente: astuzia, inganno, forza, rapidità, segretezza, un repertorio di tecniche per uccidere e rimuovere resistenze e sensi di colpa. Un percorso in pratica non dissimile dall’itinerario di “violentizzazione” descritto dal criminologo statunitense Lonnie Athens (1992) per spiegare il processo che trasforma un individuo non aggressivo in un delinquente efferato (Ceretti & Natali, 2009). Ma questa “forma mentis di guerra”, insieme con le tecniche apprese, non viene certo rimossa con l’uniforme, al ritorno alla vita normale, dove anzi costituisce un terreno fertile per i comportamenti antisociali. Su questo punto non ha dubbi lo psichiatra statunitense Jonathan Shay, autore del noto saggio *Odysseus in America*: “Lo esprimo nel modo più schietto possibile, il servizio in combattimento di per sé agevola la strada nella carriera criminale” (2003, p. 42).

Ci si può chiedere se alcuni soldati riportino in patria non solo la generica brutalità della guerra ma anche l’attitudine a crimini specifici, dei quali hanno fatto la prova all’estero, come nel caso di Timothy McVeigh, veterano di *Desert Storm* e autore della strage di Oklahoma City (168 morti nel 1995), il peggior atto di terrorismo interno nella storia degli Stati Uniti.

Per citare ancora Shay “sfortunatamente la connessione tra guerra e crimine è molto antica. La prima cosa che Ulisse fece dopo aver lasciato Troia fu lanciare un raid piratesco contro Ismaro”, la piccola capitale dei Ciconi.

9 Lo studio di Amelia Alborghetti intitolato *Valutazione dei disturbi da stress post-traumatici di eventi bellici e individuazione di percorsi riabilitativi*, realizzato per la Fondazione Gnocchi (Linea di ricerca 3), non risulta ancora pubblicato (www.dongnocchi.it/ricerca-scientifica/ricerca-corrente/linea-di-ricerca-3/).

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed.), Washington, DC: Author (trad. it. *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson S.p.A., Milano, 1983).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Revised 3rd ed.), Washington, DC: Author (trad. it. *DSM-III-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson S.p.A., Milano, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.), Washington, DC: Author (trad. it., *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson S.p.A., Milano, 1995).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Revised 4th ed.), Washington, DC: Author (trad. it. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson S.p.A., Milano, 2001).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.), Washington, DC: Author (trad. it. *DSM 5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2014).
- Athens, L. (1992). *The Creation of Dangerous Violent Criminals*. Urbana: University of Illinois Press.
- Bennati, N. (1916). La etiologia determinante nella nevrosi traumatica di guerra. *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1, 49-86.
- Broussolle, E. et al. (2014). *History of Physical and 'Moral' Treatment of Hysteria*. In Bogousslavsky, J. (ed.), *Hysteria: The Rise of an Enigma* (pp. 181-197). Basel, Freiburg, Paris, London, New York: Karger.
- Bryan, D. (1922). Psycho-Analysis and the War Neuroses. *International Journal of Psycho-Analysis*, 3, 73-76.
- Cappelli, R., Moro, N.F. & Zotti, D. (2010). *Strategie di contro-insurrezione*. Venezia: Studio LT2.
- Ceretti, A. & Natali, L. (2009). *Cosmologie violente. Percorsi di vite criminali*, Milano: Raffaello Cortina.
- Corsa, R. (2013). *Edoardo Weiss a Trieste con Freud. Alle origini della psicoanalisi italiana*. Roma: Alpes Italia Srl.
- Corsa, R. & Zanda, G. (2014). *La Grande Guerra e la psicoanalisi*. Retrieved March, 3, 2016 from <http://www.spiweb.it/rotante/4647-la-grande-guerra-e-la-psicoanalisi>.
- Da Costa, J. M. (1871). On Irritable Heart: a Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and its Consequences. *American Journal of the Medical Sciences*, 61, 17-52.
- De Young, M. (2015). *Encyclopedia of Asylum Therapeutics, 1750-1950s*. Jefferson (North Carolina): McFarland.
- Elder, G.H., Shanahan, M.J. & Clipp, E.C. (1997). Linking combat and physical health: the legacy of World War II in men's lives. *American Journal of Psychiatry*, 154, 330-336.
- Farina, M. (2012, March 11). Quei 31mila «psicolabili» rimandati a casa. *Il Corriere della Sera*, p. 11.
- Favasuli, M.A. (2014). Suicidio: linee di comprensione e di epidemiologia. *Giornale di Medicina Militare*, 2, 165-182.
- Fear, N.T. et al. (2010). What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. *The Lancet*, 375, 1783-1797.
- Ferenczi, S. (1916). Über zwei Typen der Kriegsneurosen. *Internationale Zeitschrift für ärztliche psychoanalyse*, 4, 131-145. (trad. it. *Due tipi di nevrosi di guerra (isteria)*. In S. Ferenczi, *Opere*, vol. 2, Raffaello Cortina, Milano, 1990).
- Ferenczi, S., Abraham, K., Simmel, E. & Jones, E. (eds.) (1919). *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag (trad. it. S. Ferenczi, *Psicoanalisi delle nevrosi di guerra*, in *Opere*, vol. 3 (1919-1926), Raffaello Cortina, Milano, 1992).
- Ferri, E. (1900). *Sociologia criminale*. Torino: Bocca.
- Freud, S. (1915). Zeitgemässes über Krieg und Tod. *Imago*, 4 (1), 1-21 (trad. it. *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte*, in *Opere*, vol. 8, Boringhieri, Torino, 1976).
- Freud, S. (1918). Wege der psychoanalytischen Therapie. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 5(2), 61-68 (trad. it. *Vie della terapia psicoanalitica*, in *Opere*, vol. 9, Boringhieri, Torino, 1977).
- Freud, S. (1920). Gutachten über die elektrische Behandlung der Kriegsneurotiker von Prof. Dr. Sigm. Freud (trad. it. *Promemoria sul trattamento elettrico dei nevrotici di guerra*, in *Opere*, vol. 9, Boringhieri, Torino, 1977).
- Freud, S. & Ferenczi, S. (1998). *Lettere*. Vol. 2, 1914-1919. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud, S., Jones, E. (1993). *The Complete Correspondence of Sigmund Freud and Ernest Jones 1908-1939*. Cambridge (Mass.): Belknap Press (trad. it., *Epistolari. Corrispondenza con Ernest Jones*, Vol. 1, 1908-1920, Boringhieri, Torino, 2001).
- Friedman, M.J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 548-556.
- Grossman, D. (2009). *On Killing: The Psychological Cost of Learning to Kill in War and Society*. New York: Back Bay Books.
- Ispettorato Generale della Sanità Militare, Comitato tecnico scientifico per lo studio dei disturbi mentali nel personale sanitario (2014). *Linee guida per la gestione psichiatrica dei disturbi connessi con lo stress traumatico in missioni operative fuori area*. Retrieved March, 3, 2016 from http://www.difesa.it/GiornaleMedicina/CTS_DisturbiMentali/Documents/Linee_guida_edizione_2014.pdf
- Jones, E. (1915a). War and individual psychology. *Sociological Review*, 3, 167-180.
- Jones, E. (1915b). War and Sublimation. Paper presented to the British Association for the Advancement of Science, Section of Psychology, Manchester, September 10 (In *Essay in Applied Psycho-Analysis*. International Psycho-Analytical Press, London, 1923).
- Jones, E. (1919). Die Kriegsneurosen und die Freudsche Theorie. In *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Jones, E. (1921). War Shock and Freud's Theory of the Neuroses. *International Psycho-Analytical Library*, 2, 44-59.
- Jones, E. (1953). *The Life and Work of Sigmund Freud*. New York: Basic Book (trad. it. *Vita e opere di Freud. 2. Gli anni della maturità - 1901-1919*, il Saggiatore, Milano, 1995).
- Jones, E. & Wessely, S. (2005). War Syndromes: The Impact of Culture on Medically Unexplained Symptoms. *Medical History*, 1, 55-78.
- Jones, E., Fear, N.T., & Wessely, S. (2007). Shell shock and mild traumatic brain injury: a historical review. *American Journal of Psychiatry*, 164, 11, 1641-1645.
- Kaldor, M. (1999). *New and Old Wars: Organized Violence in a Global Era*. Stanford: Stanford University Press (trad. it. *Le nuove guerre. La violenza organizzata nell'età globale*, Carocci, Roma, 1999).
- Keteyan, A. (2007). *Suicide Epidemic Among Veterans*. Retrieved March, 1, 2016 in <http://www.cbsnews.com/news/suicide-epidemic-among-veterans-13-11-2007/>
- Latini, C. (2012). Soldati delinquenti, scienza giuridica e processi penali militari nell'Italia unita. *Historia et ius. Rivista di storia giuridica dell'età medievale e moderna*, 2, 1-13.
- Levy, B.S. & Sidel, V.W. (2013). Adverse health consequences of the Iraq War. *The Lancet*, 381, 949-958.
- Lombroso, C. & Bianchi, L. (1885). *Misdea e l'antropologia criminale*. Torino: Bocca.
- MacCurdy, A. (1917). War Neuroses. *Psychiatric Bulletin*, July, 249-274.
- McLeod, A.D. (2004). Shell shock, Gordon Holmes and the Great War. *Journal Royal Society of Medicine*, 2, 86-89.
- McManus, D. et al. (2013). Violent offending by UK military personnel deployed to Iraq and Afghanistan: a data linkage cohort study. *The Lancet*, 381, 907-917.

- Myers, C.S. (1915). A contribution to the study of shell shock. *The Lancet*, February 13, 316-320.
- Pizarro, J., Cohen Silver, R. & Prause, J.A. (2006). Physical and Mental Health Costs of Traumatic War Experiences Among Civil War Veterans. *Archive of General Psychiatry*, 2, 193-200.
- Roazen, P. (1969). *Brother Animal. The story of Freud and Tausk*. New York: Alfred A. Knopf (trad. it. *Fratello animale. La storia di Freud e Tausk*, Milano, Rizzoli, 1973).
- Schaller, W.F. (1939). After-effects of head injury, the post-traumatic concussion state, and the post-traumatic psychoneurotic state. *JAMA*, 113, 1779-1785.
- Shay, J. (2003). *Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming*. New York, Toronto, London, Singapore: Scribner.
- Shepard, B. (2000). *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists, 1914-1994*. London: Jonathan Cape.
- Shorter, E. (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Simmel, E. (1918). *Kriegsneurosen und psychische Trauma. Ihre gegenseitigen Beziehungen, dargestellt auf Grund psychoanalytischer, hypnotischer Studien*. Munich und Leipzig: Nemann.
- Sontag, D. & Alvarez, L. (2008, January 13). Across America, Deadly Echoes of Foreign Battles. *The New York Times*, p. 11.
- Tausk, V. (1916). Zur Psychologie des Deserteurs. *Internationale Zeitschrift für ärztl. Psychoanalyse*, 4, 193-204. (trad. it. Per una psicologia del disertore. In V. Tausk, *Scritti psicoanalitici*. Roma, Astrolabio, 1979).
- The Washington Post/Kaiser Foundation, (2014). *Survey of Iraq and Afghanistan Active Duty Soldiers and Veterans*. Washington, DC: The Henry Kaiser Family Foundation.
- Wittenbrook, J.M. (1941). The post-concussion syndrome: a clinical entity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 94, 170-176.
- Zaretsky, E. (2004). *Secrets of the Soul. A Social and Cultural History of Psychoanalysis*. New York: Alfred A. Knopf (trad. it. *I misteri dell'anima. Una storia sociale e culturale della psicoanalisi*, Feltrinelli, Milano, 2006).

L'accettazione di un articolo ai fini della pubblicazione sulla rivista è subordinata alle seguenti norme:

1. Ogni articolo proposto per la pubblicazione sulla rivista deve pervenire alla redazione composto secondo le norme sotto indicate.
2. I contributi devono essere inediti, non sottoposti contemporaneamente ad altra rivista ed il loro contenuto conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca.
3. La direzione provvede ad inviare il lavoro, reso anonimo, a due referees della rivista, scelti in base a criteri di "turnazione" nell'esercizio di tale funzione e della loro particolare competenza nel tema trattato dall'articolo. Saranno esclusi dalla scelta i docenti della sede universitaria di appartenenza dell'autore e sarà cura della redazione garantire il più completo e reciproco anonimato dei referees e degli Autori dei singoli articoli.
4. Le osservazioni dei referees saranno comunicate all'Autore dalla redazione che provvederà inoltre ad inviare ad ogni referee le valutazioni espresse dagli altri circa lo stesso articolo.
5. Nel caso in cui i referees giudichino un articolo non degno di correzione già in occasione della prima revisione, l'articolo dovrà considerarsi definitivamente rifiutato ai fini della pubblicazione sulla rivista.
6. I lavori pubblicati restano di proprietà della rivista. I lavori non pubblicati si restituiscono se richiesti.
7. La attestazione che un articolo è in pubblicazione sulla rivista viene emessa solo dopo la definitiva approvazione da parte dei referees e dopo la consegna del testo in tipografia.
8. Articoli e notizie in genere, firmati o siglati, esprimono soltanto l'opinione del loro Autore e comportano, di conseguenza, esclusivamente la sua responsabilità. L'Autore ha diritto ad una sola correzione di bozze, limitata alla semplice revisione tipografica; le bozze di stampa corrette dovranno essere restituite alla redazione entro dieci giorni dalla data della loro spedizione. Trascorso tale termine, la redazione provvederà direttamente alla correzione delle stesse.
9. Si accettano lavori solo se inviati tramite posta elettronica, indirizzati all'attenzione dei proff.ri Tullio Bandini e Roberto Catanesi, all'indirizzo e-mail: segreteria@criminologia.uniba.it

Istruzioni per la compilazione dei testi

Il testo deve essere corredato di:

- 1) titolo del lavoro (in italiano ed inglese);
- 2) summary (in italiano e inglese) compreso tra le 200 e le 250 parole ognuno;
- 3) cinque parole chiave (in italiano e inglese);
- 4) titolo e didascalie delle tabelle e delle figure.

Nella prima pagina del file devono comparire:

- il titolo; le parole chiave; i nomi degli Autori e l'Istituto o Ente di appartenenza; il nome, l'indirizzo, il recapito telefonico e l'indirizzo e-mail dell'Autore cui sono destinate la corrispondenza e le bozze.
- A seguire il summary e, nelle ultime, la bibliografia, le didascalie di tabelle e figure e l'eventuale menzione del Congresso al quale i dati dell'articolo siano stati comunicati (tutti o in parte).
- Il file dovrà essere salvato e nominato con il titolo dell'articolo. Software: Microsoft Word, carattere Times New Roman 12, spaziatura 1,5, margini da 2 cm. Il numero massimo di cartelle dovrà essere 25, comprensive di ogni parte (titolo, parole chiave, riassunti, tabelle, etc.), numero ridotto a 12 per la presentazione di *case report*. La Direzione della Rivista si riserva la facoltà di decidere sulla possibilità di deroga a dette indicazioni. Non utilizzare programmi di impaginazione grafica quali Publisher, Aldus Pagemaker. Non usare formattazioni speciali (evitare stili, bordi, ombreggiature ...).
- Tabelle: devono essere contenute nel numero e numerate progressivamente con numerazione romana.
- Figure: inviare immagini esclusivamente in formato JPEG, in scala di grigio, con risoluzione 300 dpi; associare il nome del file (per ciascuna figura) comprensivo di estensione (jpeg).

CRITERI REDAZIONALI PER LA CITAZIONE ALL'INTERNO DEL TESTO

Si seguono i criteri internazionale dell'American Psychological Association (APA). I criteri sono reperibili all'indirizzo www.rassegnaitalianadicriminologia.it del sito ufficiale della R.I.C.