

## Scemi di guerra

### Psicopatologia dei combattenti della Grande Guerra

Molti soldati nella prima Guerra Mondiale svilupparono gravi disturbi psichici, dalle psicosi alle nevrosi, ma furono sempre guardati dai medici con la “lente della simulazione”: la malattia mentale come metodo di fuga da condizioni di vita pazzesche, disumane. In realtà, molto spesso, la fuga fu solamente “interna”; molti di questi uomini svilupparono una sintomatologia, un’organizzazione psichica, una forma di funzionamento, la cui finalità era la sopravvivenza. L’epiteto che ricevettero dalla popolazione fu: “scemi di guerra”. Non è possibile quantificare con esattezza quanti militari ebbero disturbi psichici causati dai combattimenti, perché i dati forniti dal personale medico risultano inattendibili: le diagnosi infatti erano più mediche, basate su cause organiche, che psichiatriche. Furono gli stessi alti gradi dell’esercito ad incoraggiare questo approccio, perché temevano che le diagnosi psichiatriche dei soldati avrebbero influito negativamente sulla loro immagine e portato alla distruzione dell’ideale della guerra patriottica. Come vedremo, i medici aderivano al paradigma psichiatrico del tempo, in cui si sosteneva la predisposizione biologica alla malattia mentale, senza tener conto della possibilità, da parte degli eventi bellici traumatici, di produrre effetti psicopatologici. La Grande Guerra fu il primo conflitto di massa, moderno e industrializzato, della storia; la si può rappresentare con due simboli: il fante e la trincea, il luogo dove i soldati vivevano giorno e notte costantemente sotto il tiro dell’artiglieria nemica e di possibili attacchi, da subire o, peggio ancora, da effettuare. Per quattro anni milioni di uomini furono costretti a convivere sotto terra, esposti agli agenti atmosferici e al fuoco delle mitragliatrici e dei cannoni, in condizioni igieniche disastrose e ad uscirne solo durante gli scontri, avanzando alla conquista di territori o per indietreggiare. Indipendentemente dall’esito, la fine delle battaglie era sempre segnata da morti, ferite, mutilazioni. I dati riguardanti le perdite umane, i feriti, i mutilati, i dispersi della Prima Guerra Mondiale sono ingentissimi: su tutti i fronti, il conflitto, che mobilitò oltre cinquanta milioni di soldati e un numero ingente di lavoratori nelle fabbriche per la produzione bellica, costò la vita a non meno di nove milioni di soldati e a un numero simile di civili. Se all’inizio la guerra era impregnata d’idealismo, si trasformò poi in un immotivato ed incomprensibile efficiente massacro. Nelle trincee si creò una comunità separata, per certi versi più globalizzata e consapevole, che avrebbe influenzato la storia culturale e politica successiva. Pensando alle condizioni di vita nelle trincee, i problemi principali erano: il freddo, l’immobilità, il fango, i pidocchi, il nemico e la mancanza d’igiene. Molte furono le malattie che colpirono i soldati,

oltre alle ferite di guerra. La scabbia, causata com'è noto da parassiti ma scatenata dalle scarse condizioni igieniche e dalla promiscuità; il colera, sempre a causa delle scarse misure igienico-sanitarie (nel Carso per esempio ci furono diverse epidemie di colera molto gravi). La dissenteria, causata anch'essa dalle condizioni del cibo ma soprattutto dell'acqua da bere. Il tifo petecchiale, causato dalla costante presenza dei pidocchi (la cui eliminazione uno per uno, prelevandoli dalle cuciture dei vestiti, costituiva uno dei passatempi preferiti nelle lunghe ore di attesa). Le malattie veneree, come la blenorragia, causate soprattutto dalla prostituzione. Il “piede da trincea”, dovuto all'averne praticamente sempre i piedi nell'acqua e al freddo e all'immobilità. Il congelamento, generalmente delle estremità inferiori, contro il quale veniva distribuito del grasso "anticongelante" che era poco efficace. A causa dei topi poi, sempre presenti in trincea, si potevano contrarre la rabbia, la leptospirosi e i loro morsi potevano causare setticemia e cancrena gassosa delle ferite infette. Infine tutte le patologie psichiche dovute ai traumi da combattimento, molte delle quali oggi rientranti nel PTSD: Post Traumatic Stress Disorder o Disturbo Post Traumatico da Stress. Pensiamo ad essere umani, per lo più molto giovani, che erano costretti a vivere in condizioni di vita estreme, sotto bombardamenti che spaccavano i timpani, con la terra che tremava ed eruttava fumo, vedendo pezzi di carne volare dappertutto e i loro compagni macellati. Uomini che venivano ritirati dal fronte, spesso ricoverati, disturbati mentalmente, cui bastava un rumore forte per vederli crollare a terra, in preda ai tremori, oppure taciturni o sordi ed erano impietosamente chiamati "scemi di guerra".

## Paradigma psichiatrico

Nei primi anni del Novecento, il panorama culturale italiano nel quale si muoveva la psichiatria, era ancora molto legato al pensiero di Cesare Lombroso e alle sue teorie organicistiche e fisiologiche. I medici curanti si chiamavano alienisti e i pazienti alienati. C'era stato però qualche cambiamento di pensiero, per esempio erano stati abbandonati gli studi statistico-quantitativi delle patologie esistenti, insieme alle famose analisi antropometriche, craniologiche o craniometriche. Con la costituzione nel 1907 della “Società italiana di neurologia”, la psichiatria e la neurologia iniziarono a separarsi. Ad inizio secolo si diffusero in Italia, dopo la traduzione del 1907, i lavori del tedesco Emil Kraepelin, in particolare del Trattato di Psichiatria che, per le sue innovative idee cliniche, rappresentò un'opera fondamentale, soprattutto per i giovani psichiatri italiani. Questi movimenti innovativi però restavano ancora saldamente ancorati alla combinazione di somatoorganicismo di matrice tedesca e lombrosianesimo. Soprattutto non cambiava nulla nella prassi

manicomiale, nel sistema diagnostico e nella cura. In Italia la psichiatria militare non accolse alcun tipo d'innovazione restando fedele al lombrosianesimo. Gli psichiatri italiani, per tutta la durata del conflitto e anche dopo, sembrarono rifiutarsi di comprendere il legame causale tra guerra e disturbi psichici dei soldati. Restarono convinti che le esperienze belliche scatenassero disturbi psichiatrici solo in soggetti già predisposti. La loro attenzione, soprattutto all'inizio della guerra, era rivolta ai traumi neurologici. La psichiatria inoltre si mise al servizio delle autorità politiche e militari, il cui interesse principale era individuare i simulatori da rimandare al fronte o da processare e condannare, anche con la pena capitale. Il primo bisogno della psichiatria militare italiana era un'adeguata esclusione preventiva: impedire l'ingresso nell'esercito di persone *deboli o degenerate*, che avrebbero potuto compromettere lo spirito combattente dei soldati. Si doveva garantire la presenza nell'esercito d'individui perfettamente sani e adeguati. Il secondo bisogno era di riconoscere i simulatori, da processare e condannare: erano infatti ritenuti frodatori intenzionali, paragonabili ai delinquenti comuni. Il terzo bisogno, quello della cura, aveva come obiettivo quello di rimandare al più presto i soldati al fronte.

## Psicopatologia

Al fronte i soldati iniziarono a soffrire di gravi disturbi psichici, la cui gestione creò enormi problemi, per l'insufficienza delle strutture, le scarse conoscenze e per il rischio di alimentare un clima di paura e di protesta nell'opinione pubblica, il cosiddetto "fronte interno". L'istinto di sopravvivenza portò molti soldati alla follia e alla malattia. Non potendo realmente fuggire, la fuga interiore, cioè la psicopatologia o la sua simulazione, diventò una soluzione possibile, se non l'unica. I disturbi psichici più frequenti manifestati dai soldati erano caratterizzati da deliri di persecuzione, amnesia, fallimento della rimozione, perdita alle volte solo temporanea della parola, dell'udito, delle percezioni del mondo esterno, o psicosi, psicosi alcoliche, dovute all'uso massiccio di alcool, favorito dalle distribuzioni di liquori prima degli attacchi per diminuire l'angoscia. I medici militari si rifiutarono di stabilire una correlazione tra esperienze belliche traumatiche e disagio psichico, coerenti alla teoria dell'origine genetica della psicopatologia, l'unica concessione era che la guerra aiutava a manifestarla. Negli ospedali, i manicomi, non c'era una prassi definita di cura, né farmacologica né psicoterapeutica. Con l'epiteto di "scemo di guerra" furono chiamati, nel linguaggio popolare, per la loro bizzarra sintomatologia, i soldati ricoverati negli ospedali psichiatrici. Con questa espressione ci si riferì sia a chi era effettivamente malato a causa della guerra, sia a chi simulava malattia psichica per evitare di tornare al fronte. Il numero dei soldati internati in manicomio

fu molto inferiore rispetto a quelli che realmente soffrirono di patologie psichiche, perché molti nascosero i loro disturbi, altri si curarono privatamente, la maggior parte fu invece erroneamente giudicata sana ed abile alla guerra. La causa principale dei ricoveri fu lo shell shock (trauma da combattimento nel linguaggio dell'epoca), che oggi definiremmo PTSD o, in modo ancor più specifico per il mondo militare, Reazione da stress da combattimento. Altre diagnosi furono “stato depressivo stuporoso” o “stato d’arresto psicomotorio”. Ci furono molti scompensi psicotici reattivi ad un trauma e anche psicosi a lungo decorso e degenza inquadabili diagnosticamente come schizofrenia. Vennero riscontrati numerosi casi di Disturbo bipolare. Altre diagnosi furono: Depressione, Stati maniacali, Epilessia. Molte psicopatologie risultavano così sconosciute da essere diagnosticate come “Imbecillità” o “Franestenia”. La diagnosi prevalente fu di “demenza precoce”. Emersero problematiche legate alla dipendenza, non solo alcolica, ma anche oppiacea e da cocaina. Riporto un elenco di diagnosi nella dicitura originale:

Alcoolismo

Morfinismo

Cocainismo

Psicosi pellagrose

Psicosi acute amenziali e delirio acuto

Cretinismo

Psicosi distiroide

Paralisi progressiva

Frenastenie cerebropatiche

Demenze in encefalopatie organiche

Psicosi senili ed involutive

Psicosi distimiche

Nevrastenia

Isterismo

Epilessia

Demenza Precoce

Pazzia morale

Paranoia

Insufficienza mentale

Simulazione

Disturbi del tono dell'umore da eccitamento o alternanza

Stato depressivo

Psicosi maniaco-depressiva

Malinconia (semplice, ansiosa, delirante)

Stato amenziale

Stato confusionale

Stato stuporoso

Costituzione anomala originaria

Costituzione originaria neuropatica

Delirio acuto

Disordine del contegno

Psicastenia

Ottusità affettiva in criminaloide

Stato ipocondriaco

Come si vede i disturbi rilevati coprono quasi l'intero spettro diagnostico attuale. Dalle dipendenze, ai disturbi dell'umore, alle nevrosi d'ansia, ai disturbi psicotici, al PTSD. Quelli più bizzarri a vedersi, che meritano ai pazienti il triste epiteto di scemi di guerra, sarebbero stati considerati delle Isterie dalla scuola Freudiana, oggi Disturbi di conversione. Questi disturbi sono caratterizzati da sintomi neurologici che non producono lesioni sul corpo. I disturbi di conversione più frequenti sono caratterizzati da deficit neurologici, paralisi, parestesie, astenie, afonie, cecità, sordità, allucinazioni, disturbi delle funzioni motorie volontarie e sensitive. Queste patologie non sono mai giustificate da una condizione neurologica o medica, non c'è una lesione del sistema nervoso. La stranezza dei sintomi è dovuta al fatto che

l'isteria, nel suo manifestarsi, si comporta come se l'anatomia non esistesse. Freud teorizzò che ci fosse una dissociazione tra processi psichici consci ed inconsci, dovuta ad un fallimento del processo di rimozione, dove i dolori fisici stavano al posto dei dolori psichici. I soldati mettevano in scena nel corpo le devastanti esperienze belliche vissute. L'altra psicopatologia riconducibile ai sintomi più bizzarri è la Schizofrenia catatonica. La schizofrenia catatonica, uno dei diversi tipi di schizofrenia, è una malattia mentale, spesso cronica, in cui una persona perde il contatto con la realtà. La schizofrenia catatonica ha una manifestazione comportamentale estrema. Il paziente affetto da questa condizione può sembrare come in coma, incapace di parlare, muoversi e rispondere, o può parlare e comportarsi in modo bizzarro e iperattivo. Episodi catatonici possono durare per un mese o più senza un adeguato trattamento farmacologico. Oggi, con la farmacoterapia esistente, i sintomi della schizofrenia, anche catatonica, vengono trattati in modo efficace, così i pazienti riescono a vivere in modo migliore e più autonomo. Sono numerosi i sintomi che caratterizzano la schizofrenia catatonica. Innanzitutto l'immobilità fisica. Il paziente, incapace di muoversi o parlare, può mantenere il corpo in una posizione rigida, assolutamente inconsapevole di cosa gli accade intorno (stupore catatonico). Molto caratteristica è la forma di immobilità conosciuta come flessibilità: per esempio, se il braccio si muove in una certa posizione, potrebbe rimanervi per ore. Al contrario ci può essere una mobilità eccessiva: il paziente cammina freneticamente, girando in tondo. Spesso il soggetto mostra una grave resistenza: è impossibile spostarlo o fermarlo. Caratteristici dei soldati ricoverati furono i movimenti particolari, le posture inappropriate o strane, le smorfie facciali, i comportamenti stereotipati, l'ecolalia e l'ecoprassia. I pazienti catatonici sembrano non provare alcuna emozione, in realtà spesso sentono una grave ansia. Ci possono anche essere i sintomi comuni nelle altre forme di schizofrenia, come i deliri, le allucinazioni, il particolare eloquio incoerente, la trascuratezza personale, stati emotivi inadeguati alla situazione, scoppi d'ira e isolamento sociale. La catatonìa che osserviamo attualmente è transitoria, gli episodi possono durare qualche giorno o molto più a lungo se non vengono adeguatamente trattati. L'altra gamma di disturbi prevalenti fra i soldati porterebbe oggi ad una diagnosi di PTSD. Il Disturbo Post Traumatico da Stress è caratterizzato dalla presenza di sintomi intrusivi associati all'evento: ricordi spiacevoli dell'evento traumatico, incubi ricorrenti in cui il contenuto o le emozioni del sogno sono collegati al trauma, flashback in cui la persona rivive l'esperienza traumatica. C'è anche un'intensa reattività associata all'evento traumatico: ipervigilanza e forti risposte di allarme, problemi di concentrazione, difficoltà relative al sonno, marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni. Si cerca costantemente l'evitamento degli stimoli

associati al trauma: tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi all'evento traumatico, si evitano così persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, o situazioni. Sono presenti anche alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all'evento traumatico: incapacità di ricordare aspetti importanti dell'evento o di provare emozioni. Il soggetto può restare incastrato in uno stato emotivo negativo, contraddistinto da paura, orrore, rabbia, colpa e vergogna. Spesso sono presenti degli spunti paranoici: convinzioni e aspettative negative relative agli altri o al mondo in generale. Può restare uno stato d'impotenza personale.

### Organizzazione sanitaria

Il Servizio neuropsichiatrico di guerra fu organizzato, a conflitto già iniziato, secondo i dettami del servizio sanitario militare, dal dott. Augusto Tamburini, che propose di dotare ogni armata di reparti neurologico-psichiatrici specializzati. Così ognuna delle quattro armate impiegate al fronte, fu dotata di una sezione neuropsichiatrica avanzata, diretta da medici psichiatri. Gli "alienisti" avrebbero lavorato anche nei reparti allestiti nelle retrovie delle rispettive armate, con il compito di esaminare i casi che si presentavano, valutarne la diagnosi e, soprattutto, smascherare i simulatori. In due anni fu ultimata l'organizzazione, che si compose di dieci reparti psichiatrici e ospedali da campo in zona di guerra e di una trentina di reparti specializzati negli ospedali o nei manicomi situati nelle retrovie. La ritirata successiva alla disfatta di Caporetto mise il sistema a dura prova, costringendo anche i reparti neuropsichiatrici al ripiegamento e, in alcune occasioni, anche all'abbandono dei pazienti in mano nemica, alle volte con esiti nefasti. Nelle retrovie poi c'erano degli ospedali di riserva, che accoglievano malati e feriti sgomberati dalle zone di guerra e che furono nel tempo potenziati utilizzando tutti i locali che potevano essere sfruttati per il ricovero degli ammalati. Ai medici fu subito chiaro che gli ospedali militari, per quanto attrezzati ad accogliere il maggior numero di feriti provenienti dal fronte, non erano preparati a gestire le enormi difficoltà connesse alla guerra. Era inoltre necessario che i manicomi civili servissero per accogliere i soldati con sintomi troppo "strani" per essere gestiti da una normale struttura ospedaliera. Per questo, tra la fine del 1915 e i primi mesi del 1916, molti manicomi pubblici italiani costruirono padiglioni e sezioni speciali per i militari "alienati" o presunti tali. I militari riformabili erano spesso dimenticati in manicomio, a meno che non avessero commesso dei reati giudicabili dal tribunale militare. Questa noncuranza da parte dei comandi militari segnala che era inutile sprecare energie con uomini inabili a tornare al fronte. L'interesse primario era sempre l'efficienza e la disciplina dei soldati: quando questi ritornavano ad essere solo uomini, perdevano automaticamente ogni

interesse. L'atteggiamento dei militari era condizionato dalle politiche impregnate d'autoritarismo e controllo sociale attuate dal governo italiano durante la guerra, che avevano favorito l'estensione e il rafforzamento del potere militare, fino ad arrivare ad una sorta di militarizzazione della società civile, come avviene sempre in un paese belligerante, che si traduceva nel considerare tutti i civili come dei sottoposti sui quali esercitare il comando e dai quali pretendere obbedienza e disciplina. Naturalmente, i primi a subire le conseguenze di un massiccio aumento di ingressi tra il 1915 e il 1918 furono gli stessi ricoverati che, in assenza di spazi adeguati e di personale formato, erano costretti ad una totale inerzia, spesso a restare legati ai letti per lungo tempo. È molto difficile ricostruire la vita quotidiana dei ricoverati dal loro punto di vista, ci sono rare testimonianze in merito; inoltre la cultura psichiatrica dominante in quel periodo tendeva ad escludere la soggettività e si consideravano i pazienti solo per i loro più elementari bisogni biologici. Da una testimonianza:

“I reparti ho già detto tante volte sono mischie informi di ricoverati, clamore ed atti di violenza fra ricoverato e ricoverato sono le loro abituali manifestazioni di vita, la camicia di forza e l'ozio forzato i mezzi di cura, gli infermieri nonché i medici sono ridotti quasi a carcerieri”.

Il servizio neuropsichiatrico nazionale, secondo le stime ufficiali, prese in carico circa 40.000 militari, anche se è molto probabile che il numero di ricoverati sia stato molto più elevato.

### Reazioni emotive individuali e di gruppo negli eventi bellici

Una delle novità delle guerre moderne è che anche la popolazione civile è coinvolta e travolta dagli orrori del conflitto con le conseguenti reazioni emotive. Le reazioni psicopatologiche connesse con le attività di guerra possono essere suddivise in tre tipologie: reazioni individuali, collettive e di massa. Le reazioni psicologiche ad un evento negativo di tipo collettivo o di massa sono reazioni di vasta portata che possono colpire più persone di uno stesso gruppo o di una popolazione intera. In questi casi c'è una reazione collettiva in cui gli individui mostrano un reciproco scambio di forti emozioni ed influenzamento. Queste persone, in reazione ad un evento traumatico, con un meccanismo d'identificazione reciproca, amplificano le proprie reazioni a livelli molto elevati, tali che singolarmente non avrebbero mai raggiunto. Questo accade più facilmente in gruppi in cui c'è già una sorta d'identità condivisa, come i colleghi di lavoro per esempio o i militari appartenenti ad una stessa squadra. Dopo qualche ora dall'evento traumatico inizia a manifestarsi il processo d'identificazione reciproca per cui il disagio personale è attivato e



amplificato dal disagio dell'amico, del vicino, del parente, del commilitone. Più alte sono la coesione e l'omogeneità del gruppo colpito, più sarà intensa la reazione emotiva collettiva. Si può così innescare una reazione emotiva di massa, come successe per esempio in alcuni paesi tedeschi la cui popolazione si suicidò in massa annegandosi in un fiume all'arrivo dell'armata rossa. Questa reazione nei singoli individui e poi nei gruppi, anche estesi, segue una serie di fasi.

Fase di shock: reazione emotiva immediata, spesso accompagnata da stupore e blocco di fronte ad un evento imprevedibile che crea un punto di rottura dalla vita precedente.

Fase di ritiro: passato il momento di grave pericolo, la persona inizia ad essere consapevole di quello che è successo e delle sue conseguenze sulla propria vita.

Fase di adattamento: la persona inizia ad adattarsi e riorganizzarsi nella sua nuova realtà di vita.

Quando l'evolversi delle tre fasi resta bloccato, il soldato resta colpito, inabilitato, come se avesse subito una ferita, una lesione fisica. Allora il militare viene sgombrato dalla zona di guerra e trattato in strutture sanitarie di tipo psichiatrico. Oggi si stima che circa il 50% dei soldati inviati al fronte manifesti subito, o dopo, una reazione psicopatologica. Durante la seconda guerra mondiale iniziò a definirsi la reazione di shock e ritiro intrapsichico come "breakdown mentale", o meglio crollo psicotico, che, secondo gli studi attuali, è tuttora la psicopatologia più frequente riscontrata nei militari impegnati in operazioni di combattimento. Non è tanto legato alle debolezze degli esseri umani, ma al sempre più crescente grado di distruttività e di stress psichico che accompagna le guerre moderne. Attualmente è stato coniato il termine specifico di Reazione da stress da combattimento. L'essere umano di fronte al pericolo ed alla minaccia reagisce con tre modalità: il combattimento (la lotta), l'evitamento (la fuga) o lo svenimento (l'inibizione e la simulazione della morte). Una volta passato il pericolo, le reazioni tendono a scomparire e l'equilibrio psicologico e fisico della persona torna alla normalità. Tuttavia se la situazione del pericolo o della minaccia dura a lungo, come nell'attesa del combattimento, o è ripetuta, l'organismo umano permane in uno stato di forte eccitazione e allarme che impedisce il recupero dell'equilibrio psicofisico e possono insorgere patologie sia fisiche sia psichiche. Lo shock emotivo provocato dal combattimento è uno stress di tale intensità da portare all'esaurimento delle capacità di reazione e di adattamento psicofisico, con la comparsa di sintomi acuti che richiedono un immediato trattamento, perché oltrepassano le capacità del singolo individuo di farvi fronte. La

psicopatologia, dal crollo iniziale, al disturbo acuto da stress e successivamente al Disturbo Post Traumatico da Stress, si sviluppa in quattro fasi:

- nella prima fase, chiamata shock emotivo, che dura circa 5-7 giorni, compare un'angoscia molto intensa, la cui somatizzazione porta il soldato a bere ed urinare in continuazione. E' perso l'appetito, c'è molta sudorazione, appare un'instabilità vasomotoria con oscillazioni molto forti della pressione arteriosa, ed infine c'è un continuo tremore. Il soldato in questa fase non è in grado di eseguire gli ordini che gli vengono impartiti.

- nella seconda fase, che dura circa due settimane, restano le reazioni somatiche molto forti e si evidenzia un intenso bisogno di attaccamento ad una figura protettiva, come il medico, l'infermiere, il commilitone amico, il comandante diretto. In questa fase il soldato è in grado di eseguire gli ordini che gli vengono impartiti.

- nella terza fase, che dura circa una settimana, iniziano a manifestarsi sintomi di disadattamento, contraddistinti da astenia, inappetenza e insonnia notturna (il soldato tende a dormire solo di giorno). Ricompaiono i sintomi della paura ed evita l'esposizione a qualsiasi forma di minaccia; è irritabile con continui scoppi d'ira.

- nella quarta fase, che inizia dopo 5 settimane di permanenza al fronte successivamente all'esposizione ad un trauma psichico, inizia la crisi vera e propria: il soldato inizia a sentirsi disperato, crede che verrà sicuramente ucciso o ferito, non riesce ad eseguire neanche gli ordini più semplici. Le funzioni cognitive come l'attenzione, la concentrazione e la memoria, sono profondamente alterate o disturbate; in questa fase il soldato può reagire in modo impulsivo a qualsiasi tipo di stimolo, come ad esempio iniziare a correre verso il nemico o cercando viceversa di fuggire.

Questa evoluzione psicopatologica dipende più dall'intensità e dalla durata dell'esposizione allo stimolo stressante che dalla fragilità psicologica del soldato. Il tipo di personalità condiziona la presenza e la manifestazione di alcuni tipi di sintomi, non però l'insorgenza o meno della sindrome da stress. Chiaramente la presenza di una sintomatologia psichiatrica, anche in forma lieve, riduce o annulla del tutto la capacità di combattimento, per cui i soldati devono essere adeguatamente trattati il più presto possibile.

