

13 | STRESS TRAUMÁTICO: CONTROVÉRSIAS E DIRECÇÕES FUTURAS

João Monteiro-Ferreira e Maria da Graça Pereira

Tornamo-nos hoje espectadores de uma guerra que revive atitudes que pareciam ter sido apagadas do mapa humano. Quando parecia que o Planeta estava a atingir um relativo equilíbrio e que as lutas tinham passado dos campos das batalhas internacionais para incidentes esporádicos ou disputas locais, testemunhamos hoje um retrocesso no sentido de uma globalização da guerra. É como um processo de reabertura de feridas que pareciam saradas. Os modernos meios de comunicação social, especialmente a televisão, estão a transportar as situações de guerra para o interior das nossas casas, transformando-nos a todos em espectadores diários de cenas macabras.

Aquilo que encaramos hoje está muito perto de um verdadeiro genocídio em massa. Segundo a Amnistia Internacional, a população de refugiados em todo o mundo ultrapassou já os 27 000 000, mais de 70% dos quais são mulheres e crianças. O bem conhecido cálculo de que, para cada morto, pelo menos três familiares não directamente envolvidos no acontecimento são afectados psicologicamente, agrava o problema. Se acrescentarmos a isto aqueles que são afectados psicologicamente de forma directa, tais números deveriam alarmar-nos.

Como profissionais clínicos, devemos propor formas de evitar que esta situação de rotura se torne uma futura fonte de ódio e destruição humana.

Já não podemos dizer que é necessário informar a população sobre a importância da saúde mental em situações de guerra, desastres e catástrofes. Hoje em dia, esta função é desempenhada pela televisão e bem. Periodicamente, avisam da importância de preservar a saúde mental das pessoas envolvidas em desastres, sublinhando que as deveríamos ajudar a expressar os seus sentimentos e a desenvolver sentimentos de segurança e contenção nas suas casas e lugares de trabalho.

No nosso entender, deveríamos reconsiderar quanto avançamos realmente nesta área do ponto de vista profissional. Se formos honestos com nós mes-

mos, não podemos concordar com aqueles que continuam a considerar que a questão da saúde mental em desastres e catástrofes é apenas um tema interessante para ser discutido em debates e conferências.

Queremos partilhar a nossa experiência do processo de desenvolvimento de uma concepção da experiência de trauma e *stress*, nos seus aspectos nosológicos e clínicos.

Se explorarmos mais profundamente a etiopatogenia da experiência traumática, chegaremos a diferentes concepções. Considerando essas diferenças, verificamos, por um lado, que alguns se têm focado na sintomatologia, insistindo no desenvolvimento de uma tese de causa-efeito, por meio da qual a sintomatologia seria considerada como um resultado directo do *stress* produzido por determinadas circunstâncias. De acordo com esta tendência, o trauma seria determinado pela intensidade do incidente. Esta posição foi essencialmente a da corrente americana que mais tarde foi usada como modelo para as diferentes versões do manual do *DSM*.

Por outro lado, outros (entre os quais nos incluímos) compreenderam que a experiência traumática não se presta à significação e não pode ser verbalizada. O material relatado pelos pacientes, ou os sintomas que encontramos, são então precisamente o que se encontra a esconder uma experiência que não pode vir a ser completamente estruturada.

A falta de articulação entre o afecto e a sua representação é o que determina que esta experiência seja traumática. Queremos sublinhar que usamos a palavra experiência no sentido de «vivência», para designar uma forma subjectiva de relacionamento com o acontecimento.

A «Experiência Subjectiva Traumática» é uma das formas que «o Negativo» desencadeia no aparelho psíquico. No nosso entendimento, paradoxalmente, a essência do trauma é a experiência subjectiva de não experimentar.

Gostaríamos de dar ênfase ao nosso desacordo com o significado que o *DSM* dá à *PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)*, devido à inclusão de trauma e *stress* na mesma categoria nosológica, uma vez que tanto a nossa experiência clínica como a nossa investigação mostram que *stress* é a forma que a psique tem de se defender da experiência traumática. Juntamente com isto, queremos registar que a nossa posição não rejeita a importância de conceitos standardizados no campo da saúde mental, especialmente naquelas patologias que são consequências de «situações disruptivas», onde as compensações económicas de lesões são tão importantes. No nosso entendimento, aquelas categorias standardizadas devem ser a base do verdadeiro diálogo profissional.

A nossa prática tornou-nos possível focar as questões sobre os «stressogénicos» *versus* «traumatogénicos». (Seria possível tratar os chamados stressogénicos da mesma forma que os traumatogénicos?) Ou confrontamo-nos com duas entidades nosológicas diferentes? A centralidade destas perguntas (para

este tipo de tratamentos) não mudou desde então. Pensamos não ser por coincidência que a literatura científica tem vindo a utilizar pelo menos onze formas diferentes para designar este tipo de fenómeno, entre eles «neurose pós-traumática», «*shell shock*», «exaustão de combate», «neurose de guerra», «trauma de guerra», etc. Continuamos a interrogar-nos até que ponto esta diversidade de nomenclatura não evidenciará estarmos a falar de tipos diferentes de fenómenos.

Trabalhando com civis, pudemos ver que, ao contrário das reacções «pós-traumáticas» entre os antigos soldados, aqueles desenvolvem reacções clínicas que são muito mais difusas e menos agudas, sem querer dizer que sejam menos graves.

Na nossa opinião, é fundamental ter mentalmente presente que, seja qual for a intensidade da ameaça para cada indivíduo, esta ameaça é sempre específica para cada pessoa e esta reagirá de acordo com a sua singularidade. Devemos lembrar sempre que, embora a forma especial de cada indivíduo encare situações dramáticas possa parecer muito peculiar, nem todas essas formas são patológicas, por mais terrível que a situação possa ter sido.

Compreendemos melhor que nunca que uma das características que tipificam a experiência traumática é o carácter único das suas configurações. Pensamos que é precisamente esta descoberta que cria a necessidade de reconceptualizar o significado de «trauma», de modo que o possamos utilizar durante a nossa actividade terapêutica.

Das conclusões para as perguntas

A experiência clínica de vários anos conduziu-nos a algumas poucas conclusões e a uma quantidade de perguntas relativamente a questões clínicas e de diagnóstico:

- 1) São as características ameaçadoras da situação que determinam o trauma psicológico?
- 2) Poderemos falar de apenas um mecanismo de trauma?
- 3) Existirão diferentes tipos de trauma, como trauma infantil, trauma situacional, etc.?
- 4) Teremos de fazer uma distinção entre ameaças individuais e de grupo, como ameaça à família, ameaça à comunidade ou a ameaça a toda uma população, como aconteceu no Holocausto ou no conflito jugoslavo?
- 5) Será necessário diferenciar os tipos de traumas gerados por guerras em que as populações participam de uma forma activa ou passiva?
- 6) Será diferente o potencial traumatogénico quando os nossos líderes políticos se tornam os nossos agressores, como no caso de terrorismo de

estado, em comparação com aquele que aparece nas guerras entre países ou estados?

Estas são algumas das diferentes interrogações que nos levaram a definir conceitos, de uma forma específica, tentando coordenar a nosologia diagnóstica com princípios clínicos e terapêuticos:

Agressão e violência

Estas são duas formas de cristalização das situações de ameaça. «Agressão» é a produção de dano ou desprazer a outra pessoa, numa situação em que a pessoa que causa dano ou desprazer aparece como autora. Nessa situação, a pessoa atingida pode desenvolver defesas psíquicas ou comportamentais para lidar com a ameaça. As guerras abertas, declaradas, são exemplo de situações em que é activada a agressão. Nestes casos, as forças em conflito são claras.

«Violência»

A violência, ao contrário da agressão, surge de uma forma escondida. O efectador do dano esconde-se ou é postulado como o protector ou como um amigo. As chicotadas com que os pais maltratam os seus filhos, «para o seu próprio bem», são apenas um exemplo que é semelhante aos regimes de ditadura de muitos países. Em face destas atitudes, as pessoas ou populações ameaçadas não podem desenvolver defesas psíquicas apropriadas, nem a sua defesa física, já que a essência da violência, ao contrário da agressão, é a distorção da situação e da relação com as figuras em jogo.

Ódio e hostilidade

Estes são dois conceitos que determinam a relação afectiva da pessoa sob ameaça com aqueles factores que causam dano e desprazer. Estes afectos emergem, perpetuando a relação que causa o desprazer e são simultâneos e paradoxais com respeito ao desejo de a evitar. O ódio pode ser centralizado num objecto ou em grupos de objectos, o «objecto único ou principal de ódio» que, em geral, desenvolvendo-se gradualmente, se transformará no inimigo. Contrariamente ao ódio, a hostilidade está relacionada com a percepção interna e difusa dos factores que causam dano ou desprazer. Actualmente, a investigação cardiovascular e psicossomática está em condições de postular a hostilidade como um dos factores etiológicos fundamentais da doença coronária. Estas descobertas rejeitam o postulado histórico anterior, em que a agressão ou o stress apareciam como os factores psíquicos principais, como nas chamadas personalidades Tipo A e Tipo B. Tentamos sublinhar que ódio e hostilidade são produtos de um certo tipo de relação entre os indivíduos e o seu meio. Esta distinção, na nossa opinião, deveria ser convocada quando consideramos critérios clínicos e diagnósticos.

Situações de rotura

São situações de facto que rompem a estabilidade do aparelho psíquico, causando experiências de stress ou traumáticas. Por estas razões, preferimos o uso da expressão «situações disruptivas», em vez do termo mais popular de «Situações Traumáticas». De um ponto de vista da saúde mental, o conceito de situações disruptivas permite distinguir entre situações traumatógenicas e situações stressogénicas. As catástrofes e as guerras são situações de ameaça que podem ser de rotura ou não. Quando são de rotura, temos de avaliar se são stressogénicas ou traumatógenicas, dependendo da forma como a psique de um determinado indivíduo as experimenta. Estas distinções, que não são meramente semânticas, permitem-nos lidar com a diferença entre experiências traumáticas e experiências de stress.

Experiência traumática

Definimos a experiência subjectiva como traumática quando existe colapso total das relações entre os nossos mundos psíquico, social, temporal e espacial num momento específico é a falha de integração entre o afecto e a representação. Uma «experiência subjectiva» é traumática quando o afecto é activado sem representação. Esta experiência traumática subjectiva será limitada no tempo e no espaço. Aparece geralmente quando temos de fazer frente a situações súbitas de rotura, tais como guerras, desastres, acidentes, etc. A experiência traumática está mais relacionada com situações de violência do que com situações de agressividade. Queremos sublinhar que podem também despertar em situações que consideraríamos acontecimentos triviais na vida diária.

Processo traumático

É uma forma pela qual a psique estabelece a sua relação com o mundo exterior nos primeiros períodos da vida. Como consequência de um défice ambiental, uma disfunção dos cuidados maternos com falta de expressão de afecto, desenvolve-se uma relação distorcida entre os mundos interno e externo. A consequência desta distorção é o desenvolvimento de traços de personalidade ou pilares básicos da psique que não orientam para uma adequada integração entre afecto e representação; desta forma se produzirá um défice nas funções de representação. Um exemplo clínico disto são as pessoas que desenvolvem traços alexitimicos; no futuro, aqueles traços constituirão a base de perturbações de personalidade, como a «perturbação *borderline* ou estado-limite», e outras patologias, entre as quais as chamadas «perturbações psicossomáticas».

Experiência de stress

É a consequência do aparecimento de uma situação de ameaça real ou fantasiada. A psique, detectando a ameaça, começa a desenvolver defesas inapropriadas que emergem como sintomas, sob a forma de fobias, ansiedade gene-

realizada, ou leque fenomenológico muito amplo, impossível de diferenciar a princípio da experiência traumática. No nosso entender, esta é a razão pela qual são erradamente incluídas na mesma categoria nosológica, sem tomar em consideração que a experiência traumática se refere a um retraimento da psique sem defesas, ao passo que a experiência de *stress* implica uma psique cujas defesas emergem em sintomas.

Processo de *stress*

Como no processo traumático, é uma forma pela qual a psique estabelece a sua relação com o mundo exterior nos períodos iniciais da vida. Como consequência de um défice ambiental, uma disfunção dos cuidados maternos com falta de expressão de afecto, desenvolve-se uma relação distorcida entre os mundos interno e externo. A consequência é a gestação de uma relação entre os mundos interno e externo que, contrariamente ao processo traumático, que é dominado pelo retraimento, desenvolve defesas inadequadas, estabelecendo estados de cólera e de ansiedade que constituirão as bases para as perturbações de ansiedade nas suas diversas formas, tais como ataques de pânico, ansiedade generalizada, fobias, etc.

À laia de conclusão, consideramos que existe uma entidade nosológica que chamamos «experiência traumática» – a emergência do afecto na ausência da representação. A sua principal característica é o colapso total das relações entre os mundos psíquico, social, temporal e espacial num dado momento, uma deficiência de relação entre estes parâmetros e no interior deles. De modo a melhor conceptualizar estes processos para uma abordagem clínica, deveremos distinguir entre a experiência traumática e os estados pós-traumáticos, e também entre experiências traumáticas e experiências de *stress*.

Em geral, a experiência traumática não pode ser significada. Mesmo que possa acontecer durante a fase verbal completa do indivíduo, as suas características são essencialmente não verbais, de tal forma que o indivíduo pode experimentar qualquer coisa que não atinge o nível da linguagem. Ao contrário de outros tipos de situações patológicas de desestruturação – como as psicoses –, esta experiência permanece não estruturada. As dinâmicas traumáticas não são sempre sintomáticas, dado que elas podem emergir muito bem como mecanismos de formações reactivas.

Alguma sintomatologia pode indicar estados traumatogénicos, mas não constitui uma categoria patognomónica; aqueles sintomas são hiperexcitabilidade, pesadelos recorrentes, despertar em terror, sonhar acordado numa incapacidade estuporosa de estabelecer contacto com o que o rodeia, uma marca da tendência para a irritabilidade, perda da capacidade de levar a cabo actividades manuais (especialmente as que requerem concentração), perda do apetite sexual (com tendência para impotência nos homens), questionamento

dos valores até então básicos para o indivíduo, tendência para a somatização e hipocondria e o desenvolvimento de fobias específicas.

Numa generalização grosseira ou pouco rigorosa, poderíamos dizer que um dos sinais fenomenológicos indicativos que nos permitem diferenciar entre uma experiência traumática e outra de *stress* é que o doente inundado por uma experiência traumática nos chegará mais frequentemente com um quadro clínico mudo.

Uma atitude típica neste doente é que ele está aparentemente assintomático, mas procura tratamento em consequência de um mal-estar geral. É possível detectar em regra que, quando se refere à situação traumatogénica, sente um aperto na garganta e os olhos ficam húmidos, sem que seja capaz de exprimir o que se passa com ele/ela.

Quando temos de tratar doentes com experiência de *stress*, o quadro é geralmente diferente. Estamos a lidar com uma psique num permanente estado de alerta e com uma variada produção de sintomas agitados.

Uma vez que estamos a enfrentar uma situação não estruturada, devemos assumir a sua incompreensibilidade. A morte e as perdas levam-nos, enquanto terapeutas, a dar ênfase àquelas situações dolorosas como «situações traumáticas», sem tomar em consideração os factores idiossincráticos psíquicos que torturam cada doente específico, esquecendo que «o que é trágico não é o acontecimento mas a própria pessoa».

Nem é matéria de reflexão que o acontecimento traumatogénico esteja agora a ser simbolizado através da aparência de uma nova história. Acreditamos que esta representação nunca acontecerá desta forma, uma vez que a experiência subjectiva traumática não pode ser narrada porque não pode ser representada. O que é importante, então, é continuar o nosso trabalho, admitindo a existência de experiências não estruturadas que gerarão quebras na continuidade das nossas vidas.

Regressemos à nossa definição de «experiência traumática» como o colapso total das relações entre os nossos mundos psíquico, social, temporal e espacial num dado momento, a falta de integração entre o afecto e a representação. Podemos agora dizer que, do ponto de vista clínico, enfrentamos duas situações:

- 1) O doente chega com uma sintomatologia aguda e intrincada, geralmente um produto de sobreexigência a um ou vários níveis (psíquico, social, temporal e/ou espacial). Ele/ela está a tentar compensar uma falha de relação entre e no interior destas dimensões, de modo a evitar experimentar o seu colapso total. Este processo compensatório seria o que chamamos «experiência de *stress*» e o nosso papel terapêutico é contrariar para evitar que o colapso aconteça.
- 2) Aquelles doentes que nos procuram quando o colapso já teve lugar. Neste caso, vamos tratar as consequências de experiências traumáticas e o

nosso papel terapêutico será orientado para facilitar a simbolização de uma experiência que consistiu em passar por uma experiência não simbolizada, sem perder a dimensão de plasticidade e continuidade, possibilitando que o processo metabólico psíquico se faça e torne viável a integridade psíquica.

Há várias perguntas que emergem

Podemos falar de um único mecanismo para o trauma que poderíamos então categorizar como trauma da infância, trauma do adulto, etc.?

Poderá existir outra possível categorização dos traumas relacionados com a vida do dia-a-dia, por um lado, e aqueles ligados a situações específicas, tais como desastres naturais, acidentes ou guerras, por outro?

Devemos diferenciar ameaças isoladas para o indivíduo das ameaças a pequenos grupos, como a família, daqueles, como o Holocausto, enfrentado por todo um povo?

Será diferente o potencial traumatogénico de um acontecimento quando aquelas pessoas em quem depositamos a nossa confiança, por exemplo, os nossos líderes políticos, se tornam os nossos agressores, como nos regimes totalitários?

O próprio diagnóstico da PTSD ainda não reúne consenso geral, uma vez que a sua etiologia é multifactorial e complexa (Yehuda e McFarlane, 1995) e tem sido muitas vezes abusado quer em debates ideológicos quer em termos de compensação monetária. É a única perturbação de ansiedade que especifica no seu diagnóstico um evento traumático específico identificável traduzindo uma reacção de *stress* que em certos indivíduos se desenvolve numa perturbação mental. Assim, a exposição a um acontecimento traumático não é condição suficiente para desenvolver PTSD. Não podemos esquecer que nem todos os indivíduos que têm sintomatologia depois de serem confrontados com stressores traumáticos desenvolvem PTSD, já que este não é o único diagnóstico possível face a uma situação de *stress* e a maioria das pessoas, na verdade, não desenvolve a perturbação (O'Brien, 1998). Por outra palavras, a investigação tem demonstrado que sintomas de intrusão (único grupo de sintomas específicos da PTSD que não podem ser incluídos em nenhuma outra perturbação) podem ocorrer mesmo quando os stressores não são «catastróficos», isto é, estão dentro do âmbito de experiências normais de vida, como dificuldades conjugais, nascimento duma criança, perda de emprego (Horowitz, 1979; Schottenfeld e Cullen, 1985). Assim, qual é a real relação entre PTSD, *stress* e trauma?

Por outro lado, a co-ocorrência da PTSD e depressão e, em particular, a possível contribuição da depressão inicial para o desenvolvimento da PTSD

crónico necessita de ser esclarecida. De salientar que os antidepressivos (SSRIs) são o fármaco de escolha no tratamento da PTSD. Assim, a questão não é em termos de sintomatologia, que essa é diferenciável, nas duas perturbações mas em termos de causalidade biológica e psicológica. Concretamente se a relação entre trauma, que resulta em PTSD, produz uma forma ou prognóstico diferente de depressão no futuro (Shalev, 2000). Por outras palavras, qual a diferença entre os deprimidos sem PTSD e os indivíduos com PTSD que estão deprimidos?

Um outro aspecto interessante na PTSD é a alta frequência de co-morbilidade associada, além da depressão, o que torna difícil a tarefa de justificar a necessidade dum diagnóstico diferenciado. Histórias de traumas na infância são frequentes noutras perturbações como no caso da personalidade *borderline*, perturbação de somatização, perturbações dissociativas, uso de substâncias etc. (O'Brien, 1998). É claro que, na maioria dos indivíduos, esta questão não se coloca mas outros casos existem em que se os sintomas preenchem os critérios para mais do que uma condição e a questão é saber se o diagnóstico de PTSD deve ser sempre hierarquicamente superior nestes casos.

O próprio conceito de stressor é também um aspecto que não está claramente definido. Inicialmente, o stressor teria de estar fora do âmbito da experiência humana normal mas, com o desenvolvimento do DSM, o critério passou a deixar de estar tanto na natureza do stressor mas mais na percepção da vítima, o que significa que desde que exista ameaça à integridade física e a resposta do indivíduo tenha sido de horror, sem possibilidade de controlar o que está a acontecer ou medo intenso já qualifica para ser aceite como causador de PTSD. Segundo O'Brien (1998), a questão que se coloca é dupla: existe um tipo específico de stressores capazes de desenvolver este tipo de resposta ou qualquer stressor de magnitude elevada se qualifica para o desenvolvimento da PTSD? Ainda segundo o autor, existem dois outros tipos de questões que necessitam de resposta. A primeira tem a ver com a presença de comportamentos agressivo e mesmo violento, descrito como um dos comportamentos muitas vezes associado ao veterano de guerra com PTSD. Este comportamento parece acontecer apenas no veterano, já que a investigação não revela a presença deste comportamento ou um aumento de violência em vítimas de PTSD de outro tipo de traumas como, por exemplo, trauma de acidentes de viação ou desastres naturais. Assim, o facto de uma perturbação única (PTSD) resultar duma variedade de stressores traumáticos traduzindo-se numa variabilidade enorme de sintomatologia cria obviamente problemas também em termos de tratamento. A segunda refere-se ao aspecto da necessidade dos tipos de tratamento serem diferentes em fases diferentes da adaptação pós-traumática, isto é, o tratamento deve focar-se primordialmente no trauma em si ou na adaptação ao trauma?

A relação entre *stress* traumático e doença psiquiátrica é também um as-

pecto que merece alguma reflexão. Que stressores produzem que sintomas em que pessoas? A nosso ver, o papel da predisposição ou vulnerabilidade para desenvolver PTSD também não está devidamente esclarecido.

Outra área importante em termos de investigação futura tem a ver com a prevenção da PTSD. A maioria dos esforços na área do *stress* traumático reside no seu tratamento. Uma perturbação com um início bem definido como é o caso da PTSD permite um estudo aprofundado do impacto da intervenção logo a seguir ao evento traumático e futuro desenvolvimento da perturbação. Assim, parecem-nos pertinentes estudos que avaliem a intervenção ao nível do *stress* agudo e impacte em termos de desenvolvimento da PTSD.

Concluindo mas não acabando

Neste trabalho, pretendemos apenas sublinhar que o que é claro para nós é que as nossas experiências durante a nossa prática profissional nos colocaram em contacto íntimo com o desejo humano de sobrevivência, de agressividade inter-humana, de competitividade e de sentimentos elementares de ódio e amor com os companheiros seres humanos. Ao mesmo tempo, estas experiências revelaram-nos que fazer face e tratar doentes que estiveram expostos a situações traumáticas não significa tratar a loucura: a própria guerra é (a) loucura.

As situações de rotura podem ser traumatogénicas ou stressogénicas – são vias diferentes de experimentar a patologia. O que é paradoxal relativamente a estas situações é que a «experiência subjectiva traumática», uma consequência de situações traumatogénicas, nem sempre resulte em patologia. Podemos ver como, partindo de uma experiência traumática, num processo de elaboração, as pessoas têm a possibilidade de a re-significar, alcançando uma mais ampla liberdade interior, um resultado que nos conduz a redimensionar a nossa posição dentro da situação terapêutica.

Em suma, a investigação futura tem pela frente um desafio enorme em termos da própria definição do construto de PTSD, o que implica a necessidade urgente dum maior conhecimento de forma a poder redefinir o que realmente causa a perturbação. Nesta linha de pensamento, é preciso que a investigação inclua no seu cerne as questões da natureza humana, em particular, da resiliência ao *stress*, a necessidade ou não de os stressores necessitarem de ser «extremos» e o papel da cultura ao definir o que é socialmente aceite como uma «perturbação».

Bibliografia

- HOROWITZ, M. J. (1979), «Brief therapy of the stress response syndrome», *Psychiatric Clinics of Northern America*, 2, (2), 365-377.
- O'BRIEN, L. S. (1998), *Traumatic events and mental health*, Cambridge University Press.
- SCHOTTENFELD, R. S.; CULLEN, M. R. (1985), «Occupation induced posttraumatic stress disorders», *American Journal of Psychiatry*, 142, 2, 198-202.
- SHALEV, A. Y. (2000), «Post-traumatic Stress Disorder: diagnosis, history and life course», in D. NURT, J. DAVIDSON e J. ZOHAR (eds.), *Post-Traumatic Stress Disorder: Diagnosis, Management and Treatment*, Londres, Martin Dunitz.
- YEHUDA, R.; MCFARLANE, A. C. (1995), «Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis», *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705-1713.