

Introduzione al concetto di trauma

innovazioni teoriche. Trauma sociale, trauma relazionale e microtrauma.

Parole Chiave. trauma, trauma infantile, trauma sociale, trauma relazionale, microtrauma, trauma tipo I e tipo II, trauma cumulativo, abuso fisico, abuso verbale, trascuratezza emotiva, abuso sessuale, violenza, oggetto-sé, memoria, ricordi, *nachträglichkeit*, decodificazione imitativa, attaccamento, disturbo borderline di personalità, sviluppo del Sé, rappresentazione di interazioni generalizzate (RIG)

Trauma è un termine che proviene dal greco *traûma* cioè *ferita* dalla radice *trō-* “forare” (Cortellazzo, M., Zolli, P. 1989). Sembra pertanto che ci si riferisca ad una ferita con perforazione ovvero ad una visibile conseguenza di azioni traumatiche. Sinonimi di trauma sembrano essere i sostantivi lesione, ferita, ammaccatura, contusione, botta, colpo e turbamento (Asciuti, Busco, Gallo 1995). Il termine “colpo” offre al trauma una connotazione diversa rispetto al suo significato di conseguenza, evidenziato dall’analisi etimologica. Sembrerebbe possibile considerare, alcune volte, trauma e traumatico come sinonimi. In psicologia l’introduzione del concetto di trauma psichico, soprattutto come elemento eziologico in alcune forme di psicopatologia, lo dobbiamo a Breuer e Freud (1895) anche se già Charcot associava la patogenesi delle «paralisi isteriche» ad un evento traumatico che, dimenticato nella veglia, poteva riemergere attraverso e solo durante l’uso dell’ipnosi (Ellenberger, 1970). Freud (1896) definisce il trauma «come un *incremento di eccitazione* nel sistema nervoso centrale, che questo non è riuscito a liquidare a sufficienza mediante reazione motoria». Ecco che i sintomi isterici sembrano scaturire da una inibizione a livello periferico di un’eccitazione centrale o da una «conversione» o «commutazione» (Ruggieri, 1988) dell’eccitazione da un sistema ad un altro. Per avere un quadro completo di quello che oggi, in psicologia, viene definito “trauma” è necessario prendere in considerazione altri punti di vista. Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali nella sua quarta edizione (A.P.A., 1994) classifica come traumatici quegli eventi che «includono, ma non sono limitati a, combattimenti militari, aggressione personale violenta (violenza sessuale, attacco fisico, scippo, rapina), rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, incarcerazione come prigioniero di guerra o in campo di concentramento, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, ricevere una diagnosi di malattie minacciose per la vita». Secondo il DSM-IV può essere traumatica un’esperienza diretta, l’essere stato testimone di esperienze che abbiamo minacciato l’integrità di persone significative (familiari o amici stretti) o ancora essere venuti a conoscenza di tali eventi vissuti da altri. Il trauma sembra, da quanto esposto, classificabile come conseguenza di eventi o situazioni eclatanti ed oggettive. Per il dizionario di psicologia curato da Piéron (1951) il trauma psichico è «un’emozione violenta capace di modificare in modo permanente la personalità di un individuo sensibilizzando alla successive analoghe esperienze emotive». Il *vocabolario della lingua italiana Zanichelli* (Zanichelli, 1989) definisce il trauma una «lesione determinata da una causa violenta, anche nel campo psichico» e sembra in accordo sia con la definizione del DSM-IV (1994) che prende in considerazione eventi eclatanti che con il significato etimologico di ferita. Per il *grande dizionario Garzanti della lingua italiana* il trauma sarebbe una «lesione determinata dall’azione violenta di agenti esterni: le ferite, le contusioni, le ustioni sono traumi» e il *trauma psichico* un’«emozione che incide profondamente sulla personalità del soggetto». Quello che accomuna queste definizioni sembra la mancata considerazione (almeno esplicita) dell’esperienza soggettiva di dolore associata all’evento traumatico. Scrivono Breuer e Freud (1895): «Qualsiasi esperienza che susciti una situazione penosa – quale la paura, l’ansia, la vergogna o il dolore fisico – può agire da trauma». Inoltre definire il trauma come emozione che incide sulla personalità non sembra sufficiente; un evento per essere considerato traumatico dovrebbe, secondo noi, portare a conseguenze connotate negativamente. Sintetizzando sembra che il trauma psichico possa essere

definito come *un'emozione violenta in risposta a situazioni traumatiche che incidono negativamente e in modo significativo sul processo di sviluppo della personalità*. Accanto ad eventi traumatici evidenti, già in *studi sull'isteria* (Breuer, J., Freud, S., 1895) si era notato come situazioni banali e di per sé non traumatiche potessero essere considerate eziologicamente importanti ai fini dello sviluppo di una psicopatologica e connotarsi pertanto come trauma. Stiamo parlando dei cosiddetti «traumi parziali» (ibidem). Breuer e Freud affermano che «Nel caso dell'isteria comune capita sovente di trovare numerosi traumi parziali, che costituiscono il *gruppo* di cause scatenanti, in luogo di un singolo trauma importante. Detti traumi sono stati in grado di esercitare il loro effetto soltanto per via di sommazione...». In linea con questo pensiero sembra anche la definizione offerta da Khan (1963) di «trauma cumulativo» in cui l'autore teorizza che eventi o situazioni non eclatanti e che quindi potrebbero facilmente essere considerate non traumatici, possano determinare un effetto patogeno sul processo di strutturazione dell'Io se vengono considerati «retrospettivamente». Kohut (1978) sostiene che eventi «brutalmente traumatici [...] lasciano l'impronta in un numero minore di gravi disturbi del Sé, rispetto all'atmosfera cronica dominante, creata da atteggiamenti profondamente radicati negli oggetti-Sé». L'ipotesi di Kohut secondo noi è in linea con quelle espresse dai teorici dell'attaccamento. Main e Hesse (1992) suggeriscono che la paura che alcuni genitori possono incutere nei propri figli sia alla base di una categoria dell'attaccamento definita «attaccamento disorganizzato/disorientato» che, in breve, avrebbe la sua radice in un paradosso che questi genitori suscitano nei figli: ci sarebbero due bisogni conflittuali (contemporaneamente attivi) del bambino, che non possono risolversi in termini comportamentali, cioè quello di essere accudito e quindi ricercare il genitore e all'opposto la necessità di evitarlo perché «fonte di pericolo». Queste esperienze interattive tra madre e bambino, se il genitore non è stato «fortemente maltrattante», secondo gli autori, potrebbero non essere consce in età adulta. Main e Hesse (ibidem) scrivono che «l'ambiguità, la confusione e la paura che circondano tali osservazioni e interazioni, possono condurre la prole allo sviluppo di *una rappresentazione che suscita paura e la cui fonte è irreperibile*». Per gli autori la radice di queste paure non è reperibile poiché «la loro origine» non può essere direttamente associata ad una situazione traumatica, ma si colloca nel più ampio quadro della relazione tra *caregiver* e bambino. Noi, in accordo con queste ultime definizioni, abbiamo tentato di raccogliere tali eventi non eclatanti nel concetto di *microtrauma*. Abbiamo definito il microtrauma come una *situazione soggettivamente dolorosa che di per sé e nella maggior parte dei casi non produce effetti significativamente negativi sul processo di sviluppo della personalità*. Un microtrauma, secondo noi, non è un trauma, ma traumatica potrebbe essere la costanza con cui tali eventi si ripetono (trauma cumulativo). Eventi microtraumatici, nel senso che producono un vissuto di sofferenza circoscritto e lieve, potrebbero essere brevi separazioni, singoli rimproveri, assistere ad un litigio, ecc. Per immaginare un microtrauma possiamo pensare a quei rimproveri a valenza educativa, come lo sgridare con forza un'azione rischiosa di un bambino che può essere ad esempio il mettere in bocca o toccare materiali pericolosi. Spesso la prima reazione del bambino è il pianto oppure una condizione di rabbia, probabilmente a causa dell'inibizione di un'azione spontanea. Occorre, secondo noi, tener presente le variabili socio-culturali di una comunità nel definire quali eventi possano essere considerati traumatici e microtraumatici. Vogliamo sottolineare che un organismo viene completamente coinvolto nelle proprie esperienze. Un soggetto sembra non essere mai uno spettatore passivo degli eventi. Ricerche nel campo della psicofisiologia (Ruggieri, 1997) sembrano dimostrare l'esistenza di un processo definito «decodificazione imitativa» per cui un soggetto che guarda ad esempio l'espressione su un volto, tenderebbe a riprodurre «lo stesso pattern mimico-espressivo della figura stimolo» (ibidem). Secondo Ruggieri (1988, 1997) il sentimento è un *autosegnale* per l'organismo. Grazie al sentimento l'individuo «interpreta, secondo una modalità non cognitiva, l'esperienza corporea provocata dallo stimolo» (Ruggieri, 1997). Ricordiamo che per l'autore l'emozione è una risposta integrata che coinvolge sia il sistema nervoso centrale che la periferia del corpo. Una situazione traumatica pertanto sembra coinvolgere l'individuo nel suo complesso. Probabilmente anche il ricordo degli eventi sarà veicolato dall'esperienza percettiva e

sensoriale. Come insegna Freud (1896) la conversione isterica è un tentativo dell'organismo di liquidare un «eccesso di eccitazione» attivato da un evento traumatico, attraverso una reazione motoria, per mezzo cioè di una «modalità più primitiva di codici somatici» (Dazzi, 1996). Dalle sue origini il concetto di trauma, in psicologia, ha avuto e sta avendo una sua evoluzione. Si è visto come Khan abbia affiancato al sostantivo trauma il termine cumulativo. Se eventi di per sé banali, possono retrospettivamente essere considerati traumatici, soprattutto se “sommati” ad altri, occorre considerare l'importante ruolo svolto dalla memoria. Modell (1991) ha riportato all'attenzione dei clinici il concetto proposto da Freud di *Nachträglichkeit*, secondo il quale la memoria viene *ritrascritta* a partire dal contenuto dell'esperienza successiva. L'autore cita gli esperimenti di Edelman per valorizzare il concetto. Due eventi distanti tra loro temporalmente, potrebbero, in virtù di questo processo, essere associati e produrre, ad esempio, un trauma. Sembra esserci una sorta di limbo in cui eventi passati rimangono in sospeso per essere aggiustati, consolidati o modificati emotivamente e/o cognitivamente in periodi successivi. Sarà capitato a molti di ricordare eventi passati, ad esempio tra amici, e scoprire che a volte la memoria di alcuni stessi episodi risultava diversa per ognuno. Sembra quindi che possano avvenire successivi aggiustamenti dei propri ricordi per allinearli a quelli storicamente “corretti”. Secondo noi questo processo di ricostruzione di eventi passati potrebbe essere veicolato dalla fantasia e dall'affetto. Elementi fantastici legati ad un ricordo potrebbero associarsi (secondo modalità cognitive e non) agli eventi, e creare un falso ricordo che comunque, se non avrà possibilità di verifica, potrebbe cronicizzarsi. Così ad esempio, per un bambino, un evento banale come l'essere stati lasciati a casa dei nonni per un fine settimana, potrebbe essere vissuto come un abbandono da parte dei genitori. Questo piccolo episodio, se il sistema familiare è funzionale, potrebbe rimanere isolato e non produrre effetti futuri significativamente negativi, cioè essere considerato microtraumatico. Ma come ricorda Khan il trauma potrebbe scaturire da una ripetizione di tali eventi; ricordiamo che l'autore sottolinea l'importanza di queste situazioni nel periodo pre-verbale. Per tornare al ruolo della fantasia, non possiamo non ricordare il passaggio dalla teoria della seduzione all'importanza delle fantasie operata da Freud (1897). Inizialmente Freud (1895) definì eziologicamente la sintomatologia isterica come risultato di un trauma infantile “reale” dal punto di vista storico, che veniva escluso dalla coscienza (poiché non sopportabile) attraverso un processo di “rimozione”. Il trauma veniva comunque manifestato attraverso i sintomi per mezzo di un altro processo definito “conversione”. Quando Freud scoprì che molti dei ricordi traumatici raccontati dalle sue pazienti “isteriche” non erano realmente accaduti non abbandonò la sua “teoria della seduzione”. Introdusse il ruolo della fantasia. La fantasia però, come del resto ogni processo umano, non è sovrastrutturato, non può fare a meno del resto dell'organismo per esistere. Ricerche psicofisiologiche (Ruggieri, 1997) sembrano dimostrare che l'unica differenza tra la percezione di uno stimolo visivo esterno e l'immaginazione dello stesso sia soltanto nella loro origine, poiché entrambi utilizzano le medesime vie e strutture per realizzarsi. La maggior parte degli adulti è in grado di ricordare perfettamente alcune fantasie infantili, ad esempio quelle sul proprio futuro, o altri desideri di quando si era bambini; quindi non occorre andare a cercare dati statistici per dimostrare come una fantasia entri a far parte del nostro patrimonio mnestico. La fantasia quindi è un evento reale, anche se non fa parte di una realtà storica condivisa. Se una situazione realmente accaduta può essere ricordata in maniera falsata, allora quella memoria è una costruzione fantastica, è immaginazione. Ogni ricordo, secondo noi, è una riproduzione. Ma nel produrre una memoria storica, non possiamo non considerare il ruolo attivo del soggetto, nella sua globalità. Quindi il peso dell'esperienza soggettiva. Lontani da un «costruttivismo radicale» (Gill, 1994), riteniamo che una fantasia traumatica trovi sempre un punto d'appoggio nella realtà storica. Infatti una fantasia di abbandono come quella descritta in precedenza probabilmente non esisterebbe se non ci fosse una situazione in grado di sollecitarla. La paura stessa di un abbandono immaginato potrebbe diventare memoria o comunque lasciare tracce di sé. Dato che del nostro passato possiamo avere soltanto ricordi, immaginazione e realtà potrebbero fondersi e confondersi, essendo entrambi ricostruzioni e, come già detto in precedenza, utilizzando le stesse strutture per realizzarsi (Ruggieri, 1988). Sembra in accordo con quanto detto

anche Piaget che parlando di se stesso ha affermato di come un proprio ricordo probabilmente di una storia raccontata fosse stato da lui proiettato «nel passato come una immagine visiva che era in realtà il ricordo di un ricordo» (Dazzi, S. 1996). Durante una discussione, una collega mi ha fatto notare di come ricordasse perfettamente l'interno di uno stanzino delle scope, nell'asilo che aveva frequentato, senza che in "realtà" lo avesse mai visto. Le maestre infatti minacciavano i bambini dicendo che chi avesse disturbato sarebbe stato chiuso in quella stanza. Questa visione vuole offrire la possibilità di rileggere i traumi "reali" sotto un'ottica più ampia che tenga conto non soltanto dell'evento considerato traumatico ma di tutta la storia dell'individuo, alla luce delle considerazioni sul ruolo della fantasia, sul concetto di ritrascrizione freudiano nonché sull'ipotesi del «trauma cumulativo» (Khan, 1963) e quindi attribuire importanza a quegli eventi e situazioni che abbiamo definito *microtraumatici*. Bowlby (1973), in realtà, ci ha offerto già questa possibilità. Egli ha operato uno spostamento da una concezione di trauma che teneva conto di componenti quasi esclusivamente intrapsichiche al ruolo complesso dell'ambiente e delle relazioni del bambino con le figure di accudimento (*caregiver*) in un'ottica transgenerazionale (Riva Crugnola, C. 1999). Per Bowlby (1988), traumatica è l'esperienza non funzionale di attaccamento, che si evidenzia attraverso delle modalità di comunicazione alterate. Sia la non-comunicazione che comunicazioni conflittuali potrebbero contribuire allo sviluppo di una psicopatologia. Il bambino sembra sviluppare il proprio Sé anche in funzione del rapporto con l'immagine e le fantasie che di lui hanno i genitori o più in generale i *caregiver*. Quindi Bowlby offre in qualche modo un ponte di aggancio tra fantasia ed eventi reali, quindi una rilettura del trauma secondo un punto di vista che tenga conto soprattutto della relazione reciproca tra bambino e ambiente. Lindemann (1944) sembra considerare l'importanza dei legami di attaccamento, nel definire il trauma psichico come un «improvviso sconvolgimento dei legami di affiliazione». Nell'analizzare un noto caso clinico di una bambina (Anne), riportato da Kris (1962), Lichtenberg (1989) fa notare come la modalità di alimentazione della «signora Adams» nei confronti di Anne (la figlia) riproducesse il metodo usato nei suoi confronti quando era piccola. L'autore afferma che «la signora Adams non sta ricordando e mettendo nuovamente in atto le sue procedure di bambina che succhiava il biberon, ma la procedura di alimentazione di chi l'accudiva». Lo stesso autore si domanda come spiegare tutti i casi in cui «la procedura di alimentazione differisce [...] da quella che la madre ha ricevuto da bambina». A questo proposito Lichtenberg (1989) utilizza l'affermazione per cui «il trauma organizza [...] o fissa ed è la fonte della coazione a ripetere». Ricorre inoltre alle osservazioni di Kris secondo le quali «l'effetto del benessere è quello di produrre ricordi di soddisfazione legati al cibo, che sostituiranno "gli elementi mancanti nella soddisfazione reale in ogni situazione concreta"». Lichtenberg utilizza in realtà questo materiale per introdurre il concetto proposto da Stern (1985) di «rappresentazioni di interazioni che sono state generalizzate» o «RIG». Per semplificare, possiamo dire che quello che si ricorda non è ogni singolo episodio, attraverso una modalità di immagazzinamento dell'informazione di tipo isomorfo, ma la media delle procedure, ad esempio, utilizzate dalla madre per allattare il figlio. Riteniamo inoltre che ogni episodio che differisca dalle aspettative legate ad una situazione generalizzata, potrebbe essere memorizzato come significativo secondo una relazione di proporzionalità diretta della distanza di quell'evento dalle attese. Per fare un esempio, se una mamma cantasse la ninna nanna tutte le sere al proprio figlio, ciò che verrebbe ricordato non sarebbe ogni singolo episodio, ma una generalizzazione del tipo "mia madre mi cantava sempre la ninna nanna". Se però in questo sistema di aspettative accadesse qualcosa per cui la nenia non venisse cantata al bambino in un momento in cui lo desiderava fortemente, allora con molta probabilità, seguendo le ipotesi di Stern, questo episodio creerebbe una soluzione di continuità nella generalizzazione, e il singolo evento verrebbe ricordato (cognitivamente e/o non). Non è difficile reperire, da coloro che hanno vissuto ad esempio la seconda guerra mondiale, date precise e orari della chiamata alle armi o di singoli eventi importanti in un contesto storico ricordato per il resto come guerra. Ci siamo soffermati sul concetto di RIG perché lo riteniamo utile per dar forza all'idea che episodi microtraumatici possano rappresentare ed avere un ruolo importante, se inseriti in un contesto di aspettative, sia come eventi attesi che come episodi distanti dalle previsioni,

nell'organizzazione della personalità. Da quanto esposto finora, potrebbe sembrare opportuno integrare i diversi punti di vista in un concetto di trauma che sia onnicomprensivo. Secondo noi questa operazione, per alcuni versi economica, potrebbe risultare però poco fruttuosa in campo clinico perché non si tenderebbe a differenziare tra gli eventi. Si potrebbe infatti correre il rischio di creare un'enorme concetto in cui tutto è traumatico. Crediamo che il metodo migliore sia quello di differenziare il trauma in sottocategorie specifiche. A questo proposito la Terr (1994) descrive due tipologie di trauma che definisce tipo I e tipo II. Con il primo concetto ci si riferisce ad un singolo evento traumatico eclatante come un incendio, una calamità naturale, un rapimento ecc., mentre con trauma di tipo II l'autrice designa una ripetuta e prolungata situazione traumatica come ad esempio maltrattamenti ripetuti durante l'infanzia. Questo ultimo concetto è già stato descritto da Khan (1963) come trauma cumulativo. La Terr non inserisce comunque nella bibliografia il riferimento a questo autore. Secondo noi sarebbe possibile considerare due altre tipologie qualitative di trauma che abbiamo definito *trauma sociale* e *trauma relazionale*, le quali andrebbero ad integrarsi con la categorizzazione quantitativa avanzata dalla Terr. Con trauma sociale intendiamo definire *eventi o situazioni traumatiche condivise con una comunità di appartenenza o un gruppo, o potenzialmente condivisibili*. Una calamità naturale, come ad esempio un grave terremoto, sarebbe una situazione traumatica di tipo sociale, poiché coinvolge una certa popolazione. Tutti i membri di quella comunità, probabilmente, metteranno in atto dei comportamenti al fine di superare il disagio. Soprattutto il tipo di evento, nella maggior parte dei casi, non sarà evitato nelle discussioni; possiamo dire che l'evento può essere considerato socialmente accettabile. Lo stesso vale per altri tipi di episodi come ad esempio un incidente automobilistico. Il fatto è potenzialmente condivisibile con gli altri. Se ora ci spostiamo sul versante delle relazioni interpersonali, ci accorgiamo che esistono eventi che non hanno la stessa potenzialità di essere condivisi. Nel caso di abusi sessuali, ad esempio, il trauma potrebbe essere di tipo I o II (Terr, 1994) e comunque relazionale. Con trauma relazionale intendiamo appunto *eventi o situazioni traumatiche che coinvolgano una o pochissime relazioni interpersonali*. Per continuare con l'esempio di un abuso sessuale, inoltre, al fine di garantire il silenzio della vittima, l'abusatore (*abuser*) potrebbe mettere in atto comportamenti altrettanto traumatici come ad esempio minacce o altre forme di gravi violenze verbali. Se poi pensiamo che la maggior parte degli abusi avviene all'interno della propria famiglia (in senso allargato), ci possiamo rendere conto di come sia difficile comunicare verbalmente ad altri l'avvenuta violenza. Abbiamo tentato di offrire degli esempi che fossero semplici da immaginare per la loro caratteristica di "oggettività" ed eclatanza. Secondo Petrella (1994) «il trauma psichico rinvia [...] al contesto entro il quale si realizza, ma l'intero contesto può risultare traumatico...». Bowlby e seguaci sostengono che il trauma si realizzi all'interno delle relazioni di attaccamento. Perdita dei legami, separazioni, lutti sono situazioni evidenti la cui traumaticità è probabilmente legata ad un sistema di aspettative; riteniamo infatti che lutti improvvisi potrebbero avere più potenzialità traumatica rispetto ad una perdita attesa. La modalità di accudire il bambino, di rispondere ai suoi bisogni e desideri di «sintonizzazione» (Lichtenberg, 1989) non sono eventi, ma, seppur leggibili attraverso un'analisi del comportamento, restano funzioni proprie della relazione. Il processo di sintonizzazione è una modalità di sperimentare l'attaccamento come un "essere-con" ed avviene circolarmente tra caregiver e bambino. Attraverso la sintonizzazione, secondo Lichtenberg (ibidem), madre e bambino sono in grado di riconoscere e rispondere allo stato affettivo l'una dell'altro. Questo sembra valorizzato dal concetto di "decodificazione imitativa" (Ruggieri, 1997) citato in precedenza, per cui un soggetto tende ad imitare anche se micropercettivamente, l'espressione mimica di un volto, ma ciò può essere esteso all'intera postura. Queste ricerche vanno lette secondo l'ipotesi psicofisiologica per cui il sistema muscolare svolge una funzione di segnale per l'organismo che, in virtù della sintesi delle afferenze, permette la decodifica del vissuto emotivo. Pertanto imitare l'espressione dell'altro permette al soggetto di valutarne lo stato affettivo e, secondo il processo di sintonizzazione, rispondervi. Ricordiamo la circolarità dell'evento. Sarebbe corretto, a questo punto, parlare di un *sistema* caregiver-bambino e più in generale di un sistema familiare. Secondo Stern (1985) l'avvenuta sintonizzazione da parte del

caregiver fornisce al bambino l'informazione della comprensione e condivisione dei propri stati interni. In una situazione sperimentale, la volontaria mancata sintonizzazione delle madri, dal punto di vista del comportamento espressa da risposte fuori tempo nel cullare i propri figli, causava l'interruzione dell'attività spontanea del bambino. Probabilmente il ritmo stabile fornisce al bambino prevedibilità e sicurezza. Per Stern sembra quindi che ad essere traumatici non siano soltanto gli eventi, ma anche le alterazioni della sintonizzazione del sistema caregiver-bambino, ovvero la non comprensione e non condivisione, da parte delle figure di accudimento, degli stati affettivi del fanciullo. Una mancata sintonizzazione potrebbe corrispondere ad un fallimento nella comunicazione. Singoli episodi ed isolate alterazioni comunicative, soprattutto se inseriti in un contesto funzionale, potrebbero essere considerati dei microtraumi che, cumulativamente, hanno maggiori probabilità di produrre un trauma di tipo relazionale. Ritornando al caso di Anne, riportato da Lichtenberg in "psicoanalisi e sistemi motivazionali" (1989), vediamo come i consigli circa le modalità di allattamento della bambina, offerte alla madre, non dessero risultati. Anne sembrava trovarsi più a suo agio e rispondere positivamente quando non era la madre ad allattarla (parleremo altrove dell'importanza delle figure di attaccamento alternative a quella materna, Baranello 2001c). Questo potrebbe dimostrare come ogni comportamento messo in atto da un genitore non può falsare il modo in cui la persona "accudisce" *mentalmente* il bambino. Secondo Winnicott (1974) la capacità di tenere (*holding*) un bambino in braccio è espressione di una capacità di tenerlo in mente. Per non creare fraintendimenti, sottolineiamo che non stiamo tentando una poco probabile differenziazione tra mente e corpo ma al contrario, nei limiti della lingua italiana, vogliamo offrire una visione che tenga conto dell'unità dell'organismo. Abbiamo riportato alcune esemplificazioni su ciò che consideriamo trauma, sia relazionale che sociale, e microtrauma. Non elencheremo però tutte quelle situazioni che pensiamo possano essere categorizzate in un modo anziché nell'altro, anche perché secondo noi il trauma può essere considerato tale solo retrospettivamente, pur attribuendo ad alcuni eventi o situazioni un'alta probabilità di produrre una "ferita". È soltanto in termini probabilistici, sempre tenendo conto di fattori storico-socio-culturali e probabilmente biologici, che possiamo identificare negli eventi attuali una potenzialità intrinseca di produrre un trauma. L'utilità di questo è evidente nel campo della prevenzione e promozione della salute. Per tornare ai concetti di trauma sociale e relazionale, diremo che le due tipologie non si escludono a vicenda. Traumi sociali e relazionali possono coesistere nonché essere legati gli uni agli altri. Ricordiamo che non è nostra intenzione cercare improbabili nessi di causalità diretta (modello lineare) tra eventi traumatici e psicopatologia. Lo scopo di questo lavoro è di stimolare ricercatori e clinici a valutare il ruolo di eventi traumatici di diverso tipo, nello sviluppo della personalità in particolare dell'«organizzazione borderline» (Kernberg, 1975) (vedi Articolo "Trauma ed Eziopatogenesi del Disturbo Borderline di Personalità", Baranello 2001c). Riteniamo che ogni situazione traumatica si inserisca in un sistema familiare, sociale e "biologico" che potrebbe più o meno favorire lo sviluppo di una psicopatologia. A questo proposito Paris (1994) sottolinea l'importanza di considerare la patologia marginale in un'ottica bio-psico-sociale, inquadrare cioè il fenomeno secondo un approccio che consideri l'individuo nel suo insieme. Sarebbe superfluo sostenere che il punto di vista di Paris sia di tipo integrato, poiché non è possibile dimostrare, a nostro avviso, una scissione tra dimensioni considerabili separatamente soltanto da un punto di vista didattico. Anche van der Kolk (de Zulueta, 1993) sottolinea l'importanza di considerare l'essere umano come un organismo biologico inserito sin dalla nascita in un contesto sociale. L'autore sostiene che episodi in grado di sconvolgere la *matrice sociale*, soprattutto se precoci, hanno pesanti effetti a lungo termine sia sul funzionamento sociale che biologico dell'individuo. Con il materiale fornito fino a questo momento abbiamo cercato di non focalizzare la nostra attenzione su una sola tipologia di trauma. Episodi con altissima potenzialità traumatica esistono insieme a tutti quegli eventi che facilmente passano inosservati e verso i quali risulta difficile la prevenzione, ovviamente inseriti in un contesto che spesso, soprattutto nel caso delle famiglie "borderline", potrebbe essere a sua volta considerato traumatico. In un noto talk show televisivo, ad esempio, una giovane mamma raccontava la storia di abuso sessuale subito durante l'infanzia da parte del nonno (evento

traumatico eclatante), e la sua attuale situazione di tossicodipendenza. Mentre l'attenzione del conduttore e degli altri ospiti, tra cui un noto psichiatra, era rivolta all'evento abusivo, la donna disse, passando quasi inosservato, che soltanto quando divenne madre riuscì a capire che i genitori non l'*abbandonavano* ogni giorno a casa dei nonni ma che lo facevano per motivi di lavoro. Sulla base della propria esperienza consigliò a tutti i genitori in ascolto di porre attenzione alle comunicazioni non verbali dei figli. Parlò del mancato riconoscimento di questi segnali da parte dei propri familiari (fallimento nella comunicazione, trauma relazionale). Emergono, secondo noi, in tutta la loro drammaticità, quegli elementi che nella storia di questa persona hanno contribuito in maniera fondamentale allo sviluppo della sua personalità, cioè il vissuto di abbandono e il fallimento dei genitori nel non accorgersi dei tentativi di comunicazione della propria figlia. Per concludere la ragazza affermò di aver perdonato da tempo il nonno e che continuava a vederlo anche con una certa pena per le sue attuali condizioni di salute.

Baranello, M. (2001)
Introduzione al concetto di trauma.
SRM Psicologia Rivista (www.psyreview.org).
Roma, 03 marzo 2001.