

# *Terapia e Ricerca*

*Psicologia Psicosomatica (ISSN 2239-6136) – 49 –*

Data di pubblicazione: 11 febbraio 2024



## **LA TRASMISSIONE TRANSGENERAZIONALE NEL LAVORO CON IL PAZIENTE GRAVE E LA SUA FAMIGLIA**

**di Marta Vigorelli**

### **Riassunto**

Il contributo propone una riflessione sul modello teorico-clinico multidimensionale che privilegia il paradigma generazionale per comprendere e intervenire sui disturbi gravi del paziente psicotico e borderline e del suo contesto familiare.

Viene presentato inoltre uno strumento di consultazione, un'intervista ripresa da A. Eiguer, che facilita il primo contatto con la coppia genitoriale del paziente e la ricostruzione narrativa della storia transgenerazionale, applicato ad alcune situazioni cliniche istituzionali.

### **Parole Chiave**

Transgenerazionalità, trattamento dei familiari, pazienti psicotici e borderline

### **Summary**

This paper proposes a reflection on multidimensional clinical and theoretical model focused on generational paradigm to comprehend and face several disorders of the psychotic and borderline patient and in his family's habitat.

The Author also introduces a clinical interview by A. Eiguer that helps to come in touch with the patient's parents and the transgenerational tale, applied in some clinical sessions in psychiatric Services.

### **Key words**

Transgenerational transmission, family treatment, psychotic and borderline patient

### **ETEOCLE**

*O mia famiglia! Follia voluta da dio, odio grande  
di tutti gli dèi – figli di Edipo, nient'altro che lacrime!  
Ahimè, ora si compiono le maledizioni del padre.  
Ma non è tempo di piangere e di lamentarsi – non voglio  
che ne nasca un dolore più grave, insopportabile alla città (...).*

### **CORO**

*Un'antica colpa io dico,  
cui segue rapida pena, e fino alla terza generazione  
perdura: quando Laio infranse  
il reponso di Apollo pronunciato tre volte  
dall'oracolo di Pito, ombelico del mondo:  
che morendo senza figli*

**avrebbe salvato la città.  
Ma vinto da mania d'amore  
generò morte a se stesso –  
Edipo assassino del padre, che seminando  
il sacro solco della madre dov'era cresciuto  
sofferse radice di mali sanguinosi. Follia  
aveva congiunto gli sposi, traviato la loro ragione.**

**(ESCHILO, *Sette contro Tebe*, vv. 653-657, trad. di D. Del Corno)**

## **1. Premessa**

Il brano dell'espergo tratto dalla trilogia di Eschilo<sup>1</sup>, che propone per la prima volta il mito di Edipo come erede di una colpa antica che implica tre generazioni, ben introduce il tema della trasmissione psichica transgenerazionale, sul versante della catena distruttiva traumatica che ha coinvolto non solo Edipo e suoi figli-fratelli (Eteocle è uno di questi) ma, a monte, il padre Laio e ancor prima, l'intera genealogia dei Labdacidi da cui essi provengono. In questa "folle famiglia", che media il rapporto tra gli uomini e il divino, di cui viene infranta la legge, il susseguirsi delle colpe marca un passaggio di eredità che parrebbe inarrestabile: dalla predatorietà, agli atti contro natura, al suicidio, all'infanticidio, al parricidio-incesto, fino allo sradicamento ed espulsione dalla città e agli omicidi fraterni, il trauma passa di generazione in generazione, al di fuori della consapevolezza e nell'inganno<sup>2</sup>, agito in un tragico disegno, in parte estraneo e alieno a chi lo compie.

---

<sup>1</sup> La trilogia che precede temporalmente quella di Sofocle a cui Freud si riferisce per avvalorare la scoperta del complesso edipico, così si articola: nella prima tragedia, *Laio*, si narra che Labdaco, figlio di Polidoro e nipote di Cadmo e Armonia, eredita il regno di Tebe ma perisce straziato dalle Baccanti per aver combattuto il culto di Dioniso. Gli succede il figlio Laio il quale, ancora fanciullo, è costretto a fuggire allorché Zeto e Anfione, figli di Zeus e Antiope, per vendicare la madre, fanno strage dei parenti di Laio e s'impadroniscono del regno. Amico e ospite di Pelope ad Olimpia, Laio s'invaghisce del figlio Crisippo, lo rapisce e lo seduce, scatenando la maledizione per la quale egli non avrebbe dovuto avere mai un figlio e, se ne avesse avuto uno, questi avrebbe ucciso il padre. In casa di Laio a Tebe, il giovinetto Crisippo si suiciderà per la vergogna. Nella seconda tragedia, andata perduta, *Edipo*, Eschilo probabilmente narrava il mito secondo le linee generali già fissate: parricidio e incesto di Edipo, che inconsapevolmente diventa orrore per il mondo e per se stesso, e la maledizione che egli scaglia contro i figli maschi Eteocle e Polinice, che lo avevano cacciato da Tebe, per cui si sarebbero divisi e sarebbero morti l'uno per mano dell'altro. Nei *Sette contro Tebe* (la terza tragedia rappresentata nel 467 a.C., mentre la *Sfinge* è il dramma satiresco con cui si chiudeva la trilogia stessa) Eschilo cita il triplice ammonimento del dio delfico, cui Laio non obbedisce, subendone poi le conseguenze. In seguito, per sfuggire all'atroce maledizione del padre Edipo, i due fratelli avevano deciso di regnare ad anni alterni, ma Eteocle, allo scadere dell'anno, rifiutò di cedere il potere a Polinice che giunse con un esercito di alleati argivi a combattere contro la sua stessa città (in effetti contro il fratello). Ecco perché Eteocle s'addossa la parte di fiero difensore di Tebe, di fronte al Coro delle donne atterrite: convinto di agire con piena responsabilità individuale, in realtà Eteocle (terza generazione) è pure lui incatenato al male dal destino, costretto a commettere a sua volta una colpa.

<sup>2</sup> La Faimberg nel saggio *Il mito di Edipo rivisitato* del 1993, riprendendo una versione di Robert Graves, propone una illuminante integrazione dell'Edipo che definisce "configurazione edipica" in cui sottolinea la

L'accento è posto non tanto su una colpa primigenia e sullo svelamento di un responsabile della colpa, ma su una tendenza, un atto originario: quello della trasmissione del fardello familiare mortifero. Così Edipo, sia artefice che vittima (come il padre Laio), costituisce il nodo di una catena dominata dalla necessità ineluttabile, dalla ripetizione di un destino enigmatico, che porta costantemente a chiedere all'oracolo il segreto sulle proprie origini e sulla prospettiva del futuro di cui ciascuno è ignaro.

Come sarà possibile interrompere e trasformare questo processo primitivo cogente e al contempo violento?



Sarà sempre Eschilo più tardi nell'Orestea, quando si saranno consolidate le conquiste umane e culturali della civiltà greca, a proporre la soluzione per spezzare questa catena tragica: **la redenzione potrà avvenire solo attraverso il dolore, da cui matura la conoscenza.** Se da un lato a Edipo tocca farsi carico e accettare i limiti e l'impotenza (cecità) di fronte a una *Hýbris* superiore, all'organizzazione sociale della comunità verrà demandata l'applicazione pratica di quelle norme che indirizzano il vivere dell'uomo secondo i criteri di una giustizia che da divina si trasforma in umana. La famiglia si dilata alla società della Polis, la novità del rimedio diviene quindi l'apertura di nuovi spazi intersoggettivi e la ricostituzione dei legami tra gli uomini nell'assunzione consapevole della responsabilità individuale nei confronti del proprio e altrui destino.

Anche Oreste, matricida per vendicare l'uccisione del padre, potrà assistere al capovolgimento radicale della logica del pareggiamento dei conti. Nel nuovo

---

dimensione della segretezza e dell'inganno, del non-detto come determinanti nel destino tragico di Edipo soprattutto in merito al figlicidio (tentativo di Laio-seduttore di giovani- di esporlo alla morte sul monte Citerone per evitare la predizione dell'oracolo) e all'adozione (Peribea e Polibo salvano Edipo bambino ma gli celano la verità di essere genitori adottivi). Edipo non sa di ignorare la propria genealogia, il suo sistema filiale è offuscato dall'inganno e perciò non ha modo di trovare i suoi punti di riferimento, rinunciando al parricidio e all'incesto. Secondo la Faimberg, Laio diviene quindi la metafora del "padre narcisistico figlicida" sconosciuto, dall'identità di genere incerta, quello per cui esiste solo *uno* spazio psichico possibile, un *unico* oggetto erotico, il figlio può essere solo un doppio del padre e la rivalità narcisistica non può che esprimersi in termini di morte: uno deve vivere e l'altro deve morire. In questo assetto non esiste una triangolazione, come nella visione freudiana classica dell'Edipo in cui il padre funziona in quanto "proibisce una donna specifica e quando può immaginare un progetto esogamico per il futuro di suo figlio. (...) *Nel triangolo edipico, dissimmetrico, nessuno ha tutto. Nessuno è tutto per uno degli altri protagonisti, nessuno ha il potere assoluto di governare il destino di un altro*" (2006, p. 103).

patto di accordo tra uomini e dèi stabilito nell'Areopago, le Erinni, furie irrazionali e persecutorie, si trasformeranno in Eumenidi, divinità benevole, che indicheranno come meta "una festosa corrispondenza d'affetti e armonia d'intenti"<sup>3</sup>; la riparazione a tanti disastri genealogici consisterà poi nella ricostruzione delle città distrutte dalla guerra e nella fondazione di nuove. Non più quindi la legge del taglione, la vendetta del sangue che chiama sangue o l'accettazione rassegnata, ma un'altrettanto potente trasmissione diviene possibile e attuabile, fondandosi sull'ideale del Logos e sui valori di una cooperazione costruttiva<sup>4</sup>.

Già in questi testi su cui si radica la nostra cultura occidentale, condensati in forma poetica, sono rintracciabili i fattori che la riflessione psicoanalitica, ma anche la teoria sistemica e la teoria dell'Attaccamento, hanno individuato come determinanti il paradigma generazionale, nonché i rimedi per la cura delle sue malattie; da Freud ad oggi poi, questo tema ha raggiunto una ricca quanto approfondita elaborazione iniziata soprattutto dopo gli anni '40, con la nascita della psicoanalisi di gruppo e con l'approccio al trattamento delle psicosi e della famiglia.

Gli esiti ormai consolidati di queste ricerche teorico-cliniche hanno così contribuito a superare una visione prevalentemente intrapsichica, monadica e diadica della mente, aprendosi a una più ampia prospettiva, *inter-* ("tra") e *trans-* ("attraverso") generazionale e familiare, che in modo molto chiaro Kaës così sintetizza:

*"L'ineluttabile è che noi veniamo messi al mondo da più di un altro, da più di un sesso e che la nostra preistoria fa di ciascuno di noi, ben prima della slegatura della nascita, il soggetto di un insieme intersoggettivo i cui soggetti ci tengono e ci mantengono come i servitori e gli eredi dei loro sogni di desideri irrealizzati, delle loro rimozioni e delle loro rinunce, nelle maglie dei loro discorsi, dei loro fantasmi e delle loro storie. Della nostra preistoria, ordita prima che nascessimo, l'inconscio ci avrà fatto i contemporanei, ma noi ne diventeremo i pensatori solo per gli effetti di après-coup"* (Kaës, 1993).

---

<sup>3</sup> Eschilo, *Le Eumenidi*, v. 834 e sg.

<sup>4</sup> Vedi il bel saggio di V. Cigoli, "Di generazione in generazione. Trasmettere, tramandare, trasferire" pag. 217-245 in Nicolò Corigliano A. M. e Trapanese G. (a cura di) *Quale psicoanalisi per la famiglia?*, Milano, Franco Angeli, 2005.



In questa ottica la famiglia è intesa come **spazio originario all'interno del quale si dispiegano i fenomeni di trasmissione della vita psichica** e la **transgenerazionalità come il "trasporto" di strutture psichiche, stili di funzionamento mentale e contenuti inconsci** trasmessi attraverso le generazioni della stessa famiglia; luogo quindi, sia di continuità che di trasformazione, in vista della nascita e sviluppo di una vita psichica differenziata.

La sofferenza mentale invece, oltre alla complessità degli altri fattori, scaturirebbe da un mancato trasporto o da un trasporto difettoso di strutture, funzionalità e contenuti psichici; quando l'eredità ostacola radicalmente la costruzione dello psichismo si configura come sofferenza sia individuale sia familiare, espressa soprattutto dall'angoscia di perdita dei legami o da disturbi nell'articolazione dei molteplici fattori che compongono l'universo familiare: la coniugalità, la genitorialità, la filiazione e i legami della fratria.

### 1.1. Il paradigma generazionale<sup>5</sup>

L'interesse per il tema della trasmissione psichica è presente a più riprese nell'opera di Freud<sup>6</sup>, dal dibattito sull'ereditarietà psico-biologica, degli *Studi sull'isteria* del 1895, alla trasmissibilità dei divieti in *Totem e Tabù* (1912-1913), o al problema dell'identificazione come medium di continuità, nel passaggio tra le generazioni (*Psicologia delle masse e analisi dell'io*, 1921). Si possono individuare già due fondamentali visioni che saranno poi riprese dagli studi successivi, distinte sulla base di come possono essere trasformati i diversi

---

<sup>5</sup> Il filone di ricerca citato utilizza il termine paradigma generazionale, riprendendolo da un concetto introdotto da Carel e in particolare dal suo libro *"Le générationnel. Approche en thérapie familiale psychoanalytique"*.

<sup>6</sup> Per un approfondimento rinvio al contributo di Kaes (1993), *Introduzione al concetto di trasmissione psichica nel pensiero di Freud*.

oggetti o gli aspetti che vengono trasmessi: da un lato una modalità orientata all'appropriazione attiva, vitale da parte del soggetto relativa all'eredità del patrimonio di valori, miti, affetti, fantasmi, delle generazioni passate, riprendendo l'incitazione di Goethe: *“Ciò che hai ereditato dai Padri, riconquistalo, se vuoi possederlo davvero”* e dall'altra invece, una modalità patologica, la trasmissione del negativo e di quanto rimane in sospeso da una generazione all'altra che va a depositarsi nei soggetti particolarmente vulnerabili.



In Totem e Tabù, così Freud osserva: *“se non c'è niente di importante che una generazione riesca a nascondere a un'altra, restano tuttavia soggetti sui quali regge il negativo della trasmissione: la cosa più difficile da ammettere è che essi possano acconsentirvi e, in un modo o nell'altro, ricavarne un crudele vantaggio”*.

Ci chiediamo: in che cosa consiste questa eredità patologica e quali caratteristiche possiedono i suoi depositari? Di quali mezzi e vie si serve una generazione per trasferire alla successiva i propri fardelli irrisolti?

A tutti questi interrogativi ha risposto in modo esauriente, un fecondo filone di contributi, soprattutto francesi e argentini, in particolare: Eiguer (1981; 1983; 1987); Abraham e Torok (1978); Guyotat (1986); Puget, Kaës (1989); Kaës, Faimberg, Enriquez, Baranes (1993); Racamier (1990, 1995) che hanno fondato importanti riviste internazionali come *Groupal* e *Le divan familial*, ma anche validi autori italiani (Taccani, Pandolfi, Nicolini e Califano ecc.) e il gruppo che fa capo alla rivista *Interazioni* diretta di Annamaria Nicolò Corigliano, che studia la connessione tra il processo individuale della cura e l'intervento con il gruppo e la famiglia<sup>7</sup>.

Le ricerche attuali hanno ripreso e sviluppato la duplice accezione freudiana della trasmissione psichica: la dimensione positiva viene definita intergenerazionale e *“veicola vissuti psichici elaborati o elaborabili, pensieri o*

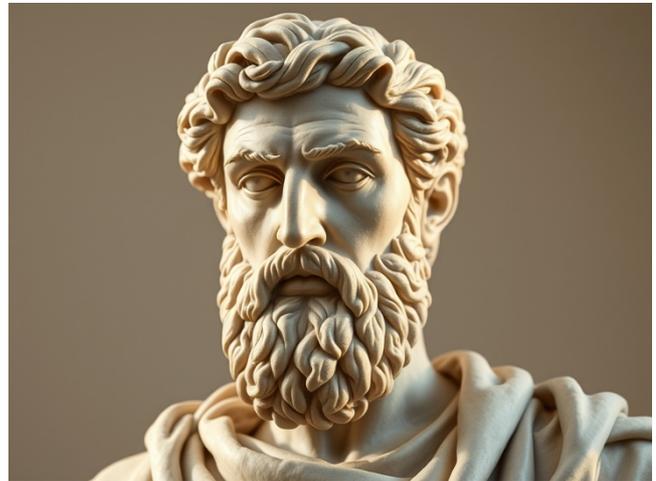
---

<sup>7</sup> Rimando in proposito all'esauriente e puntuale contributo del capitolo di Trapanese G. Sommantico in: *“La costruzione del paradigma generazionale. Rassegna storico-bibliografica”* (contenuto nell'opera sopra citata) che fa il punto su tutti gli studi psicoanalitici significativi con una completa bibliografia di 194 voci.

rappresentazioni identitarie, costruzioni e ricostruzioni delle storie familiari (...) essa presuppone alterità e differenziazione negli scambi intersoggettivi tra i membri della famiglia.” (Nicolò 2000). Si tratta quindi di un patrimonio di risorse del passato familiare, che **una volta riconquistate anche con una dolorosa elaborazione potranno essere integrate e personalizzate attraverso i processi di identificazione**, producendo un arricchimento e una possibilità di espansione generativa.

L'altra accezione invece, definita transgenerazionalità traumatica, è intesa come passaggio, “trasporto” di strutture danneggiate e di contenuti psichici impregnati di concretezza e sensorialità, **frutto di un deficit di simbolizzazione da parte di un genitore, espulso e forzatamente immesso nel ricettacolo più idoneo**, cioè più vulnerabile. (Racamier 1993) Si tratta di eventi impensabili, indicibili, “oggetti bruti”, che producono identificazioni alienanti, ma anche lutti congelati, fatti riprovevoli e violenti rimasti segreti.

Questa trasmissione del “negativo” (Green 1982) come qualcosa di indigeribile, che si impone come un corpo estraneo, è votata alla “coazione a ripetere”, tema già presente nelle tragedie di Eschilo e necessita di almeno **tre generazioni perché avvengano gravi disturbi psicologici e in particolare la nascita della psicosi o della patologia borderline**.



## **1.2. TEORIA dell'ATTACCAMENTO e approccio transgenerazionale alla patologia psicotica e borderline**

La teoria dell'attaccamento ha validato anche empiricamente l'ipotesi del fenomeno di trasmissione intergenerazionale dei *pattern* d'attaccamento e delle strutture rappresentazionali, chiamate Modelli Operativi Interni; questo è testimoniato dalla possibilità di predire (nel 75-82% dei casi) lo stile d'attaccamento del figlio (valutato tramite la *Strange Situation*) a partire dalla classificazione d'attaccamento di un genitore tramite l'*Adult Attachment Interview*. (Bowlby, Main, Goldwyn 1998)<sup>8</sup>. Nelle psicosi i disturbi

---

<sup>8</sup> Rispetto agli inizi di Bowlby e di Ainsworth, la valutazione e misurazione degli stili di dell'attaccamento è diventata molto sofisticata nelle sue differenziazioni e per constatarlo possiamo consultare un'opera quasi enciclopedica come il *Manuale dell'Attaccamento* di Cassidy e Shaver tradotto nel 2002 da Fioriti, che raccoglie gli sviluppi più recenti e le prospettive di queste ricerche svolte su vasti campioni anche multiculturali.

dell'attaccamento genitore-figlio (distanziante/ostile) e gli stili affettivi negativi (intrusività, critica, colpevolizzazione) sono fattori di rischio che aumentando la probabilità di recidive e sono predittivi dell'esito psichiatrico a lungo termine. Provengono spesso da esperienze traumatiche relazionali che vengono immagazzinate nella memoria procedurale dell'emisfero destro visivo-spaziale (Schiffer et al: 1995), il luogo della memoria implicita (Hugdahl 1995) e autobiografica (Markowitsh et al., 2000).

I traumi irrisolti nella storia evolutiva del *caregiver* (abusi, lutti, trascuratezze non elaborate ecc.) causano alterazioni nell'umore, nella gestione della relazione col bambino, alterazioni e perturbamenti che a loro volta formano un *imprinting* nelle funzioni regolatorie del cervello del bambino che si sta sviluppando: questo meccanismo psicopatogenico intersoggettivo media la trasmissione intergenerazionale sia del trauma relazionale che delle difese dissociative contro stati affettivi soverchianti e disturbanti (Schoore 2010). Per questo motivo, come scrive eloquentemente Siegel in *La mente relazionale* (p. 112)<sup>9</sup>, "Cercare di aiutare questi genitori a riconoscere e ad affrontare la presenza di esperienze traumatiche non risolte diventa quindi cruciale non solo per loro, ma per le generazioni future".

L'attaccamento disorganizzato, che caratterizza lo "spettro borderline", si manifesta con modalità che possono essere fra loro diverse, ma che comunque sono **accomunate dalla presenza simultanea, o in rapida successione, di azioni fra loro incompatibili o dotate di finalità inconciliabili, ovvero dalla perdita di orientamento e finalità della condotta**. A differenza dell'attaccamento sicuro, che struttura una rappresentazione unitaria, coerente ed organizzata di sé e della figura di attaccamento perché validata da una figura disponibile e affidabile, nella rappresentazione interna che corrisponde alla disorganizzazione dell'attaccamento, invece, ogni anche relativa unità e coerenza è inesorabilmente e gravemente infranta (Mucci, 2013).

## 2. Resistenze e potenzialità di fronte a una visione multidimensionale

Non ci ammaliamo gravemente mai da soli, **è sempre un sistema relazionale che si ammalia e per di più viene stratificato nell'arco del tempo**; però non è

---

Il laboratorio iniziale di valutazione della teoria dell'attaccamento, la *Strange situation*, è una stanza in cui avviene l'osservazione (dai 12 ai 20 mesi) prima della relazione del bambino in presenza della madre e di un osservatore, poi la madre va via e rimane l'osservatore; dopo un po' di tempo si allontana una seconda volta anche con l'osservatore; dopo un certo tempo si rincontrano e si osserva tutto quello che succede quando il bambino si riavvicina alla madre. I comportamenti che si analizzano e si valutano, costituiscono un indicatore del tipo di attaccamento tra i due partner. Si considera dunque il momento dello stress del distacco e del riavvicinamento.

<sup>9</sup> Daniel J. Siegel, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Milano, Raffaello Cortina editore, 2001 (New York 1999).

così facile tener presente questa complessità quando il paziente entra nella nostra stanza di psicoterapia o nei nostri servizi. Non solo, ma notevoli sono state le difficoltà a inserire, fin dal primo contatto, la dimensione dell'ambiente familiare all'interno dell'ottica di cura, sia nei servizi pubblici che in privato.

Quando il paziente arriva con la propria soggettività carica, piena di sofferenza è indubbiamente un soggetto che presenta una sua unicità da accogliere, però è anche un nodo di legami, appartenente a una "rete orizzontale" di rapporti che costituiscono il suo ambiente attuale e che dovremmo cercare di visualizzare chiedendoci: **quali sono i legami di cui il paziente non può fare a meno** e che entreranno attraverso i suoi racconti e i suoi vissuti in questa stanza, in questo servizio, in questo luogo di cura?



Al contempo il paziente è anche un nodo vivente di una rete "verticale" che proviene da una genealogia ed è, come dice Kaës, esito del suo passato generazionale e soprattutto di quanto c'è di irrisolto e di sospeso di questo passato. Si tratta di un paradigma imprescindibile ormai, che si traduce concretamente in un peculiare assetto di ascolto e di osservazione multidimensionale con cui accogliere il paziente, che consente, già fin dal momento aurorale dei primi incontri, di intravedere abbastanza rapidamente i disturbi, le sofferenze non solo individuali, ma che riguardano anche la rete familiare mettendo a fuoco i conti sospesi, i lutti non elaborati, i segreti implosivi, i nuclei traumatici che emergono dalla trama di diverse generazioni. È così possibile raccogliere un bagaglio conoscitivo ed emotivo che, anche se non restituibile nell'immediato al paziente (per questo è necessaria una grande cautela empatica), diviene una bussola straordinariamente efficace per orientarci, senza lasciarci prendere da quello sconforto e dalla confusione indotte sovente dalla gravità della sua sofferenza.

Due sono quindi le coordinate fondamentali da tener presenti: l'incrocio tra una dimensione di campo, sincronica, orizzontale e una dimensione verticale, diacronica, transgenerazionale, come orientamento utile per impostare una valutazione e un progetto di cura specie con il paziente psicotico, laddove **nell'incontro con lui proprio il suo tempo immobile e la perdita dello spessore psichico ci appaiono con una storia remota e spesso inaccessibile.**

A questo proposito ho scoperto in prima persona l'importanza di questo tipo di ascolto e del coinvolgimento dei familiari nel progetto di cura, dopo l'esperienza di un primo fallimento, quando ero responsabile di una piccola comunità per psicotici a Milano negli anni '80. Allora i familiari erano giudicati come una sorta di interferenza e l'identificazione dei curanti era solo con i singoli pazienti. Eravamo partiti con molto entusiasmo e ci prendevamo cura dei figli con l'illusione di sostituirci idealmente alla famiglia che li faceva ammalare. Con l'esperienza e con il tempo, poi, abbiamo cominciato a notare una sorta di tela di Penelope, per cui si lavorava di giorno in questo centro diurno comunitario e poi il giorno dopo i pazienti azzeravano i miglioramenti ed era come se tutto il lavoro venisse vanificato, al di là delle consuete oscillazioni che comporta la psicosi. Questo perché, sia le serate, la notte e i weekend erano dei momenti in cui i legami patologici con i familiari andavano a logorare e a disfare quanto si andava costruendo: la prima reazione controtransferale era quella di un tremendo fastidio e di profonda contrarietà.

Finché però, dopo molto discuterne, siamo riusciti a capire e ad accogliere la dimensione sofferente del contesto da cui il paziente proveniva: anche **il suo ambiente di relazioni è altrettanto malato e può diventare un soggetto potenziale che collabora alla cura.**

Veniamo al caso: ci eravamo occupati di una giovane di ventotto anni che chiameremo Helga, che si era rinchiusa in una stanza di casa arrivando a un totale degrado, uno stato tipo "infant sauvage": si nutriva a stento, non si lavava, stessi indumenti, defecava nella stanza...dopo mesi e mesi, inimmaginabile era il deperimento del corpo, lo sguardo allucinato, i capelli sconvolti... e così via. Era figlia di una ricca famiglia di immigrati stranieri, ragazza madre e la segnalazione era avvenuta attraverso la figlioletta di dieci anni che viveva con lei e il nonno vedovo, padre di Helga.

Gli altri due figli, molto riusciti professionalmente, non erano più in contatto con il padre e la sorella. La bambina aveva chiamato molto spaventata il servizio territoriale che aveva convocato il padre, il quale mostrava di fronte all'accaduto una biblica rassegnazione. Naturalmente l'orrore e la pena di questa visita domiciliare ci aveva portato a investire moltissimo su questa ragazza, che aveva poi ripreso nell'arco di un paio d'anni, attraverso i farmaci e

un po' di psicoterapia, tutte le sue buone facoltà e funzioni, era rifiorita, viveva già in casa sua in autonoma.

Nel momento in cui avrebbe dovuto incontrare la figlia (su richiesta della piccola) affrontando anche la sua dimensione di madre, a un certo punto Helga fuggì e noi perdemmo totalmente le sue tracce. Si seppe solo, con un messaggio mandato alla terapeuta, che era scappata oltreoceano. A seguito di questa fuga improvvisa, vi fu un incontro con il padre che avevamo convocato in un lungo colloquio nel quale, esprimendo dolore e senso di colpa per questo rapporto spezzato, ci raccontò **un'incredibile storia transgenerazionale che si era sviluppata nella relazione con questa figlia.**

Questa storia era a noi totalmente ignota, anche perché non eravamo stati interessati a esplorarla per cogliere quegli elementi che avrebbero potuto favorire una continuità nella relazione con lei. Scoprimmo anche che, mentre noi costruivamo il nostro progetto evolutivo con la figlia, il padre regolarmente la contattava invalidando quotidianamente quello che si andava facendo.

Tale invalidazione era rimasta segreta e questo tema del segreto<sup>10</sup> indusse a pochi interrogativi cruciali: c'era qualche cosa di non detto, di luttuoso in



questa famiglia che poteva essere messo in relazione con lo stato di "orrore" in cui Helga si era ridotta quando l'avevamo conosciuta? Da dove provenivano le elevate aspettative che gravavano su tutti i figli? E da che cosa potevano essere provocate le rotture dei legami dei fratelli? Quale era il tipo di relazione tra questa paziente e la madre, morta di tumore quando la ragazza era alle soglie

dell'adolescenza?

Non ci furono risposte a tutte queste domande, ma emersero due dati molto importanti: il primo riguardava il fatto che all'interno di questa genealogia familiare era presente un antenato famoso che rappresentava l'elemento ideale e il potente carico di attese che pesava sui figli, a cui era richiesto continuamente di essere all'altezza di questa eredità. Ciò aveva concorso a

---

<sup>10</sup> Concordo con M. Ciambelli sulla funzione del segreto che consente "di gettare una qualche luce sulle zone più in ombra della nostra identità, come figura composita, che racchiude una storia di stratificazioni che nessuno scavo potrà ricostruire/costruire compiutamente" (Ciambelli 1996, 81). Tuttavia l'ascolto attento alla dimensione transgenerazionale può illuminare aspetti di grande portata veritativa per il paziente e il suo contesto familiare facilitando un processo di differenziazione e pacificazione.

produrre il raffreddamento dei rapporti con loro che, raggiunta l'autonomia, si erano distaccati in una sorta di diaspora silente.

Il secondo fatto era relativo a un lutto tragico, la morte in campo di concentramento di una sorella molto amata dal padre e di cui egli ci parlò come se fosse ancora presente; **ipotizzammo che il legame segreto fosse stato in qualche modo espulso come un elemento intollerabile e immesso nel circuito identificatorio inconsapevole della figlia**, ridotta come la zia, a vittima degradata.

Ci chiedevamo: di chi era stato in questo caso il "crudele vantaggio" di cui parla Freud? Dell'inviante che si era liberato dal fardello, usando della fragile vittima, diventata il ricettacolo di questa presenza morta orribilmente e congelata dentro la mente del padre? O di Helga che con la malattia conclamata aveva innescato un potente richiamo allo svelamento di un ruolo a cui era stata destinata? O della sua piccola figlia, spaventata e coraggiosa nel formulare concretamente ed esplicitamente una richiesta salvifica e che forse, proprio per questo, rischiava di pagare poi i debiti di tutta la sua genealogia infausta?

Questa storia lacunosa ci si rivelò a posteriori, dopo aver perso questa "figlia". Alla luce di tutti gli elementi raccolti, ma soprattutto dei quesiti sospesi, la prognosi di questa paziente era rimasta incerta insieme alla preoccupazione per il futuro della piccola nipote; chiaro ci fu, invece, il fatto che l'interruzione di questo legame con Helga era in gran parte dovuto al mancato coinvolgimento fin dall'inizio di questa rete familiare di cui non era stata cercata e costruita un'alleanza nel progetto di cura.

Da quel momento, per orientarci nella comprensione dei familiari e dei casi gravi, abbiamo cominciato ad adottare un paradigma generazionale, che costituisce una sorta di fattore comune su cui convergono oggi anche altri importanti modelli, quali quello sistemico, la teoria dell'attaccamento oltre alla visione psicoanalitica. In questa ottica la famiglia è intesa come spazio originario all'interno del quale si dispiegano questi fenomeni. Se questi fenomeni si dispiegano lì, lì dobbiamo tornare, lì dobbiamo andare a osservare.

Nella mia esperienza istituzionale e nei servizi interessati a cui faccio supervisione e un apposito training per la valutazione dei problemi transgenerazionali con i familiari, abbiamo utilizzato per molti anni un'intervista semistrutturata molto efficace ideata da Alberto Eiguer (uno psicoanalista sudamericano trasferito in Francia) e che ho adattato nel '95 alla cultura delle istituzioni italiane; è in genere condotta da due operatori,

facilitando in questo modo l'identificazione della coppia genitoriale, che poi potranno seguire il paziente nel corso del trattamento successivo<sup>11</sup>.

Eiguer sottolinea moltissimo l'importanza degli organizzatori della scena familiare, in un'ottica psicoanalitica attenta alla dimensione fantasmatica, ma anche ai fatti e agli eventi cruciali prima accennati.

L'intervista va anzitutto a rintracciare le disfunzioni a carico dell'organizzatore della coppia. Come è avvenuta la scelta del partner, è stata una scelta narcisistica, anaclitica (di appoggio protesico), edipica, disorganizzata come riedizione di una relazione traumatica?

Qual è il Sé familiare relativo al senso di appartenenza, all'habitat, al corpo, alla casa (per esempio i traslochi, che certe volte sono elementi di scatenamento delle crisi), la mappa degli spazi condivisi o individuali? E poi, quali sono gli ideali, i valori, le modalità di comunicazione, le dinamiche delle alleanze, o dei patti più o meno espliciti delle interazioni familiari? Come sono gestiti i ruoli, il potere decisionale e il denaro?

Infine l'interfantasmaticizzazione, cioè quel coagulo rappresentazionale da cui può scaturire il romanzo familiare che nasce all'interno del gruppo, ma che consente a ciascun membro di potersi differenziare, di iniziare il distacco dai genitori "senza distruggerli" (Kaes 2000, Nicolini 2007).

Dopo i primi contatti con i familiari più vicini al paziente, in cui gli operatori accolgono la drammaticità della situazione presente, spesso in stato di urgenza o avvio delle cure, si valuta con la coppia genitoriale la disponibilità ad approfondire questo percorso di memoria delle tre precedenti generazioni e si propone di iniziare liberamente partendo dalla preistoria familiare (i nonni) o dalla storia delle due famiglie, ricostruendo sia il ramo materno che quello paterno; o dalle vicissitudini della coppia, dal momento del fidanzamento fino al matrimonio e al progetto del figlio, o dalla storia del figlio o figlia-problema, paziente attuale.



---

<sup>11</sup> Per visionare l'intervista si può fare richiesta a [martavigorelli@gmail.com](mailto:martavigorelli@gmail.com).

### 3. Condensazioni transgenerazionali nel primo contatto e nel decorso della psicosi

Porterò ora due esempi che descrivono il contatto con i familiari di un paziente con un esordio psicotico e un percorso evolutivo in una situazione di psicosi cronica, per entrambe favorito da un uso empatico e flessibile di questo tipo di intervista.

Vediamo anzitutto l'incontro preliminare: mi è stato utile in proposito un concetto elaborato da Correale<sup>12</sup>, definibile come *l'indice di concretezza*. È stato espresso nel contributo *Famiglia e psicosi* (1994), in cui l'autore dopo avere inquadrato i vari modelli di comprensione della psicosi e auspicandone l'integrazione, descrive come **il paziente porti con sé e diffonda intorno a sé il proprio segreto, inteso come quell'unico e specifico modo di essere sopravvissuto alla catastrofe**, l'area traumatica, che ha teorizzato recentemente come un campo di potenti emozioni, indotto prima nella famiglia e poi nell'istituzione curante, percepibile come un alone, un'atmosfera che tutto avvolge; è questa configurazione anzitutto da osservare, sia sul versante soggettivo, sia come indicatore di un problema che non riguarda solo la generazione presente, ma la trasmissione a livello transgenerazionale. In questo scenario è importante cogliere il punto massimo di condensazione e di concretezza come parametro che determina il clima globale, tenendo presente l'incapacità emotiva profonda della famiglia di contenere il proprio apparato emotivo. Nel momento della crisi o del primo impatto con una richiesta d'aiuto infatti, non c'è ancora né nella famiglia, né nel paziente la capacità di rappresentarsi in modo stabile, ma solo con una modalità oscillante e precaria.

Questo approccio attento all'angolazione della scena familiare, attraverso l'osservazione del tasso massimo di concretezza può orientare la prima fase di consultazione, a cui in genere vengono invitati tutti i membri della famiglia, lasciati liberi di comunicare i vissuti di ciascuno sull'evento della malattia; si cerca poi di rintracciare insieme i *trigger* che l'hanno scatenata.

Gli esempi che proporrò ora, tra i tanti possibili, partono dall'aver individuato il punto cruciale di avvio e una valutazione di una possibilità di differenziazione, pur parziale, dalla famiglia. Emergono così, elementi che aiutano a scegliere successivamente un progetto specifico per il paziente (pure rimanendo in famiglia) o un distacco e invio in una struttura comunitaria; a partire da questo momento iniziale si sviluppa poi non solo l'evoluzione del trattamento parallelo – genitori e figlio con referenti diversi - ma anche **il**

---

<sup>12</sup> Questo concetto è in parte avvicinabile alla visione del *télescopage* tra le generazioni dalla Faimberg (1985) termine che esprime l'esperienza di vedere come vicino e presente, come se usassimo un telescopio, quello che è appartenuto a generazioni passate, in particolare quelle che chiama "identificazioni mute e non udibili" che condensano una storia di più generazioni e che possono manifestarsi in un momento chiave della terapia; diventano udibili solo se si svela la storia segreta del paziente.

**recupero della funzione narrativa attraverso il racconto della storia familiare e personale di ciascun caso.**



Vediamo la prima scena del caso di Dario, nome di fantasia: qual è stato il punto di massima condensazione concreta nell'avvio con questa famiglia?

L'unica anticipazione che avevamo da parte dello psichiatra del paziente, con una diagnosi recente di psicosi paranoide (fatta in un breve ricovero), era che si trattava di una famiglia in cui non si poteva parlare mai e il paziente stesso aveva manifestato un preoccupante mutacismo che rendeva arduo l'entrare in contatto con lui.

Durante l'incontro preliminare siamo in presenza del padre, della madre e di due sorelle minori, abbastanza inserite a livello sociale, una come medico, l'altra come studentessa di psicologia. Dario, il fratello di 34 anni, è però assente.

"È rimasto a casa a non far nulla, come sempre di giorno", "veste sempre di nero ed esce ogni notte senza dire dove va... per noi è un mistero, però poi torna puntualmente al mattino. Da quando è stato lasciato dalla ragazza, ormai da un anno, ha interrotto l'università, anche il lavoro come maestro di scacchi, e si è chiuso in un silenzio assoluto. Se viene interpellato, risponde solo con uno sguardo ostile... aggressivo" dicono un po' a turno i genitori con un tono cupo.

"Lui, il prediletto di tutto il clan (primo nipote di entrambe le famiglie allargate) è diventato un vero tiranno, anche senza parlare, ci fa stare tutti in tensione..." interviene la mamma in modo melodrammatico, ricordando anche un periodo in cui "in coppia" avevano coordinato un'associazione di volontariato con entusiasmo e reciproca idealizzazione.

La figlia medico ribatte stizzita, che proprio questo "loro tipo di rapporto aveva fatto ammalare Dario, diviso la famiglia e messo in crisi il matrimonio"; il padre fa eco a queste parole rincarando la dose. Ancor più risentita risponde la

mamma “già proprio tu che parli... che da quando è morta mia madre e sono caduta in depressione.... e sono andata a dormire in soggiorno, ti sei messa a fare la mogliettina...”; la tensione sembra accendersi sempre più tra madre e figlia, che di nuovo la interrompe, prima di andarsene dall’incontro con un brusco saluto “...qualcuno doveva pur pensare a questo poveruomo, dato che per te l’unico uomo al mondo è ancora quel prepotente del nonno... che non ti ha mai dato niente e ha dato tutto alle zie...”.

Il gruppo e i terapeuti rimangono in un silenzio per qualche minuto, con un sottofondo inquietante, rappresentato dal pianto accorato e silenzioso della figlia minore. La piccola, raccontano i genitori davanti a lei, “è nata inaspettata dopo molti anni di matrimonio quando proprio non avevamo più voglia e forze...”. Durante l’incontro non riesce ad aprir bocca e i familiari stessi non riescono a dare un senso a questa comunicazione: i pazienti in questione sembrano quindi non uno, ma due.

Nonostante le difficoltà che ci aspettavamo a comunicare le questioni cruciali, **il colloquio consente a questa famiglia, per la prima volta, di dar voce a un conflitto, tacitato per anni**, sotterraneo e radicato su schieramenti e alleanze incestuose. Al contempo si affollano nei terapeuti numerosi interrogativi: che cosa possono rappresentare i potenti elementi concreti che si depositano in loro, il pianto come elemento depressivo di fondo, il vestirsi di “nero”, il mutacismo e l’assenza di Dario?

Nel proseguo si comprenderà che vanno a costituire **la trama importante di una storia transgenerazionale dominata dal rifiuto e da un lutto congelato**.

Dopo questo avvio esplosivo, i familiari però accettano di buon grado l’intervista transgenerazionale, a cui rispondono diffusamente anche per iscritto, consegnando in busta chiusa e chiedendo una reciproca *privacy*.

Nei colloqui successivi vengono solo i genitori (si ricrea la coppia), mentre la figlia minore telefona chiedendo il numero di un terapeuta privato, perché ha compreso rapidamente di avere dei grossi problemi da affrontare. Dice anche che ha scoperto dove Dario va tutte le sere: “da una sua amica del gruppo degli scacchi... è una signora anziana... dell’età della mamma”.

Come primo effetto dell’incontro che ci sembra buono, la ragazza si è sentita ascoltata in questo pianto che ha parlato a nome del gruppo. Dal quadro transgenerazionale emergono infatti alcuni nodi traumatici nella linea materna, un padre-padrone che l’ha sempre sfruttata prediligendo le sorelle, una madre depressa, una



famiglia d'origine espulsiva e scollegata da cui la mamma non è mai riuscita a separarsi conservando un'intensa rivendicatività e un bisogno di riconoscimento, che ha negato investendo il figlio di una relazione avvolgente, fusionale.

Dopo qualche mese di lavoro con i genitori su questi temi, anche Dario prima espropriato (ridotto al silenzio) e al contempo oggetto di intrusione del lutto materno, può comparire finalmente al Servizio per iniziare un percorso finalmente "suo".

Qual è il punto di avvio di massima concretezza in questo secondo quadro che vi presento e di cui raccontiamo anche il percorso che ne è seguito?

Nel primo contatto con i genitori di un ragazzo, che nomineremo Lorenzo, in quel momento ricoverato in un reparto a lunga degenza come un cronico catatonico senza speranze, emerge una scena particolarmente pregnante: l'immagine di un giovane ventunenne rinchiuso pressoché sempre al buio nella sua camera per circa dieci anni, che esce solo per chiedere in modo delirante il proprio certificato di laurea a una Facoltà che ha interrotto, proprio all'inizio di questo esordio che si manifesta con un ritiro psicotico; una latenza che avvince la famiglia in un clima di vergogna, impotenza e angoscia, contenuta a mala pena da un rigido assetto ideologico-cattolico che prescrive una sofferenza cieca e oblativa ai limiti della follia. Al decimo anno, i genitori esasperati portano il figlio da un analista, che lo depone classicamente sul divano, il paziente esplose in una crisi acuta pantoclastica, viene ricoverato in TSO e, successivamente, in una struttura psichiatrica con prognosi infausta.

Durante il colloquio preliminare non è possibile restituire ancora il senso di quel buio, di una percezione che rimane depositata nella mente dei terapeuti in attesa di poter far luce sulla complessità di una vicissitudine che coinvolge una imponente mitologia familiare che, fin da subito, si ha l'impressione che gravi sul giovane Lorenzo.

Si apre uno scenario diacronico sul doppio versante paterno e materno: entrambi i genitori acconsentono alla consultazione e a narrare la loro storia trigerazionale: si tratta di una famiglia economicamente e culturalmente agiata, lui è un politico di spicco e lei è figlia di un celebre critico d'arte. Al momento del primo contatto sono da poco iscritti a un'associazione di familiari e hanno sviluppato, in questa nuova appartenenza ideologica, grande fiducia negli interventi di una psichiatria dinamicamente intesa.

A seguito del sollievo, portato dal ricovero del figlio, possono però cominciare ad esperire in prima persona il dolore per quanto è successo e sembrano finalmente avvicinarsi tra loro affettivamente, dopo lunghi anni di conflitti coniugali. Si rintracciano in questi elementi indicazioni prognostiche favorevoli, **sia per le notevoli risorse cognitive presenti nella coppia, sia per**

**l'alleanza di base che si crea da subito tra i genitori e i co-terapeuti, alleanza che verrà utilizzata per svolgere funzioni anche molto differenti nel corso del trattamento.**

Gli incontri iniziali vengono impiegati per indagare con ottica transgenerazionale la fondazione e l'esercizio della funzione genitoriale nei riguardi di Lorenzo, entrando in contatto con la storia personale di ciascuno su cui incentrare il processo trasformativo.

Le turbolenze della storia della coppia rivelano oscillazioni estreme tra idealizzazione e fallimenti, evidenziando una famiglia con un grave disturbo narcisistico, alla ricerca della propria identità. È questa la caratteristica anche nell'entroterra della terza generazione.

Il padre infatti ha avuto da sempre una vita caratterizzata da grandi alti e bassi, già suo padre, orfano e figlio di NN arriva ad essere ingegnere elettronico, per poi perdere tutto durante la guerra per le proprie idee politiche, mantenendo però in seguito uno stile da intellettuale che porterà la moglie a lasciarlo. Sempre il padre di Lorenzo, fin da piccolo ha inoltre dovuto svolgere la funzione da "governatore" tra i genitori, auto-educarsi e allevare i numerosi fratelli più piccoli. In particolare ha due sorelle psicotiche.

La linea familiare materna porta nella coppia un'area di intelligenza di sinistra collegata a Sartre, una grande cultura e l'amore per l'arte: il nonno paterno è un affermato pittore e il padre un noto critico d'arte e intellettuale di rilievo, oltre alla ricchezza e alla nobiltà della madre di lei, baronessa. Quest'area appare però ben poco integrata: da un lato la personalità borderline della mamma, bella e irrequieta, con eccessi alcolici, precedenti divorzi, TS e psicofarmaci, evitante e anaffettiva nei confronti della figlia e nel proseguo seduttiva nei confronti del nipote. Dall'altro il padre, critico d'arte, figura quasi mitologica per la coppia e per il nipote, incapace però di entrare in contatto con i propri e altrui vissuti emozionali, presente per la figlia solo tramite i volumi che scrive e le proprie opere d'arte. Emerge anche un lutto non elaborato di un fratellastro morto in circostanze tragiche.

Si è dunque rintracciato il focus dell'intervento nella tessitura storica familiare, inquadrandolo sulla messa in evidenza della mitologia grandiosa presente nella storia paterna e materna.

L'incontro tra i due partner avviene nel pieno dei movimenti politici dei primi anni '70, lui già attivista di primo piano, sposato e separato con un figlio e lei figlia prediletta di una "grande famiglia" di intellettuali di sinistra, che non vede di buon occhio l'unione con il "facinoroso compagno". Anche la scelta di coppia è di natura narcisistica: i due protagonisti prendono la decisione di convivere e di mettere in cantiere un figlio, sfidando le famiglie d'origine.

All'inizio della gravidanza, la carriera politica del padre ha un tracollo che li porterà a vivere in gravi ristrettezze economiche e, per quanto riguarda la

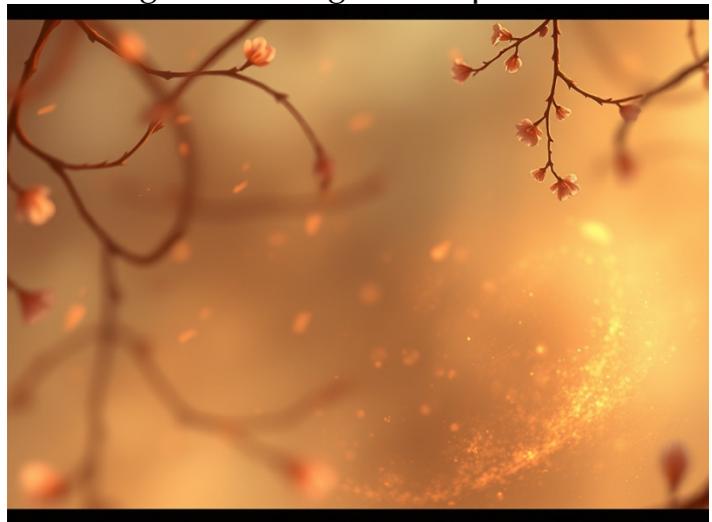
madre, ad essere diseredata ed espulsa dalla propria famiglia. In questo momento di caduta e fallimento di ideali e di appartenenze, nasce il piccolo Lorenzo, trasportato di casa in casa presso i vari compagni “politici” che ospitano la coppia in una situazione di assoluta precarietà. Il padre ripartirà da zero utilizzando le sue abilità manuali di operaio e poi, in *un’escalation* progressiva, raggiungerà nuovamente l’attuale successo economico e sociale.

È a questo punto che i co-terapeuti fanno soffermare la coppia sul momento della nascita di Lorenzo e sull’esordio della psicosi: ed ecco che riemerge l’immagine del buio, la condensazione di vissuti di annientamento, impotenza, perdita di identità personale e sociale, di quella nascita-ricettacolo del fallimento familiare. Si riprende anche il tema e i contenuti del delirio con cui è esplosa la malattia: la richiesta del certificato di laurea, che rappresentava un traguardo richiesto dalle rispettive famiglie che i genitori, nonostante l’alto livello intellettuale, non avevano mai accettato di conquistare, dominati dalla loro rivolta adolescenziale contro il mondo del potere adulto. Un debito, un conto lasciato in sospeso, che il delirio segnala come desiderio di riconoscimento e risarcimento, eludendo il lavoro psichico e reale, per pacificare i conflitti tra le generazioni.

**Nominare e condividere questi vissuti è stato determinante per avviare una svolta** e un nuovo modo di entrare in contatto con Lorenzo nelle visite settimanali in Comunità e poi nello stare con lui nei primi weekend.

Proprio tramite la presa di coscienza della relazione tra la situazione di crollo narcisistico rispetto ai propri ideali grandiosi e la nascita del figlio Lorenzo – rappresentato dalla “scena modello” del buio della sua stanza - e la condizione costante di instabilità adolescenziale a cui i genitori hanno sottoposto la sua crescita, la coppia viene aiutata a sciogliere i precipitati transgenerazionali non elaborati e immobili. **Si attiva gradualmente una dimensione riflessiva, un’attività di mentalizzazione che i genitori iniziano a trasmettere spontaneamente al figlio.** Questa è in grado di agire terapeuticamente a differenti livelli con una flessibilità inaspettata e a far recuperare in Lorenzo funzioni cognitive che sembravano perdute: memoria, capacità di concentrazione, di lettura ecc.

Durante il periodo in cui Lorenzo si trova in comunità si predilige un lavoro che empatizzi con le tendenze anticipatorie della coppia genitoriale,



sostenendo il “cosa si farà dopo?” per **valorizzare l’aspetto più evolutivo del percorso intrapreso, sostenendo così una visione prospettica**, resa possibile perché il paziente si trova in una situazione di forte protezione, e di costanza di cura, che gli dà la possibilità di usufruire di spazi di esistenza personali e quotidiani in cui sperimentarsi con successo. Quando, finito il percorso comunitario, poi Lorenzo torna a casa in famiglia, i co-terapeuti invece aiutano a modulare le distanze con una grande cautela rispetto alla possibilità di accelerazioni evolutive, perché i genitori non si sostituiscano al desiderio-bisogno del paziente, imparando ad accompagnarlo senza slittare in avanti.

**Questo lavoro è divenuto possibile grazie all’avvenuta elaborazione degli aspetti genealogici idealizzati e mortiferi** e al recupero di quella dimensione di contatto sensoriale diretto con la realtà, delle piccole esperienze quotidiane, che ha permesso al padre stesso di ricominciare un percorso di successo sociale nel momento più difficile per lui, dopo il buco nero del passato. Il padre, in particolare, può ora associare la nascita di Lorenzo non solo al momento di fallimento di un Sé grandioso, bensì al risveglio delle proprie capacità positive, di accettazione dei limiti e della concretezza che la vita impone. Livello che ben si esprime nella dimensione del fare insieme, padre e figlio, gli elettricisti volontari per una grande manifestazione di un movimento religioso a cui i genitori ora appartengono. Una dimensione di rapporto autentico, mediato da pratiche semplici ma consistenti sul piano dello scambio relazionale, in cui Lorenzo può finalmente abbandonare la propria identificazione con il crollo sociale e l’annientamento psicologico dei genitori (agito tramite il crollo psicotico) conquistando man a mano una propria autentica differenziazione.



#### 4. Attaccamento disorganizzato e approccio transgenerazionale alla patologia borderline

Nella crisi attuale della famiglia di cui sicuramente il paziente borderline patisce, gli organizzatori (coppia, Sé familiare, interfantasmizzazione) proposti da Eiguer sono spesso difficilmente rintracciabili e il costrutto può essere utilizzato soprattutto nelle famiglie che hanno ancora una struttura in gran parte tradizionale, pur presentando una potenzialità psicotica.

Oggi le separazioni costanti, la frammentazione delle famiglie, le famiglie dai confini spesso indefiniti in cui nascono e crescono questi figli, i nuovi compiti e configurazioni della famiglia ricomposta e le appartenenze multiple rendono ben più confusa e complessa la scena.

Nella nostra esperienza si sono presentate due tipologie di famiglia del paziente borderline: **la famiglia maltrattante, abusante, che è generalmente di livello psicosociale medio-basso** con difficoltà economiche, in cui il clima di violenza, di trascuratezza, di iperstimolazione sessuale e verbale, promiscuità determina uno stato di allarme costante per il paziente. Vi troviamo genitori o qualche componente della famiglia spesso tossicodipendente o alcolista, in ogni caso siamo di fronte ad adulti sopraffatti dai propri problemi, che non sono in grado di rispondere ai bisogni e alle richieste dei figli.

C'è però anche un'altra tipologia, per lo più presente nelle classi sociali medio-alte, quella della famiglia, votata al successo. Marsha Linehan la riferisce come tipica della famiglia americana, ma potremmo dire che è tipica della mentalità occidentale che dà **estrema importanza all'autocontrollo, all'affermazione personale e alla padronanza di sé come parametri di riuscita sociale**; in queste strutture familiari dominate da forti aspirazioni narcisistiche dei genitori, fin dall'inizio viene imposto ai figli (o a qualcuno in particolare) un copione, e non viene tollerato che esprimano liberamente le proprie emozioni. Il messaggio prevalente è quello di far leva sulle proprie forze, sul "pensare positivo" e il fallimento di queste aspettative provoca disapprovazione, critiche e rifiuto. In questo tipo di famiglia non c'è spazio per la dimensione della tenerezza e dell'affettività, del riconoscimento e comprensione degli stati emotivi interni del bambino, specie quelli di tristezza, o di malessere e di rabbia o eccitazione. L'accudimento è demandato a varie e intercambiabili figure esterne, con una scarsa personalizzazione; in queste famiglie viene sperimentato quello che Marsha Linehan e Fonagy definiscono un *ambiente invalidante*, che disconferma i sentimenti, le emozioni, i disagi, che un bambino normalmente nella sua crescita può provare. Tutto questo è avvertito dagli adulti come qualcosa da banalizzare, ignorare, da distorcere, o da eliminare ed espellere perché infastidisce. Soprattutto il suo bisogno di dipendenza è sentito come un troppo da sopportare e incompatibile rispetto al

progetto di una certa immagine che deve funzionare ed essere sempre vincente. Quando manca il riconoscimento dell'autentico stato interno da parte dei familiari, o addirittura le loro reazioni sono imprevedibili e incostanti, la conseguenza sarà che anche il bambino non riuscirà a imparare a modulare, a regolare le sue emozioni e tanto meno a comprendere quelle degli altri. Ha in genere due fondamentali possibilità, in cui oscilla: o le coarta inibendole fortemente o le esagera parossisticamente per attirare su di sé l'attenzione. E quando accade ciò, allora i familiari intervengono, anche calando per un po' le pretese, quasi sempre per vergogna sociale; inizia così l'escalation del bambino "difficile" e in seguito dell'adolescente turbolento.

Questi sono alcuni dei fattori di rischio da cui sortiscono le personalità borderline, magari fortemente dotate sul piano intellettuale, anche con performance efficienti in alcuni settori della vita, **salvo avere un difficile o impossibile controllo delle emozioni**; vulnerabili ai fallimenti, presentano quel vuoto estremo che si riempie con gli stessi sintomi e con gli stessi vissuti di qualsiasi borderline, di qualsiasi livello sociale (soprattutto abuso di sostanze, in particolare cocaina, divertimenti estremi, relazioni perverse e pericolose).

**Per le famiglie borderline è molto utile quindi coniugare la prospettiva psicoanalitica con la teoria dell'attaccamento** che, in questi ultimi anni ha elaborato una lettura molto sofisticata di queste dinamiche, validando anche empiricamente l'ipotesi del fenomeno di trasmissione intergenerazionale dei pattern d'attaccamento e delle strutture rappresentazionali, chiamate Modelli Operativi Interni. L'attaccamento disorganizzato, che caratterizza lo "spettro borderline" si manifesta con modalità che possono essere fra loro diverse, ma che comunque sono accomunate dalla presenza simultanea, o in rapida successione, di azioni fra loro incompatibili o dotate di finalità inconciliabili, ovvero dalla perdita di orientamento e finalità della condotta. A differenza dell'attaccamento sicuro, che struttura una rappresentazione unitaria, coerente ed organizzata di sé e della figura di attaccamento perché validata da una figura disponibile e affidabile, nella rappresentazione interna che corrisponde alla disorganizzazione dell'attaccamento, invece, ogni anche relativa unità e coerenza è inesorabilmente e gravemente infranta (Hesse e Main, 1999, Albasi 2006).

Vediamo ora, molto in breve, gli effetti dell'intervista transgenerazionale integrata con quest'altra ottica su una coppia di genitori di una giovane borderline, per constatare anche il potenziamento che ne scaturisce per la comprensione e l'intervento nei confronti di situazioni altamente disorganizzate. Si tratta di un caso che ho potuto seguire nella supervisione di una équipe, da me precedentemente formata.



sintomi di tipo somatico e in seguito si sono rivelate tutte le manifestazioni del disturbo borderline.

Ci focalizziamo quindi sui legami evidenziati come più intensi e concreti e che ci hanno depositato qualcosa sul piano emozionale, in particolare su un aspetto traumatico relativo al padre, abbandonato dalla propria madre, la nonna, in precocissima età. Da bambino era cresciuto evitandola perché lei aveva distanziato la prole e di fatto aveva sposato l'azienda, trascurando i figli. Il rapporto tra la nonna e il figlio, padre di Catia è fatto solo di cose, oggetti ricchissimi come macchine, abiti firmati, involucri d'immagine.

In seguito a questo abbandono, il padre di Catia aveva cercato di sviluppare naturalmente un attaccamento nei confronti di qualche altro membro della famiglia. Ne era nato così un coinvolgimento molto intenso con la zia zitella che lo adorava, e aveva instaurato con lui un legame vischioso con un misto di controllo e iperprotezione. (Fig. 2 Appendice)

Ora, quando il papà e la mamma di Catia si sposano, nonostante la gelosia visibilmente espressa dalla zia, viene a crearsi una coppia che, all'inizio, sembra funzionante fino al momento della nascita della bambina, che comincia a incrinare gradualmente l'equilibrio; sembra che i coniugi non siano preparati a sviluppare una nuova funzione, quella genitoriale.

Ci chiediamo: come sarebbe stato possibile, dato che uno dei partner nega in pieno il distacco dalla famiglia d'origine e l'altra manifesta aspirazioni insoddisfatte per un senso di inferiorità rispetto alla famiglia del marito, socialmente e culturalmente più elevata?

Infatti anche se la madre riesce a creare una buona relazione con la piccola (pur non sostenuta dal marito che si defila), dopo i primi due anni scatta in lei un meccanismo di espulsione di questo legame, con delega di accudimento alla zia che nel frattempo si è insediata nell'abitazione accanto e si intromette continuamente, iniziando in pratica a convivere con loro. Il confronto con l'altra figura femminile, laureata e più colta, stimola nella mamma di Catia un senso di inconsapevole competizione che si sfoga nel carrierismo lavorativo e le fa perdere il contatto diretto e continuativo con la figlia. Anche il padre dalla nascita della bambina fino al lutto della zia non se ne occupa affatto evitandola, immerso in pieno nei suoi problemi di affermazione narcisistica all'esterno della famiglia.



Come si può notare, **qui la disorganizzazione nasce da una serie di situazioni intrecciate tra loro, che però alla fine vanno a richiamare qualcosa che proviene dalla generazione precedente.** La bambina si attacca alla zia e non alla mamma ripetendo il sistema “incestuale” del padre (Racamier 1970). La coppia coniugale non funziona come coppia genitoriale e pian piano si raffredda anche nella sessualità, perdendo lo spazio di intimità e di vitalità. La coppia che permane è quella della generazione precedente, del padre con la zia, con questo legame invischiato, con la conseguenza che la figura della mamma viene sempre più svalutata dalla bambina.

Inoltre la disorganizzazione di Catia scaturisce anche dalla compresenza conflittuale e non riconosciuta tra due modelli, quello della zia, permissivo fino all’assenza di confini e differenze generazionali (una sorta di “zerbino” che favoriva la tirannia dispotica della bambina in una escalation di richieste) e il modello della madre che, completamente espropriata dalla propria funzione, interviene in modo rigido, pretenzioso e anaffettivo provocando reazioni a catena.

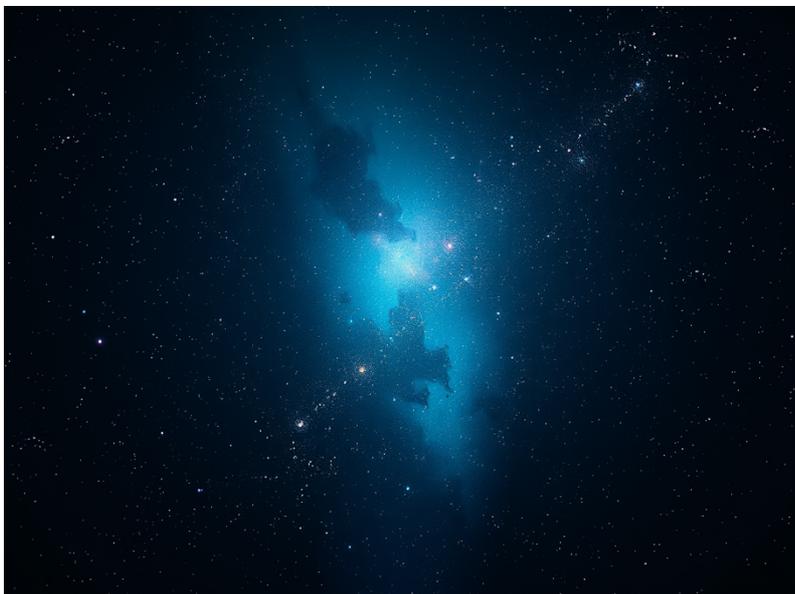
Con la morte della zia (lutto non elaborato di cui il padre parla al presente) si riattiva nel padre l’antica modalità relazionale, che trasferisce sulla figlia preadolescente. L’ipercoinvolgimento si trasmette transgenerazionalmente e tra i dodici e i venti anni si manifesta completamente la sofferenza borderline: si accende un’intensa conflittualità con la madre, che torna in campo a riprendere il potere infierendo sulla figlia e invalidandola un po’ su tutto, dagli stati d’animo alle performances scolastiche; mentre il padre entra invece in uno strettissimo rapporto con lei, di eccitazione erotizzata reciproca e di controllo estenuante. (Fig. 3 Appendice)

La vita della coppia appare, da questo momento in poi, completamente e improvvisamente votata alla figlia malata, con esclusione di ogni altro interesse e con grandi difficoltà a gestire i comportamenti nella guerriglia quotidiana.

Avendo da sempre delegato l'accudimento alla zia, manca loro quel necessario, graduale percorso di condivisione nella crescita emotiva e affettiva insieme alla figlia. Non hanno altri strumenti a disposizione se non quelli concreti o normativi (la punizione, le visite mediche ossessive, ecc.) che si rivelano fallimentari per avvicinarsi al malessere di Catia e per comprenderlo e ciò spiega anche il riconoscimento così tardivo della natura psichica del disagio.

Dopo il lutto, la componente di non differenziazione tra le generazioni e l'urgenza di colmare il vuoto affettivo creatosi emerge in tutta la sua potenza: la coppia genitoriale, che avrebbe finalmente l'occasione di ricostituirsi e riappropriarsi della propria funzione, crolla drammaticamente. La madre, che si propone come figura più "normativa" (lei stessa si definisce durante l'intervista "la cattiva, il giustiziere") è ridotta a bersaglio dell'ostilità di Catia, che fantastica di eliminarla dalla scena familiare, mentre la nuova relazione che si crea tra il padre e la figlia malata ricalca in tutto e per tutto il legame con la zia ("sono diventato come la zia per Catia", come farà notare il padre stesso durante la restituzione) riproponendo la stessa fusionalità invasiva che non lascia spazio per strutturare un'identità differenziata<sup>15</sup> (Fig. 4 Appendice).

L'intervento in questi casi deve puntare a contenere l'ansia dei genitori sollevandoli temporaneamente da un contatto quotidiano che aiuta a ridimensionare il coinvolgimento e allentare la stimolazione del paziente,



senza però escludere o delegare in toto la funzione genitoriale. È di fondamentale importanza a questo scopo, **il recupero della dimensione di coppia, di uno spazio in cui iniziare a riconoscere innanzitutto le proprie necessità di persona, di partner**, prima che di "genitore di un figlio malato".

---

<sup>15</sup> Nel complesso, questo stile relazionale familiare sembra rientrare in quello che i ricercatori dello Yale Psychiatric Institute hanno definito come *profilo di famiglia ad alta intensità*. In questo tipo di famiglia, tutti i membri si preoccupano dello stato affettivo degli altri, determinando un controllo eccessivo che inibisce l'esperienza affettiva dell'altro. I genitori sono letteralmente sopraffatti dai sintomi del figlio, non riescono a considerarlo come soggetto distinto e separato, così da impedire e bloccare la sua evoluzione. L'attaccamento invischiato si esprime attraverso un'estrema vicinanza, intrusioni, letture distorte del pensiero e iperreattività durante le interazioni.

In questa famiglia, l'indice prognostico favorevole è dato da un movimento evolutivo nelle dinamiche relazionali nell'arco dei pochi colloqui di consultazione: mentre all'inizio dell'intervista, la comunicazione era monopolizzata dal tema dilagante del malessere di Catia, già negli ultimi due incontri i genitori hanno iniziato ad accennare alle piccole cose che stanno ricominciando a fare insieme con piacere, come coppia dopo tanti anni... riprendono a scherzare tra loro, esprimono una maggior complicità. L'intervista stessa, d'altra parte, sostiene questo processo, sollecitando i coniugi a ripercorrere la propria storia comune, aiutandoli a ricordare il senso del loro stare insieme. La restituzione è stata impostata partendo proprio dalla valorizzazione di questa graduale ridefinizione di una funzione di coppia: si è spiegato, che per Catia ha un valore strutturante il fatto di poter riconoscere la presenza di **uno spazio nel quale i genitori esistono come coppia e non soltanto come genitori, rispetto al quale assumere una posizione differenziata che può farla sentire "unica", ma con una sua individualità.**

Si è pensato insieme anche al modo di rapportarsi a lei in questo momento, sia per quanto riguarda il ruolo della mamma, fondamentale anche in vista di una identificazione femminile, sia quello del papà, che deve imparare a contenere la propria tendenza a soddisfare a tutti i costi le continue richieste di rassicurazione e a regolare i limiti e i confini.

Complessivamente nel corso della consultazione (di sei colloqui) i genitori hanno acquisito gli strumenti per riconoscere queste dinamiche e soprattutto un nuovo punto di vista per capire la natura dei legami trasmessi. Si è ben presto creato un cambiamento: con la figlia in comunità la coppia rinasce come tale, la mamma recupera la sua funzione modificando i modi normativi e viene privilegiata la sua presenza negli incontri in comunità con la figlia. Osservando il modo con cui gli educatori entrano in relazione con Catia e le positive reazioni della ragazza, comincia a scoprire un nuovo modo di guardarla, di stare con lei, di ascoltare quello che sente. Anche il legame con il padre piano piano prende la giusta distanza e modulazione. In brevissimo tempo il groviglio si snoda. La possibilità di individuare e di intervenire da subito sui legami che non funzionavano, li ha molto aiutati a riprendere il percorso evolutivo che naturalmente avrà bisogno di un tempo prolungato per completarsi.

## Conclusioni

È possibile pensare di estendere questa visione multidimensionale, così ricca di potenzialità euristica e di efficacia sul piano clinico, anche ai trattamenti con pazienti meno gravi di quelli considerati? A partire dall'esperienza mia e di molti autori e colleghi potrei rispondere positivamente a questo interrogativo

ricordando, in particolare, una mia paziente schizoide che, dopo una lunga e sofferta analisi, recuperando le proprie radici contadine e linguistiche, divenne poetessa inaugurando questa sorgente creativa con un piccolo poema dialettale sul tema della drammatica emigrazione della terza generazione della propria famiglia in Venezuela, nei primi anni del '900, a testimonianza del possibile passaggio da uno sradicamento doloroso a un nuovo tipo di ancoramento, verso una più complessa e armoniosa dimensione dell'esistenza.

## Bibliografia

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978), *Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hillsdale, New Jersey.
- Albasi C., (2006), *Attaccamenti traumatici. I modelli operative interni dissociate*. UTET, Torino.
- Califano V., Nicolini, E. A. (2000) Dal narcisismo all'intersoggettività. *Atti del Convegno SIPP "Il lavoro della cura"*, Montecatini Terme.
- Califano, V., Nicolini, E. A. (1996) Pazienti gravi e patologia dei legami familiari. *Atti del Convegno "Modelli e Modalità di Intervento in Psicoterapia Psicoanalitica"*. Ist. It. Studi Filosofici, Città del Sole Ed, Napoli 1998.
- Califano, V., Nicolini, E. A. (2002) La clinica con coppie e famiglie. Dall'impensabile alla ricerca di soggettività. *Psicoterapia Psicoanalitica*, VIII, 2.
- Cassidy, J., Shaver, P.R. (1999) *Manuale dell'Attaccamento: teoria, ricerca ed applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti, Roma 2002.
- Ciambelli, M., Oneroso, F., Pulli, G. (1996) *Il segreto e la psicoanalisi*. Idelson-Gnocchi, Napoli.
- Cigoli, V. (2005) Di generazione in generazione. Trasmettere, tramandare, trasferire. In Nicolò A. M., Trapanese G., *Quale psicoanalisi per la famiglia?* Franco Angeli, Milano.
- Correale, A. (1994) Famiglia e psicosi. In: *Interazioni*, 1. Franco Angeli, Milano.
- Correale, A. (2006) *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla, Roma.
- Eiguer, A. (1983) *Un divano per la famiglia: dal gruppo alla terapia familiare psicoanalitica*. Borla, Roma 1986.
- Eiguer, A. (1987) *La parentela fantasmatica*. Borla, Roma 1990.
- Eiguer, A., Carel A., André-Fustier F., Aubertel F., Ciccone A. (1997) *Le générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique*. Dunod, Parigi.
- Fainberg, H. (1993) Il "téléscopage" delle generazioni: a proposito della genealogia di certe identificazioni. In: Kaës, R. (a cura di) *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Borla, Roma 1995.
- Freud, S. (1892-1895) *Studi sull'isteria*. OSF, 1.

- Freud, S. (1912-1913) *Totem e tabù*. OSF, 7.
- Freud, S. (1921) *Psicologia delle masse e analisi dell'io*. OSF, 9.
- George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985) *Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato, Berkeley University of California.
- Green, A. (1982) La madre morta. In: *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Borla, Roma 1992.
- Kaës, R. (1993) *Il gruppo e il soggetto del gruppo: elementi per una teoria psicoanalitica del gruppo*. Borla, Roma 1994.
- Kaës, R. (1999) *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Borla, Roma.
- Kaës, R. (2000) Aspects de la régression dans les groupes de formation. In: *Le lien groupal à l'adolescence*. Dunod, Parigi.
- Kaës, R. (2002) *La polifonia del sogno: l'esperienza onirica comune e condivisa*. Borla, Roma 2004.
- Kaës, R., Fainberg, H., Enríquez, M., Baranes, J. J. (1993), *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Borla, Roma 1995.
- Linehan, M.M., Koerner, K. (1993) Una teoria comportamentale del disturbo borderline di personalità. In: Paris, J. (a cura di) *Il disturbo borderline di personalità. Etiologia e trattamento*. Raffaello Cortina, Milano 1995.
- Main, M., Goldwyn, R. (1998) *Adult Attachment Scoring and Classification System*. Manoscritto non pubblicato, Berkeley University of California.
- Nicolini, E. (2001) Accordi e patti inconsci nei legami di coppia e di famiglia. *Psicoterapia Psicoanalitica*, VIII, 2.
- Nicolini, E. A. Una maternità inimmaginabile. *Psicoterapia Psicoanalitica*, XIV, 2, Borla 2007.
- Nicolò, A.M. La memoria nella trasmissione generazionale della famiglia. *Psiche*, VIII, 2, 2000.
- Racamier, P.C. (1992) *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*. Raffaello Cortina, Milano 1993.
- Trapanese, G., Sommantico, M. (2005) in: La costruzione del paradigma generazionale. Rassegna storico-bibliografica. In Nicolò A.M., Trapanese G., *Quale psicoanalisi per la famiglia?* Franco Angeli, Milano.

Marta Vigorelli

Piazza XXIV Maggio 7

20136 Milano

[martavigorelli@gmail.com](mailto:martavigorelli@gmail.com)

*Immagini gentilmente concesse da AI e Pixabay*

## APPENDICE

Fig.1

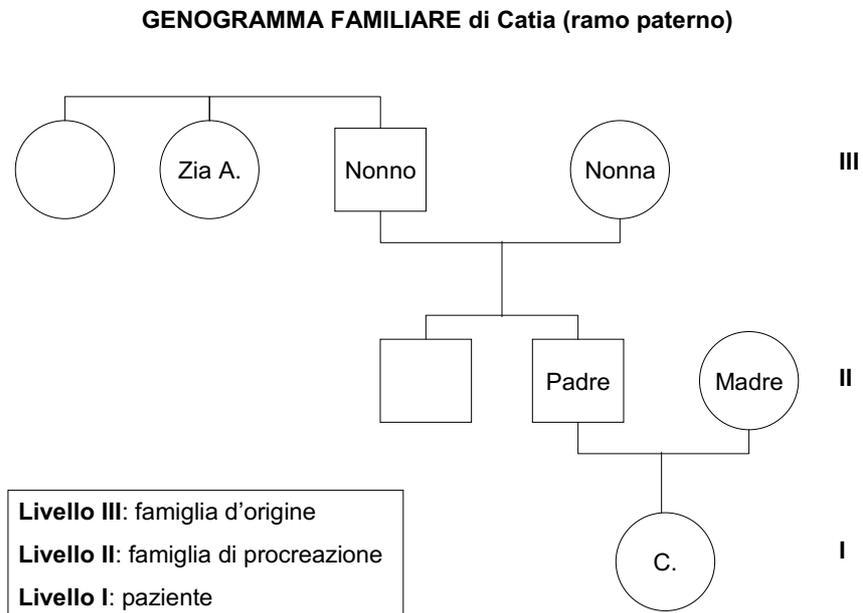


Fig.2

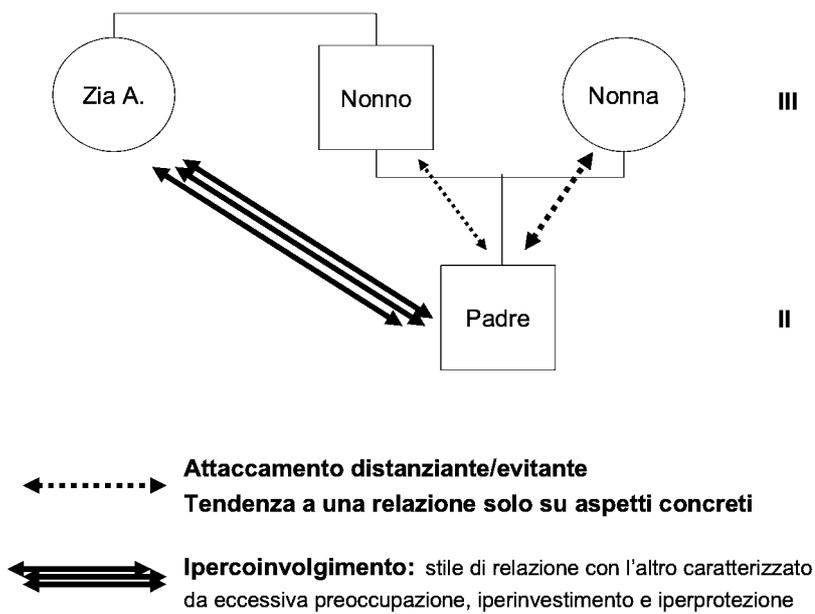
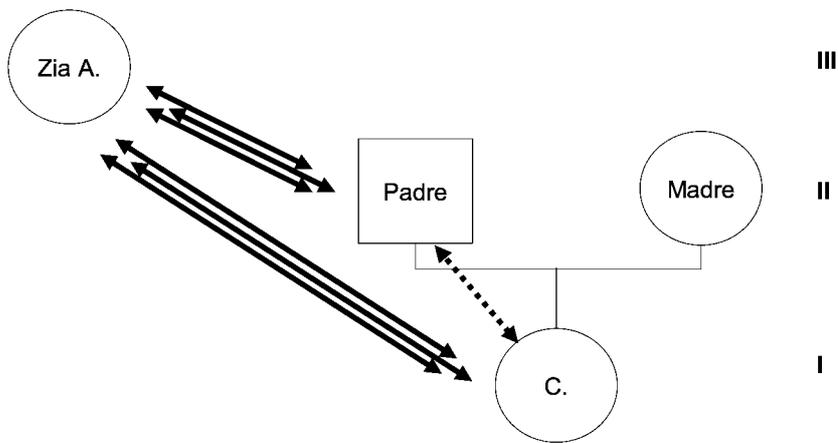


Fig. 3



Mancanza di un organizzatore coppia coniugale e tendenza alla negazione degli aspetti emotivo-affettivi da parte della coppia genitoriale → intrusione della zia nel nuovo nucleo familiare e creazione di un legame invischiato e ipercoinvolto tra la zia e la paziente

Fig.4

