JPS, 2026, Vol. 10 (2), pp.52-65 Section: **CONFERENCE PROCEEDINGS**

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

La cicatrice di Odisseo. Il sintomo psicotico rivelatore del trauma?[1]

Odysseus' Scar: The Psychotic Symptom as a Revealer of Trauma?

Valeria Pomini*

* PhD, Psicologa – Psicoterapeuta, Co-Chair dei Programmi di Formazione in Psicoterapia Sistemica dell'University Mental Health, Neurosciences, & Precision Medicine Research Institute "Costas Stefanis" – Co -fondatrice e Consultant Family & Couple Therapy Unit, First Department of Psychiatry, National & Capodistrian University of Athens, Grecia

Quando ti metterai in viaggio per Itaca
devi augurarti che la strada sia lunga,
fertile in avventure e in esperienze.
(…) Soprattutto, non affrettare il viaggio;
fa che duri a lungo, per anni, e che da vecchio
metta piede sull'isola, tu, ricco
dei tesori accumulati per strada
senza aspettarti ricchezze da Itaca.
Costantinos Kavafis *"Itaca"* (1911)
Traduz. di M. Dalmati e N. Risi – Einaudi, 1997

Riassunto

Un'esperienza traumatica può lasciare una cicatrice psichica che diventa un tratto della personalità dell'individuo e ne testimonia la storia, proprio come una cicatrice impressa nel corpo da una ferita può rivelare l'identità di un individuo. L'effetto di esperienze traumatiche sulla seconda e a volte terza generazione è un tema emerso nel corso del mio lavoro con famiglie presentanti patologie gravi ed è diventato una delle chiavi di lettura del disagio presente, rivelandosi uno strumento terapeutico utile per l'attribuzione di nuovi significati al sintomo, con lo scopo di renderlo più affrontabile e attenuarne l'impatto patologico. Un sintomo attuale presentato da un giovane membro della famiglia raramente viene collegato al trauma vissuto dalla generazione precedente nel passato. Il paziente lavoro di ricostruzione della storia famigliare transgenerazionale può dare luce alla connessione fra il disagio psichico manifestato nel presente ed esperienze traumatiche vissute da genitori o nonni nel passato, ridefinendone il significato. Questo processo, definito come "puzzle terapeutico", quando utilizzato nell'esordio di patologie gravi come la psicosi, può contribuire ad affrontare la crisi e prevenire la cronicità.

[1] Questo testo si basa sull'articolo da me pubblicato in greco sulla rivista *Metalogos* nel 2011, con titolo "*Transgenerational trasmission of trauma: Psychodynamic meanings in a systemic context*" e su varie presentazioni a convegni internazionali fra cui quella con titolo "*Dare un senso alla psicosi: il lavoro con la famiglia come 'puzzle' terapeutico*" presentata al Congresso Internazionale SIRTS "*Tecniche e strumenti nella clinica sistemica*", Torino, 21-22 Marzo 2014.

JPS, 2026, Vol. 10 (2), pp.52-65 Section: **CONFERENCE PROCEEDINGS**

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

Abstract

A traumatic experience might leave a psychic scar that might become a personality trait of the individual and bears witness to their history, just as a scar impressed upon the body by a wound can reveal an individual's identity. The effect of traumatic experiences on the second and sometimes third generation is a theme that emerged during my work with families presenting severe pathologies. It has become one of the keys to interpreting current distress, proving to be a useful therapeutic tool for giving new meanings to the symptom, with the aim of making it more manageable and mitigating its pathological impact. The symptom presented by a young family member in the present is rarely understood as linked to the trauma experienced by the previous generation in the past. The patient work of reconstructing transgenerational family history can shed light on the connection between the psychic distress manifested in the present and traumatic experiences lived by parents or grandparents in the past, redefining its meaning. This process, termed a 'therapeutic puzzle,' when used at the onset of severe pathologies such as psychosis, can contribute to managing the crisis and preventing chronicity.

Parole chiave: Psicosi, Intervento precoce, Trauma, Trasmissione transgenerazionale, Terapia famigliare.

Keywords: Psychosis, Early intervention, Trauma, Transgenerational transmission, Family therapy

Introduzione

Ringrazio il prof. Gritti e i colleghi di ECOPSYS per l'invito a questo convegno che celebra i vent'anni dalla fondazione dell'Istituto. Rivolgo a tutti le mie congratulazioni per l'eccellente lavoro svolto fino ad oggi e i miei calorosi auguri per un futuro ricco di soddisfazioni e creatività.

Ho trovato brillante la metafora suggerita per i vent'anni dalla fondazione di ECOPSYS affiancati al ventennio dell'Odissea che, come evidente dalle tematiche del programma, ha alimentato riflessioni originali.

Vi chiederete quale sia il nesso fra la cicatrice di Odisseo e il sintomo psicotico. Lo spiegherò lungo questo testo, seguendo lo sviluppo temporale e clinico di pensieri e idee scaturite dalla collaborazione con famiglie di adolescenti e giovani adulti presentanti sintomi psicotici, fin dall'inizio del mio, ormai quarantennale, percorso professionale (Fondamentale è stata la collaborazione con il collega Vlassis Tomaras, ex-professore di Psichiatria e gli altri colleghi del team dell'Unità di Terapia Famigliare).

Trauma e identità

Mi sembra utile ricordare le radici etimologiche della parola trauma (Babiniotis, 1998): in greco il termine *τραύμα / τρώμα* significa appunto trauma,

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

ferita o lesione. Il sostantivo deriva dal verbo *τρίβω* (trivo) che letteralmente significa "produco pressione con attrito/movimento" e dal verbo *τιτρώσκο* (titrosko) che significa "ferisco, taglio, provoco un trauma, offendo" ma anche "separo", significato che letteralmente si riferisce alla separazione del tessuto epidermico che la ferita provoca, ma che assume anche un valore simbolico come conseguenza dell'esperienza traumatica, come descriverò più avanti. Anche il verbo *τείρω* (tiro) è direttamente collegato ai due precedenti ed è stato trasferito nella lingua latina come *tero, terere* che significa "ferisco, taglio profondamente, tormento, torturo, separo" ma anche "sciolgo". Da qui il significato di un antico detto greco "*Ο τρώσας και ιάσεται*" ("ciò che ferisce cura") che, con saggezza terapeutica, fa riferimento al processo di cura *attraverso il trauma*, in un'accezione si potrebbe dire omeopatica, famigliare a noi terapeuti che ci occupiamo della elaborazione dell'esperienza traumatica che non può prescindere dall'affrontare il trauma.

Al significato etimologico del termine "trauma", si avvicina la definizione dell'esperienza traumatica data da Paul Russell, psicoanalista di Boston vissuto nel secolo scorso, uno dei fondatori del Massachusetts Institute of Psychoanalysis (MIP). "*Trauma è tutto ciò che provoca una ferita. Una ferita è ciò che necessita di cura. Cura è un processo di riparazione che, come regola generale, implica dolore, disfunzione e richiede la mobilitazione di risorse. Il processo di cura ha quindi un costo. Richiede energie e l'organismo è costretto a mobilitarne interrompendo altre attività*" (Russell, 1991).

Il trauma psichico diventa più vago e difficile da definire quando si riferisce ad esperienze traumatiche ripetute nel passato di una persona, o agli effetti traumatizzanti di certi sistemi famigliari caratterizzati da relazioni maltrattanti, di abuso e/o abbandono, agite da uno od entrambi i genitori. Secondo Russell, il trauma include il fallimento del riconoscimento dell'esperienza traumatica da parte del soggetto, mentre la compulsione a ripetere rappresenta la cicatrice dell'ingiuria alla capacità di sentire, quindi alla competenza affettiva (ibid.). Come, molti anni dopo queste riflessioni di Paul Russell, ci ricorda Peter Fonagy: il trauma psichico e soprattutto le situazioni di trauma complesso (Liotti & Farina, 2011; Schore, 2009) impediscono lo sviluppo della funzione riflessiva e della mentalizzazione, funzioni che ci permettono di entrare in contatto con e comprendere gli stati cognitivi ed emotivi propri e dell'altro (Allen et al., 2010).

L'effetto del trauma sulla seconda e a volte terza generazione è un tema che è emerso nel corso del mio lavoro con famiglie presentanti patologie gravi ed è diventato una delle chiavi di lettura del disagio presente, rivelandosi uno strumento terapeutico utile per l'attribuzione di nuovi significati al sintomo, con lo scopo di renderlo più affrontabile e attenuarne l'impatto patologico.

Il sintomo presentato da uno dei famigliari nel presente raramente viene collegato al trauma vissuto dalla generazione precedente nel passato. Eppure può esserne la spia, ciò che occulta il trauma passato e lo manifesta allo stesso tempo.

Torniamo ad Odisseo: Nel libro XIX dell'*Odissea*, Omero descrive la scena in cui Ulisse, tornato finalmente a Itaca, ma ancora sotto le sembianze di un

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

viandante, viene riconosciuto dalla anziana nutrice Euriclea, a causa di una cicatrice sulla gamba[2].

La cicatrice, ciò che resta, e testimonia, di un'antica ferita, diventa il segno di riconoscimento, acquista il valore di elemento che definisce e rivela l'identità di una persona e ne testimonia la storia. Vengono in mente altri segni sul corpo, in questi casi voluti, come tatuaggi e piercing, che hanno, tra i vari significati, anche quello di marcare l'identità, di distinguere o anche di contrassegnare un determinato momento od un'esperienza emotivamente significativa per il soggetto. Una giovane paziente con una storia di ripetuti abusi sessuali intrafamiliari si faceva un nuovo tatuaggio ogni volta che riviveva nel presente analoghe esperienze con partners che, mentre sembravano inizialmente affidabili, si comportavano in modo aggressivo e abusante. Il tatuaggio, come spiegò, doveva impedirle di dimenticare e di ripetere lo stesso errore. Un tentativo di interrompere e prevenire la compulsione a ripetere.

Anni fa lessi di un anziano ebreo che decise di farsi restaurare il tatuaggio con i numeri con cui era stato marchiato nel campo di concentramento in cui era stato internato. Fu uno dei pochi sopravvissuti. Spiegò a chi lo intervistava che quel segno era parte di sé, della sua identità, che la sua visibilità era necessaria per ricordare a sé stesso e agli altri chi lui fosse diventato e attraverso quali meccanismi psichici fosse riuscito a sopravvivere e a salvarsi.

La cicatrice lasciata da una ferita psichica legata all'esperienza traumatica, in modo analogo può rappresentare il segno, il tratto lasciato nella psiche dell'individuo che ne definisce la personalità, in modo unico e singolare, e nello stesso tempo ne testimonia la storia.

Eventi traumatici specifici, avvenuti in un determinato tempo, possono essere più facili da individuare, ma chiaramente non sono i soli o i più devastanti. Il concetto di trauma secondo Russell, diventa più vago e difficile da definire quando si riferisce agli effetti traumatizzanti di situazioni carenziali continuative che caratterizzano alcuni sistemi familiari. In questi casi spesso il trauma include il fallimento del riconoscimento dell'esperienza traumatica.

Tali traumi hanno spesso come principale conseguenza l'invisibilità, per il terapeuta e soprattutto per il soggetto stesso. Ciò che può rendere visibile il trauma è un'esperienza contrastante, e questa è una delle maggiori funzioni del processo terapeutico. Ma si tratta di un processo da maneggiare con estrema cura da parte del terapeuta che accompagna il paziente. Come ricorda Marinella Malacrea "*Bisogna mettere qualcosa tra sè e l'orrore, e come nelle favole veri e propri draghi difendono il territorio dove l'orrore si è consumato, e chi l'ha vissuto cerca di "non vedere per non morire", ne deriva un attentato costante al processo terapeutico, a cominciare dalla difficoltà a forzare il muro abbastanza almeno per vedere tutta e in chiara luce la piaga da curare, i contorni dei danni da riparare.*

[2] «*Tal cicatrice l'amorosa vecchia / Conobbe, brancicandola, ed il piede /Lasciò andar giù: la gamba nella conca /Cadde, ne rimbombò il concavo rame, / E piegò tutto da una banda; e in terra / L'acqua si sparse. Gaudio a un'ora e duolo / La prese, e gli occhi le s'empiêr di pianto,/ E in uscir le tornò la voce indietro. / Proruppe al fin, prendendolo pel mento:/ «Caro figlio, tu sei per certo Ulisse, Né io, né io ti ravvisai, che tutto / Pria non avessi il mio signor tastato*». Omero, *Odissea*, Libro XIX

JPS, 2026, Vol. 10 (2), pp.52-65 Section: **CONFERENCE PROCEEDINGS**

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

Curare, quasi forzando il paziente, assumendosi la responsabilità di garantire che non muoia pur vedendo." (Malacrea, 1998).

Secondo Russell, affetto, attaccamento, trauma, compulsione a ripetere e negoziazione sono concetti profondamente interconnessi tra loro (Russell, 1991). L'affetto è il centrale elemento organizzatore dello sviluppo dell'individuo. La competenza affettiva, concetto vicino alla capacità riflessiva (*reflective functioning*) (cfr. Asen & Fonagy, 2011) si sviluppa all'interno delle buone relazioni familiari, ma anche di una buona relazione terapeutica. Russell vede connessi l'esperienza traumatica, lo sviluppo dell'affettività, o meglio della competenza affettiva attraverso le relazioni di attaccamento, e la compulsione a ripetere (Russell, 1991). Egli considera la compulsione a ripetere un fenomeno profondo, ampio e pervasivo, che protegge e nello stesso tempo manifesta l'esistenza di traumi passati, in cui la relazione di attaccamento è stata disturbata. La definisce, riprendendo la definizione di Laplanche e Pontalis (1968), la confusione della memoria con la percezione. Qualcosa vissuto come se fosse totalmente determinato dalla situazione presente, ma che possiamo comprendere solo in relazione al passato. In breve, un ricordo che si maschera in un evento del presente (Russell, 1991).

La compulsione a ripetere rappresenta la cicatrice dell'ingiuria alla capacità di sentire, alla competenza affettiva. Trauma e compulsione a ripetere sono quindi profondamente interconnessi. Qualcosa viene ripetuto: qualcosa di offensivo, doloroso, traumatico, che la persona cerca in tutti i modi di evitare e che invece torna involontariamente a ricreare, in cerca di una soluzione. Il trauma si manifesta e contemporaneamente continua a celarsi nella ripetizione compulsiva (ibid.).

Il riconoscimento della ferita e della cicatrice da essa lasciata diventa allora un passaggio obbligato nel processo di cura, come il riconoscimento delle parti affettive che la ferita ha separato, scisso.

Trauma e psicosi

L'associazione fra disturbi psichici gravi e precedenti esperienze traumatiche ha origini antiche e se ne trovano molteplici riferimenti nelle tragedie greche (cfr. Batsalias, 2016; Theodoraki, 2021). Nella psichiatria moderna, Pierre Janet fu fra i primi a studiare il fenomeno della dissociazione e lo collegò ad esperienze traumatiche vissute dal paziente (Van der Hart & Friedman, 2020). Nei suoi primi lavori Sigmund Freud conferma con le sue osservazioni cliniche le teorie di Janet, collegando i sintomi di isteria delle sue pazienti con uno o ripetuti episodi di abuso sessuale nell'infanzia, emersi durante il lavoro analitico (Freud, 1896, citato in Musatti, 1977). Ma successivamente lo stesso Freud rinnegò la teoria della seduzione e solo dopo la Prima Guerra Mondiale teorizzò la coazione a ripetere studiando i sintomi e le esperienze traumatiche dei soldati tornati dal fronte. La ritrattazione delle sue prime osservazioni sull'isteria ritardò di decenni la psichiatria ufficiale nel riconoscere i sintomi psichici come conseguenze di esperienze traumatiche spesso precoci e "dimenticate". Al contrario, Sandor

JPS, 2026, Vol. 10 (2), pp.52-65 Section: **CONFERENCE PROCEEDINGS**

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

Ferenczi non rinnegò la teoria del trauma e riconobbe il trauma sessuale nei bambini come agente patogeno (Borgogno, 2004).

Solo alla fine degli anni ’60 si iniziò a identificare e definire la sindrome da stress post-traumatico con i disturbi psichici presentati dai veterani della guerra del Vietnam. Nel 1980 venne inserito nel DSM il Post Traumatic Stress Disorders come nuova categoria diagnostica (APA, 1980). Ulteriori elaborazioni del concetto di trauma psichico risalgono a tempi più recenti: Judith Herman definisce come trauma complesso (c-PTSD) le condizioni traumatiche di sviluppo in cui crescono i bambini con esperienze di abuso, violenza, abbandono affettivo (Herman, 1992). Allen Schore si riferisce alle stesse condizioni famigliari come *trauma relazionale precoce* (*early relational trauma*) (Schore, 2009). Bessel Van der Kolk conia il termine *DESNOS* (*disorder of extreme stress non otherwise specified* (Van der Kolk et al., 2005). Le evidenze sulla correlazione fra esperienze traumatiche nell’infanzia e sviluppo di sintomi psichiatrici sono state rilevate da innumerevoli ricercatori (Croft et al., 2019; Loewy et al., 2019; Catone et al., 2015; Addington et al., 2013).

L'incapacità di cambiare le cose, la sensazione di paralisi e di totale impotenza sono fra gli aspetti centrali dell’esperienza traumatica (Van der Kolk, 2015). Un’esperienza che supera la capacità del soggetto di affrontarla. In modo analogo Jakko Seikkula definisce la psicosi come risposta ad un estremo stress (Seikkula, 2019). Gli antecedenti remoti dell’esordio psicotico sono stati descritti da numerosi autori come fattori di vulnerabilità individuale e famigliare: 40-50% degli individui con diagnosi di psicosi riportano abuso sessuale e/o fisico durante l’infanzia, 11-46% presentano PTSD, 30-59% abuso emozionale, mentre 43-59% abbandono affettivo (*emotional neglect*) (Van Os et al., 1998; Schäfer & Fisher, 2011; Bebbington et al., 2011; Berry et al., 2015; Van Dam et al., 2015; Bell et al., 2019; Tosato et al., 2026). Inoltre, gli effetti del trauma risultano evidenti sullo sviluppo neurofisiologico e collegati alle anormalità neurologiche presentate da pazienti con diagnosi di psicosi (Read et al., 2005).

Senza dubbio, l’esordio psicotico rappresenta un’esperienza traumatica per il paziente e per la sua famiglia. Una ferita, nella storia individuale e famigliare. Qualcosa si spezza e separa l’identità di un individuo fra un “prima” e un “dopo”, tanto più minaccioso e angoscioso quanto più incomprensibile. Eppure, proprio questa scissione può essere un’occasione per riconnettere il presente con il passato, la storia individuale con quella famigliare, l’angoscia attuale con esperienze dolorose sepolte nel passato.

La trasmissione transgenerazionale del trauma

Per un terapeuta sistemico, abituato ad una visione transgenerazionale della storia famigliare (Bowen, 1978) non è difficile pensare che i vissuti emotivi legati ad esperienze traumatiche possano venire trasmessi alle generazioni successive. Ma attraverso quali canali e modalità avviene tale trasmissione? A livello epigenetico, è stato riscontrato che elevati valori sanguigni di cortisolo (l’ormone legato allo stress) possono venire trasmessi alla generazione successiva da individui che hanno vissuto esperienze altamente traumatiche, come ad

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

esempio i sopravvissuti ai campi di sterminio nazisti (Yehuda & Bierer, 2008). Le generazioni successive vivono un alto livello di stress e ansia pur non essendo stati esposti ad eventi altrettanto traumatici. Non hanno quindi *un'esperienza diretta* delle condizioni che hanno creato lo stress. In mancanza di un riferimento concreto, l'ansia può aumentare e raggiungere livelli di non gestibilità. Le ricerche che associano disturbi psichici gravi ad una maggiore presenza di trauma psichico nelle generazioni precedenti hanno dato alcune evidenze (Bolhuis et al., 2023; Plant et al., 2018; Su et al., 2022), nonostante l'indagine non sia sempre facile, essendo spesso basata su questionari creati per indagare quantitativamente le esperienze traumatiche del passato. Possono essere ricordi di situazioni non facili da dischiudere a se stessi, a maggior ragione ad un ricercatore. Dal punto di vista clinico, al contrario, la letteratura che si riferisce alla trasmissione transgenerazionale dello stato emotivo legato al trauma è ricca. Dagli studi sull'Attaccamento (Bowlby, 1989; Main & Hesse, 1990) abbiamo appreso che modelli di attaccamento sicuro, insicuro o disorganizzato tendono a trasmettersi da una generazione a quella successiva, sia nella relazione genitore-figlio, sia in quella con il partner. Questi aspetti sono stati ripresi nella teoria della *trasmissione della carenza affettiva* e della non visibilità del trauma (Cirillo et al., 1996). Le neuroscienze hanno evidenziato le basi biologiche e neurologiche dell'*empatia* e della trasmissione delle emozioni attraverso i *neuroni specchio* (Gallese et al., 2006). A queste si collega direttamente il *clima emotivo famigliare* (Mordoh, 2007) che a distanza di decenni può caratterizzare famiglie che hanno vissuto traumatiche esperienze di abusi, perdite premature, guerra, persecuzione, migrazione forzata e dislocamento (Papadopoulos, 2021). Il vissuto emotivo del genitore può essere non consapevolmente trasmesso ai figli, che spesso ne ignorano la provenienza e la connessione con la storia famigliare (Liotti e Farina, 2011). Il concetto di *cripta del trauma* (cfr. i riferimenti ad Abraham e Torok e a Boszormenyi-Nagy in Schützenberger, 2004) descrive un luogo psichico profondo, in cui è stata racchiusa l'esperienza traumatica, spesso legata ad un senso di vergogna, o talmente generatrice di orrore da diventare indicibile, inenarrabile. Si ha quindi una *scissione* del vissuto emotivo dall'esperienza che l'ha provocato, che non viene risolto ma solo nascosto, rimosso più o meno consapevolmente. È tale vissuto che passa alla generazione successiva o addirittura a quella dopo, la quale può manifestare attraverso un sintomo le emozioni dissociate dall'esperienza reale.

Se la dissociazione può essere considerata un meccanismo di difesa di fronte all'intollerabilità dell'esperienza traumatica nel soggetto che la subisce ("*non sta succedendo a me*"), lo stesso meccanismo può ripresentarsi come difesa da uno stato emotivo di angoscia insostenibile perché legato alla sua inspiegabilità, cioè il non aver riscontro in una situazione reale e quindi affrontabile. L'antico trauma racchiuso nella cripta è possibile che si manifesti attraverso il sintomo (ibid.).

Una famiglia con cui ho collaborato molti anni fa mi offrì l'occasione per ragionare sul legame fra sintomo e trasmissione transgenerazionale del trauma. Sintomi di grave dismorfofobia presentati in tempi diversi da entrambi i figli trovarono un diretto collegamento con la storia del nonno paterno, picchiato a

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

sangue, *sfigurato* e poi ucciso di fronte al figlio bambino, padre dei ragazzi, che non parlò mai di questo né alla moglie né ai figli (Pomini, 2011). La terribile storia emerse casualmente durante una seduta con i genitori in una fase avanzata della terapia, mentre non era mai stata raccontata nel corso dell'investigazione accurata del genogramma transgenerazionale. Questo ci rese da allora estremamente attenti nell'esplorare la storia famigliare, soprattutto nei casi di psicosi e altri gravi disturbi psichici, storia su cui è necessario tornare e ritornare durante l'intero corso della terapia. L'esperienza ci ha insegnato che il trauma racchiuso nella cripta non viene facilmente svelato o, a volte, neppure considerato *importante*, né tantomeno *connesso* al presente.

Il non parlarne fa parte dei meccanismi per esorcizzare il dolore. Come già scritto, la dissociazione dall'esperienza dolorosa è un meccanismo utile all'immediata sopravvivenza, ma ciò può portare ad un superamento superficiale di un evento traumatico, alla disconnessione dell'esperienza emotiva del presente, comunque impregnata di angoscia, dalle situazioni che l'hanno determinata. L'invisibilità del trauma non azzera le emozioni ad esso connesse, ma le rende più potenti, perché' inspiegabili, sconnesse e disconnesse, non più pertinenti alla situazione presente, eppure così vive.

Il puzzle terapeutico: L'attribuzione di significato al sintomo psicotico

È noto che gli interventi di tipo famigliare riducono il rischio di ricadute (Miklowitz et al., 2014; O'Brien et al., 2014), migliorano il clima famigliare (Claxton, 2017), prevengono la cronicità e sono raccomandati da linee guida internazionali (NICE Clinical Guideline, 2014; Galletly et al., 2016). I membri della famiglia sono di solito i primi a notare comportamenti insoliti o cambiamenti dell'umore che precedono e accompagnano la crisi psicotica. Inoltre, il modo in cui i famigliari reagiscono a questa influenza il corso della crisi stessa (Claxton, 2017).

In anni di lavoro con famiglie che presentano gravi disturbi psichici, abbiamo sviluppato un approccio terapeutico che comprende la riconnessione, la paziente ricostruzione del filo spezzato dell'esperienza transgenerazionale, all'interno di un paradigma sistemico che, a partire dall' approccio milanese e quello strutturale si è arricchito con quello narrativo e dialogico, la teoria dell'attaccamento e la mentalizzazione.

Il dolore vissuto nel presente ed espresso attraverso il sintomo diventa la testimonianza e nello stesso tempo la via d'accesso, ma anche la via di sbarramento, alle esperienze dolorose vissute nel passato. Come la cicatrice psichica della compulsione a ripetere.

Il riflesso emotivo dell'esperienza traumatica viene trasmesso nelle successive generazioni in forma non verbale, emozionale, subliminale, *seguendo strade impervie e sotterranee* (Colombo et al., 2025), viene percepito ma non può essere verbalizzato, non può essere quindi spiegato, perché' sigillato nei progenitori da un dolore troppo forte o da un tabù o dalla vergogna e dai sensi di colpa, o da tutto questo insieme.

JPS, 2026, Vol. 10 (2), pp.52-65 Section: **CONFERENCE PROCEEDINGS**

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

L'ultima generazione quindi non ha gli strumenti per affrontare le intense emozioni di ansia e paura che alcune situazioni del presente risvegliano oppure semplicemente ricordano gli antichi traumi, non può maneggiare *ciò che percepisce ma non conosce*, e che nell'immaginazione diventa ancora più terrificante.

Il lavoro terapeutico si svolge con rispetto per la sofferenza di ogni membro della famiglia e la volontà o meno di condividere le esperienze traumatiche del passato, pur incoraggiandone la narrazione e l'esplicitazione delle strategie messe in atto per superarle.

Riconnettere il presente al passato significa esplicitare il prevalente clima emotivo famigliare, dare spazio alle *lacrime non versate* (Mordoh, 2007), ricostruire la continuità della storia famigliare, ricollocare il sintomo individuale all'interno di tale storia, in una dimensione collettiva, ed esplorarne i nuovi significati che emergono da questo processo (Colombo et al., 2025; Pomini & Tomaras, 2007; Pomini, 2011).

Ho paragonato questo processo alla costruzione di un puzzle (Pomini, 2014), a cui attivamente partecipano i membri della famiglia e i terapeuti[3], le cui tessere, fatte di domande, ipotesi e restituzioni, aiutano a completare la narrazione, a collegare spezzoni distanti, ad aumentarne la coerenza, e a far emergere nuovi significati. La ricostruzione della storia famigliare è uno degli strumenti terapeutici attraverso i quali è possibile riconnettere l'esperienza familiare del presente a quella passata, dando un senso inedito a ciò che succede, ricostruendo la continuità dell'esperienza emotiva, ricollocando l'inspiegabile, l'illogico, il sintomo individuale in una dimensione di comprensibilità, riposizionandolo in un contesto non solo famigliare ma anche collettivo, in una parola smitizzandone la follia. Gli obiettivi ambiziosi di questo approccio sono rendere più maneggevole il sintomo, prevenire le ricadute e ostacolare la cronicità, incentivare la resilienza individuale e famigliare e supportare le spinte evolutive e i processi di individuazione e differenziazione dei membri della famiglia.

Bibliografia

[1] Addington, J., Stowkowy, J., Cadenhead, K.S., Cornblatt, B.A., McGlashan, T.H., Perkins, D.O., Seidman, L.J., Tsuang, M.T., Walker, E.F., Woods, W., Cannon. T.D. (2013). Early traumatic experiences in those at clinical high risk for psychosis. Early Interv Psychiatry. 7(3), 300-5. https://doi.org/10.1111/eip.12020

[2] Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2010). La mentalizzazione nella pratica clinica. Raffaello Cortina, Milano.

[3] Il percorso terapeutico qui descritto necessita di un gruppo di terapeuti – *reflecting team*, in una versione più semplice rispetto a quella proposta da Tom Andersen (1987) – più efficace del singolo terapeuta o anche di una coppia di terapeuti. Il team funziona in modo polifonico e corale che aggiunge complessità, creatività e aiuta a sopportare alti livelli di emotività e incertezza.

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

[3] Andersen, T. (1987). The Reflecting Team: Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work. Family Process, 26, 415-428.

[4] APA (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition) (DSM-III). American Psychiatric Association, Washington DC.

[5] Asen, E., & Fonagy, P. (2011). Mentalization-based Therapeutic Interventions for Families. Journal of Family Therapy, 1–24. https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00552.x

[6] Babiniotis, I. (1998). Dizionario della Lingua Neo Greca. Centro Glossologia, Atene (in greco).

[7] Batsalias, K. (2016). A systemic reading of “Oresteia”: Aeschylus “Oresteia” and its psycho-social context. Systemic Thinking & Psychotherapy, 9.

[8] Bebbington, P., Jonas, S., Kuipers, E., King, M., Cooper, C., Brugha, T., Meltzer, H., McManus, S., & Jenkins, R. (2011). Childhood sexual abuse and psychosis: Data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. British Journal of Psychiatry, 199 (1), 29-37. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083642

[9] Bell, C.J., Foulds, J.A., Horwood, L.J., Mulder, R.T., & Boden, J.M. (2019). Childhood abuse and psychotic experiences in adulthood: Findings from a 35-year longitudinal study. The British Journal of Psychiatry, 214 (3), 153-158. https://doi.org/10.1192/bjp.2018.264

[10] Berry, K., Ford, S., Jellicoe-Jones, L. & Haddock, G. (2015), Trauma in relation to psychosis and hospital experiences: The role of past trauma and attachment. Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice, 88, 227-239. https://doi.org/10.1111/papt.12035

[11] Bolhuis, K., Steenkamp, L.R., Tiemeier, H., Blanken, L., Pingault, J.B., Cecil, C., & El Marroun, H. (2023). A Prospective Cohort Study on the Intergenerational Transmission of Childhood Adversity and Subsequent Risk of Psychotic Experiences in Adolescence. Schizophrenia Bulletin, 49 (3), 799–808. https://doi.org/10.1093/schbul/sbac195

[12] Borgogno, F. (2004) (a cura di). Ferenczi oggi. Torino, Bollati Boringhieri.

[13] Bowen, M. (1978). Family Therapy in Clinical Practice. Jason Aronson, Inc., New York

[14] Bowlby, J. (1989). Attaccamento e perdita. Torino, Bollati Boringhieri.

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

[15] Catone, G., Marwaha, S., Kuipers, E., Lennox, B., Freeman, D., Bebbington, P., & Broome, M. (2015). Bullying victimisation and risk of psychotic phenomena: analyses of British national survey data. Lancet Psychiatry, 2(7), 618-24. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00055-3

[16] Cirillo S., Berini R., Lombriaso G., Mazza R. (1996). La famiglia del tossicodipendente. Milano, Raffaello Cortina.

[17] Claxton, M., Onwumere, J., & Fornells-Ambrojo, M. (2017). Do Family Interventions Improve Outcomes in Early Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychology, 8. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00371

[18] Colombo, F., Errico, V., & Salvati, T. (2025). Psychodiagnostic assessment of a pathological organization: a case report of transgenerational symptomatic transmission. Journal of Psychosocial Systems, 9(2), 45-57. https://doi.org/10.23823/9npts364

[19] Croft, J., Heron, J., Teufel, C., et al. (2019). Association of Trauma Type, Age of Exposure, and Frequency in Childhood and Adolescence With Psychotic Experiences in Early Adulthood. JAMA Psychiatry, 76(1), 79–86. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3155

[20] Freud, S. (1977). L'etiologia dell'isteria (1896). In C. L. Musatti (a cura di), Opere di Sigmund Freud (Vol. 2: 1892-1899. Progetto di una psicologia e altri scritti). Torino: Bollati Boringhieri.

[21] Gallese V., Migone P., Eagle M.N. (2006). La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettivita' ed alcune implicazioni per la psicoanalisi. Psicoterapia e Scienze Umane, XL, 3, 543-580

[22] Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., … & Tran, N. (2016) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50, 410–472. https://doi.org/10.1177/0004867416641195

[23] Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress, 5 (3), 377-391. https://doi.org/10.1002/jts.2490050305

[24] Laplanche, J.B., Pontalis, J. (1968). Enciclopedia della psicanalisi. Laterza, Bari.

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

[25] Liotti, G., & Farina, B. (2011). Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. Raffaello Cortina, Milano.

[26] Loewy, R.L., Corey, S., Amirfathi, F., Dabit, S., Fulford, D., Pearson, R., Hua, J.P.Y., Schlosser, D., Stuart, B.K., Mathalon, D.H., & Vinogradov, S. (2019). Childhood trauma and clinical high risk for psychosis, Schizophrenia Research, 205, 10-14. https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.05.003

[27] Main M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. Chicago, University of Chicago Press. pp.161–184.

[28] Malacrea, M. (1998). Trauma e riparazione. La cura dell'abuso sessuale all'infanzia. Raffaello Cortina, Milano.

[29] Miklowitz, D. J., O'Brien, M. P., Schlosser, D. A., Addington, J., Candan, K. A., Marshall, C., Domingues, I., Walsh, B. C., Zinberg, J. L., De Silva, S. D., Friedman-

[30] Mordoh, A. (2007). Unshed Tears: The Legacy of the Holocaust and its Effects on the Psychotherapist and His Work. Annual Conference of the International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy, Athens (manuscript).

[31] National Institute for Health and Care Excellence (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management. CG178. (http://www.nice.org.uk)

[32] O'Brien, M. P., Miklowitz, D. J., Candan, K. A., Marshall, C., Domingues, I., Walsh, B. C., Zinberg, J. L., De Silva, S. D., Woodberry, K. A., & Cannon, T. D. (2014). A randomized trial of family focused therapy with populations at clinical high risk for psychosis: Effects on interactional behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82(1), 90–101. https://doi.org/10.1037/a0034667

[33] Papadopoulos, R. (2021). Involuntary Dislocation. Home, Trauma, Resilience, and Adversity-Activated Development. London, Routledge.

[34] Plant, D.T., Pawlby, S., Pariante, C.M., Jones, F.W. (2018). When one childhood meets another - maternal childhood trauma and offspring child psychopathology: A systematic review. Clin Child Psychol Psychiatry, 23(3), 483-500. https://doi.org/10.1177/1359104517742186

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

[35] Pomini, V. (2011). Transgenerational trasmission of trauma: Psychodynamic meanings in a systemic context. Metalogos, 19, 48-62.

[36] Pomini V. (2014). «Dare un senso alla psicosi: il lavoro con la famiglia come 'puzzle' terapeutico» Congresso Internazionale SIRTS "Tecniche e strumenti nella clinica sistemica". Torino, 21-22 Marzo 2014.

[37] Pomini, V., Tomaras, V. (2007) «The meaning of symptoms within the therapeutic dialogue: a systemic approach to the treatment of psychosis». In: 6th Congress EFTA/AFT. Glasgow 4-6 October 2007. Book of abstracts, p.131.

[38] Read, J., van Os, J., Morrison, A.P., & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatr Scand., 112(5), 330-50. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x

[39] Russell P. (1991). Trauma, Repetition, and Affect. MIP Symposium (manuscript)

[40] Schäfer, I., & Fisher, H.L. (2011). Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? Dialogues Clin Neurosci.;13(3):360-5. https://doi.org/10.31887

[41] Schore, A.N. (2009). Relational Trauma and the Developing Right Brain. An Interface of Psychoanalytic Self Psychology and Neuroscience. Self and Systems Explorations in Contemporary Self Psychology, 1159 (1), 189-203.

[42] Schützenberger, A.A. (2004). La sindrome degli antenati. Psicoterapia trans-generazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico. Roma, Di Renzo Editore.

[43] Seikkula, J. (2019). Psychosis Is Not Illness but a Survival Strategy in Severe Stress: A Proposal for an Addition to a Phenomenological Point of View. Psychopathology, 52(2), 143–150. https://doi.org/10.1159/000500162

[44] Su, Y., D'Arcy, C., & Meng, X. (2022). Intergenerational Effect of Maternal Childhood Maltreatment on Next Generation's Vulnerability to Psychopathology: A Systematic Review With Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse, 23(1), 152-162. https://doi.org/10.1177/1524838020933870

[45] Theodoraki, K. (2021). 2500 Years Later… Ancient Greek Tragedy Study Group. Systemic Thinking & Psychotherapy, 19.

Doi: 10.23823/p3j4e805

Received: 7 May 2026 Revised: 16 July 2026 Accepted: 8 September 2026

[46] Tosato, S., Maggioni, L., Bastanzetti, V., Cristofalo, D., Faravelli, C., Ristic, B., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Bonetto, C. (2026). The impact of childhood sexual and physical abuse on needs for care among people with first episode psychosis. Child Abuse & Neglect, 172, 107863. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107863

[47] van Dam, D.S., van Nierop, M., Viechtbauer, W., Velthorst, E., van Winkel, R. Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) investigators; Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Kahn, R.S., Meijer, C.J., Myin-Germeys, I., van Os, J., & Wiersma, D. (2015). Childhood abuse and neglect in relation to the presence and persistence of psychotic and depressive symptomatology. Psychol Med., 45(7), 1363-77. https://doi.org/10.1017/S0033291714001561

[48] van Der Hart, O., & Friedman, B. (2020). Una guida alla lettura di Pierre Janet: un'eredità intellettuale trascurata. In: Capraro, G., Ortu, F., & van Der Hart, O. (a cura di). Riscoprire Pierre Janet. Trauma, dissociazione e nuovi contesti per la psicoanalisi. Roma, Franco Angeli.

[49] van Der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. Journal of Traumatic Stress, 18(5), 389-399. https://doi.org/10.1002/jts.20047

[50] van Der Kolk, B. (2015). Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche. Milano, Raffaello Cortina.

[51] van Os, J., Fahy, T.A., Bebbington, P., Jones, P., Wilkins, S., Sham, P., Russell, A., Gilvarry, K., Lewis, S., Toone, B., et al. (1994). The influence of life events on the subsequent course of psychotic illness. A prospective follow-up of the Camberwell Collaborative Psychosis Study. Psychol Med. 1994 May; 24(2):503-13. doi: 10.1017/s003329170002746x. PMID: 8084944.

[52] van Os, J., Jones, P., Sham, P., Bebbington, P., & Murray, R. M. (1998). Risk factors for onset and persistence of psychosis. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 33(12), 596–605. https://doi.org/10.1007/s001270050099

[53] Yehuda, R., Bierer, L.M. (2008). Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk. Prog Brain Res.167,121-35. https://doi.org/10.1016/S0079-6123(07)67009-5