

# Di madre in figlia. Il disagio psichico: influenza genetica o influenza ambientale?

Gestione clinica

Roberto Infrasca<sup>1</sup>

## Abstract

*The problem of genetic versus environmental influences in psychiatric disorders is widely discussed in biomedical literature, but remains still controversial. Familiarity has been observed in some diseases, such as obsessive-compulsive disorder and panic attack disorder. In this study we analyse three generations of women, for a total of 4 women (a mother, her two daughters, and a granddaughter) followed by our Psychiatric Department for depressive and anxiety disorders. The aim of the study was to assess whether there are similarities among the clinical status of the four women, and verify the relationship among those disorders. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) was administered to all the patients and the scores obtained were compared. We found out that the many aspects and psychological traits were present in all the four women. These similarities suggest the presence of a dynamic trans-generational transmission.*

**Keywords:** Psychiatric disease; Familiarity; Environmental factors  
*From mother to daughter. Psychic disease: genetic or environmental influence?*  
CMI 2011; 5(3): 87-93

<sup>1</sup> Dipartimento di  
Psichiatria ASL5,  
La Spezia

## INTRODUZIONE

In letteratura, il problema dell'influenza ereditaria (genetica) o ambientale (relazionale) nei disturbi psichici è ancora irrisolto. Di fatto, esistono differenti punti di vista sulla "familiarità" di alcuni quadri psicopatologici, che si dispiegano dall'ereditarietà, all'ambiente, all'esperienza, alle abitudini di vita [1,2].

Il concetto di familiarità indica la frequenza di un disturbo tra i familiari biologici di primo grado dei soggetti affetti da tale disturbo, rispetto alla sua frequenza nella popolazione generale. Il DSM-IV-TR puntualizza la familiarità in alcune patologie [3]. Il disturbo ossessivo-compulsivo mostra una familiarità elevata per i gemelli mono- zigoti. Nel disturbo da attacchi di panico (DAP) i parenti biologici di primo grado di soggetti con questa patologia ansiosa

hanno una probabilità 8 volte maggiore di sviluppare il disturbo. In ambiente clinico, però, tra 50 e 75% dei soggetti con DAP non hanno un parente biologico di primo grado ammalato. Il disturbo depressivo maggiore è 1,5-3 volte più comune tra i familiari di primo grado di individui con questo disturbo rispetto alla popolazione generale, quello distimico è più comune tra i consanguinei di primo grado.

Gli studi sui gemelli, pur avendo apportato chiarimenti e nuove conoscenze sugli aspetti eziopatogenetici di alcuni disturbi psichici, non sono riusciti a risolvere tale quesito in modo definitivo. Nel settore dei disturbi alimentari, per esempio, nonostante le ricerche abbiano rivolto un grande interesse alle cause genetiche, i fattori ambientali evidenziano un ruolo rilevante, tanto che una parte significativa della varianza di queste patologie è influenzata da fattori ambientali [4-6].

**Corresponding author**  
Dott. Roberto Infrasca  
Dipartimento di Psichiatria  
ASL5  
Via Nino Bixio 56a – 19122  
La Spezia  
Tel. 0187 604457  
roberto.infrasca@als5.liguria.it

Nell'ambito delle neuroscienze, diversi sono gli studi che dimostrano una significativa reciprocità tra gli elementi biologici e quelli ambientali. Ridley afferma che un programma genetico, pur richiedendo l'integrazione di centinaia o migliaia di geni, si sviluppa in continua interazione con il comportamento e l'ambiente [7].

Studiando la plasticità sinaptica, Eccles ha dimostrato che ripetute somministrazioni di un breve stimolo elettrico a una via nervosa sono in grado di alterare la trasmissione sinaptica, evidenziando la capacità dei neuroni di essere modificati dall'esperienza [8]. Alcuni ricercatori hanno analizzato il fenomeno dell'apprendimento e della memorizzazione in un mollusco marino (*Aplysia californica*), dimostrando che un semplice riflesso di questo gasteropode (retrazione della branchia e del sifone) può venire modificato per abitudine o sensibilizzazione. Gli Autori concludono che quando un organismo apprende e memorizza un'informazione, nel cervello si producono delle mutazioni [9].

In un ambito più specificamente psicologico, numerose sono le evidenze che assegnano un ruolo importante all'ambiente. In questa prospettiva, Fromm-Reichmann inserisce una nuova concezione sull'eziopatogenesi della malattia mentale secondo la quale a causare i disturbi psichiatrici sono le figure parentali, solitamente una madre che l'autrice definisce "schizofrenogena" [10]. La tesi di Parisi, pur se esplicitata tramite un'ottica critica, tende ad avallare le formulazioni che vedono la **potenzialità ambientale** assumere un ruolo predominante nell'organizzazione e modellamento della personologia individuale, rispetto a quello assunto ed esplicito dalla **potenzialità genetica** [11].

Infrasca ritiene che i gemelli monozigotici sembrano sottoposti – o si sottopongono – a comunicazioni, modalità emozionali, interattive e intrapersonali, che sedimentano impercettibilmente e progressivamente sostanziali differenze nella loro struttura caratteriale [12]. Partendo dal condizionamento classico di Pavlov e arrivando alla teoria dello stress di Selye, Kandel dimostra come i disturbi di natura psicologica possano determinare cambiamenti patologici nel funzionamento della struttura neuronale [13].

Faimberg afferma che il figlio "assorbe" nella propria identità le caratteristiche relazionali, affettive ed emozionali dei genitori e della famiglia di origine [14]. Benelli riporta una serie di ricerche sui gemelli che mettono in luce l'interazione tra ereditarietà e

ambiente nella formazione della personalità [15]. Meltzer e Harris descrivono numerosi modi di funzionamento della famiglia, alcuni dei quali costruiscono le condizioni per lo sviluppo delle persone, altri che tendono a distruggere tali condizioni [16]. A tale riguardo, Freud affermava: «Se i processi psichici di una generazione non si prolungassero nella generazione successiva, ogni generazione dovrebbe acquisire ex novo il proprio atteggiamento verso l'esistenza, e non vi sarebbe in questo campo nessun progresso e in sostanza nessuna evoluzione» [17].

Un altro filone di studi sul problema argomentato si basa sulla tipologia dell'attaccamento. Gli stili di attaccamento costituiscono specifiche configurazioni di risposta emotiva e comportamentale del bambino in relazione alle modalità di accudimento dei genitori, e particolarmente della madre [18]. Secondo Bowlby, aver sperimentato figure di accudimento sensibili e disponibili verso il figlio favorisce la maturazione di un atteggiamento globalmente fiducioso nei riguardi delle relazioni umane e di un sentimento di sé positivo; al contrario, aver avuto figure di accudimento inadeguate genera scarsa fiducia in sé e negli altri e aspettative negative riguardo alle relazioni intime [18].

Di fatto, le madri dei bambini con attaccamento **evitante** sono indisponibili, rifiutanti e ostili alle richieste del bambino, manifestano avversione al contatto fisico, hanno una mimica rigida e poco espressiva, appaiono perfino infastidite dalle richieste di conforto e protezione che il bambino rivolge loro. Nell'attaccamento **ambivalente** le madri risultano intrusive, attuano un ipercontrollo, limitano il comportamento esploratorio del bambino, appaiono imprevedibili e contraddittorie nella disponibilità a rispondere alle esigenze di attaccamento del figlio. Infine, le madri dei bambini con attaccamento **disorganizzato-disorientato** presentano frequentemente una mancata elaborazione del lutto o del trauma (esperienze di abuso sessuale o di altra violenza subita da bambine), per cui non interagiscono con il figlio in termini di richieste, mostrano un comportamento spaventato e dolente non correlato a quanto accade in quel momento nell'ambiente, atteggiamento che disorienta il bambino, poiché la madre diviene allo stesso tempo un **rifugio affettivo** e una **fonte di ansia**.

In questo scenario, è frequente osservare l'associazione fra l'attaccamento ambivalente e i disturbi d'ansia, e particolarmente

il disturbo di panico [19-21]. Le situazioni relazionali infantili da cui originerebbe il futuro disturbo di panico sembrano poggiare su una relazione con una figura materna caratterizzata da imprevedibilità, instabilità delle relazioni, inversione della relazione di aiuto fra bambino e madre, svalutazione delle capacità del figlio, disconoscimento o proibizione delle emozioni (o di alcune in particolare), comunicazioni in cui il mondo viene rappresentato come pericoloso, il figlio descritto come inadatto ad affrontare la vita, poiché fragile e incompetente.

Un ultimo importante settore sull'argomento è rappresentato dagli studi sulla "trasmissione psichica transgenerazionale", vale a dire la trasmissione dai genitori ai figli di vissuti impensabili e non dotati di significato, di qualcosa che non è possibile comprendere, elaborare e trasformare, quindi non utilizzabile da parte del bambino [22,23]. In "Totem e tabù", Freud parla di trasmissione transgenerazionale rispetto a importanti traumi psichici replicati più volte nella storia dell'umanità: «I divieti si sono quindi conservati di generazione in generazione forse soltanto a causa della tradizione, rappresentata dall'autorità dei genitori, o della società, o forse, invece, si sono organizzati nelle generazioni successive come patrimonio psichico ereditario» [17].

Schutzemberger riporta numerosi esempi riguardanti la ripetizione di modelli comportamentali in più generazioni [24]. L'Autrice ritiene che le trasmissioni transgenerazionali siano legate ad alcune particolari dimensioni (segreti, cose nascoste e proibite, eventi taciuti perché indicibili) che, senza essere pensate o elaborate e risolte, passerebbero di generazione in generazione.

Studi trasgenerazionali hanno mostrato una consistente associazione tra qualità dell'attaccamento del bambino e tipo di mo-

dello operativo interno della figura di attaccamento [25,26]. Secondo Bowlby, il fattore chiave nella trasmissione transgenerazionale è rappresentato dalla sensibilità materna, intesa come capacità di rispondere in modo adeguato ai bisogni del bambino [18].

La trasmissione psichica, quindi, sembra influire in modo determinante nella definizione del Sé, tanto che quello che il figlio sperimenta con i genitori attraverso le cose dette e taciute, i gesti e le modalità di comportamento, diviene parte della sua memoria influenzando profondamente la strutturazione della personalità.

Il panorama delineato, pur rimanendo contrastato, affida al versante relazionale (ambientale) un ruolo non marginale nello sviluppo della problematicità e della psicopatologia individuale.

## SCOPO DELLA RICERCA

La ricerca qui presentata ha analizzato tre generazioni di soggetti femminili seguiti dal Dipartimento di Psichiatria della ASL5 di La Spezia, per problematiche depressive e ansiose. Scopo dello studio era verificare la similarità/diversità del quadro clinico presentato tra una madre, le due figlie, e la figlia della primogenita, unitamente al tentativo di stabilire il ruolo dei processi relazionali (ambientali) nelle patologie mostrate da queste pazienti.

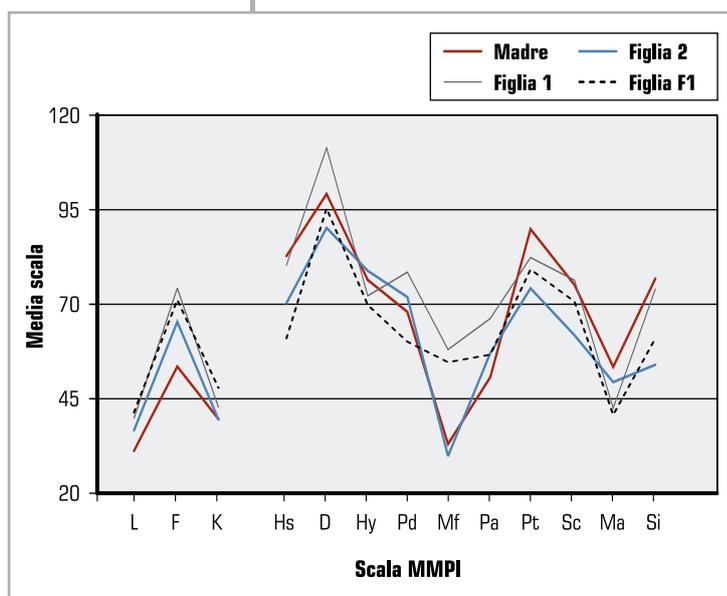
## METODO

Ai soggetti è stato somministrato il MMPI-1 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) dal quale sono state ricavate le scale tradizionali (di controllo e cliniche, Tabella I), alcuni importanti indici e scale

Scala	Aspetti valutati
Hs ( <i>Hypochondrias</i> )	Presenza di problemi fisici caratteristici degli ipocondriaci
D ( <i>Depression</i> )	Presenza di sintomi di tipo depressivo
Hy ( <i>Hysteria</i> )	Tendenza a somatizzare alcune emozioni e disagi di tipo psichico
Pd ( <i>Psychopathic Deviate</i> )	Carenza di controllo sulle risposte emotive e la capacità di introiettare le regole sociali
Mf ( <i>Masculinity-Femininity</i> )	Aspetti (interessi, atteggiamenti, ecc.) tendenzialmente maschilini o femminili
Pa ( <i>Paranoia</i> )	Presenza di sintomi di tipo paranoide
Pt ( <i>Psychastenia</i> )	Presenza di rituali fobici e comportamenti di tipo ossessivo-compulsivo
Sc ( <i>Schizophrenia</i> )	Esperienze di tipo insolito tipiche degli schizofrenici
Ma ( <i>Hypomania</i> )	Stati ipomaniacali (idee di grandezza, alto livello di attività, ecc.).
Si ( <i>Social Introversion</i> )	Difficoltà che il soggetto riscontra nei rapporti con gli altri

**Tabella I**

*Le 10 principali scale cliniche del Minnesota Multiphasic Personality Inventory volte a valutare le principali caratteristiche della personalità del paziente*



**Figura 1**  
Profili MMPI  
(Minnesota Multiphasic  
Personality Inventory)  
delle pazienti

speciali [27]. A partire dai profili MMPI sono state formulate le diagnosi cliniche, unitamente al relativo “tipo di codice”, definito dal punteggio della scala o delle scale più elevato nel profilo standard e dalla loro collocazione in termini di elevazione (determinati tipi di codice – *code-types* – si ritrovano più frequentemente in certe popolazioni che non in altre). Le variabili ottenute sono state valutate rispetto al range dei valori normali, e confrontate tra i soggetti.

## RISULTATI

I quattro profili MMPI mostrano un andamento simile (aspetto qualitativo), differenziandosi per il punteggio raggiunto dalle scale (aspetto quantitativo) (Figura 1). La somiglianza evidenziata testimonia principalmente che i soggetti analizzati mettono in luce un'espressività sintomatologica sostanzialmente sovrapponibile, condizione che li accomuna clinicamente.

Di seguito vengono presentati i *code-types* dei soggetti, attraverso i quali – quando esistono le condizioni – è possibile formulare una diagnosi. Principalmente si rileva che la madre e la figlia primogenita (Figlia1) mostrano il codice 2-7-1 rappresentato dalle scale MMPI D-Pt-Hs (depressione-psicostenia-ipocondria), uniformità che assume un significato importante.

Questo codice descrive un soggetto notevolmente ansioso, teso, pervaso da sentimenti depressivi (sperimenta sensazioni di infelicità, colpa, tristezza, tende a rimuginare e a preoccuparsi eccessivamente). Può riferire la

presenza di disturbi somatici correlati all'ansia, fatica, stanchezza, linguaggio rallentato e bradipsichismo. La sintomatologia fisica, quando manifestata, viene correlata alle sensazioni di ansia e tensione. I meccanismi difensivi adottati sono prevalentemente la razionalizzazione o modelli comportamentali di carattere ossessivo-compulsivo. Il soggetto vive profondi sentimenti di svalorizzazione, inadeguatezza, inferiorità e incapacità decisionale: tende a emarginarsi rispetto alle situazioni di interazione sociale, assumendo atteggiamenti anassertivi e passivo-dipendenti. Di fatto, tende a formare profondi legami emotivi nutrendo molte aspettative verso gli altri a copertura delle profonde sensazioni di insicurezza e inferiorità. Sono dunque presenti le manifestazioni tipiche della “sindrome neurastenica” di cui l'ansia e gli spunti fobici rappresentano la manifestazione clinica principale. Le persone con questo codice possono essere diagnosticate come disturbo d'ansia o disturbo ossessivo-compulsivo.

La figlia secondogenita (Figlia2) presenta un codice 2-3-7 rappresentato dalle scale MMPI D-Hy-Pt (depressione-isteria-psicostenia). In questo codice sono presenti contenuti ideativi di marca depressiva e vengono riferite sensazioni di nervosismo, tensione e preoccupazione, oltre a sintomi somatici come fatica, debolezza fisica o disturbi gastrointestinali. Il soggetto può mostrarsi passivo e dipendente in quanto elabora su se stesso sentimenti di inadeguatezza, insicurezza e passività (è presente un basso livello di autostima). Tende all'ipercontrollo, non è capace di esprimere sentimenti, cerca di evitare il coinvolgimento sociale per non sperimentare penose sensazioni di disagio. Si mostra teso, “in allarme”, insicuro, tendente all'ordine e alla meticolosità. Possono essere dunque presenti tratti ossessivi di personalità, ruminazioni, preoccupazioni, paure immotivate, difficoltà di concentrazione, sentimenti di colpa, “impasse” decisionale. È presente una notevole difficoltà a “fare contatto” con i propri sentimenti, poiché il soggetto sembra subire costantemente la presenza di una sovrastruttura operante quale “critica” e “controllo”. L'*insight* è particolarmente scarso, per cui il soggetto appare resistente alle spiegazioni di natura psicologica dei propri problemi. Le persone con questo codice ricevono generalmente una diagnosi di disturbo somatoforme (anche disturbo depressivo-ansioso), in personalità passivo-dipendente.

Infine, la **figlia della primogenita (FigliaF1)** mette in luce un codice 2-7-8 rappresentato dalle scale MMPI D-Pt-Sc (depressione-psicostenia-schizofrenia). Le persone con questo codice presentano un quadro diagnostico di tipo misto: sperimentano una notevole quantità di ansia, tensione, sentimenti depressivi, ruminazioni ideative di marca ossessiva (è presente una tendenza al perfezionismo), difficoltà di concentrazione. L'affettività è coartata e, nelle condizioni di particolare stress, possono presentarsi brevi, acuti, episodi di natura psicotica (spunti ideativi di riferimento). Il soggetto ha la tendenza a percepirsi insicuro e inadeguato, a reagire in maniera esagerata di fronte al minimo stress, a sviluppare sentimenti di colpa. In conseguenza di ciò le relazioni interpersonali diventano problematiche: la mancanza di fiducia e la difficoltà ad esprimere i propri sentimenti conducono il soggetto a relazionarsi con gli altri in maniera ambivalente. Le persone con questo codice possono ricevere una diagnosi di nevrosi (nevrosi d'ansia con tratti ossessivo-compulsivi) su un quadro di personalità a "coloritura" schizoide.

Nella Tabella II vengono presentati alcuni indici ricavati dal MMPI [27], e il valore che essi assumono nei quattro soggetti.

La Tabella mostra chiaramente come – eccettuati alcuni valori degli indici della secondogenita (Figlia2) – i valori risultino oltre il range di normalità. Di fatto, le quattro personalità sono complessivamente accomunate da numerose dimensioni: precarietà dei sistemi di difesa, bassa autostima, scarsa capacità di controllo (impulsività), tendenze fobico-ossessive, costante allarme interno, sovrastruttura operante quale "critica" e "controllo" (senso di colpa, inibizione, rigidità, incertezza, autosvalutazione), disturbi del sonno, precaria capacità di gestione degli *stressor*, elevati livelli di ansia (disorganizzazione personologica), accentuato neuroticismo (instabilità emotiva e disadattamento), condotte di evitamento, somatizzazione dell'ansia.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La ricerca ha messo in luce come – nelle tre diverse generazioni femminili indagate – i tratti problematici e psicopatologici siano sostanzialmente simili, dinamica che porta a ipotizzare un transito transgenerazionale (da madre in figlia) che conserva quasi inalterato il profilo originario di tali tratti. Di fatto, i quattro modelli psico-comporta-

Indice	Madre	Figlia1	Figlia2	FigliaF1
Indice ansietà (AI)	117,4	130,6	95,4	118,9
Indice psicopatologia	4,32	5,70	3,32*	4,30
Risposte interiorizzate	1,37	1,42	1,16*	1,37
Neuroticismo	260	264	239	229
Difese	-14	-32	-26	-23
Tendenze fobiche	21,1	28,2	10,8	9,9
Autostima	-33,8	-36,6	-15,5	-22,5
Senso di colpa	27,1	27,6	3,8	11,9
Capacità di controllo	-14	-32	-26	-23
Tendenze ossessive	25,4	25,8	2,3*	10,3
Personalità evitante	24,6	31,0	1,4*	9,9
Incubi notturni	24,9	27,2	6,1	15,0
Stress affettivo	44,3	52,4	21,8	37,5
Tendenza stress	12,7	21,8	2,5	11,3
Disturbo umore	16,2	27,6	6,7	7,6

mentali ottenuti evidenziano un'esplicità sintomatologica molto simile, caratterizzazione che rende difficoltoso supporre una derivazione unicamente biologica. Pur se diversi tratti clinici sono correlati all'attività dei neurotrasmettitori serotonergici (5-HT), noradrenergici (NA) e dopaminergici (DA) – umore (5-HT, NA), ansia (5-HT, NA), colpa (5-HT), inibizione (NA), sonno (5-HT), anedonia (DA) [28] – è comunque discutibile immaginare che la sola "regia neurotrasmettitoriale" sia all'origine di un dispiegarsi così ampio di sintomi.

Appare decisamente più plausibile ritenere che la sistematica esposizione ai tratti caratteriali materni argomentati nella ricerca, e il conflitto intra- e interpersonale che ne deriva, possano avere determinato nelle figlie una "sfiducia di base", un terreno relazionale confusivo, un attaccamento insicuro, la mancanza di una "confidenzialità affettiva" (aspetto indispensabile per creare e mantenere un contatto emozionale profondo), una precoce e incisiva autosvalutazione, la difficoltà a completare positivamente il processo di separazione-individuazione [29], con le conseguenze che questo comporta (mancanza di autonomia e di indipendenza, ansia di separazione, difficoltà relazionali), un'identità confusa e problematica.

In questo scenario, la difficoltà a costruire una "architettura personologica" ragionevolmente organizzata, e quindi un sé equilibrato, originano un perenne conflitto intrapsichico che tende a trasformarsi in uno stabile modello cognitivo, psicologico e comportamentale, dove l'energia impiegata per mantenere le difese diminuisce il quantitativo di

**Tabella II**  
Valore degli indici  
MMPI tra i soggetti

\* = valori nel range di normalità

energia al servizio delle funzioni psichiche [30]. Inoltre, è possibile ipotizzare che la sistematica esposizione a una dimensione materna portatrice di disagio psichico sia in grado di produrre nelle figlie (poi madri) un collasso delle fragili difese infantili, dinamica alla base delle manifestazioni problematiche e sintomatologiche contingenti o successive, che può attuarsi anche attraverso comportamenti neuroadattivi [8,9].

Tali argomentazioni potrebbero così fornire un chiarimento sulle “sindromi funzionali”, quadri caratterizzati da sintomi psicologici, comportamentali e vegetativi (alterazioni delle funzioni) in assenza di un corrispondente substrato organico, poiché generate da situazioni intrapsichiche o ambientali conflittuali, collegate a strutture di personalità predisposte biologicamente.

Nella prospettiva delineata dalla ricerca, i tratti problematici e psicopatologici trasmessi precocemente dalla madre alle figlie assumono il profilo di precursori delle difficoltà relazionali evidenziate dalla primogenita dopo l'assunzione del ruolo di madre, tanto da ritrovare nella figlia un quadro sintomatologico pressoché analogo a quello della madre e della nonna, e simile a quello esibito dalla zia, affinità che suggerisce la presenza di una dinamica di trasmissione transgenerazionale.

## DISCLOSURE

L'Autore dichiara di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Borella S. L'Io nella percezione, Eredità e libertà, un'indagine sui Gemelli. Roma: Città Nuova, 1983
2. Aragona M, Biondi M. Significato psicologico/cognitivo della gemellarità, eventi di vita e insorgenza di psicopatologia: un caso clinico. *Medicina Psicosomatica* 1996; 41: 187-94
3. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision. Milano: Masson, 2001
4. Wade TD, Martin NG, Neale MC, Tiggemann M, Treloar SA, Bucholz KK et al. The structure of genetic and environmental risk factors for three measures of disordered eating. *Psychol Med* 1999; 29: 925-45
5. Bulik CM, Sullivan PF, Wade TD, Kendler KS. Twin studies of eating disorders: a review. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 1-20
6. Wade TD, Bulik CM, Neale MC, Kendler KS. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 469-71
7. Ridley M. Il gene agile. La nuova alleanza fra eredità e ambiente. Milano: Adelphi, 2005
8. Eccles JC. Evoluzione del cervello e creazione dell'Io. Roma: Armando, 1990
9. Kandel ER, Schwartz J, Jessel T. Fondamenti di neuroscienze e del comportamento. Milano: Editrice Ambrosiana, 2000
10. Fromm-Reichmann F. Notes on the treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry* 1948; 2: 266-7
11. Parisi E. Lo studio dei gemelli: revisione critica ed estensioni metodologiche. Applicazioni in psicobiologia. In: ValenteTorre L. I gemelli. Il vissuto del doppio. Firenze: La Nuova Italia, 1989
12. Infrasca R. La struttura caratteriale: dimensione innata o acquisita? *Psichiatria generale e dell'età evolutiva* 1994; 32: 531-8
13. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 505-24
14. Faimberg H. Ascoltando tre generazioni. Legami narcisistici e identificazioni alienanti. Milano: Franco Angeli, 2006
15. Benelli B. Gemelli si nasce o si diventa? *Psicologia Contemporanea* 2011; 224: 7-13
16. Meltzer D, Harris M. Il ruolo educativo della famiglia. Un modello psicoanalitico del processo di apprendimento. Torino: Centro Scientifico Torinese, 1986
17. Freud S. Totem e Tabù (1912). In: Freud S. Opere. Torino: Bollati Boringhieri, 1975; vol. 7

18. Bowlby J. Una base sicura. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989
19. Bowlby J. Costruzione e rottura dei legami affettivi. Milano: Cortina, 1982
20. Liotti G. Attaccamento insicuro e agorafobia (1991). In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (a cura di). L'attaccamento nel ciclo di vita. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1995; pp. 225-41
21. Main M, Hesse E. Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In: Ammanniti M, Stern DN (a cura di). Attaccamento e psicoanalisi. Bari: Laterza, 1992
22. Kaës R, Faimberg H, Enriquez M, Baranes JJ. Trasmissione della vita psichica tra generazioni. Roma: Borla, 1995
23. Kaës R. Introduzione al concetto di trasmissione psichica nel pensiero di Freud. In: Kaës R, Faimberg H, Enriquez M, Baranes JJ, Trasmissione della vita psichica tra generazioni. Roma: Borla, 1995; pp. 33-76
24. Schutzenberger AA. La sindrome degli antenati (1993). Roma: Di Renzo, 2004
25. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1975; 14: 387-421
26. Van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MG. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36: 225-48
27. Mosticoni R, Chiari G. Una descrizione obiettiva della personalità: Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Firenze: O.S., 1979
28. Bersani G, Troisi A (a cura di). Dopamina e depressione. Roma: Fioriti Editore, 2001
29. Mahler M, Pine F, Bergman A. La nascita psicologica del bambino. Torino: Bollati Boringhieri, 1978
30. Fenichel O. Trattato di psicoanalisi. Roma: Astrolabio, 1951