

**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA**

**UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI**

**CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

TESI DI LAUREA

**DIPENDENZA DA SOSTANZE E RELAZIONE  
MADRE/BAMBINO: FATTORI PROTETTIVI E FATTORI DI  
RISCHIO**

Relatrice:

Prof.ssa Laura Ferro

Candidata:

Silvia Audero

19 D03 117

## INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO PRIMO	3
1.1 La dipendenza patologica da sostanze	3
1.2 Dipendenza e genere femminile	4
1.3 Eziopatogenesi della dipendenza e comorbidità con altre psicopatologie	7
1.4 La famiglia di origine della donna tossicodipendente	9
1.4.1 Le caratteristiche della famiglia	10
1.4.2 L'attaccamento alle figure di riferimento	12
CAPITOLO SECONDO	14
2.1 La relazione madre/bambino nella famiglia futura	14
2.1.1 Il valore della gravidanza	15
2.1.2 La funzione genitoriale	16
2.2 Assunzione di sostanze in gravidanza: effetti sullo sviluppo del feto	18
2.2.1 La sindrome feto-alcolica (FAS)	19
2.2.2 La sindrome di astinenza neonatale (SAN)	20
2.3 La costruzione del legame di attaccamento madre/bambino	20
CAPITOLO TERZO	25
3.1 La comunità terapeutica come sostegno alla genitorialità: il caso di Cascina Nuova	25
3.2 Anamnesi e storia della dipendenza	26
3.3 Analisi della relazione di attaccamento in ottica trigerazionale	31
3.4 Il progetto terapeutico	36
CONCLUSIONI	38
BIBLIOGRAFIA	42
SITOGRAFIA	46

## INTRODUZIONE

Il presente lavoro nasce a seguito dell'esperienza di Servizio Civile Universale, che ho avuto l'opportunità di svolgere presso la Comunità terapeutica "Cascina Nuova" (Associazione Aliseo Onlus) che accoglie uomini e donne con alcol e politossicodipendenza.

Nel corso dell'anno di Servizio Civile Universale, iniziato a Settembre 2021 e terminato a Settembre 2022, ho avuto modo di entrare a contatto e confrontarmi con il mondo della dipendenza patologica da sostanze e con il suo trattamento residenziale. Aver vissuto a stretto contatto con gli ospiti accolti dalla Struttura, aver condiviso con loro i momenti della quotidianità, le attività previste e aver vissuto con loro i successi e le ricadute, è stata un'esperienza profondamente formativa a livello personale e professionale. Inoltre, mi è stato concesso dagli operatori della Struttura, di partecipare alle riunioni d'équipe e alle supervisioni, durante le quali vengono analizzati i casi e discussi i trattamenti ed è stata, indubbiamente, una grande occasione di apprendimento.

Dall'esperienza è nato in me il desiderio di approfondire alcuni aspetti della dipendenza patologica da sostanze, tramite una revisione approfondita della letteratura. Il lavoro mira a fornire un'analisi della relazione madre-bambino, nei casi di madri con dipendenza patologica da sostanze, adottando un'ottica di trasmissione intergenerazionale del trauma. Il lavoro si sviluppa analizzando contemporaneamente tre generazioni: i genitori della donna, la donna e il figlio.

La tesi si sviluppa come segue. Il primo capitolo contiene una revisione della letteratura sul tema della dipendenza patologica da sostanze, con una focalizzazione dell'attenzione sul genere femminile. Nell'ultima parte del primo capitolo si sviluppa un'analisi delle caratteristiche della famiglia di origine di una donna tossicodipendente e di come si caratterizza l'attaccamento delle donne con tali quadri di funzionamento alle proprie figure di riferimento.

Nel secondo capitolo vengono delineate le implicazioni che la dipendenza da sostanze della madre può avere nella relazione con il figlio. La trattazione inizia ponendo l'attenzione sul significato che assume la gravidanza e sugli effetti che l'assunzione di sostanze in gravidanza possono avere sul feto. Successivamente, si giunge ad un'analisi dell'acquisizione della funzione genitoriale da parte della madre e del tipo di legame di attaccamento che essa può instaurare con il figlio.

Nel terzo capitolo viene esposta l'analisi di un caso clinico trattato presso la Comunità terapeutica "Cascina Nuova": una madre con alcoldipendenza. Il capitolo inizia con l'esposizione dell'anamnesi e della storia della dipendenza della paziente. Segue poi l'analisi della relazione madre-bambino adottando l'ottica trigenerazionale e dunque, attuando un confronto fra tre generazioni. Infine, il capitolo si conclude con l'esposizione del trattamento terapeutico attuato con la paziente e con il figlio, con l'obiettivo di sostenere la genitorialità fragile della donna, in modo da salvaguardare il rapporto madre-figlio, affinché non si ripresentino le stesse condizioni di rischio vissute dalla donna nella famiglia di origine.

## CAPITOLO PRIMO

### *1.1 La dipendenza patologica da sostanze*

L'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive la dipendenza patologica come una «condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione» (OMS, 1992).

Sono molteplici le dipendenze patologiche che ad oggi vengono diagnosticate e la dipendenza da sostanze rappresenta soltanto una di queste. Altre forme di dipendenza patologica sono: dipendenze di natura comportamentale (come la dipendenza da gioco d'azzardo), dipendenza da internet, dipendenza affettiva, dipendenze di tipo alimentare (si riscontrano nei disturbi dell'alimentazione) e dipendenze sessuali.

Il DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) afferma che «la caratteristica essenziale di un disturbo da uso di sostanze è un cluster di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici che indicano come l'individuo continui a fare uso della sostanza, nonostante significativi problemi correlati alla sostanza stessa» (DSM-5, p. 565).

Il DSM-5 definisce il Disturbo da Uso di Sostanze come una modalità patologica d'uso della sostanza, che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi ed è manifestato da almeno due delle condizioni seguenti, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

- La sostanza è assunta in quantitativi sempre maggiori o per un periodo più lungo di quanto il soggetto si predisponga;
- Desiderio persistente della sostanza e tentativi fallimentari di ridurne o controllarne l'uso;
- Impiego di gran parte del proprio tempo in attività necessarie a procurarsi la sostanza, usarla o recuperare dai suoi effetti;
- Fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, scuola o casa;
- Craving o forte desiderio della sostanza;
- Uso della sostanza nonostante i persistenti e ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dall'uso della sostanza;
- Attività sociali, lavorative o ricreative ridotte a causa dell'uso della sostanza;

- Uso della sostanza in situazioni di pericolo;
- Uso continuo nonostante la consapevolezza di un problema persistente e ricorrente, fisico o psicologico;
- Tolleranza alla sostanza, che comporta un bisogno di quantitativi sempre maggiori per ottenere l'effetto desiderato;
- Sintomi di astinenza.

L'American Psychiatric Association (APA) definisce la dipendenza come un «*disturbo cronico derivante da fattori biologici, psicologici, sociali e ambientali che ne influenzano lo sviluppo e il mantenimento* (APA, 2013)». Nell'insorgenza della dipendenza patologica da sostanze e nel suo mantenimento, sembrano dunque interagire fattori di diverso tipo: fattori biologici, psicologici, sociali e ambientali.

Per comprendere le cause di insorgenza di tale disturbo è necessario adottare una prospettiva multi-dimensionale, di tipo bio-psico-sociale. Il modello bio-psico-sociale, infatti, attribuisce le cause di insorgenza e mantenimento di una dipendenza patologica ad un insieme di fattori di rischio di diversa natura, in particolare:

- fattori genetici: costituiscono un importante fattore di rischio per l'instaurarsi delle dipendenze patologiche, poiché comportano un'alterazione della produzione di neurotrasmettitori endogeni (in particolar modo la dopamina) che sono coinvolti nei processi legati alla gratificazione e alla ricompensa;
- fattori psicologici: difficoltà nella regolazione emotiva, scarsa tolleranza alla frustrazione e compresenza di altre psicopatologie (ansia, depressione, PTSD);
- fattori socio-ambientali: familiarità del disturbo, trasmissione intergenerazionale di un trauma, esposizione a trascuratezze, eventi traumatici e mancanza di sostegno familiare (Istituto A.T. Beck). Ulteriori fattori di rischio socio-ambientali sono connessi alla presenza di altri disturbi psicopatologici (dipendenza da alcol, disturbi di personalità) all'interno del contesto familiare.

## *1.2 Dipendenza e genere femminile*

La tossicodipendenza è un tema in continua evoluzione e cambiamento, oggi caratterizzato dal fenomeno della poli-assunzione di sostanze d'abuso, come l'alcol e le sostanze psicoattive. In Europa, sono circa 37 milioni le donne che hanno usato una sostanza stupefacente almeno una volta nella vita (EMCDDA, genere e droghe, 2019). Inoltre, nell'ultimo decennio, il divario di

genere si è ridotto tra i giovani studenti che fanno uso di droghe (EMCDDA, genere e droghe, 2019).

Nel corso degli anni si è assistito ad un consumo di sostanze psicoattive in grande maggioranza da parte della popolazione maschile. Tale diffusione ha condotto gli studiosi a focalizzarsi sulle motivazioni legate all'uso di sostanze e sulla loro diffusione adottando un'ottica maschile, senza effettuare opportune differenziazioni. Anche gli ultimi dati provenienti dall'Europa, in effetti, hanno evidenziato una prevalenza negli uomini per quanto riguarda il consumo di sostanze psicoattive. Si stima che, nell'Unione europea, circa 83,4 milioni di adulti (di età compresa tra 15 e 64 anni), pari al 29 %, abbiano fatto uso di sostanze illecite, con un numero di maschi maggiore (50,5 milioni) rispetto alle femmine (33 milioni) ad averne segnalato il consumo (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2022).

Nel 1985, Lidia Menapace affermava: «le donne o le ragazze che si trovano coinvolte in faccende di droga per solito sfumano sullo sfondo, appaiono come immagini un po' sfocate, fanno parte di un fenomeno generale. Anche per la tossicodipendenza, il fatto che non si abbia cura di dipanare le appartenenze di sesso, impedisce di individuare delle specificità e di fatto opprime le donne, nel senso che le loro storie vengono appiattite, copiate, sommate a quelle dei ragazzi» (p. 196).

Nella vasta letteratura sulla dipendenza da sostanze, lo spazio dedicato alle ricerche sulla tossicodipendenza femminile è molto ridotto (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

A rendere difficile l'identificazione di chi e quante persone fanno uso di sostanze stupefacenti è il fatto che sia possibile venirne a conoscenza prevalentemente nel momento in cui i soggetti riscontrano problemi con la giustizia e le istituzioni, se decidono per problemi droga-correlati o quando decidono di interfacciarsi con i Servizi per chiedere aiuto. Questo discorso diviene particolarmente difficile per quanto riguarda le donne che fanno uso di sostanze, per diverse ragioni:

- in primo luogo, dai dati emerge che gli uomini, rispetto alle donne, hanno più spesso problemi legati alla giustizia. Gli uomini più spesso mettono in atto comportamenti criminali per sostenere il loro consumo di sostanze e sono più propensi a mettere in atto rapine, furti e aggressioni (Kauffman, Silver, Poulin, 1997).

La devianza femminile, invece, nella maggioranza dei casi si svolge al riparo, in modo meno visibile rispetto a quella maschile. Dai dati emerge che la maggior parte delle donne tossicodipendenti ricorrono al fenomeno della prostituzione per procurarsi droga

e denaro. La prostituzione risulta infatti essere una delle principali fonti di reddito per le donne tossicodipendenti, in alcuni casi arriva a sfiorare il 60% delle consumatrici. De Fazio (2000) sottolinea che «*il ricorso alla prostituzione sembra favorire la tendenza all'isolamento, impedendo alla donna di chiedere aiuto e, perciò, di venire allo scoperto*» (p. 42);

- in secondo luogo, è necessario considerare l'aspetto della reazione sociale che la tossicodipendenza femminile suscita. Il ruolo di "trasgressore" è da sempre stato attribuito all'uomo piuttosto che alla donna. Le donne subiscono una maggiore stigmatizzazione rispetto agli uomini poiché vanno maggiormente in contrasto rispetto ai ruoli predefiniti e attesi dalla società: quello di moglie e quello di madre.

A coloro che sono anche madri si aggiunge la paura di essere etichettate come incapaci di rispondere ai bisogni dei figli, di proteggerli e conseguentemente di essere allontanate da loro (Molteni, 2013).

Nonostante fino ad oggi siano state poche le ricerche effettuate sulla tossicomania femminile, negli ultimi anni l'interesse è cresciuto per diverse ragioni:

- il numero di donne con dipendenza da sostanze è in aumento: le donne tossicodipendenti erano presenti nell'ambito della popolazione tossicomane con percentuali intorno al 15% fino all'inizio degli anni '80, ma hanno raggiunto anche il 30% nelle ricerche più recenti (Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN, 2003). Il dato è ancora più preoccupante se si considera che, secondo quanto risulta dai rapporti annuali del Ministero dell'Interno, il numero dei tossicodipendenti è in costante aumento (EMCDDA, relazione europea sulla droga, 2014).

Altro dato da tenere in considerazione è che le nuove generazioni femminili arrivano al consumo di droghe prima rispetto alle donne adulte.

- nella maggior parte dei paesi europei si è registrato un aumento del numero di donne consumatrici di sostanze che risultano essere incinte o madri. Il numero di nati da madri tossicodipendenti è andato aumentando nonostante la minore fertilità di queste donne, dovuta ai ritmi di vita incostanti e sregolati e a fattori di tipo medico. Particolare interesse hanno suscitato gli effetti correlati alla gravidanza e alla relazione delle donne tossicodipendenti con i loro figli, inducendo la necessità di effettuare nuove ricerche sulle conseguenze a breve, medio e lungo termine sulla madre e, soprattutto, sul bambino (Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN, 2003).



Dunque, i comportamenti legati alla tossicodipendenza colpiscono in misura maggiore l'uomo, ma quando si manifestano nel genere femminile comportano maggiore complessità dal punto di vista fisico, psichico e comportamentale. Infatti, nonostante le donne siano in inferiorità numerica tra i pazienti in trattamento, i loro problemi si rivelano in molti casi più complessi, con sintomi di astinenza più gravi e più alti livelli di depressione e ansia. Da quanto emerge dalle evidenze scientifiche, il genere femminile sembra inoltre tendere più velocemente verso la dipendenza (EMCDDA, genere e droghe, 2019).

### *1.3 Eziopatogenesi della dipendenza e comorbidità con altre psicopatologie*

La letteratura evidenzia che sono diverse le ragioni che spingono donne e uomini al consumo di sostanze psicoattive. Gli uomini usano sostanze nell'ambito della socializzazione, per vivere esperienze di trasgressione, provare emozioni forti e soprattutto per socializzare. Nelle donne è più diffuso l'utilizzo a scopo auto-terapico, per cui la sostanza diviene un mezzo per rimuovere sentimenti troppo dolorosi, reagire a situazioni di depressione, stress e per placare l'ansia (Haseltine, 2000). Anche l'incidenza di tentativi anticonservativi e di comportamenti autolesivi risulta più elevata nelle donne. Inoltre, le donne collegano più spesso degli uomini il consumo di sostanze alla loro storia familiare, al contesto disfunzionale, trascurante e alle violenze subite (Blume, 1997).

Sembrano esserci importanti differenze di genere in merito ai consumi, alla carriera tossicomane, al contesto familiare di appartenenza e alla comorbidità con altre psicopatologie (Molteni, 2013).

La maggior parte delle donne tossicodipendenti proviene da famiglie con problemi di dipendenza da sostanze (ad esempio, hanno un padre alcolista) e sovente hanno un partner che ne fa uso. Nell'indagine condotta dall'istituto Irefrea (Stocco, et al. 2000) il 68,2% delle intervistate dichiara di aver avuto un partner tossicodipendente, il 42% ritiene che il suo ruolo sia stato cruciale nell'accesso all'uso di droghe e il 31,1% dichiara che l'uso di droga è motivato da un processo di identificazione con il partner. Connesso all'instaurare relazioni intime con partner tossicodipendenti c'è il rischio della trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili, come HIV, Epatite B ed Epatite C, dovuto alla scarsa propensione da parte delle donne tossicodipendenti all'utilizzo di contraccettivi. Dall'indagine dell'istituto Irefrea (Socco et al., 2000) emerge che quasi una donna su tre non usa contraccettivi e il 27% circa li utilizza

occasionalmente. Tale rischio infettivo aumenta ulteriormente considerando che la maggior parte delle donne ricorre alla prostituzione come principale fonte di sostentamento economico.

Gran parte delle donne tossicodipendenti sono state vittime di aggressioni e abusi sessuali e fisici, subiti all'interno della famiglia d'origine, in particolar modo nel corso dell'infanzia e adolescenza (Brems, Johnson, Neal, Freeman, 2004). L'abuso fisico è spesso citato nella letteratura (Brady, Randall, 1999) come una caratteristica peculiare delle tossicodipendenze femminili. L'esposizione, in generale, a eventi traumatici di varia natura è associata a un maggior rischio di sviluppare dipendenze, sia comportamentali che da sostanze (Banducci et al., 2014).

L'essere state vittime di abusi determina un maggior rischio per le donne di sviluppare una dipendenza da sostanze associata ad ulteriori disturbi psicopatologici. Le donne che fanno uso di sostanze presentano frequentemente una comorbidità psicopatologica, ovvero soffrono più spesso degli uomini, e in modo più gravoso, di ulteriori disturbi psicopatologici. I disturbi più ricorrenti sono: sindromi ansioso-depressive, disturbi di personalità (borderline) e i disturbi del comportamento alimentare.

Gli studiosi Liotti e Farina, nel loro lavoro (2011), riflettono sui disturbi mentali che conseguono allo sviluppo della personalità in contesti familiari traumatizzanti e, sulla base delle numerose osservazioni cliniche effettuate, presentano una nuova teoria sul rapporto fra trauma e dissociazione. I quadri clinici caratterizzati dalla presenza di memorie traumatiche infantili, da manifestazioni dissociative più evidenti, frequenti e prolungate appartengono alla definizione diagnostica di disturbo post-traumatico nelle sue varie accezioni.

Tra i numerosi disturbi psichici che possono affliggere le persone che hanno subito un trauma, il più comune è il disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Tuttavia, solo un terzo delle persone, vittime di abusi subiti durante l'infanzia, soddisfano i criteri per una diagnosi di PTSD, perché questa categoria diagnostica non consente di descrivere tutti i complessi sintomi di origine traumatica che si manifestano durante il ciclo di vita delle persone e che interferiscono con il loro normale sviluppo. La necessità di un quadro psicopatologico più ampio ha indotto l'Organizzazione Mondiale della Sanità a riconoscere ufficialmente la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico complesso (C-PTSD). Il disturbo da stress post-traumatico complesso è caratterizzato dai criteri che definiscono il PTSD e da gravi e durature compromissioni in alcune aree di funzionamento, quali regolazione delle emozioni e controllo degli impulsi, percezione di sé e incapacità di costruire relazioni interpersonali (Mazza, 2010).

Tra i principali tipi di eventi che possono causare il C-PTSD emergono: abuso infantile, grave trascuratezza e abbandono, violenza domestica o ripetuti abusi da parte del partner, prolungata violenza assistita e situazioni di sfruttamento sessuale (ad esempio la prostituzione).

Le esperienze abusanti si contraddistinguono, oltre che per gravità e drammaticità, soprattutto per la ripetitività nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza che sembra rendere queste donne incapaci di prevedere e di organizzare comportamenti e strategie difensive a riguardo.

Gli studiosi evidenziano come l'assunzione di sostanze sia frequentemente associata al tentativo di rimozione del ricordo dell'evento traumatico che provoca troppo dolore (Molteni, 2013).

Il disturbo borderline è caratterizzato da instabilità relazionale, disregolazione emozionale, impulsività e rapide oscillazioni degli stati affettivi e sembra strutturarsi a partire dalla disorganizzazione dell'attaccamento, a partire dai primi anni di vita (Liotti, Farina, 2011).

#### *1.4 La famiglia di origine della donna tossicodipendente*

Dall'analisi della letteratura non è possibile trarre conclusioni univoche sul rapporto tra famiglia e tossicodipendenza, ma non vi sono dubbi sul fatto che la famiglia abbia un ruolo estremamente importante nella genesi della tossicodipendenza e nel suo mantenimento (Velicogna, Cioffi, Narbone, Checcucci, Vidotto, Pastore, 2003), ma anche come risorsa per il suo trattamento (Haley, 1980).

La tossicodipendenza, infatti, può essere letta in un'ottica trigerazionale. Roberto Mazza (2010) a tal proposito afferma che *«ciò che caratterizza le famiglie dei tossicodipendenti, non riguarda la loro specifica appartenenza ad un determinato ceto sociale, ma piuttosto le dinamiche interne alla relazione e l'estrema e permanente sofferenza che vi regna, già prima dell'esordio della tossicodipendenza in un figlio»* (p. 52).

Le donne tossicodipendenti provengono più spesso degli uomini da contesti familiari nei quali altri membri manifestano abuso di droga e alcol o altre psicopatologie. Da un'indagine svolta in Europa da Irefrea (Socco et al., 2000) emerge che il 18% delle intervistate ha una madre dipendente da sostanze, il 37% un padre dipendente, il 32,3% e il 24,6% uno o entrambi i genitori hanno psicopatologie, il 38,3% fratelli e sorelle hanno problemi di alcol e droga e il 21,4% ha fratelli o sorelle con psicopatologie.

Dalla letteratura emerge che le famiglie di origine delle donne con dipendenza patologica da sostanze risultano essere maggiormente distruttive e multiproblematiche (Brady, Ashley, 2005). Sembrano inoltre caratterizzate da un rapporto conflittuale con le madri e da una precoce

adultizzazione delle figlie. Nella loro storia di vita emerge inoltre un'incidenza molto più elevata rispetto all'uomo di abusi fisici e sessuali, subiti soprattutto nel contesto familiare durante l'infanzia e l'adolescenza (Brems, Johnson, Neal, Freemon, 2004).

#### *1.4.1 Le caratteristiche della famiglia*

Gli autori Cirillo, Berrini, Cambiaso e Mazza (2017), nell'analisi delle storie di vita dei pazienti tossicodipendenti, riscontrano alcune ricorrenze all'interno delle famiglie d'origine. Tali contesti familiari risultano frequentemente caratterizzati da un intreccio relazionale tra:

- un genitore caratterizzato da una precoce adultizzazione (assunzione di compiti e ruoli adulti in età infantile o adolescenziale), con uno stile di attaccamento derivato da un Modello Operativo Interno prevalentemente evitante, che sottovaluta l'importanza dei legami;
- un genitore caratterizzato da una dipendenza irrisolta con la famiglia di origine.

Come è stato più volte ribadito, la ricerca si è focalizzata in particolar modo sulla tossicodipendenza al maschile e, conseguentemente, sulla strutturazione della famiglia del giovane tossicodipendente maschio. Diversi autori (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017) hanno comunque cercato di delineare anche le caratteristiche ricorrenti nelle famiglie delle giovani tossicodipendenti femmine.

Mentre nei maschi gli elementi caratteristici dell'abbandono affettivo sono prevalentemente vissuti e trasmessi dal padre, nelle femmine tali caratteristiche sono più frequenti nelle madri. Viceversa, i padri sembrano maggiormente invischiati in situazioni di dipendenza dalla famiglia d'origine (Cirillo et al., 1996).

Nella famiglia del tossicodipendente maschio si riscontrano sovente situazioni nelle quali il padre del giovane è una figura periferica e poco presente, mentre la madre appare iper-coinvolta nella relazione con il figlio. Nel contesto familiare della donna tossicodipendente le caratteristiche dei due caregiver subiscono una tendenziale inversione rispetto a quella del tossicodipendente maschio. È frequente osservare una situazione opposta in cui il padre appare iper-coinvolto nella relazione con la figlia, mentre la madre risulta essere periferica e distante, sia sul piano fisico che affettivo (Stanton, 1979; Olievenstein, 1981; Cancrini, 1982; Regalia, 1994; Bilanci et al., 1995).

La perifericità della madre si può esprimere in termini di anaffettività e indifferenza rispetto alle esigenze di attivazione del sistema di attaccamento con la figlia. In altri casi, la perifericità materna si manifesta con un'inversione dei ruoli madre/figlia, in cui la madre richiede implicitamente alla figlia di interpretare ruolo e funzioni materne fornendole affetto, sostegno e contenimento.

Nelle storie di vita delle famiglie dei tossicodipendenti, inoltre, frequentemente ci si ritrova nella condizione di non riuscire a delineare un quadro anamnestico trigerazionale di riferimento che sia privo di profonde lacune o grossolane contraddizioni. Le figure genitoriali frequentemente hanno un'alterazione della competenza autobiografica, ovvero deformano la realtà della propria storia personale a livello di comprensibilità e veridicità. Nelle storie di vita delle madri delle donne tossicodipendenti sovente si riscontrano profonde lacune per quanto riguarda specifici eventi della loro vita che non sono stati elaborati. Tali eventi non elaborati impediscono di instaurare una relazione sincera con le figlie (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

Un importante fattore di vulnerabilità connesso al comportamento sintomatico è proprio legato alla trasmissione intergenerazionale dei meccanismi di deformazione della realtà (minimizzazione/misconoscimento della realtà e della carenza). Molti futuri tossicodipendenti vivono, all'interno delle rispettive famiglie d'origine, numerose situazioni traumatiche che però non vengono mai riconosciute dalle figure genitoriali come fonti di gravi carenze affettive o come patogene, ma vengono minimizzate, andando così a minare e negare le percezioni dei figli. Mara Selvini Palazzoli (1993-1994) utilizza a tal proposito il termine *misconoscimento della realtà*, intendendo una modalità di alterazione cognitiva-affettiva della realtà. Gli aspetti maggiormente patogeni nelle relazioni di allevamento, dunque, non sono soltanto conseguenza della carenza vera e propria, ma anche della deformazione narrativa attraverso cui le stesse carenze vengono minimizzate o non riconosciute (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

Il ciclo che si autoperpetua di generazione in generazione sembra interrompersi proprio nel momento in cui il genitore riesce a riconoscere che la sofferenza del figlio è causata dalla carenza (abbandono affettivo) nell'accudimento e nella relazione genitore-bambino (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

#### *1.4.2 L'attaccamento alle figure di riferimento*

La genitorialità, generalmente si caratterizza per la competenza autoriflessiva dei genitori (Bion, 1962). La competenza autoriflessiva genitoriale è la capacità di avere, dell'altro, una teoria della mente, che svolge la funzione di mentalizzare e restituire al figlio i suoi contenuti affettivi e cognitivi. Lo sviluppo di tale competenza è alla base della trasmissione di un senso di sicurezza e protezione al bambino (Bion, 1962). Le situazioni di attaccamento funzionale sono caratterizzate da un accudimento sensibile e attento ai bisogni del bambino.

La teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1980) ha evidenziato l'importanza della qualità dei primi legami affettivi che si instaurano nella precoce relazione madre-bambino. Tali legami hanno effetti importanti sullo sviluppo emotivo e cognitivo del bambino.

Numerose donne tossicodipendenti hanno vissuto all'interno delle famiglie d'origine esperienze precoci di trascuratezza, insensibilità e di cure non adeguate che rendono invalida proprio l'esperienza di base sicura fornita dal caregiver (Bowlby, 1988; Cicchetti, Rizley, 1981; Rutter, 1989).

In entrambe le famiglie della donna tossicodipendente, sia del padre che della madre, si riscontrano frequentemente traumi non elaborati correttamente. La conseguenza più grave del trauma relazionale precoce è rappresentata dalla perdita della capacità di regolare le emozioni e la loro intensità (Van Der Kolk, 2005).

La letteratura che si è occupata di tali temi ha riscontrato che, frequentemente, la vita della madre della donna tossicodipendente è segnata da eventi squalificanti, non elaborati che comportano il rischio che essa, a sua volta, instauri un accudimento trascurante nei confronti della figlia, producendo gli stessi effetti negativi subiti. Nella giovane donna si verifica il rischio che riproponga a sua volta, in futuro, lo stesso tipo di accudimento incarnando lo stile genitoriale della figura materna. A tal proposito, i teorici dell'attaccamento hanno proposto il concetto di trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento, per cui i genitori tendono a trasmettere il proprio modello di attaccamento ai figli. Tale trasmissione deriverebbe dal fatto che l'individuo tende, nel corso della propria vita a riproporre i modelli relazionali vissuti durante l'infanzia con i propri caregiver (Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Fonagy, Steele & Steele, 1991).

La relazione di attaccamento di tali donne con le proprie madri risulta disturbata e molto tesa, caratterizzata da una madre estremamente svalutativa e critica (Mazza, 2010). La loro infanzia

è caratterizzata da grandi difficoltà nella relazione di allevamento tra madre e figlia, all'interno della quale i bisogni affettivi della bambina non vengono compresi e soddisfatti, generando un bisogno di dipendenza, di compensazione affettiva e di riconoscimento (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017) che si protrarrà per tutto il corso dello sviluppo. A tale rapporto di dipendenza si alternano sentimenti di rabbia rispetto alle proprie capacità di conquistare una propria autonomia (Mazza, 2010).

Quando la madre non è esplicitamente rifiutante e distaccata la configurazione relazionale che si riscontra più spesso nel rapporto madre/figlia è quella dell'inversione dei ruoli. L'attaccamento non è centrato sui bisogni affettivi, di contenimento e di sostegno della figlia, ma essa, a seguito di una richiesta implicita, contiene e offre sostegno alla madre. Tali giovani donne crescono senza la possibilità di vivere una condizione di contenimento, conforto e sostegno da parte delle loro madri che appaiono concentrate sui propri problemi personali. A fronte di tali trascuratezze e mancanza di contenimento, le figlie sono spinte ad attuare una auto-organizzazione, che però non può che essere confusa (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

Anche il padre della donna tossicodipendente, dall'analisi delle storie di vita, frequentemente risulta essere assente dal punto di vista educativo ed affettivo. Tale condizione è in parte dovuta ad una precoce adultizzazione, causata dalla sostituzione del padre poiché defunto precocemente oppure perché manifestatamente inadeguato, per far fronte alle esigenze della famiglia. Spesso è un padre assente, violento o alcolista. Sembra che questi padri siano offuscati dalle carenze subite dai loro stessi padri e che dunque non siano in grado di riconoscere e di agire contro la deprivazione delle cure materne nei confronti del proprio figlio (Mazza, 2010). Nonostante questa sia la caratteristica più ricorrente nelle figure paterne, in molti racconti delle donne tossicodipendenti emerge un giudizio molto positivo. Tale giudizio sembra però essere il frutto di una rielaborazione idealizzante dei propri ricordi. Il più delle volte, infatti, sembra che questi padri non abbiano contribuito alla costruzione di un ambiente sicuro e che non abbiano agito di fronte alle trascuratezze della madre.

Un fattore di rischio per lo sviluppo di una dipendenza da sostanze, sembra dunque essere l'esperienza precoce di abbandono affettivo, sperimentato dal soggetto a partire dalla primitiva relazione di accudimento materno nel corso dell'infanzia e che si perpetua poi nelle successive fasi evolutive. L'esperienza abbandonica si struttura dunque molto precocemente, a partire dalle prime interazioni con i caregiver (Cambiaso, Berrini, 1992).

Anche la disorganizzazione dell'attaccamento sembra avere un ruolo estremamente importante nello sviluppo di una dipendenza da sostanze. Tale disorganizzazione, come fattore di rischio per lo sviluppo di una dipendenza patologica da sostanze, sembra caratterizzare maggiormente la popolazione femminile rispetto a quella maschile, per due ragioni:

- innanzitutto, le donne sono più frequentemente vittime di abusi fisici e sessuali e, tali esperienze, soprattutto quando si verificano all'interno della propria famiglia, hanno effetti disorganizzanti sulla costituzione di un Modello Operativo Interno stabile (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017);
- in secondo luogo, è possibile che la maggiore perifericità della madre dalla figlia si configuri proprio come una scomparsa del ruolo materno, con effetti deprimenti e disorganizzanti più gravi rispetto a quanto avviene nelle famiglie dei tossicodipendenti maschi. In letteratura, le relazioni di attaccamento caratterizzate dalla presenza di una madre distaccata e rifiutante sono state accostate allo sviluppo di un Modello Operativo Interno evitante-disorganizzato, oppure a un pattern disorganizzato con una riorganizzazione di tipo punitivo e autarchico. Le relazioni di attaccamento caratterizzate dall'inversione dei ruoli possono invece essere inquadrare in un pattern di attaccamento disorganizzato, cui ha fatto seguito un'organizzazione di tipo protettivo (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

Si pensa che il ricorso all'uso di sostanze sia dovuto ad una incapacità di riconoscere e di regolare gli stati affettivi. Tale incapacità ha radici profonde, a partire dalle carenze esperite nelle primarie relazioni di attaccamento (tali da determinare un attaccamento insicuro o disorganizzato) fino alle esperienze traumatiche vissute nell'infanzia e nell'adolescenza. L'assunzione di sostanze diventa uno strumento auto-terapico, un modo per gestire stati interni sentiti come intollerabili, non rappresentabili e per attenuare il dolore ad essi associato (Caretti et al., 2008; Schimmenti, 2008).

## CAPITOLO SECONDO

### *2.1 La relazione madre/bambino nella famiglia futura*

Dall'analisi della letteratura emerge che il contesto familiare e la qualità delle relazioni instaurate al suo interno, a partire dalle precoci relazioni caregiver-bambino, rappresentano



importanti fattori protettivi rispetto al possibile avvicinamento alle sostanze da parte di un figlio.

### *2.1.1 Il valore della gravidanza*

La gravidanza è un momento di grande cambiamento nella vita di una donna, durante il quale si modificano l'assetto psicologico, la relazione di coppia, il contesto familiare e i rapporti sociali. In particolare, si verificano sostanziali modificazioni del mondo rappresentazionale materno, in quanto la genitorialità oltre a implicare nuove dimensioni del sé, implica una revisione delle rappresentazioni riconducibili alle prime esperienze di attaccamento (Manzano, Palacio Espasa, Zilkha, 2001). Il contenuto e la struttura di queste rappresentazioni costituiscono degli indici dell'adattamento della donna alla gravidanza e al futuro ruolo genitoriale (Ammaniti et al., 2002).

La futura madre sviluppa uno stato mentale fondamentale, quello che Winnicott definì "*preoccupazione materna primaria*" (Winnicott, 1956). Tale funzione si basa sulla sensibilità e capacità empatica della madre, caratteristiche intrinseche che le permettono di sintonizzarsi con i bisogni affettivi del figlio e di dare una risposta adeguata a tali bisogni. È uno stato mentale che proprio durante la gravidanza raggiunge un'elevata sensibilità.

Molte volte la gravidanza viene scoperta ad uno stadio ormai avanzato. Tale ritardo è conseguenza del fatto che la maggior parte delle donne tossicodipendenti sono soggette all'irregolarità del ciclo mestruale, dovuto alle alterazioni ormonali causate dall'uso di sostanze e ad una vita sregolata. Va anche tenuto presente che tali donne hanno una scarsa cura e percezione del proprio stato fisico; dunque, i controlli prenatali possono essere effettuati occasionalmente (Pulvirenti, Righi, Valletta, 2016).

Per alcune donne con dipendenza da sostanze la gravidanza si configura come un'occasione per affermare se stesse, il proprio ruolo di donna e per potersi sentire significative nel percorso di vita di qualcuno (Molteni, 2011). Sebbene l'arrivo di un figlio per alcune donne rappresenti una forte spinta al cambiamento, per altre può rappresentare una vera e propria barriera. In primo luogo, l'arrivo di un figlio può limitarle dal rivolgersi ai Servizi di cura per chiedere aiuto, per la paura di essere giudicate come madri incapaci e conseguentemente di venire allontanate dai figli. In secondo luogo, in contesti familiari fragili e multiproblematici, la nascita di un figlio non fa altro che rendere la situazione ancora più difficile (Ashley, Marsden, Brady, 2003).

L'incapacità di mentalizzare la gravidanza, quel che ne consegue e di prepararsi a prendersi cura di qualcosa che è altro da sé, rende l'acquisizione dello stato di gravidanza da parte delle donne tossicodipendenti particolarmente problematico. Lo scoprire di aspettare un bambino impatta violentemente la vita della futura madre, in particolar modo se essa si trova in fase di alto coinvolgimento nel consumo di sostanze.

L'arrivo di un figlio determina un momento di grande trasformazione che comporta necessariamente una ridefinizione della propria identità. Qualora la donna decida di portare avanti la gravidanza e di far nascere il figlio, dovrà affrontare importanti trasformazioni, soprattutto quella mentale che dovrà ospitare l'idea del bambino e di se stessa come futura madre (Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga, maternità indipendente, 2002). È noto che la scoperta della gravidanza mette in crisi la dipendenza della futura madre poiché ciò implica il dover prendere importanti decisioni. Molte donne a tal riguardo decidono di abortire. La scelta dell'aborto è conseguente a una presa di coscienza di non essere in grado di assumere in modo adeguato il ruolo materno e di soddisfare le esigenze emotive, educative e materiali di un figlio. Molto spesso si tratta di donne sole, che non hanno un concreto sostegno da parte del partner e della famiglia di origine. L'affrontare l'interruzione della dipendenza, la gravidanza e la successiva genitorialità in una condizione di solitudine materiale, ma soprattutto affettiva, rende la situazione particolarmente delicata.

### *2.1.2 La funzione genitoriale*

Si può verificare un insuccesso da parte della coppia nel sanare le carenze vissute all'interno delle rispettive relazioni di attaccamento, e dunque, di operare un filtro efficace nei confronti della trasmissione intergenerazionale della carenza dello stile genitoriale. Le carenze internalizzate dai genitori guidano alla formazione di una coppia che stabilisce un legame basato sull'interesse di riuscire a compensare, tramite il partner, la carenza affettiva subita.

La genitorialità è una parte importante della personalità di ogni individuo che inizia a formarsi nella pre-adolescenza quando, a poco a poco, vengono interiorizzati i comportamenti, i messaggi verbali e non verbali, le aspettative, i desideri e le fantasie dei propri genitori (Scabini, Cigoli, 2000).

I genitori che devono affrontare contemporaneamente sia la dipendenza che la genitorialità possono essere sopraffatti dall'accumularsi di diverse difficoltà in quanto, alle fatiche che

comporta l'acquisizione del ruolo genitoriale si aggiungono le abitudini di vita legate alla dipendenza da sostanze.

I fattori di stress legati al diventare genitori, oltre a colpire i genitori stessi, colpiscono soprattutto e in modo più grave i figli. La tossicodipendenza dei genitori, infatti, ha un grande impatto sui bambini in ogni fase della loro vita, da prima della nascita fino alla vita adulta. Sono frequenti le situazioni in cui la coppia non riesce ad incorporare adeguatamente il ruolo genitoriale e a rispondere alle esigenze affettive e educative del figlio (Mazza, 2010).

L'inadeguatezza della funzione genitoriale non corrisponde semplicemente all'incapacità di rispondere in modo adeguato ai bisogni e alle esigenze del bambino, ma coinvolge delle dinamiche psicologiche molto più profonde. Tali dinamiche che influenzano la genitorialità sono legate all'identità personale e affondano le radici nelle relazioni primarie che hanno segnato il percorso di crescita dei futuri genitori all'interno delle famiglie d'origine, in qualità di figli (Ghezzi, Vadilonga, 1996). Nello studio delle funzioni genitoriali della coppia, dunque, non si può prescindere dal fatto che questi futuri genitori sono stati a loro volta figli, all'interno di famiglie disfunzionali e carenziali. Tali carenze e trascuratezze li hanno successivamente resi incapaci di riconoscere i bisogni e le necessità reali dei propri figli (Mazza, 2010).

Sono soprattutto la mancanza di basi sicure e la carenza dei modelli vissuti a partire dalle prime relazioni a rendere inadeguata la loro funzione genitoriale, piuttosto che l'uso delle sostanze e lo stile di vita che la dipendenza comporta. Cirillo (1995) sostiene che l'incapacità genitoriale di rispondere ai bisogni principalmente affettivi dei figli sia dovuta al loro essere "*bambini incompiuti*". Si tratterebbe dunque di un blocco evolutivo in cui il genitore è condizionato a tal punto dalla carenza affettiva vissuta nelle sue relazioni primarie in qualità di figlio da non essere in grado di dare le risposte emotive necessarie al suo bambino (Mazza, 2010).

L'inversione dei ruoli tra genitore e figlio è un'organizzazione tipica dei nuclei familiari in cui i genitori sono tossicodipendenti. Immaturità affettiva, conflitti irrisolti e problemi dei genitori possono dar vita e confermare certe fantasie inconsce dei bambini, in particolare quella di diventare genitore dei genitori. Sono frequenti le situazioni in cui i bambini conoscono alla perfezione la dipendenza del genitore, sanno come comportarsi a riguardo e sanno come gestire la situazione. Sono bambini costretti a una precoce adultizzazione e a un precoce abbandono della loro infanzia. I due elementi che caratterizzano l'evoluzione psicologica e affettiva di questi bambini, e che a loro volta hanno caratterizzato lo sviluppo dei genitori nelle relazioni

con le proprie figure di riferimento sono: il mancato completamento del processo di separazione e individuazione e la precoce adultizzazione.

Alla luce di ciò che è stato detto è possibile pensare che la trascuratezza dei genitori tossicodipendenti nei confronti dei figli affondi le radici nelle carenze affettive e di attenzione vissute nel corso della loro infanzia, nella relazione con le proprie figure di attaccamento. Tali carenze, in genere, vengono minimizzate o non riconosciute e sembrano limitare le future competenze genitoriali. Adottando l'ottica di trasmissione intergenerazionale del trauma è come se il genitore tossicodipendente non sapesse costruire per il figlio altro che la propria vicenda traumatica già vissuta con le proprie figure di riferimento (Fabris, Pigatto, 1988), in un ciclo che si autoperpetua.

## *2.2 Assunzione di sostanze in gravidanza: effetti sullo sviluppo del feto*

Molte donne con dipendenza da sostanze sono in stato di gravidanza o sono madri, e i figli possono svolgere un ruolo cruciale nel mantenimento o nell'uscita dalla dipendenza, nella richiesta di aiuto e nella riuscita del trattamento (De Fazio, 2000). L'aumento del numero di madri tossicodipendenti ha stimolato la ricerca sugli effetti che l'assunzione di sostanze durante la gravidanza possono avere sullo sviluppo del feto e, successivamente, sulla relazione madre-bambino, nel breve e lungo termine. È necessario, per il benessere della madre e per quello del figlio, che la donna venga seguita durante la gestazione e che la coppia madre-bambino sia presa immediatamente in carico dai Servizi.

Dall'indagine dell'istituto Irefrea (Socco et al., 2000) emerge che il 66% delle donne tossicodipendenti con figli dichiara di averlo concepito mentre usava droghe. L'abuso di sostanze in epoca prenatale rappresenta un rischio rilevante per la salute o lo sviluppo del feto. Quasi tutte le droghe conosciute, infatti, attraversano la placenta e producono effetti sul feto (Behnke, Smith, 2013).

La ricerca clinica ha evidenziato diverse tipologie di sindromi legate alle sofferenze cliniche nei feti, sovente a lungo decorso. Quando la madre assume sostanze durante la gestazione, la gravità delle conseguenze sullo sviluppo del feto dipende dal tipo e dalla quantità di sostanze assunte, se vengono assunte in combinazione e se il periodo di assunzione continua lungo tutte le fasi di sviluppo. Durante lo sviluppo fetale, le sostanze provocano prevalentemente danni di

tipo funzionale, causando un'alterazione dei neurotrasmettitori e dei loro recettori nell'ambito dell'organizzazione cerebrale (Behnke, Smith, 2013).

### *2.2.1 La sindrome feto-alcolica (FAS)*

Il termine “*spettro dei disordini feto-alcolici*” (FASD) racchiude una serie di disordini che colpiscono il feto, a partire dalla manifestazione più grave, la sindrome feto-alcolica (FAS), fino a una serie di anomalie strutturali e di sviluppo neurologico che comportano gravi disabilità comportamentali e neuro-cognitive (Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol, 2021).

La sindrome feto-alcolica (FAS) si manifesta nel feto che, durante la vita intrauterina, viene esposto all'alcol assunto dalla madre nel corso della gestazione. L'esposizione prenatale all'alcol interferisce con il normale sviluppo del feto causando danni a carico del sistema nervoso centrale.

L'alcol è infatti una sostanza tossica in grado di passare la placenta e di raggiungere il feto alle stesse concentrazioni di quelle della madre. Il feto però, a differenza della madre, non può metabolizzare l'alcol che quindi nuoce direttamente alle cellule cerebrali e ai tessuti degli organi in formazione (Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol, 2021). Gli effetti dell'alcol sul feto possono essere potenziati dall'assunzione contemporanea di altre sostanze.

Le problematiche neurocomportamentali dello sviluppo includono: sintomi neurologici sensitivi e/o motori di gravità variabile, anomalie strutturali del sistema nervoso centrale, riduzione della capacità cognitiva, della comunicazione ricettiva ed espressiva, del rendimento scolastico, della memoria, delle funzioni esecutive e di astrazione e deficit di attenzione/iperattività (Cook, Green, Lilley, et al., 2016).

Si pensa che i dati sulla diffusione della FASD siano sottostimati (0,5-2/1000 nati) per due ragioni: in primo luogo perché le forme più lievi possono sfuggire in epoca neonatale e possono essere diagnosticate tardivamente; in secondo luogo, perché le madri difficilmente dichiarano di consumare alcol durante la gravidanza (Pulvirenti, Righi, Valletta, 2016), per paura di essere etichettate come incapaci e inadeguate e per paura di venire allontanate dai figli. A tal proposito, i dati italiani delineano un fenomeno molto più diffuso: l'esposizione prenatale all'alcol

sembrerebbe riguardare il 7,9% dei neonati, mentre la prevalenza di FAS e FASD corrisponderebbe all'1,2% e al 6,3% dei neonati (Pichini, Marchei, Vagnarelli, et al., 2012).

### *2.2.2 La sindrome di astinenza neonatale (SAN)*

Il termine “*sindrome di astinenza neonatale*” (SAN) raggruppa un insieme di sintomi clinici che si possono manifestare nei neonati le cui madri, durante la gravidanza, hanno assunto sostanze in grado di indurre dipendenza fisica. Tali sintomi possono manifestarsi dopo la nascita, a seguito di una improvvisa sospensione dell'uso di tali sostanze.

Si stima che possano essere affetti da SAN dal 3 al 50% dei neonati le cui madri hanno fatto uso di sostanze psicoattive durante la gravidanza (Rechichi, 2021). Gravità e tempi di insorgenza della SAN dipendono dal tipo di droga assunta, dalla durata, dall'entità dell'esposizione e dal grado di maturità e stato nutrizionale del neonato (Kocherlakota, 2014). I sintomi della sindrome di astinenza neonatale coinvolgono il sistema nervoso centrale e autonomo e l'apparato gastrointestinale (Wolff, Perez-Montejano, 2014).

I neonati con FASD e SAN sono particolarmente complessi perché, rispetto agli altri bambini, manifestano più frequentemente alterazioni del ritmo sonno-veglia, problemi di alimentazione e crescita, ritardi neurocomportamentali e cognitivi. Queste caratteristiche, quando esordiscono all'interno di contesti familiari fragili, multiproblematici e con bassa tolleranza della frustrazione, espongono il bambino a più alti rischi di trascuratezza e maltrattamento. In questi casi è necessario agire per guidare lo sviluppo delle funzioni genitoriali e tutelare il neonato (Pulvirenti, Righi, Valletta, 2016).

### *2.3 La costruzione del legame di attaccamento madre/bambino*

Nella maggior parte dei paesi europei si è dunque registrato un aumento del numero di madri con dipendenza da sostanze. Tale scenario, ha stimolato la ricerca ad interrogarsi sul problema della relazione tra genitori che assumono sostanze e i loro figli.

L'attaccamento è uno specifico aspetto della relazione tra genitore e figlio che ha come scopo principale quello di tenere il bambino al sicuro, in salute e protetto. Il neonato, infatti, non può sopravvivere da solo, senza un adulto che lo nutre e lo protegge dai pericoli (Belsky, 2002). Il bambino, quindi, attraverso l'attaccamento utilizza le figure di riferimento come base sicura che

gli permette di esplorare il mondo circostante in serenità e, nei momenti in cui è necessario, di ricevere conforto. La relazione di attaccamento origina dall'interazione del bambino con i caregiver (coloro che si prendono cura di lui). Durante tale interazione il bambino accumula informazioni rispetto alla disponibilità, qualità e affidabilità delle risposte fornite dai caregiver.

In fasi più avanzate dello sviluppo, circa alla fine del primo anno di vita, iniziano a formarsi nella mente del bambino delle specifiche rappresentazioni delle figure di riferimento, di sé e sulla natura della relazione caregiver/bambino. Si formano così i Modelli Operativi Interni (MOI) (Bowlby, 1980), ovvero contenuti mentali che hanno la funzione di prevedere alcuni aspetti della relazione con l'altro, consentendo all'individuo di organizzare il proprio comportamento di conseguenza.

Nel corso delle interazioni ripetute con i caregiver, il bambino sviluppa un modello complesso della figura di attaccamento e, parallelamente, sviluppa un modello complementare di sé stesso. Dunque, un bambino che ha costruito un modello operativo della figura di attaccamento come sensibile, disponibile e attenta ai suoi bisogni, interiorizzerà un modello complementare di sé come meritevole di cure e di protezione (Main, Kaplan, Cassidy, 1990). La possibilità di sperimentare relazioni sicure a partire dalla prima infanzia e coerenti nel corso della vita, sembra quindi consentire al bambino (e successivamente all'adulto) la possibilità di costruirsi un mondo rappresentazionale che diventi anche un contenitore di affetti, emozioni e pensieri, ripetibili in futuro e connotati da caratteristiche di sicurezza, supporto e continuità.

Il bambino apprende non soltanto a segnalare la propria condizione di disagio fisico (fame, sonno, ecc.), ma anche a suscitare reazioni adeguate e sintoniche nel caregiver che si occupa di lui. Da tale sintonizzazione sembrano derivare i primitivi modelli mentali (MOI), matrici di quelle che, con buona probabilità, saranno le caratteristiche di personalità future. È dunque molto importante per il bambino (e futuro adulto) aver avuto, durante l'infanzia, un caregiver sensibile ed empatico, capace di sostenerlo con affetto e sensibilità, di dargli adeguate risposte, attenzione e riconoscimento.

Le relazioni primarie costituiscono il contesto in cui si sviluppano le capacità di regolazione emotionale e auto-regolazione del bambino. Quando il caregiver è poco sensibile e responsivo verso i bisogni del bambino, quest'ultimo può interiorizzare un modello rappresentativo dell'altro (il caregiver) come sprezzante, respingente e inconsistente, e di sé come soggetto non degno di amore. Tale modello meno sicuro di relazione si pensa possa avere importanti

implicazioni sia come modello per le seguenti relazioni che il bambino instaurerà, sia come precursore di un possibile disadattamento psicologico (Sroufe et al., 1999).

Van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, e Frenkel (1992) hanno analizzato, tramite diversi studi, lo sviluppo dell'attaccamento tra bambino e caregiver in famiglie con problemi di dipendenza da sostanze. Studiando l'attaccamento tramite la Strange Situation (Ainsworth, 1978) gli autori hanno dimostrato che i bambini con genitori tossicodipendenti sviluppano in una maggior percentuale un tipo di attaccamento insicuro-disorganizzato, rispetto a bambini con genitori non tossicodipendenti. Nell'attaccamento disorganizzato si riscontrano risposte contraddittorie da parte del bambino che, da un lato ricerca la vicinanza delle figure di riferimento, mentre dall'altro li percepisce come una minaccia, il che lo porta a mettere in atto comportamenti difensivi (Main e Solomon, 1986). Gorrini e Brera (2004) in un campione di minori, figli di tossicodipendenti hanno rilevato disturbi dell'attaccamento nel 50% dei casi, oltre ad altri disturbi psicologici associati.

Lo sviluppo di un pattern di attaccamento di questo tipo comporta nel bambino un'aspettativa negativa nei confronti dei suoi caregiver riguardo le risposte ai suoi bisogni. Le prime sintonizzazioni (in questo caso mancate) e interazioni che generano paura di abbandono e di non essere amato proseguono per tutto il ciclo di vita, anche in età adulta, dando vita a profonde difficoltà relazionali. L'avvicinamento alle sostanze può essere una risposta a tali difficoltà o il tentativo di ridurre e gestire tali affetti negativi sentiti come troppo dolorosi. In situazioni come queste, la sostanza diviene una forma di "automedicazione" (Scavo, 2004).

Spesso si riscontrano situazioni drammatiche di madri estremamente fragili e inadeguate che hanno instaurato con i figli relazioni disfunzionali. Non sono inusuali situazioni nelle quali il bambino risponde all'implicita richiesta della madre di proteggerla da sofferenze, rinunciando precocemente all'infanzia. Molti bambini, figli di donne tossicodipendenti, ad esempio, non vanno a scuola per star loro vicino, per paura che possano stare male nel momento in cui non sono presenti. Tendono a non chiedere conforto o assistenza per paura di perdere quel poco di relazione che le madri gli offrono. Dall'altra parte, le madri tendono a tenere stretti i bambini in questa situazione di ruoli invertiti poiché si tratta delle uniche persone dalle quali ricevono qualcosa che non hanno mai avuto all'interno delle famiglie di origine. In questo modo il bambino diviene il genitore che la madre non ha mai avuto.

I figli di tossicodipendenti tendono già in tenera età ad instaurare una sorta di controllo sulla propria situazione relazionale, adultizzandosi precocemente. Talvolta svolgono un ruolo adulto



e terapeutico insieme: sanno distinguere molto bene quando è il momento di giocare, concedendosi quindi di assumere il ruolo di bambino, e quando invece è necessario sostituirlo con quello di guida e di controllo dei genitori stessi (Andreoli, 1991).

Ciò che rende difficile identificare i bambini che vivono in queste situazioni è legato al fatto che a primo impatto appaiono autonomi e sufficientemente adattati (Guaraldi, Camerini, 1987; Caffo, 1985; Fava Vizziello, Stocco, 1997). La loro sofferenza, infatti, tende ad esplodere in modo improvviso in età più avanzata, nella pre-adolescenza quando, attraverso il confronto con il gruppo dei pari, acquisiscono le prime consapevolezze.

Il rischio per i figli di tossicodipendenti di sviluppare una dipendenza da sostanze potrebbe essere determinato non tanto dal fatto che la tossicodipendenza del genitore costituisca un modello di riferimento da imitare (ripetizione del comportamento di abuso), quanto piuttosto al fatto che egli potrebbe ripetere nella nuova famiglia (nella quale diventa genitore) analoghe modalità relazionali affettive ed emotive (deprivanti e depressive) e gli stessi stili di accudimento (carenziali) che hanno caratterizzato i rapporti del tossicodipendente con il nucleo d'origine (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017). Il genitore cresciuto in un contesto familiare con queste caratteristiche potrebbe instaurare, a sua volta con il figlio, le stesse modalità relazionali affettive (carenziali) vissute all'interno della famiglia di origine.

La trasmissione intergenerazionale riguarda anche e soprattutto la trasmissione del misconoscimento della carenza stessa. Tale misconoscimento, che si manifesta con varie gradazioni che vanno dalla totale negazione inconscia di eventi traumatici (abbandoni, perdite, maltrattamenti), rendono difficile l'acquisizione della consapevolezza da parte del genitore tossicomane di un possibile danno sul bambino (Mazza, 2010).

La trasmissione intergenerazionale dello stile di attaccamento è stata originariamente definita e studiata adottando un modello di causalità lineare, secondo un'ottica per cui le esperienze di attaccamento precoci del genitore determinerebbero i comportamenti di accudimento (sensibilità e responsività) nei confronti del bambino e, di conseguenza, le esperienze di attaccamento del piccolo (in termini di qualità della relazione) (Fava Vizziello, Simonelli, 2007).

Sono diverse le ricerche che si sono occupate del disturbo infantile e della psicopatologia genitoriale che hanno messo in luce una continuità tra le caratteristiche del mondo rappresentazionale del genitore e il sistema di cure del bambino, come fattori di protezione o di

rischio per lo sviluppo infantile (Ammaniti, Speranza, Tambelli, Muscetta, Lucarelli, Vismara, Odorisio, Cimino, 2006).

Attualmente, tale visione è superata da molteplici studi nazionali e internazionali (Cassibba, 2003; Howes, 2002), che evidenziano l'esistenza di diversi legami che per il bambino possono assumere le caratteristiche dell'attaccamento tipico con la madre (ricerca della vicinanza, stress per la separazione e la perdita) e che si strutturano con altri adulti significativi della vita del piccolo. Con ognuna di queste figure di attaccamento, il bambino sembra instaurare diverse tipologie di legame e creare diversi modelli di relazione (Fava Vizziello, Simonelli, 2007).

Negli ultimi anni, numerosi studiosi hanno cercato di superare tale causalità lineare dell'accudimento, integrandola con una visione più ampia del fenomeno, che tenesse conto degli effetti provocati dai cambiamenti evolutivi, esperienziali o ambientali a cui gli individui sono sottoposti nel corso della vita (van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 1997). Questo perché la continuità tra le esperienze individuali precoci di attaccamento e i successivi comportamenti genitoriali di accudimento del bambino può venire interrotta da molteplici fattori. Tra questi fattori, emergono le esperienze positive di attaccamento, anche successive all'infanzia, come ad esempio esperienze di "base sicura" esperite con un altro significativo. Tali esperienze possono avere un effetto ristrutturante rispetto all'originaria esperienza di attaccamento con i caregiver (Fava Vizziello, Simonelli, 2007).

Adottando quest'ottica, un intervento precoce a sostegno della genitorialità e della relazione genitore-bambino può ridurre lo stress e il conflitto, rafforzare il processo di sviluppo dell'interazione ed attivare e sostenere i processi di sviluppo salienti del bambino.

Gli autori Cirillo, Berrini, Cambiaso e Mazza (2017) sostengono che, affinché la catena di trasmissione transgenerazionale della carenza tra genitori e figli si interrompa, è necessario che il genitore riconosca la sofferenza del figlio, provocata da un accudimento inadeguato caratterizzato dall'abbandono affettivo. Nel momento in cui il genitore smette di vedere il figlio come un'estensione del proprio essere, ma come una persona che ha bisogno di riconoscimento e affetto, allora può spezzarsi la catena di trasmissione transgenerazionale di tale carenza.

Nel trattamento delle madri tossicodipendenti è necessaria una efficace collaborazione tra i Servizi che si occupano dei minori e i Servizi a sostegno delle madri tossicodipendenti. I Servizi agiscono avviando progetti finalizzati all'interruzione della dipendenza da sostanze dei genitori e alla tutela dei figli.

Quando si è in presenza di minori, il trattamento diviene particolarmente delicato perché da un lato, i figli e la famiglia possono potenziare le possibilità terapeutiche e dunque, un allontanamento sarebbe controproducente; dall'altro lato, è necessario assicurarsi che il minore non sia a rischio di trascuratezze emotive e sociali, violenze e che sia sufficientemente tutelato (Cirillo, Berrini, Cambiaso e Mazza 2017).

## CAPITOLO TERZO

### *3.1 La comunità terapeutica come sostegno alla genitorialità: il caso di Cascina Nuova*

La Comunità terapeutica “Cascina Nuova” (Associazione Aliseo Onlus) è situata a Roletto, in provincia di Torino e dal 1992 accoglie uomini e donne con problemi di alcolodipendenza e politossicodipendenza con programmi terapeutici riabilitativi residenziali. La struttura accoglie fino a quindici persone, seguite da un'équipe multiprofessionale formata da psicologi, psicoterapeuti, educatori e oss.

Il programma terapeutico individuale è finalizzato al raggiungimento dell'emancipazione dalla sostanza alcolica, alla riabilitazione e autonomizzazione della persona, tramite un lavoro di rielaborazione della propria storia, una valorizzazione e/o riscoperta delle proprie risorse personali e un lavoro di prevenzione della ricaduta dalle sostanze. Per ogni utente viene progettato un percorso terapeutico personalizzato, partendo dai bisogni espliciti e impliciti della persona, mediante il raggiungimento di specifici obiettivi. Essendo cresciuto, negli ultimi anni, il numero di donne accolte dalla struttura che hanno figli, i singoli progetti terapeutici prevedono l'integrazione di interventi a sostegno della genitorialità e della relazione con i figli all'interno del programma terapeutico.

Il caso del quale esporrò l'anamnesi e la storia della dipendenza e che, successivamente, analizzerò clinicamente è quello della signora Monica.

La signora Monica viene inserita presso la Comunità Terapeutica Cascina Nuova (Associazione Aliseo Onlus) a seguito dello sviluppo patologico della dipendenza da alcol, condizione presente da tempo nella vita della donna e peggiorata progressivamente nel corso degli ultimi mesi, prima dell'ingresso presso la Struttura. Connesso alla sua dipendenza da sostanze risale l'estremo gesto di compiere un tentativo anticonservativo, impedito dall'intervento delle Forze dell'Ordine. Tale evento, sommato ad altre vicende che hanno visto coinvolto il figlio, durante

momenti di forte intossicazione della signora, hanno implicato l'intervento del Tribunale dei Minori che ha previsto un allontanamento della madre dal figlio e l'indicazione di rivolgersi ai Servizi di patologia e dipendenze. Monica, a seguito dell'ultimo ricovero ha espresso il desiderio di voler entrare in Comunità.

La paziente giunge in Comunità con una domanda di aiuto complessa e molteplice:

- intervenire contro la sua dipendenza patologica da alcol;
- recuperare il rapporto con il figlio, allontanato per ordinanza del Tribunale dei Minori e seguito dai Servizi di Tutela dei Minori, con affidamento congiunto al padre del minore, dal quale la donna si era separata nel 2016.

Con la donna è stato progettato e attuato un percorso di:

- psicoterapia individuale a cadenza settimanale, con un professionista psicologo, psicoterapeuta interno alla struttura;
- psicoterapia di gruppo;
- incontri formali con il figlio, mediati dai Servizi di Tutela dei Minori e gli operatori della Comunità;
- incontri informali con i genitori dell'utente durante le visite presso la Comunità stessa.

### *3.2 Anamnesi e storia della dipendenza*

#### *La famiglia di origine della paziente*

La paziente è una donna di circa cinquant'anni, nata in Germania da genitori italiani.

Il padre di Monica faceva parte di una famiglia molto numerosa, era uno fra gli ultimi di dodici figli. Era una famiglia improntata sul lavoro, il padre (nonno paterno di Monica) era un uomo che beveva molto, poco comprensivo e affettivo nei confronti dei figli. Il padre della paziente, infatti, per tali motivi dovette andare via di casa precocemente.

La madre di Monica quando era molto giovane si trasferì dall'Italia in Germania, dove non si fermò per un lungo periodo. Poco dopo il suo ritorno in Italia, a 16 anni, scoprì di essere incinta e il padre la costrinse a tornare in Germania affinché trovasse il padre della bambina, che però, una volta trovato, la rifiutò. La giovane, per molti mesi, dovette dunque vivere in strada, da sola. Alla nascita, la bambina venne data in affidamento. Inizialmente l'affidamento doveva essere momentaneo, affinché la madre riuscisse a trovare una sistemazione, ma di lì a poco divenne definitivo. Fu un momento di grande sofferenza per la giovane donna.

Qualche anno dopo, in Germania, il padre e la madre di Monica si incontrarono e, quando avevano entrambi 24 anni, nacque la bambina.

La paziente riporta una situazione familiare disorganizzata. Il padre era estremamente assente, cambiava continuamente lavoro a causa dei debiti. Frequentemente usciva e non si sapeva se e quando avrebbe fatto ritorno, alcune volte usciva con la scusa di dover comprare le sigarette e non tornava più per giorni. Monica riferisce inoltre una figura paterna molto violenta, anche nei confronti della madre che, seppur spaventata dal marito, non l'ha mai lasciato per paura di perdere anche gli altri due figli.

Dieci anni dopo la nascita di Monica, nacque suo fratello e, anche nei suoi confronti, il padre si dimostrò totalmente assente e periferico.

Monica ha ricordi molto confusi della prima infanzia. Uno dei pochi momenti che ricorda, e che l'ha segnata particolarmente, risale a quando la madre fu ricoverata per un intervento d'urgenza. Il padre, incapace di badare a loro, portò lei e suo fratello da una famiglia che offriva il servizio di "asilo in casa". La paziente ricorda di essersi fermata per diversi mesi in quella famiglia che descrive come terribile.

Monica sostiene che i genitori non le abbiano fatto mancare niente a livello materiale, come vestiti, giocattoli e cibo, ma che le sia mancato molto sul piano affettivo. La paziente soffriva molto per la situazione che era costretta a vivere in casa, ma non poteva permettersi di dividerlo con i suoi genitori, per non peggiorare ulteriormente la situazione. La donna dice di aver sempre avuto paura a chiedere perché "sapevo che mamma e papà non potevano".

Nonostante questo, descrive la madre come una figura presente che, seppur con numerose difficoltà e limiti, faceva tutto il possibile per i suoi figli.

A causa dei debiti del padre, nel corso dell'infanzia furono costretti ad andare via dalla Germania e tornare in Italia, dove passarono un certo periodo a casa di una zia paterna. Monica riporta un clima molto pesante, caratterizzato da continui litigi e scontri.

Non appena la situazione economica si stabilizzò andarono via da casa della zia e si trasferirono in un'altra città. Sia il padre che la madre lavoravano, con la differenza che il denaro guadagnato dalla madre serviva per mantenere la famiglia, mentre quello guadagnato dal padre era destinato ai suoi piaceri e svaghi.

Nel periodo delle scuole elementari, la paziente ricorda che la madre aveva iniziato a bere molto di più. Disse che la mattina, quando si svegliava per andare a scuola, in base a quel che succedeva in casa, sapeva già se la madre avrebbe bevuto oppure no. Nonostante questo, riporta sempre una madre attenta che portava i figli a scuola, li aiutava a fare i compiti e un padre solo di passaggio. Quest'ultimo era molto violento, tutte le giornate si concludevano con sgridate,

botte o castighi nei confronti dei figli. Le punizioni agivano soprattutto nell'inibizione della vita sociale dei bambini: divieto di andare alle feste di compleanno, al parco giochi o alle giostre.

Nel frattempo, peggiorò, di giorno in giorno, la dipendenza da alcol della madre a causa della quale perse anche innumerevoli lavori. Ad un certo punto, decise di chiedere aiuto ed entrò in diverse Cliniche del territorio per farsi aiutare, ma senza motivazione e costanza nel trattamento.

Nel periodo in cui la madre entrava ed usciva dalle diverse Cliniche, il padre portava i bambini a passare il fine settimana dalla zia paterna. La paziente ha ricordi molto dolorosi legati alla figura dello zio, che sembra aver abusato sessualmente di lei più volte durante tali soggiorni, quando era ancora una bambina.

Parallelamente alla situazione della madre anche il padre, da sempre bevitore, iniziò ad aumentare progressivamente le quantità di alcol assunte (almeno 3/4 litri di vino al giorno).

I momenti che Monica riporta come i più sofferenti della sua infanzia sono legati a quando la madre usciva, spariva per ore e rientrava solo a notte fonda. Quando tornava andava subito a letto, alterata dall'alcol e il padre mandava Monica a prendersi cura di lei per tutta la notte. Ricorda che la madre piangeva ininterrottamente, dava di stomaco, si urinava addosso e implorava perdono alla figlia. La paziente se ne prendeva cura, ma ricorda che poi le servivano almeno due giorni per smaltire la rabbia provata nei suoi confronti. Ogni volta la madre implorava di perdonarla promettendole che sarebbe stata l'ultima volta e Monica la perdonava, non avendo nessun'altra persona vicino a lei sulla quale poter contare.

La paziente assorbiva tutto quel che accadeva in casa ma, non potendosi mostrare fragile, piangeva nel letto da sola, per tutta la notte e senza che nessuno se ne accorgesse.

Nella storia di Monica traspaiono tanto dolore, ansia, solitudine e l'assenza di qualcuno con cui condividere questi stati d'animo. Quando stava male o si sentiva appesantita, evitava di parlare con la madre di quello che la angosciava per non peggiorare la sua situazione di sofferenza. La paziente era una bambina estremamente sola e triste.

Un altro ricordo particolarmente doloroso riportato dalla paziente, risale a quando, nel periodo delle scuole medie, dovette affrontare un'operazione. Disse che, nel corso del ricovero in ospedale la madre andò a trovarla qualche volta, ma che una volta terminata la visita, andava ad assumere alcol. La paziente disse che una volta si presentò alla visita in ospedale alterata dalla sostanza.

A 14 anni Monica iniziò a lavorare, ma i soldi guadagnati erano gestiti dal padre. Nel corso di quegli anni sviluppò anche una grave depressione, condizione che la portò a dover cambiare

numerosi lavori. Qualche anno dopo, anche il fratello della paziente entrò in uno stato depressivo molto grave.

### *La nuova famiglia della paziente*

A 24 anni Monica incontrò Giovanni, colui che successivamente diventerà il padre di suo figlio. La paziente disse che loro storia iniziò in modo poco serio e che questa situazione proseguì per quasi sette anni. Monica disse che tale situazione di alti e bassi era dovuta alle frequenti bugie di Giovanni e da alcuni suoi comportamenti che le facevano ricordare suo padre (ad esempio le ordinava le cose da fare in casa, era disprezzante nei suoi confronti e si arrabbiava facilmente). Dopo averlo lasciato per queste ragioni, tornarono insieme con la promessa di Giovanni che sarebbe cambiato.

Qualche anno dopo decisero di provare ad avere un figlio e, nel 2011 Monica scoprì di aspettare un bambino. Le promesse fatte dal compagno furono vane e tutto tornò come prima. Monica fu costretta ad affrontare la gravidanza da sola, a causa dell'assenza di Giovanni.

Durante la gravidanza decise di trasferirsi a casa dei genitori, così che le potessero stare vicino. Durante questo periodo passato a casa dei genitori, ricorda di aver temuto per lei e il suo bambino, a causa del fratello che tornava a casa sempre alterato dall'alcol e che, in preda ad attacchi di rabbia agiva la sua violenza. Tale situazione raggiunse il culmine quando una sera arrivò a casa e alterato dalle sostanze e cominciò a minacciare tutti, tanto che i genitori furono costretti a chiamare le Forze dell'Ordine e a denunciarlo.

In tale contesto familiare multiproblematico, dopo circa trent'anni, riapparve la prima figlia della madre che era stata data in adozione. Rappresentò un evento molto intenso emotivamente, che non fece altro che peggiorare la situazione già delicata. Nonostante questo, la donna non entrò mai a far parte della vita familiare.

Un anno dopo nacque il figlio di Monica e, dopo due settimane, lasciò Giovanni perché estremamente assente. Nonostante questo, egli decise comunque di fare il padre e si rivelò anche un padre adeguato.

Monica tornò a vivere a casa dei suoi genitori, i quali erano senza lavoro e dunque dovette provvedere lei a sostenere la famiglia per molti anni.

In questo periodo la paziente iniziò a bere sporadicamente, un po' per lenire la solitudine e un po' per affrontare l'idea di famiglia tanto desiderata che però si era frantumata.

### *L'intervento delle istituzioni*

Nel corso di quegli anni, iniziarono ad accadere diversi episodi che poi porteranno la paziente all'attenzione delle Forze dell'Ordine e dei Servizi di cura.

Una mattina d'estate Monica uscì per fare un aperitivo con i colleghi, nell'occasione di festeggiare un compleanno. Qualche ora dopo tornò a casa a prendere il figlio per accompagnarlo in piscina. Per strada, Monica andò con la macchina contro un guardrail e nello scontro perse conoscenza. Madre e figlio vennero portati in ospedale per effettuare degli accertamenti e le venne ritirata la patente per guida in stato di ebbrezza. Tale episodio la spinse a chiedere aiuto e iniziò ad andare al SerD della sua città, dove frequentò regolarmente gli incontri con i professionisti.

Qualche anno dopo accadde un altro episodio. La paziente venne ritrovata dai Carabinieri sdraiata a terra, svenuta. Era stato il figlio minore a cercare aiuto e a chiamare i soccorsi. A fronte di tale episodio subentrò il Tribunale dei Minori che sottopose i due genitori a procedura d'ufficio del caso. Venne stabilito per Monica l'obbligo di essere seguita dal SerD con monitoraggio verso il figlio.

Circa due anni dopo madre e figlio uscirono per fare una passeggiata insieme. Per strada incontrarono dei clienti che frequentavano il bar in cui lavorava al tempo e che gli offrirono un passaggio in auto verso la città. Monica e suo figlio si fermarono in città anche a cena. Il giorno dopo non sarebbe dovuta andare al lavoro e decise dunque di fermarsi in un hotel per trascorrere due giorni con suo figlio. Disse che, una volta saliti in stanza, voleva avvisare che avrebbero dormito fuori, ma che il cellulare non funzionava. Qualche momento dopo, arrivarono i Carabinieri contattati da Giovanni che, preoccupato per il figlio aveva dato l'allarme, non sapendo dove si trovasse. Subentrò nuovamente il Tribunale dei Minori stabilendo un periodo di lontananza del bambino dalla madre, mentre aveva l'obbligo di rivolgersi nuovamente ai Servizi di cura. Dopo qualche mese, ricominciò poi a vedere il bambino con regolarità.

Dopo l'ultima ricaduta, per circa due anni riuscì a non bere, fino a che la situazione non precipitò nuovamente. Un po' per la perdita dell'ennesimo lavoro, un po' a causa della depressione, mentalmente ed emotivamente crollò di nuovo tutto e ricominciò ad assumere alcol.

Un giorno, di ritorno da casa di una amica, in preda ai sensi di colpa provati per essere nuovamente ricaduta, decise di fermarsi su di un ponte per compiere un tentativo anticonservativo. Fortunatamente molte persone chiamarono i soccorsi che le impedirono di



compiere l'atto. Successivamente, venne portata nel reparto di Psichiatria dell'ospedale della città, dove espresse il desiderio di voler entrare in Comunità.

### *3.3 Analisi della relazione di attaccamento in ottica trigenerazionale*

Nella storia di Monica emergono molteplici caratteristiche che si riscontrano frequentemente all'interno le famiglie dei tossicodipendenti, considerate dalla letteratura fattori di rischio per lo sviluppo di una dipendenza patologica da sostanze:

- la famiglia di origine è disfunzionale e multiproblematica, al suo interno regnano profonda sofferenza e malessere;
- anche gli altri membri della famiglia (padre, madre e fratello) soffrono di dipendenza da alcol o soffrono di altre psicopatologie (depressione);
- la paziente è stata vittima di ripetuti abusi sessuali da parte di un membro della famiglia, subiti nel corso dell'infanzia;
- i genitori hanno un'alterazione della propria competenza autobiografica;
- da parte dei genitori della paziente c'è un grave abbandono affettivo dei figli, con la loro conseguente precoce adultizzazione;
- il contesto relazionale e familiare appare caratterizzato da elementi di deprivazione affettiva.

Nonostante dall'analisi della letteratura non sia possibile trarre conclusioni univoche sul rapporto tra famiglia e tossicodipendenza, non vi sono dubbi sul fatto che la famiglia abbia un ruolo estremamente importante nella genesi della tossicodipendenza e nel suo mantenimento (Velicogna, Cioffi, Narbone, Checcucci, Vidotto, Pastore, 2003).

Nella famiglia della paziente emerge quel che Roberto Mazza (2010) afferma, ovvero che ciò che caratterizza le famiglie di origine dei tossicodipendenti, non è tanto la condizione economica nella quale si trovano, ma piuttosto le dinamiche interne alla relazione e l'estrema e permanente sofferenza che vi regna, già prima dell'esordio della tossicodipendenza nei figli.

La famiglia di Monica è fondata su relazioni di accudimento estremamente disfunzionali, caratterizzate da trascuratezze e da un profondo abbandono affettivo, dovuti all'incapacità delle figure di genitoriali di rispondere ai bisogni (soprattutto affettivi) dei figli. La loro infanzia è costellata di permanenti sentimenti di sofferenza e solitudine.

Dall'analisi della letteratura emerge inoltre che frequentemente, all'interno delle famiglie di origine di tali donne, anche gli altri membri (genitori e/o fratelli e sorelle) hanno una dipendenza da sostanze o soffrono di altre psicopatologie.

Il padre della paziente ha assunto alcol fin da quando era molto giovane ed è stato, inoltre, una presenza molto violenta nel contesto familiare. La madre, invece, ha sviluppato una dipendenza da alcol nel corso dell'infanzia della bambina, condizione che l'ha portata a rivolgersi ai Servizi di cura e a sottoporsi a diversi ricoveri presso le Cliniche specializzate. A Monica, nel corso dell'adolescenza, è stata diagnosticata una grave depressione, alla quale può essere collegata l'insorgenza e il mantenimento della dipendenza da alcol. Anche al fratello, sempre nel corso dell'adolescenza, è stata diagnosticata una grave depressione e anche lui, successivamente ha sviluppato una dipendenza da sostanze. Anche il fratello, come il padre, è stata una figura estremamente rabbiosa e violenta.

Dagli studi emerge come gran parte delle donne che sviluppano una dipendenza da sostanze, siano state, nel corso della loro vita, vittime di aggressioni e abusi sessuali e fisici, in particolar modo nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, all'interno della famiglia d'origine (Brems, Johnson, Neal, Freemon, 2004). L'abuso fisico è spesso citato nella letteratura (Brady, Randall 1999) come una caratteristica peculiare delle tossicodipendenze femminili.

Nella storia di vita della paziente, in particolar modo nell'infanzia, emergono ripetute esperienze di abuso sessuale. La donna, infatti, è stata vittima di molteplici abusi sessuali subiti da parte dello zio paterno, quando aveva meno di dieci anni. Tali esperienze, in età più avanzata, hanno causato un blocco sul piano della sessualità. La paziente dice di aver sempre provato vergogna nell'atto sessuale e di sentire un senso di sporcizia. Lei stessa afferma di non essere mai riuscita a guardare il volto di un uomo durante un atto sessuale e di riuscire a praticarlo esclusivamente al buio.

Le esperienze di abuso sessuale, in particolar modo se vissute all'interno del proprio contesto familiare hanno effetti disorganizzanti sulla costituzione di un Modello Operativo Interno stabile (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

Soltanto all'età di 18 anni, in preda ad un momento di rabbia, riuscì a confessare ai genitori gli abusi sessuali subito. Le reazioni dei genitori furono in linea con il loro stile genitoriale: la madre si mise a piangere dicendo di non essersene accorta, mentre il padre inizialmente ebbe un'espressione scombussolata, ma senza mostrare particolari reazioni. Successivamente rimproverò la figlia per non averlo detto prima. È evidente come da parte dei genitori il trauma sia stato negato e non riconosciuto.

La letteratura sostiene che i genitori dei tossicodipendenti frequentemente hanno un'alterazione della competenza autobiografica, ovvero deformano la realtà della propria storia personale a livello di comprensibilità e veridicità. Nelle storie di vita delle madri delle donne tossicodipendenti si riscontrano sovente profonde lacune per quanto riguarda specifici eventi della loro vita che non sono stati elaborati e che impediscono di instaurare una relazione trasparente con le figlie (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

Tale evento non elaborato che impedisce di instaurare una relazione madre-figlia sincera è evidente nella storia di vita della paziente. La madre, per tutto il corso della propria vita è stata intrappolata nel risentimento per aver perso la prima figlia, figura che ha cercato in Monica. Tale condizione ha sempre tenuto in ombra la persona di Monica, con le proprie caratteristiche e i propri bisogni e ha impedito alla madre di investire affettivamente nella loro relazione madre-figlia.

Il padre di Monica appare invece come estremamente periferico e assente, tanto che la stessa paziente lo definisce una "figura di passaggio". È stato inoltre molto violento nei confronti della moglie e dei figli. Anche durante gli incontri tenuti presso la Comunità, in presenza degli operatori, ha sempre negato tutto sostenendo di aver fatto tutto quel che ha potuto per non far mancare niente alla propria famiglia e che, se la figlia ha riportato tali informazioni sulla sua persona, è stato solo per metterlo in cattiva luce.

Un importante fattore di vulnerabilità connesso al comportamento sintomatico è proprio la trasmissione intergenerazionale della minimizzazione della carenza (abbandono affettivo), che non viene riconosciuta dai genitori come fonte di gravi carenze affettive nel bambino o come patogena (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

Anche la disorganizzazione dell'attaccamento sembra avere un ruolo estremamente importante nello sviluppo di una dipendenza da sostanze. La teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1980) ha sottolineato l'importanza della qualità dei primi legami affettivi che si instaurano nella precoce relazione madre-bambino, per lo sviluppo emotivo e cognitivo. La letteratura ha messo in evidenza che numerose donne tossicodipendenti hanno vissuto all'interno delle famiglie d'origine esperienze precoci di trascuratezza, insensibilità e di cure non adeguate, che rendono invalida proprio l'esperienza di base sicura fornita dal caregiver (Bowlby, 1988; Cicchetti, Rizley, 1981; Rutter, 1989).

La letteratura che si è occupata di tali temi ha riscontrato che, in molti casi, la vita della madre della donna tossicodipendente è segnata da eventi squalificanti, non elaborati che comportano

il rischio che essa, a sua volta, instauri un accudimento trascurante nei confronti della figlia, producendo gli stessi effetti negativi subiti. Conseguentemente, nella giovane donna si verifica il rischio che anch'essa riproponga in futuro lo stesso tipo di accudimento incarnando lo stile genitoriale della figura materna.

Anche questo passaggio intergenerazionale è molto evidente nella storia della paziente. Innanzitutto, nel ruolo di figlia, la configurazione relazionale madre-bambina che si riscontra è quella dell'inversione dei ruoli: la bambina risponde ad una richiesta implicita da parte della madre di fornirle sostegno, di accudirla e di farle da contenitore. La paziente, infatti, trascorreva quasi tutte le notti nel letto della madre (quando tornava a casa alterata dall'alcol) per aiutarla quando piangeva, quando dava di stomaco e quando si urinava addosso. Quando era la bambina a sentire il bisogno di parlare con qualcuno di quello che la angosciava non poteva permettersi di farlo, perché doveva badare a sua madre affinché stesse bene, senza appesantirla ulteriormente con i suoi problemi. Monica riporta di non essere andata a scuola numerose volte, per assicurarsi che la madre non uscisse per andare ad assumere alcol.

La paziente, a sua volta, ha instaurato la stessa configurazione relazionale con il figlio, caratterizzata dalla precoce adultizzazione del bambino e l'inversione dei ruoli genitore-figlio. Anche nella famiglia attuale della paziente era il bambino a prendersi cura della madre. Il bambino cercava di responsabilizzarla dicendole: "mamma non bere perché ti fa male". Quando uscivano insieme e lei si sentiva male, era proprio il figlio a cercare aiuto. Anche nelle chiamate concesse dalla Comunità con il bambino la paziente più volte si è mostrata in lacrime, molto sofferente e, in quella situazione, il figlio assumeva il ruolo di adulto cercando di tranquillizzarla, dicendole che il percorso era per il suo bene e che dopo avrebbero vissuto meglio insieme.

Cirillo (1995) sostiene, per quanto riguarda l'acquisizione del ruolo genitoriale, che l'incapacità di tali genitori di rispondere ai bisogni (principalmente affettivi) dei figli sia dovuta al loro essere "*bambini incompiuti*". Si tratterebbe dunque di un blocco evolutivo in cui il genitore è condizionato a tal punto dalla carenza affettiva vissuta nelle sue relazioni primarie in qualità di figlio, da non essere in grado di dare le risposte emotive necessarie al suo bambino (Mazza, 2010).

La loro infanzia è caratterizzata da grandi difficoltà nella relazione di allevamento tra madre e figlia, all'interno della quale i profondi bisogni affettivi della bambina non vengono compresi e soddisfatti, generando un bisogno di dipendenza, di compensazione affettiva e di

riconoscimento (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017) che si protrae per tutto il corso dello sviluppo.

Anche la condizione di dipendenza affettiva dalla madre è molto evidente nel caso della paziente. La relazione di attaccamento della donna con la madre risulta molto disturbata. La donna appare bloccata in una dimensione di bambina nei confronti della madre, nonostante essa l'abbia sempre "usata da contenitore", mentre cercava di sopprimere e colmare il senso di colpa legato all'aver "abbandonato" la prima figlia.

Tale condizione di bambina è emersa in modo molto evidente durante un periodo di difficoltà del percorso della paziente, in cui ha saputo che le condizioni di salute della madre, ormai anziana e invalida, erano peggiorate. La donna, molto turbata e preoccupata, iniziò ad esprimere un forte desiderio di interrompere il percorso per poter tornare a casa ad assistere la madre malata. In questo periodo di difficoltà, è emerso quanto, sotto certi aspetti, la paziente investisse più sul rapporto con la madre che sulla relazione con il proprio figlio, proprio perché bloccata nella dimensione di figlia, dipendente dal soddisfare i bisogni della madre.

Tali giovani donne crescono senza la possibilità di vivere una condizione di contenimento, conforto e sostegno da parte delle loro madri, che appaiono concentrate sui propri problemi personali. A fronte di tali trascuratezze, le figlie sono spinte ad attuare una auto-organizzazione, che però, il più delle volte, risulta essere confusa (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

La paziente non è altro che una donna che ha cercato di fare del suo meglio con gli strumenti che aveva a disposizione. A fronte di tutte le carenze subite e dell'estrema angoscia di solitudine vissute fin dai primi anni di vita, la sua auto-organizzazione non può che essere confusa e disorganizzata sul piano dell'attaccamento.

Nella storia di vita della paziente appare evidente come l'alcol assolve a una funzione auto-terapica. L'alcol ha funzione dissociativa sul piano emotivo perché troppo traumatico e doloroso per poter essere sentito e vissuto. Infatti, l'assunzione di sostanze (in questo caso l'alcol) diviene un modo per attenuare il dolore associato a tali stati interni sentiti come intollerabili e non rappresentabili.

Fu proprio questa sofferenza insopportabile a spingerla a compiere l'atto più estremo che una persona possa compiere e che fece scattare l'allarme delle Istituzioni: il tentativo anticonservativo.

### *3.4 Il progetto terapeutico*

Durante il percorso terapeutico della paziente sono stati attivati molteplici interventi.

Innanzitutto, sono stati attuati interventi di psicoterapia individuale a cadenza settimanale con uno psicologo, psicoterapeuta. Nel corso delle sedute, insieme alla paziente si è cercato di delineare e di rimettere ordine nella propria storia personale che appariva particolarmente confusa e disconnessa, composta da tanti eventi frammentati e slegati fra loro. Si è poi svolto un lavoro mirato all'acquisizione di consapevolezza da parte della paziente della sua dipendenza relazionale dalla madre, con l'obiettivo di andare, successivamente, a lavorare sulla relazione con il figlio. Tali interventi a sostegno della genitorialità fragile della donna sono stati perseguiti nel tentativo di evitare che la paziente riproducesse nella relazione con il figlio le stesse trascuratezze e carenze affettive che avevano caratterizzato la sua infanzia.

A tal proposito sono stati programmati numerosi incontri, a cadenza mensile, con il bambino, supportato nella vita quotidiana da assistenti sociali e educatori. Gli incontri sono stati strutturati in modo tale da raggiungere un progressivo avvicinamento delle due figure. I primi incontri prevedevano fasi di gioco e attività ludiche, mentre più avanti nel percorso si è cercato di lavorare maggiormente sulla genitorialità della paziente nella relazione con il figlio.

Il bambino, in accordo con i Servizi e in una fase più avanzata del percorso, ha anche fatto visita alla Struttura, in modo da conoscere il luogo in cui si trovava la madre e vedere con chi condivideva il tempo durante le giornate. È stato un modo più facile per riavvicinarsi, anche grazie alle caratteristiche stesse della Struttura che possiede numerosi animali da fattoria, con i quali madre e figlio hanno potuto giocare in una situazione più libera e meno formale, e grazie alle spaziose aree verdi che permettono di godere dei momenti in compagnia con maggiore serenità. Durante gli incontri con il figlio, sempre monitorati dai Servizi, la paziente si è rivelata molto adeguata.

Sono stati strutturati anche diversi incontri informali con i genitori della paziente, con l'obiettivo di ridurre la sua preoccupazione riguardo lo stato di salute della madre, che generava in lei il forte desiderio di interrompere il percorso.

La paziente ha anche partecipato agli incontri di psicoterapia di gruppo a cadenza settimanale, così come previsto dalla Struttura, dove più volte si è affrontato il tema dell'essere stato figlio e dell'essere genitore (essendo alto il numero di ospiti con figli), durante i quali la donna ha avuto modo di riflettere e di confrontarsi su tale tema con gli altri ospiti.

Durante il percorso di psicoterapia individuale, la paziente è riuscita a riconoscere gli effetti che le carenze e trascuratezze vissute nella famiglia d'origine hanno avuto sulla sua persona e sugli eventi della sua vita, compresa la sua dipendenza patologica dall'alcol come strategia per farne fronte. Parallelamente al percorso di emancipazione e astinenza dalla sostanza, la paziente è riuscita a comprendere empaticamente i bisogni emotivi ed affettivi del figlio e ha avuto modo di mettere in campo uno stile genitoriale più attento ai bisogni del bambino.

Come affermato più volte nella letteratura, la famiglia e le persone significative hanno un ruolo fondamentale nell'insorgenza e nel mantenimento di una dipendenza da sostanze, ma soprattutto nella riuscita del trattamento.

## CONCLUSIONI

La qualità dei primi legami affettivi che si instaurano nella relazione madre-bambino è di fondamentale importanza per lo sviluppo cognitivo ed emotivo (Bowlby, 1963). Le situazioni di attaccamento funzionale sono caratterizzate da un accudimento sensibile e attento ai bisogni del bambino. La genitorialità, generalmente, è caratterizzata dalla competenza autoriflessiva del genitore, ovvero la capacità di avere dell'altro una teoria della mente che svolge la funzione di mentalizzare e restituire al figlio i suoi contenuti affettivi e cognitivi (Bion, 1962).

L'attaccamento è uno specifico aspetto della relazione tra genitore e figlio che ha come scopo principale quello di tenere il bambino al sicuro, in salute e protetto. La relazione di attaccamento origina dall'interazione del bambino con i caregiver (coloro che si prendono cura di lui), durante la quale il bambino accumula informazioni rispetto alla disponibilità, qualità e affidabilità delle loro risposte.

Nel corso delle interazioni ripetute con i caregiver il bambino sviluppa un modello complesso della figura di attaccamento e, parallelamente, sviluppa un modello complementare di sé stesso. È dunque molto importante per il bambino (e futuro adulto) aver avuto, durante l'infanzia, un caregiver sensibile ed empatico, capace di sostenerlo con affetto e sensibilità, di dargli adeguate risposte, attenzione e riconoscimento.

Il fallimento delle prime sintonizzazioni e interazioni, che generano paura di abbandono e di non essere amato, proseguono per tutto il ciclo di vita, anche in età adulta, dando vita a profonde difficoltà relazionali. L'avvicinamento alle sostanze può essere una risposta a tali difficoltà o il tentativo di ridurre e gestire tali affetti negativi sentiti come troppo dolorosi. In situazioni come queste la sostanza diviene una forma di "automedicazione" (Scavo, 2004).

La gravidanza è un momento di grande cambiamento nella vita di una donna, durante il quale si modificano l'assetto psicologico, la relazione di coppia, il contesto familiare e i rapporti sociali. In particolare, si verificano sostanziali modificazioni del mondo rappresentazionale interno, in quanto la genitorialità oltre a implicare nuove dimensioni del sé, implica una revisione delle rappresentazioni riconducibili alle prime esperienze di attaccamento (Manzano, Palacio Espasa, Zilkha, 2001).

Nei casi di madri con dipendenza patologica da sostanze il discorso diviene ancora più complesso e delicato. Le donne che devono affrontare contemporaneamente sia la dipendenza



che la genitorialità possono essere sopraffatte dall'accumularsi di molteplici fatiche in quanto, alle difficoltà che comporta l'acquisizione del ruolo genitoriale, si aggiungono quelle legate alla dipendenza da sostanze. Frequentemente si riscontrano situazioni drammatiche di madri estremamente fragili e inadeguate che instaurano con i figli relazioni fortemente disfunzionali.

La dipendenza patologica da sostanze può essere una risposta adattiva ad una storia di vita caratterizzata da profonde carenze e trascuratezze (sul piano affettivo ed emotivo), vissute in qualità di figli, all'interno del contesto familiare. A tal proposito, Roberto Mazza (2010) afferma che *«ciò che caratterizza le famiglie dei tossicodipendenti, non riguarda la loro specifica appartenenza ad un determinato ceto sociale, ma piuttosto le dinamiche interne alla relazione e l'estrema e permanente sofferenza che vi regna, già prima dell'esordio della tossicodipendenza in un figlio»* (p. 52).

L'inadeguatezza della funzione genitoriale non corrisponde semplicemente all'incapacità di rispondere in modo adeguato ai bisogni e alle esigenze del figlio, ma coinvolge delle dinamiche psicologiche molto più profonde, legate all'identità personale e che affondano le radici nelle relazioni primarie che hanno segnato il proprio percorso di crescita in qualità di figli (Ghezzi, Vadilonga, 1996). È possibile pensare che l'inadeguatezza dei genitori tossicodipendenti nei confronti dei figli affondi le radici nelle carenze affettive e di attenzione vissute nel corso dell'infanzia nel rapporto con le proprie figure di attaccamento. Tali carenze, che in genere vengono minimizzate o non riconosciute, sembrano limitare le future competenze genitoriali.

Adottando l'ottica di trasmissione intergenerazionale del trauma (abbandono affettivo) è come se il genitore tossicodipendente non sapesse costruire per il figlio altro che la propria vicenda traumatica già vissuta con le proprie figure di riferimento (Fabris, Pigatto, 1988), in un ciclo che si autoperpetua.

Il rischio per il figlio di tossicodipendenti di diventare a sua volta tossicodipendente potrebbe essere determinato non tanto dal fatto che la tossicodipendenza del genitore costituisca un modello di riferimento da imitare (ripetizione del comportamento di abuso), quanto piuttosto alla possibilità che egli ripeta nella nuova famiglia (nella quale diventa genitore) analoghe modalità relazionali affettive ed emotive (deprivanti e depressive) e gli stessi stili di accudimento (carenziali) che hanno caratterizzato i rapporti del tossicodipendente con il nucleo d'origine (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

Un importante fattore di vulnerabilità connesso al comportamento sintomatico è proprio la trasmissione intergenerazionale della minimizzazione della carenza (abbandono affettivo), che non viene riconosciuta dai genitori come fonte di gravi carenze affettive nel bambino o come patogena (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017).

Nel caso clinico della paziente sopra esposto è piuttosto evidente la trasmissione transgenerazionale del trauma attraverso le tre generazioni. Monica ha vissuto all'interno della famiglia di origine, fin dai primi momenti di vita, esperienze di gravi trascuratezze e abbandono affettivo da parte di entrambi i genitori. Nel corso dell'infanzia è stata anche vittima di ripetuti abusi sessuali subiti all'interno del contesto familiare, trauma che, nel momento in cui riuscirà a confessare verrà negato e non riconosciuto da parte delle figure di riferimento.

La madre della paziente ha instaurato con la propria figlia una configurazione relazionale disfunzionale, caratterizzata da una precoce adultizzazione e dall'inversione dei ruoli. Questo tipo di attaccamento ha generato nella paziente una dipendenza relazionale nei confronti della propria madre. Tale dipendenza dalla figura materna ha impedito alla donna di investire affettivamente ed emotivamente nella relazione con il proprio figlio, con il quale ha instaurato la stessa configurazione relazionale esperita nella famiglia di origine, caratterizzata da una precoce adultizzazione e dall'inversione dei ruoli madre-figlio.

Gli autori Cirillo, Berrini, Cambiaso e Mazza (2017) sostengono che, affinché la catena di trasmissione transgenerazionale della carenza tra genitori e figli si interrompa, è necessario che il genitore riconosca la sofferenza del figlio provocata da un accudimento inadeguato, caratterizzato da abbandono affettivo. Nel momento in cui il genitore smette di vedere il figlio come un'estensione del proprio essere, ma come una persona che ha bisogno di riconoscimento e affetto può spezzarsi la catena. Acquisita tale consapevolezza si può lavorare affinché il figlio non viva le stesse sofferenze esperite dal genitore all'interno delle proprie relazioni primarie, causate da un accudimento trascurante e carenziale. Parallelamente, è possibile intervenire a sostegno del genitore affinché impari a riconoscere e a rispondere in modo adeguato ai bisogni affettivi e cognitivi del figlio, perseguendo l'obiettivo di una genitorialità più attenta, sensibile e funzionale ai bisogni fisici e psicologici del bambino.

Il caso della paziente, seppur difficile e molto doloroso, mi ha dato la possibilità di poter osservare come tali dinamiche di trasmissione transgenerazionale così come possono attivarsi possono essere anche interrotte e modificate nelle generazioni successive, attraverso la

progettazione di interventi di cura adeguati. I progetti e trattamenti di cura attuati hanno guidato la paziente verso l'emancipazione dalla sostanza alcolica favorendo, contemporaneamente, la creazione di uno spazio di benessere nel quale poter investire sulla relazione madre-figlio.

## BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M. D. S., Blehar M. C., Waters E., Wall S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum, Hillsdale, NY.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: assessed in the Strange Situation and at home*. Erlbaum, Hillsdale, NY.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Ammaniti, M., Speranza, A.M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., Odorisio, F., Cimino, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27, 70-90.
- Andreoli, V. (1991). *Famiglia con genitori tossicodipendenti*. In “Bambino incompiuto”, 2, 8, (pp. 151-161).
- Belsky, J., Fearon, R.M.P. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: A moderational analysis. *Development and Psychopathology*, 14, 293-310.
- Bilanci, L., D’Ascenzo, I., Fondelli, M., Marchesini, F., Pestelli, S., Pucci, O., Venturelli, M. (1995) *Tossicodipendenza: quale passato*. In Lorigo, C., Malagoli Togliatti, M., Micheli, M., (a cura di) *Famiglia. Continuità, affetti, trasformazioni*. Milano: Francoangeli.
- Bion, W.R., (1962). *Una teoria del pensiero*. In “Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico”. Roma: Armando.
- Boffo, A., (2011). *Relazioni educative: Tra comunicazione e cura*. Milano: Apogeo.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Vol. 3. Loss, New York, Basic Books (Trad. it. Attaccamento e perdita (1983). Vol. 3. La perdita della madre. Torino: Bollati Boringhieri).
- Bowlby, J. (1988). Dalla teoria dell’attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo. *Rivista di Psichiatria*, vol. 23, n. 2, (pp. 57-68).
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Brady, K.T., Randall, C.L. (1999). *Differenze di genere nei disturbi da uso di sostanze*. North America.

- Bretherton, I. (1995). *A communication perspective on attachment relationships and Internal working models*. in E. Waters, B.E. Vaughn, G. Posada, K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: new growing points of attachment theory and research* (pp. 310-329). Monograph of the Society for the Research in "Child Development", n. 60.
- Caffo, E. (1985). *La distorsione relazionale precoce tra genitore e bambino come fattore causale dell'abuso all'infanzia*. In "Bambino Incompiuto", 2.
- Cambiaso, G., Berrini, R. (1992). *Terapia della famiglia in crisi*. Milano: Francoangeli.
- Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. studio sulle terapie dei tossicomani*. Roma: NIS.
- Caretti, V., Craparo, G. (2008). *La disregolazione affettiva e la dissociazione nell'esperienza traumatica*. In Caretti, V., Craparo, G. (a cura di) *Trauma e psicopatologia: Un approccio evolutivo-relazionale*. (pp. 11-42). Roma: Astrolabio.
- Cassibba, R. (2003). *Attaccamenti multipli*. Milano: Unicopli.
- Cicchetti, D., Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Children Maltreatment*, 11, (pp. 31-55).
- Cirillo, S. (1996). *La tutela dei minori figli di genitori tossicodipendenti*. In Ghezzi, D., Vadilonga, F., a cura di "La tutela del minore". Milano: Raffaello Cortina.
- Cirillo, S., Berrini R., Cambiaso, G., Mazza, R., (1996), *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R. (2017). *La famiglia del tossicodipendente: Tra terapia e ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Fazio, L. (2000). La tossicodipendenza femminile in Italia: Specificità ed autonomia del tema. *Rassegna italiana di criminologia*, 1, (pp. 37-53).
- Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga. Coordinamento nazionale comunità di accoglienza (2002). *Maternità In-dipendente: Una ricerca condotta in comunità di accoglienza per donne tossicodipendenti con figli*. Bologna: Comunità Edizioni.

- Fabris, G., Pigatto, A. (1988). *Il predestino di una temerarietà*. Breve Saggio sui figli dei tossicomani. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol. 55.
- Fava Viziello, G., Stocco, P. (1997). *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*. Milano: Masson.
- Ghezzi, D., Vadilonga, F. (1996). *La tutela del minore*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gorrini, C., Brera, V. (2004). *La droga non ascolta: Le sofferenze dei genitori tossicodipendenti e dei loro figli. Indagine epidemiologica, riflessioni e proposte*. In *Difesa sociale*, 3, (pp. 13-52).
- Guaraldi, G., Camerini, G.B. (1987). *Età evolutiva e terza età: l'importanza di essere nonni*. In "Bambino Incompiuto", 2.
- Haley, J. (1980). *Fondamenti di Terapia della Famiglia*. Milano: Feltrinelli.
- Haseltine, F.P. (2000). *Gender differences in addiction and recovery*. In «Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine», 9(6): 579-83.
- Howes, C. (2002). *La relazione di attaccamento nel contesto dei caregiver multipli*. in J. Cassidy, P.R. Shaver (Eds.), *Manuale dell'attaccamento* (pp. 761-779). Roma: Fioriti.
- Knight, C. (2007). *A resilience framework: Perspective for educators*. *Health Education*, Vol. 107. Iss: 6, (pp. 543-555).
- Liotti, G., Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985) *Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation*. In Bretherton, I., Waters, E. (Eds): *Growing points of attachment theory and research*, *Monographs of the Society for Research in Child Development* Vol. 50, 1-2, Serial No 209, (pp. 66-104).
- Main, M., Solomon, J. (1986). *Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior*. In Brazelton, T., Youngman, M. *Affective Development in Infancy*. Ablex, Norwood, NJ.
- Malagoli Togliatti, M., Mazzoni, S. (1993). *Maternità e tossicodipendenza*. Milano: Giuffrè.
- Manzano, J., Palacio Espasa, F., Zilkha, N. (1999). *Scenari della genitorialità*. Milano: Raffaello Cortina.

- Mazza, R. (2007). *Famiglie e minori figli di tossicodipendenti*. Pisa: Tipografia Editrice Pisana.
- Menapace, L. (1985). *Droga: femminile plurale* (p. 196). Torino: Gruppo Abele.
- Molteni, L. (2011). *L'eroina al femminile*. Milano: Franco Angeli.
- Olievenstein, C. (1981). *L'infanzia del tossicomane*. In Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria, luglio-dicembre. (pp. 431-444).
- Regalia, C. (1994). *La rete sociale nella percezione degli operatori*. In Cigoli, V., a cura di Tossicomania. passaggi generazionali e intervento di rete. Milano: Francoangeli.
- Rutter, M. (1989). *Isle of Wight revisited: twenty-five years of child psychiatric epidemiology*. American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 28, (pp. 633-653).
- Scabini, E., Cigoli, V. (2000) "*Il familiare*". Milano: Raffaele Cortina.
- Scabini, E., Cigoli, V. (2000). *Il familiare: Legami, simboli e transizioni*. Milano: Raffaele Cortina.
- Scavo, M. C. (2004). *Le "colpe" dei genitori ricadono sui figli?*. In "Quaderni di Itaca", n. 10 (pp. 38-49).
- Schimmenti, A., Bifulco, A. (2008). Quando i genitori maltrattano i figli: Le radici psicopatologiche dello sviluppo affettivo. In Caretti, V., Craparo, G. (a cura di) *Trauma e psicopatologia: Un approccio evolutivo-relazionale*. (pp. 94-131). Roma: Astrolabio.
- Selvini Palazzoli, M., Selvini, M., Cirillo, S., Sorrentino, A.M. (1993). *Psicosi e misconoscimento della realtà*. In *Terapia Familiare*, n. 41.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. (1999). One social world: The integrated development of parent-child and peer relationships. In W. A., Collins & B., Laursen (Eds.), *Relationships as developmental context: The 30th Minnesota symposium on child psychology* (pp. 241-262).
- Stanton, M.D. (1979). *Famiglia e tossicomania*. In *terapia familiare*, 6, (pp. 99-115).
- Winnicott, D. W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Londra: Tavistock Publications.

## SITOGRAFIA

Ashley, O.S., Marsden, M.E., Brady, T.M. (2003). *Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review*, in «*American Journal of Drug and Alcohol Abuse*», 29(1) (pp.19-53). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. ([apa.org](http://apa.org))

Banducci, A.N., Hoffman, E.M., Lejuez, C.W., Koenen, K.C. (2014). *The impact of childhood abuse on inpatient substance users: specific links with risky sex, aggression, and emotion dysregulation*. *Child Abuse Negl.* 38(5):928-38. L'impatto dell'abuso infantile sui consumatori di sostanze ospedaliere: collegamenti specifici con sesso a rischio, aggressività e disregolazione emotiva - PubMed ([nih.gov](http://nih.gov))

Behnke, M., Smith, V.C. (2013). *Committee on substance abuse and committee on fetus and newborn. Prenatal substance abuse: short and long term effects on the exposed fetus*. *Pediatrics*;131:1009-24. Abuso di sostanze prenatali: effetti a breve e lungo termine sul feto esposto - PubMed ([nih.gov](http://nih.gov))

Blume S. B. (1997) *Donne e alcol: questioni di politica sociale*. Wilsnack S. C. editore. *Genere e alcol. Prospettive individuali e sociali*. Vol. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies, (pp. 462-489).

Brady, T.M., Ashley, O.S. (eds.) (2005). *Women in Substance Abuse Treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*, DHHS Publication No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

Brems, C., Johnson, M., Neal, D., Freeman, M. (2004). *Childhood Abuse History and Substance Use Among Men and Women Receiving Detoxification Services*. In «*American Journal of Drug & Alcohol Abuse*», 30(4): 799-821. Storia di abuso infantile e uso di sostanze tra uomini e donne che ricevono servizi di disintossicazione - PubMed ([nih.gov](http://nih.gov))

Cook, J.L., Green, C.R., Lilley, C.M., et al. (2016). *Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan*. *Canadian Medical Association Journal*; 188:191-7. <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4754181&blobtype=pdf>

EMCDDA. *Perché il genere è importante nella tossicodipendenza*. Women and gender issues related to drugs. Genere e droghe | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)



Fava Viziello, G., Simonelli, A. (2007). *Continuità e Attaccamento: Qualità dell'attaccamento trasmissione tra generazioni*. Continuità e attaccamento. ([stpauls.it](http://stpauls.it))

Istituto A.T. Beck. Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso. [Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso \(istitutobeck.com\)](http://istitutobeck.com)

Istituto A.T. Beck. *Psicoterapia, disturbi psicologici e terapie: Le dipendenze patologiche*. (Terapia Cognitivo-Comportamentale). [Le Dipendenze Patologiche \(istitutobeck.com\)](http://istitutobeck.com)

Istituto Superiore di Sanità (2003) *La tutela della salute della donna*. Rapporti ISTISAN 03/28, 2003. A cura del Comitato Pari Opportunità dell'Istituto Superiore di Sanità. [21abdeec-641d-d883-0309-a739bf2ee3b9 \(iss.it\)](http://iss.it)

Istituto Superiore di Sanità, Centro nazionale Dipendenze e Doping (2019). [Dipendenze e doping - ISS](#)

Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Osservatorio Nazionale Alcol (2021). [Alcol - L'Osservatorio nazionale alcol \(iss.it\)](#)

Kauffman, S.E., Silver, P., Poulin, J. (1997). *Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco, and other drugs*. In «Social Work»: 42(3): 231-241. [Differenze di genere negli atteggiamenti nei confronti di alcol, tabacco e altre droghe - PubMed \(nih.gov\)](#)

Kocherlakota, P. (2014). *Neonatal abstinence syndrome*. Pediatrics;134(2):e547-61. [Sindrome da astinenza neonatale - PubMed \(nih.gov\)](#)

Levy, D. W., Truman, S., Mayes, L. (2001). *The impact of prenatal cocaine use on maternal reflective functioning*. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development; Minneapolis, MN.

Ministero della Salute. Dipendenze e problemi correlati. [Dipendenze e problemi correlati \(salute.gov.it\)](http://salute.gov.it)

Minutillo, A., Pacifici, R., Scaravelli, G., De Luca, R., Palmi, I., Mortali, C., Mastrobattista, L., Berretta, P. (2016). *Gender disparity in addiction: an Italian epidemiological sketch*. Annuali dell'istituto Superiore di Sanità, 52, No.2: 176-183. [Disparità di genere nelle dipendenze: uno schizzo epidemiologico italiano - PubMed \(nih.gov\)](#)

Molteni, L. (2013). The Italian Journal on Addiction, Volume 3, Numero 2, Maggio 2013. *Revisione della letteratura in materia di genere e uso di sostanze psicoattive*.

Pichini, S., Marchei, E., Vagnarelli, F., Tarani, L., Raimondi, F., Maffucci, R., Sacher, B., Bisceglia, M., Rapisardi, G., Elicio, M.R., Biban, P., Zuccaro, P., Pacifici, R., Pierantozzi, A., Morini, L. (2012) *Valutazione dell'esposizione prenatale all'etanolo mediante analisi del meconio: risultati di uno studio multicentrico italiano*. Alcohol Clin Exp Res. 2012 Mar;36(3): EPUB 2011 Dicembre 14. PMID: 22168178. [progetto di ricerca FASD e FAS compressed-5-12.pdf \(aslroma1.it\)](#)

Pulvirenti, R.M., Righi, F., Valletta, E. (2016). *Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza*. La donna, il feto e il neonato. Quaderni ACP. [Quaderni-acp-2016\\_236\\_262-265.pdf](#)

Rechichi, J. (2021). Unità Operativa di Semi Intensiva Medica Neonatale e Follow-up in collaborazione con Ospedale Bambino Gesù.

*Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2020 (DATI 2019)*. [relazione-annuale-al-parlamento-2020-dati-2019.pdf \(politicheantidroga.gov.it\)](#)

*Relazione europea sulla droga: tendenze e sviluppi* (2022) (europa.eu). EMCDDA 2014. Relazione europea sulla droga. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze. Unione Europea, Lisbona. <https://www.emcdda.europa.eu>

Stocco, E. et al. (2002). *Women and opiate addiction: A European perspective*. Irefrea and European Commission, Valencia. [Women and opiateÉ \(drugsandalcohol.ie\)](#)

Stocco, E., et al. (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity*. Irefrea and European Commission, Venezia. [703/3179 Libro de mujeres \(drugsandalcohol.ie\)](#)

Van der Kolk, A. (2005). *Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. [Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. \(apa.org\)](#)

Van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. J. (1992). *The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples*. Child Development, 63, 840-858. [The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. \(apa.org\)](#)

Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. (1997). *Intergenerational transmission of attachment: a move to the contextual level*. In J., Atkinson, K.J., Zucker (Eds.), Attachment

and psychopathology (pp. 135-170), New York: Guilford Press. [Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. \(apa.org\)](#)

Velicogna, F., Cioffi, R., Narbone, G., Checcucci, G., Vidotto, G., Pastore, M. *Studio pilota sul tossicodipendente in comunità: caratteristiche personali ed immagine della famiglia*. Centro studi METIS, Firenze. Centro accoglienza, Empoli Centro studi METIS, Firenze. Università di Padova. Università di Cagliari. [A-pilot-study-about-drug-addict-in-community-Personal-characteristics-and-family-images.pdf \(researchgate.net\)](#)

Vigna Taglianti, F., Versino, E., Beccaria, F. (2017). *Il fenomeno delle dipendenze nella donna: aspetti epidemiologici, biologici, socio-ambientali, clinici, comportamentali*. [Microsoft PowerPoint - Vigna-Taglianti\\_OMCEO 10 febbraio 2017 \(unito.it\)](#)

Wolff, K., Perez-Montejano, R. (2014). *Sindrome da astinenza neonatale oppioide: controversie e implicazioni per la pratica*. *Curr Drug Abuse Rev* 2014; 7, (pp. 44-58).