



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 2023/2024

TESI DI LAUREA
CRESCERE IN UN CONTESTO DI TOSSICODIPENDENZA

RELATRICE:

Prof.ssa Elena Cattelino

STUDENTESSA:

Giulia Primon

21 D03 332

INDICE

INTRODUZIONE.....	2
CAPITOLO 1: ATTACCAMENTO	
1.1 Fasi di sviluppo della teoria di attaccamento.....	3
1.2 Strumenti per il rilevamento dell'attaccamento.....	5
<i>1.2.1 La Strange Situation Procedure.....</i>	<i>5</i>
<i>1.2.2 L'Adult Attachment Interview.....</i>	<i>7</i>
1.3 Modelli operativi interni.....	8
1.4 Attaccamento e DSM-5.....	10
CAPITOLO 2: GENITORIALITA'	
2.1 Definizione di genitorialità.....	12
2.2 Stili genitoriali.....	15
2.3 La teoria di Donald Winnicott.....	17
2.4. Essere genitore tossicodipendente.....	20
<i>2.4.1 Cosa si intende per dipendenza.....</i>	<i>20</i>
<i>2.4.2 Come la tossicodipendenza influenza la genitorialità.....</i>	<i>21</i>
<i>2.4.3 Caratteristiche tipiche di genitori tossicodipendenti.....</i>	<i>23</i>
CAPITOLO 3: MENTALIZZAZIONE E ATTACCAMENTO	
3.1 La mentalizzazione e l'attaccamento.....	26
<i>3.1.1 Peter Fonagy e il costrutto di mentalizzazione.....</i>	<i>28</i>
<i>3.1.2 L'organizzazione del sé nell'attaccamento disorganizzato.....</i>	<i>29</i>
3.2 Essere figlio di genitori tossicodipendenti.....	30
<i>3.2.1 Caratteristiche tipiche di figli con genitori tossicodipendenti.....</i>	<i>31</i>
<i>3.2.2 Effetti a breve e lungo termine di figli con genitori tossicodipendenti.....</i>	<i>32</i>
3.3 Modelli di prevenzione ed intervento.....	35
CONCLUSIONI.....	39
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	40

INTRODUZIONE

In diversi insegnamenti del mio percorso universitario ho avuto modo di approfondire la teoria dell'attaccamento, intesa come la tendenza che gli esseri umani hanno di formare e mantenere legami profondi e duraturi con le figure che si prendono cura di loro nel corso della vita. La teoria dell'attaccamento, elaborata da John Bowlby nel 1969, ha riscosso un enorme successo nei campi della psicologia dello sviluppo e clinica, della psicoterapia e della psichiatria, in quanto permette l'identificazione delle rappresentazioni mentali che il bambino ha della sua figura di accudimento, di sé stesso e della relazione tra sé e la figura di attaccamento e di indagare la storia di un individuo a partire dall'infanzia.

In questo elaborato l'attenzione verrà focalizzata in particolare sui legami di attaccamento sviluppati tra la diade madre-bambino, spiegandone la teoria e descrivendo le varie classificazioni del tipo di legame che sono state proposte in letteratura nel corso degli anni; sia studiando i *pattern* di attaccamento che il bambino mostra nell'infanzia, sia osservando come tale legame venga percepito nell'età adulta.

Questa introduzione teorica sarà alla base di tutto il lavoro e aiuterà a capire la fondamentale importanza dei rapporti affettivi precoci tra la figura genitoriale e il bambino per lo sviluppo di una personalità sana ed equilibrata nell'età adulta.

Verrà poi trattato quello che è il vero e proprio tema di questa tesi: la presenza di un figlio in una famiglia in cui uno o entrambi i genitori facciano uso di sostanze, e come vivere in tale contesto possa influire in una prospettiva futura. Negli ultimi anni, infatti, è apparso in maniera sempre più evidente agli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle dipendenze che molte persone dipendenti da sostanze fossero anche genitori e che, come tali, dovessero essere assistiti. Saranno descritti gli effetti della dipendenza genitoriale sull'attaccamento, analizzando i potenziali rischi che il bambino affronta in una famiglia con tali dinamiche.

CAPITOLO 1

ATTACCAMENTO

1.1 Fasi di sviluppo della teoria di attaccamento

Molte attuali ricerche nel campo della psicologia evolutiva si rifanno alla teoria dell'attaccamento, formulata da John Bowlby (1907-1990) tra gli anni Sessanta e gli anni Ottanta del Novecento. Tale teoria, riprendendo studi precedenti svolti da Konrad Lorenz (1903-1989) sull'*imprinting* e da Harry Harlow (1905-1981) su piccoli di macachi, ipotizza l'esistenza di un sistema motivazionale primario e autonomo. In particolare, Harlow superò l'idea condivisa da psicologi e sociologi degli anni Cinquanta che concepivano il rapporto madre-bambino basato sui bisogni primari (fame, sete, dolore) e su un appagamento di questi ultimi da parte della madre; si rese conto che tale legame è molto più complesso e profondo e lo dimostrò attraverso esperimenti fatti sulle scimmie Rhesus, specie asiatica di macachi. Alla nascita, Harlow, allontanò i cuccioli di scimmia dalle loro madri biologiche e per i primi sei mesi di vita i cuccioli vennero allevati da due "madri surrogato". Una madre era costruita con ferro e cavi elettrici e l'altra invece era ricoperta da stoffa morbida e calda. Harlow osservò che i piccoli di macachi mostravano maggior interesse nella madre fatta di pezza che scaldava (e non nutriva), piuttosto che in una madre surrogata in ferro che invece nutriva (e non scaldava), da cui si recavano solo se necessitavano nutrirsi.

In un esperimento successivo, per appurare la vicinanza dei piccoli alla madre surrogato di pezza, Harlow introdusse nella gabbia in cui precedentemente aveva condotto l'osservazione, un robot spaventoso, per vedere da quale madre si sarebbero recati i cuccioli per ricevere protezione. Notò che i piccoli si recavano dalla madre di stoffa per trarne conforto e le rimanevano abbracciati.

Questo studio evidenziò chiaramente che il nutrimento e, più in generale, il soddisfacimento dei bisogni primari non è l'elemento cruciale nel processo di attaccamento e che il piacere della vicinanza e del contatto sembrano invece essere essenziali al fine di garantire sicurezza e sopravvivenza (Harlow, 1958).

Bowlby descrive il comportamento di attaccamento come "quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità nei confronti di un'altra persona, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo adeguato. [...] L'attaccamento è evidente soprattutto nella prima infanzia, ma può essere osservato nell'ambito

dell'intero ciclo di vita, specialmente nei momenti di emergenza. Dato che è osservabile virtualmente in tutti gli esseri umani è considerato parte integrante della natura umana e ritenuto un comportamento che condividiamo (in vario grado) con membri di altre specie. La funzione biologica che gli viene attribuita è quella della protezione” (Bowlby, 1989, pag.25)

All'origine della motivazione umana vi è un sistema istintuale che porta l'individuo a ricercare sin dalla nascita la relazione con altri significativi, perché la maggiore prossimità della madre assicura cura e protezione dai predatori; dunque, l'attaccamento del bambino piccolo alla madre è considerato un comportamento istintivo, biologicamente determinato (Bowlby, 1969). Compito biologico e psicosociale della figura di attaccamento è quello di svolgere, nei confronti del bambino, il ruolo di una base sicura da cui affacciarsi per l'esplorazione del mondo esterno. Il bambino deve quindi essere nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato. (Bowlby, 1988). La funzione evolutiva dell'attaccamento è quindi quella di garantire la sopravvivenza del piccolo che, in prossimità dell'adulto di riferimento, è meno vulnerabile agli attacchi dei predatori. Sempre in ambito evoluzionistico, emerge dalla teoria dell'attaccamento come i bambini nascono già con un insieme di meccanismi comportamentali selezionati per aumentare le loro possibilità di sopravvivenza. Il sistema regolatorio diadico (madre-bambino) e i vari comportamenti associati ad esso vengono attivati normalmente dalla percezione di pericoli esterni e da stati di stress interni, quali malattie o stanchezza.

La relazione di attaccamento possiamo quindi dire che si forma nell'interazione con i *caregiver*, mediante cui i bambini raccolgono informazioni rispetto alla disponibilità, alla qualità e all'affidabilità delle risposte degli altri, e circa alla fine del primo anno di vita, si formano delle specifiche rappresentazioni sulle figure di riferimento, su sé stessi e sulla natura di queste relazioni.

A partire dai 18 mesi di vita degli individui, le relazioni vanno a costituire una sorta di modello mentale, una struttura schematica di conoscenza, che ognuno di noi possiede e può evocare. Vengono così a crearsi i Modelli Operativi Interni (MOI), cioè dei contenuti mentali che hanno la funzione fondamentale di prevedere alcuni aspetti della relazione con l'altro, consentendo all'individuo di organizzare il proprio comportamento di conseguenza. Successivamente esploreremo l'importanza di tali schemi, che si configurano come una sorta di conoscenza personale generalizzata e "schematica", riguardante le esperienze relazionali vissute durante il processo di crescita (Bretherton, 1995).

Vengono distinte tre fasi di sviluppo per la teoria dell'attaccamento: la prima fase si riferisce alla formulazione del concetto di attaccamento e alla sistematizzazione teorica portata avanti da Bowlby; la seconda fase si rifà all'approfondimento osservativo mediante il lavoro pionieristico di Mary Ainsworth (1913-1999) e dalla costruzione della *Strange Situation Procedure* (SSP) che ha permesso di osservare e descrivere le differenze delle risposte individuali di attaccamento dei bambini; la terza fase, infine, pone l'attenzione sulla valutazione delle dinamiche di attaccamento negli adulti.

1.2 Strumenti per il rilevamento dell'attaccamento

Negli stessi anni in cui Bowlby si era occupato di definire le basi concettuali della sua teoria, Mary Ainsworth parallelamente iniziò a studiare i bambini osservandone le interazioni con le madri in contesti naturalistici, prima in Uganda (1967) e successivamente a Baltimora (1978). Per dare un apporto empirico ai dati osservati, nel 1969 elaborò una procedura sperimentale su base osservativa: la *Strange Situation Procedure* (SSP), con lo scopo di valutare la qualità dell'attaccamento madre-bambino e studiare le differenze individuali nella risposta dei bambini alla separazione e al ricongiungimento con la madre.

Nella seconda metà degli anni Ottanta dello scorso secolo, si è iniziato ad ampliare l'indagine al "livello della rappresentazione": da questi anni non si indaga più solo il comportamento osservabile tra madre e bambino, ma anche la rappresentazione mentale di questa interazione. È stata di rilevante importanza la creazione, da parte di Mary Main e collaboratori, di uno strumento capace di fornire una classificazione dello stato della mente rispetto all'attaccamento in età adulta: *la Adult Attachment Interview* (AAI).

1.2.1 Strange Situation Procedure

La tecnica innovativa di osservazione della relazione madre-bambino permette di illustrare il funzionamento del sistema comportamentale di attaccamento nei bambini di uno o due anni, esponendoli a situazioni combinate di lieve pericolo.

La SSP viene definita come "una procedura di carattere sperimentale che si svolge in un contesto non familiare" (Trasetti, 2022) che si basa sul presupposto che, in condizioni normali, i bambini di età compresa tra i 12 e i 18 mesi utilizzano le loro figure di attaccamento come una base sicura da cui partire per l'esplorazione di un nuovo ambiente a cui tornare per cercare conforto e rassicurazione in situazione di stress. L'intera procedura prevede 8 brevi episodi della

durata di due/tre minuti ciascuno, per un totale di 30 minuti di osservazione, durante la quale il sistema di attaccamento del bambino viene sollecitato causando una condizione di stress moderato, ma crescente nel tempo che permette di valutare lo stile di attaccamento tramite l'osservazione dei comportamenti di ricerca di vicinanza che vengono messi in atto dal soggetto.

Gli episodi sono i seguenti:

1. Nella stessa stanza vengono posizionati una sedia, vari giocattoli, il caregiver e il bambino, il quale viene sistemato a terra dove può esplorare lo spazio circostante.
2. Il bambino a terra comincia ad ambientarsi; la madre e il bambino possono intrattenersi e giocare insieme.
3. Una persona sconosciuta entra nella stanza e interagisce prima con il caregiver e poi con il bambino; l'obiettivo è osservare la reazione del bambino alla presenza della persona estranea e come utilizza la figura di attaccamento per valutare la situazione e decidere se partecipare all'interazione.
4. La madre esce dalla stanza e lascia il bambino con l'estraneo: in questo episodio si andrà a verificare la relazione del bambino e la sua potenziale manifestazione di disagio.
5. Il *caregiver* torna, mentre la figura estranea esce dalla stanza. In questa fase la valutazione sarà incentrata sul comportamento del bambino nel momento di ricongiungimento con la madre.
6. Il genitore esce di nuovo dalla stanza, lasciando il bambino da solo.
7. Entra nella stanza la persona estranea, e si osserva se il bambino la considera una figura di affetto alternativa al caregiver.
8. Il caregiver rientra nella stanza e si ferma vicino alla porta, aspettando la reazione del bambino alla sua presenza.

Sulla base delle relazioni che il bambino ha durante gli episodi (in particolare nel 3 e nell'8) viene valutato lo stile di attaccamento, che può essere suddiviso in tre categorie: sicuro (gruppo B), insicuro-evitante (gruppo A) e insicuro-ambivalente (gruppo C).

Lo stile di attaccamento sicuro caratterizza individui che hanno avuto una figura di cura capace di rispondere in modo costante ai loro bisogni emotivi.

In questo caso il bambino manifesta quello che è stato definito un comportamento di base sicura ed è caratterizzato da un equilibrio fra i comportamenti esplorativi e di ricerca di

vicinanza con il *caregiver*, e quindi un giusto equilibrio tra indipendenza/autonomia e dipendenza.

Diversamente, coloro i quali hanno avuto un caregiver poco disponibile o che lo è stato in modo incoerente svilupperanno uno stile di attaccamento insicuro, manifestando rispettivamente atteggiamenti evitanti e ansiosi/ambivalenti, il che potrebbe rendere difficile la regolazione emotiva. In particolare, chi possiede uno stile di attaccamento evitante tenderà a negare i propri affetti, ad utilizzare strategie di autoregolazione e ad affidarsi maggiormente alle regole; un individuo con uno stile d'attaccamento ansioso/ambivalente invece, tenderà ad esprimere un bisogno smisurato di vicinanza, ad essere eccessivamente preoccupato per le proprie emozioni e ad utilizzare strategie di regolazione esterna (Strathearn et al., 2019; Schindler, 2019).

In seguito alla creazione del modello di classificazione dei *pattern* di attaccamento da parte di Ainsworth, Mary Main e Judith Solomon proposero alla fine degli anni Ottanta dello scorso secolo un quarto stile di attaccamento: lo stile insicuro-disorganizzato (gruppo D). Questo pattern di attaccamento è tipico di persone che hanno vissuto in contesti maltrattanti e/o abusanti durante l'infanzia e che sono perciò caratterizzate da comportamenti contraddittori e dall'assenza di una strategia di regolazione affettiva coerente (Coffman & Swank, 2021).

Le caratteristiche più evidenti di questa categoria includono contraddizioni nelle relazioni o nei piani comportamentali del bambino e/o una sensazione di smarrimento nell'ambiente circostante. È significativo notare che i comportamenti disorganizzati emergono soltanto in presenza del genitore o durante i momenti di ricongiungimento dopo la separazione, come se non fossero una caratteristica del bambino, ma piuttosto un tratto distintivo della relazione; sembra che il bambino manchi di una strategia coerente nella sua interazione con il genitore.

1.2.2 Adult Attachment Interview

Negli anni Ottanta Main, Keplan, Cassidy valutarono l'attaccamento adulto attraverso un'intervista clinica (Main et al, 1985): l'*Adult Attachment Interview* (AAI). Tale strumento ha l'obiettivo di raccogliere le narrative dei soggetti intervistati circa l'attaccamento che da bambini mettevano in atto nei confronti dei genitori e degli altri significati. Il principio chiave di questo strumento è che la qualità della comunicazione rifletta il modo in cui le esperienze di attaccamento sono state strutturate nella mente dell'individuo (Calvo & Fava Vizziello, 1997).

Le categorie a cui è possibile pervenire attraverso la codifica dell'*Adult Attachment Interview* sono le seguenti: attaccamento autonomo, attaccamento coinvolto, attaccamento distanziante e attaccamento con lutti o traumi non risolti. La prima categoria prevede un modello di sé e dell'altro positivo che permette di instaurare delle relazioni di fiducia e di intimità, a differenza della seconda che invece prevede un modello del sé negativo che porta l'individuo ad avere una bassa autostima e una tendenza a dipendere dal giudizio altrui. Al contrario, nell'attaccamento distanziante avere un modello dell'altro negativo porta a dare l'impressione di non apprezzare le altre persone e ad apparire eccessivamente critico e cinico, sottolineando l'importanza dell'indipendenza e svalutando le relazioni. L'ultima categoria di attaccamento prevede un modello del sé e dell'altro negativi che porta l'individuo ad autocolpevolizzarsi e ad avere una forte difficoltà nel comunicare e nel fidarsi degli altri.

Mary Main e i suoi collaboratori utilizzarono l'AAI in uno studio volto a dimostrare una correlazione tra gli stili di attaccamento degli adulti e gli stili di attaccamento dei figli (valutati con la *Strange Situation*). Si poté verificare una classificazione incrociata in cui risultava che le madri autonome che parlano delle loro esperienze da bambine in modo aperto e coerente, riconoscendo sia gli eventi che le emozioni positivi e negativi, tendevano ad avere bambini sicuri. Quelle rifiutanti invece, sembrano volersi dissociare dalle esperienze negative dell'infanzia, non ammettendo l'importanza del loro significato e tenderanno ad avere figli evitanti. Le madri rifiutanti, infine, tenderanno ad essere madri preoccupate perché troppo coinvolte dai loro ricordi, crescendo così figli resistenti.

1.3 Modelli Operativi interni

Gli intrecci di categorie emersi dallo studio di Main e colleghi, sono rinvenibili anche nel concetto di *Modello Operativo interno* (MOI), sviluppato da Bowlby precedentemente basandosi sulla teoria cognitiva dell'informazione. Egli aveva ipotizzato che l'organizzazione del sistema comportamentale di attaccamento implicasse componenti cognitive, nello specifico, rappresentazioni mentali della disponibilità e dell'utilità concreta della figura di attaccamento e del sé in relazione a queste figure: "Nel modello operativo del mondo che ciascuno si costruisce, una caratteristica chiave è il concetto di chi siano le sue figure di attaccamento, di dove le si possa trovare, e del modo in cui ci si può aspettare che reagiscano. Analogamente, nel modello operativo dell'Io che ciascuno costruisce, una caratteristica chiave è il concetto di

quanto egli stesso sia accettabile o inaccettabile agli occhi delle figure di attaccamento” (Bowlby, 1973, pag.260).

I MOI sono rappresentazioni interne di relazioni specifiche e complementari (es. genitore amorevole e protettivo e sé amato e sicuro). Queste rappresentazioni delle interazioni sarebbero in seguito generalizzate, creando modelli rappresentativi relativamente stabili che il bambino, e successivamente l'adulto, utilizzerebbe per anticipare gli eventi e relazionarsi con gli altri, svolgendo così una funzione adattiva cruciale. Da un lato, infatti, il MOI garantisce stabilità e dall'altro consente al bambino di sviluppare strategie difensive e di *coping*, fondamentali per comprendere i diversi stili di attaccamento (Eagle, 2013).

Il modello di attaccamento sicuro si costruisce a partire da una relazione in cui i reciproci comportamenti e adattamenti tra genitore e bambino assicurano al piccolo un senso di sicurezza in sé stesso e negli altri consentendogli così di affrontare i vari compiti evolutivi. Al contrario, i modelli di attaccamento insicuri si svilupperebbero in contesti di cura caratterizzati da interazioni disfunzionali ed emotivamente cariche o, viceversa, caratterizzate da silenzi, rifiuti e ostilità. In questo caso, il bambino arriverebbe a sviluppare un modello operativo basato su una visione di sé e degli altri connotata da insicurezza; la necessità di mantenere una relazione di attaccamento con un *caregiver* imprevedibile o rifiutante può portare il bambino a sviluppare delle strategie compensatorie. A ogni modo la coesistenza del bisogno di mantenere la relazione di attaccamento con il *caregiver* e della necessità di proteggersi da informazioni dolorose rende difficile al bambino il compito di sviluppare una rappresentazione coerente di sé, dell'altro e della relazione. Ciò promuove il ricorso a strategie difensive.

I MOI posseduti dal bambino sono caratterizzati da una rappresentazione di sé come figura degna di amore e da una rappresentazione del *caregiver* come disponibile e supportivo. Un bambino con uno stile di attaccamento insicuro di tipo evitante mostra una propensione a evitare la figura di attaccamento, interagendo poco e manifestando segnali di incertezza.

I MOI del bambino evitante sono caratterizzati da una rappresentazione di sé come individuo non degno di affetto e del mondo come luogo freddo e inospitale, in cui non è possibile esprimere i propri sentimenti e fidarsi delle altre persone. Un bambino con un attaccamento di tipo insicuro ambivalente presenta MOI caratterizzati da una rappresentazione di sé come individuo non degno d'amore e degli altri come imprevedibili. I MOI del bambino con stile di attaccamento disorganizzato sono caratterizzati da rappresentazioni di sé e del

mondo come frammentati e del *caregiver* come individuo pericoloso e minaccioso, ma che allo stesso tempo gli garantisce protezione e salvezza.

Questa cornice teorica evidenzia come sia fondamentale per l'equilibrio psicofisico ed emozionale aver avuto nella prima infanzia un *caregiver* capace di sostenere con affetto e sensibilità, di dare attenzione e riconoscimento. In seguito, verrà approfondito come la presenza di un genitore tossicodipendente generi frequentemente un attaccamento di tipo insicuro e carenze affettive e come questo impatti nella crescita del bambino.

1.5 Attaccamento e DSM-5

L'attaccamento insicuro durante l'infanzia rappresenta un potenziale elemento di rischio, poiché costituisce una variabile evolutiva che aumenta la probabilità di sviluppare un disturbo in seguito. Viceversa, un attaccamento sicuro non è considerato garanzia di un funzionamento sano, ma “promotore” (Sameroff, 2000) della salute, o un fattore protettivo rispetto al successivo sviluppo di psicopatologia.

In termini nosografico-descrittivi, nel DSM-5¹ troviamo il disturbo reattivo dell'attaccamento e il disturbo da impegno sociale disinibito; entrambi hanno come prerequisito diagnostico l'assenza di un accudimento adeguato durante l'infanzia e sono diagnosticabili solo dopo i 9 mesi d'età; età in cui “Il primo è espresso come un disturbo internalizzante con sintomatologia depressiva e comportamento ritirato, mentre il secondo è caratterizzato da disinibizione e comportamento esternalizzante” (DSM, American Psychiatric Association, 2013, p.307).

Per quanto concerne i disturbi psicologici infantili, alcuni studiosi (DeKlyen e Greenberg, 2008) indicano che lo stile di attaccamento evitante è associato a problemi di comportamento esternalizzanti (come aggressività e comportamenti antisociali), mentre lo stile di attaccamento ambivalente è legato a disturbi interni (come ansia, depressione e ritiro).

In età adulta, i modelli operativi disorganizzati possono portare allo sviluppo di strutture mentali multiple e dissociate, che controllano e dirigono comportamenti e pensieri, portando i *caregiver* ad esprimere paura e comportamenti inaspettati e non comprensibili, risultando preoccupanti e ansiogeni per il bambino. A sua volta, in relazione al comportamento

¹ Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (2013), American Psychiatric Association

disorganizzato del genitore, nei primi anni di vita il bambino metterà in atto delle soluzioni dissociative e non funzionali.

L'ansia del genitore attiva il sistema di attaccamento del bambino, il quale cerca calma e protezione nella figura *caregiver*, nonostante questa sia anche la causa della sua paura.

CAPITOLO 2

GENITORIALITÀ

Come visto nel primo capitolo, per lo sviluppo di una personalità stabile e per un buon equilibrio psicofisico è fondamentale aver avuto nella prima infanzia un *caregiver* capace di sostenere, dare attenzione e un giusto riconoscimento.

La genitorialità la possiamo intendere come il “dovere” evolutivo sociale, come l’ardua sfida di affrontare difficoltà ed esigenze della vita quotidiana per la sopravvivenza dei figli, ma anche come una fonte di piacere e benessere, tanto che, secondo quanto affermato da Bornstein (2015), le persone con figli sono più felici e gratificate dalla propria vita rispetto a chi non li ha.

2.1 Definizione di genitorialità

La genitorialità è definita dall’American Psychological Association come “l’insieme di quelle azioni relative all’allevamento della prole” specificando come alcuni autori ne hanno individuati differenti stili, ovvero modi differenti di interagire con i propri figli (APA, 2023).

In senso più generale la funzione genitoriale la si può considerare come un complesso di abilità necessarie per fornire cure, protezione e conforto ai figli, con l’obiettivo di incrementare competenze e risorse. Vedremo però come la funzione genitoriale non abbia solo a che fare con il soddisfacimento delle esigenze dei propri figli, ma implica piuttosto complesse dinamiche psicologiche legate all’identità individuale e alla natura delle interazioni che hanno influenzato il proprio sviluppo personale (Ghezzi & Vadilonga, 1996). Per tali ragioni, la genitorialità può anche essere identificata come la rappresentazione di un momento evolutivo della dinamica affettiva, che ha origine nell’infanzia; periodo in cui vengono interiorizzati i comportamenti, i messaggi verbali e non verbali, le aspettative, i desideri e le fantasie dei propri genitori (Scabini & Cigoli, 2000).

Funzioni della genitorialità

La funzione genitoriale è influenzata da un legame biologico, ma, nonostante ciò, riesce a superarlo: infatti, non è indispensabile essere genitori per assumersi la responsabilità e la cura degli altri, ma è sufficiente che due individui mostrino una disparità di età, sviluppo, abilità e competenze. Per questo motivo, si tende a considerare la figura genitoriale in un senso più

ampio come "figura di accudimento". I comportamenti di assistenza esibiti dai genitori verso i figli sono visibili nelle interazioni quotidiane come, ad esempio, nel nutrire, sorridere e accarezzare (Simonelli, 2014).

Inoltre, la funzione genitoriale si fonda su un insieme di rappresentazioni che gli adulti sviluppano grazie alle loro esperienze infantili e, secondo l'approccio di matrice dinamica, si sostiene che la genitorialità coinvolga non solo il ruolo di genitori, ma soprattutto quello di ex figli, i quali hanno ricevuto a loro volta cure e costruito legami significativi. Queste rappresentazioni comprendono un insieme di aspettative, concetti e affetti relativi al proprio Sé, alle figure di cura del passato, al partner e al bambino, influenzando le abilità e i comportamenti di cura dell'adulto e il progresso del bambino (Stern, 1995). La genitorialità e il suo modo di esprimersi, può essere descritta mediante le funzioni che esercita:

1. funzione protettiva: risponde ai bisogni di protezione e sicurezza del bambino determinando il legame di attaccamento;
2. funzione affettiva: capacità di entrare in risonanza affettiva con l'altro senza esserne inglobato;
3. funzione regolativa: capacità di regolare i propri stati emotivi e le risposte comportamentali conseguenti;
4. funzione normativa: risponde al bisogno del bambino di avere dei limiti;
5. funzione predittiva: capacità di facilitare lo sviluppo del bambino attraverso l'adeguamento delle modalità relazionali dell'adulto nei suoi confronti;
6. funzione rappresentativa: capacità di modificare le proprie rappresentazioni in correlazione alla crescita del bambino.
7. funzione significativa: capacità di costruire una cornice che dia senso alle attività, ai bisogni e gesti del bambino;
8. funzione fantasmatica: durante il processo di diventare genitori, i neo-genitori riportano in superficie esperienze relazionali passate, talvolta ancora non risolte, e le attribuiscono alla loro interazione con il neonato. Queste proiezioni sono state descritte da Selma Fraiberg e collaboratori (1975) come "fantasmi nella stanza dei bambini", evidenziando così il forte impatto delle rappresentazioni genitoriali sulla natura della relazione instaurata tra il bambino e il *caregiver*;
9. funzione proiettiva: capacità di mantenere un equilibrio tra la relazione narcisistica e quella oggettuale;

10. funzione triadica: capacità di costruire un'alleanza cooperativa tra i genitori che permette al bambino di entrare in una logica di gioco di squadra;
11. funzione differenziale: riguarda la possibilità che la genitorialità si esprima attraverso la modalità paterna e materna (non legata in maniera rigida al sesso biologico);
12. funzione transgenerazionale: l'immissione del figlio dentro una storia familiare (Visentin, n.d).

Sempre riguardo alle funzioni a cui adempie la genitorialità, Renata Tambelli (2017) si limita ad indicarne 6 fondamentali, di cui 5 (protettiva, affettiva, regolativa, rappresentativa e fantasmatica) corrispondenti a quelle descritte da Stern, mentre con la funzione mentalizzante descrive come mediante il processo di "reverie" (Bion, 1962), il genitore assiste il bambino nello sviluppo della capacità di comprendere e riflettere sugli stati mentali propri e altrui.

Riassumendo una genitorialità ritenuta "responsabile" fa riferimento a "genitori che tutelano l'interesse superiore del figlio, assumendo un atteggiamento affettuoso, responsabile, non violento, che riconoscono i bisogni del bambino, gli fanno da guida e fissano dei limiti, in modo che il figlio possa sviluppare appieno il suo potenziale" (Milani, 2018, p.64).

Caratteristiche della genitorialità

La genitorialità presenta tre caratteristiche principali: l'autonomia, la processualità e l'intersoggettività: in primo luogo, è autonoma poiché il suo funzionamento è indipendente da altri ambiti individuali e relazionali, pur mantenendo una connessione con essi: continua a operare efficacemente anche quando altri aspetti dell'adattamento sono compromessi (per esempio, un genitore con problemi psicologici può dimostrare sensibilità nei confronti del figlio, sebbene non in modo costante nel tempo); in secondo luogo, la genitorialità è un processo dinamico poiché non è statica, ma si trasforma nel tempo grazie anche all'influenza di vari fattori come l'età, le esperienze di vita e i contesti circostanti (Manzano, Palacio Espasa & Zilkha, 1999); infine, è intersoggettiva poiché si fonda sulla capacità di reciprocamente condividere bisogni, stati mentali e affetti durante le interazioni (Stern, 1985).

Queste tre caratteristiche evidenziano come la funzione genitoriale sia una funzione complessa e multideterminata. A tal proposito, molto interessante è il modello processuale elaborato da Belsky nel 1984, nel quale viene illustrata una serie di fattori determinanti la genitorialità:

1. le caratteristiche personali del genitore, che includono la personalità, le attitudini, i valori e i modelli parentali di riferimento e delle cure genitoriali che offrono ai figli;
2. le caratteristiche personali del bambino nonché le sue disposizioni fisiche, psicologiche e i suoi bisogni di sviluppo;
3. le variabili sociali e contestuali, ovvero tutti quegli elementi che hanno un impatto indiretto sulla genitorialità (Milani, 2018).

Secondo Belsky, dunque, i fattori coinvolti sono molteplici, si influenzano reciprocamente e possono agire come fattori di rischio o di protezione riguardo alla genitorialità. Esistono vari fattori di stress per i genitori che possono riflettersi sulle loro capacità genitoriali e quindi sullo sviluppo del bambino: difficoltà nel rapporto di coppia, separazione, esperienze lavorative negative (mobbing, licenziamenti), supporto sociale carente (morte di una figura di riferimento).

I *caregiver* coinvolti nell'uso di sostanze stupefacenti possono essere esposti ad una serie di sfide nella loro capacità genitoriale; spesso non riescono ad instaurare una relazione empatica con il figlio né a comprenderne correttamente i bisogni.

Da un lato tali difficoltà sono connesse alle conseguenze dirette dell'uso di sostanze, che, in modo particolare quando vi è una dipendenza dalle stesse, genera lo stress legato al continuo bisogno di assunzione; ma dall'altro occorre considerare che il genitore tossicodipendente ha vissuto a sua volta, in qualità di figlio relazioni affettive insoddisfacenti. Queste lo hanno condizionato profondamente impedendogli di assumere un ruolo adulto e di indirizzare le proprie energie emotive verso il proprio figlio.

Molte volte, chi fa uso di sostanze e ne diventa dipendente ha vissuto esperienze traumatiche, abusi o trascuratezze da parte dei propri *caregiver*, creando così un ciclo perpetuante di sofferenza e quindi la trascuratezza genitoriale dei tossicodipendenti non è da considerare semplicemente un effetto diretto dell'assunzione di droga, ma rappresenta invece il drammatico segnale di un blocco evolutivo (Cirillo, 1996).

2.2 Stili genitoriali

La letteratura si è interessata ad indagare come diversi approcci genitoriali possano influenzare lo sviluppo cognitivo, emotivo, sociale e comportamentale dei bambini, e di come tali influenze variano in base a fattori come la cultura, l'ambiente familiare e le caratteristiche individuali dei genitori e dei figli.

Anche tra i genitori della stessa società sono riscontrabili differenze nelle modalità di cura ed educazione dei bambini. Nell'analisi di tali differenze, è stato notato che gli stili genitoriali variano lungo due aspetti distinti (Baumrind, 1971; Maccoby, Martin, 1983): uno riguardante l'apertura e il supporto offerto al figlio, e l'altro relativo alla gestione del controllo e delle aspettative poste sul figlio. Ogni genitore può manifestare una diversa combinazione di queste dimensioni e l'interazione di tali dimensioni consente di individuare quattro stili genitoriali:

1. stile autoritario: caratterizzato da scarsa accettazione ed elevato controllo/riciesta; i genitori autoritari sono poco attenti ai bisogni dei figli e raramente ne apprezzano i risultati; sono severi e inflessibili, impongono le proprie regole di condotta senza discuterle con i figli, tendono a essere direttivi ed esigenti usando atteggiamenti intimidatori per controllarli;
2. stile autorevole: caratterizzato da accettazione/supporto e controllo/riciesta elevati: i genitori che adottano tale stile sollecitano il dialogo con i figli e sono attenti ai loro bisogni, individuando le modalità migliori per soddisfarli; esercitano un risoluto controllo sul figlio, definendo norme di comportamento stabili e usando maniere non punitive;
3. stile permissivo: caratterizzato da elevata accettazione/supporto e scarso controllo/riciesta; i genitori con stile permissivo pongono poche restrizioni ai desideri dei figli, li lasciano esprimere i propri sentimenti e impulsi e li consultano sulle decisioni; tendono a minimizzare il controllo, non sono severi né esigenti nei confronti dei figli;
4. stile trascurante: caratterizzato da accettazione/ supporto e controllo/riciesta entrambi scarsi: i genitori indifferenti (o trascurati) non prestano attenzione ai bisogni dei figli e non li supportano; tendono a minimizzare il controllo sui figli e non stabiliscono regole di condotta stabili.

A seconda dello stile genitoriale adottato ci sono effetti sullo sviluppo del bambino differenti: generalmente i genitori che adottano uno stile autorevole vedono i loro figli sviluppare maggiori competenze, autostima e godere di una maggiore popolarità tra i coetanei, proprio perché fin dalla prima infanzia i bambini sono abituati ad essere indipendenti e a rispettare le regole ma non in maniera punitiva, incrementando così buone capacità di adattamento. Al contrario, i figli di genitori autoritari cresciuti in un ambiente rigido che non permette di sperimentare, mostrano carenze nelle competenze sociali e accademiche, una bassa autostima e relazioni limitate o negative con i loro pari.

Inoltre, anche genitori permissivi e trascuranti influenzano negativamente lo sviluppo dei loro figli. Entrambi tendono a manifestare impulsività, scarsa capacità di autocontrollo e risultati accademici inferiori dovuti alla mancanza di regole che genera confusione e angosce, in particolare, i secondi possono sperimentare difficoltà nelle relazioni con i coetanei.

Secondo Belesky, affinché i bambini possano svilupparsi al meglio a partire dalle proprie potenzialità genetiche, i genitori devono impegnarsi a offrire loro il miglior contesto possibile: ciò significa adottare pratiche genitoriali centrate sul bambino (tipiche dello stile autorevole), caratterizzate da sensibilità ai suoi bisogni, e stabilire una buona relazione affettiva. Richiamando una famosa espressione dello psicoanalista Winnicott (1965) si potrebbe dire che i genitori devono essere “sufficientemente buoni”.

2.3 La teoria di Donald Winnicott

Secondo Donald Winnicott, noto psicoanalista e pediatra inglese (1896-1971), il ruolo della madre (le prime cure) e quello dell’ambiente sono fondamentali per lo sviluppo del bambino e per lo strutturarsi del Sé. La funzione naturale della madre, chiamata da Winnicott “preoccupazione materna primaria”, offre al suo bambino quel sostegno necessario all’integrazione tra psiche e soma (personalizzazione), allo strutturarsi di una vera relazione oggettiva e di un senso di realtà. L’ambiente, allo stesso modo, sarà positivamente decisivo alla crescita personale del bambino purché sia disponibile e facilitante, riesca a contenere l’aggressività e dia amore permettendo però al potenziale del bambino di emergere e realizzarsi e quindi diventare indipendente.

Questo tipo di ambiente familiare venne definito da Winnicott “*good enough*” (abbastanza buono, più o meno buono); non è quindi necessario un ambiente perfetto e privo di problemi, ma un ambiente vivo, aperto al confronto, pronto ad accogliere e sostenere il bambino con i suoi desideri, le sue paure, i suoi misteri e le sue esigenze fisiche, emotive, cognitive e sociali. Anche la figura materna venne da lui identificata come “sufficientemente buona”, in grado di mediare i bisogni del piccolo con quelli dell’ambiente: si tratta di una figura che ovviamente non deve intendersi come genitore perfetto, ma come colui che risponde adeguatamente alle richieste di accudimento da parte del figlio. In tale senso la madre o altre figure che fungono da *caregiver* permettono al bambino di attribuire agli stimoli esterni un senso di continuità e prevedibilità, contenendo l’angoscia del piccolo e favorendo il processo di integrazione dell’Io.

Questo concetto ha avuto un impatto significativo sulla teoria e sulla pratica psicoanalitica, evidenziando l'importanza della relazione madre-bambino e l'idea che il fallimento e la frustrazione siano parte inevitabile del processo di crescita e sviluppo.

Se una madre fa uso di sostanze, questo può certamente rappresentare una sfida significativa per il benessere del bambino e per la relazione madre-bambino. Tuttavia, anche in situazioni in cui una madre possa lottare con problemi come l'abuso di sostanze, la teoria di Winnicott suggerisce che ciò che è più importante è che la madre sia in grado di essere "sufficientemente buona" nel soddisfare i bisogni fondamentali del bambino. Ciò significa che, nonostante le sfide personali della madre, se riesce a fornire un ambiente sicuro e amorevole per il bambino e a soddisfare i suoi bisogni di base, potrebbe ancora essere considerata "sufficientemente buona". Tuttavia, è importante notare che le situazioni in cui una madre fa uso di sostanze possono comportare rischi per il benessere del bambino e richiedono un supporto e un intervento adeguati a garantire la sicurezza e il benessere di entrambi.

Secondo l'approccio di Winnicott il bambino nasce con un potenziale innato che per esprimersi pienamente richiede la presenza di un ambiente "sufficientemente buono", ovvero favorevole allo sviluppo del vero Sé. Il percorso di individuazione parte da uno stato opposto, caratterizzato dalla dipendenza del piccolo nei confronti della madre. Per far emergere il vero Sé il bambino deve attraversare tre stadi distinti, partendo da una primaria condizione di dipendenza assoluta dalla madre nella quale vive ogni esperienza in termini di vantaggio o svantaggio. Successivamente attraversa una fase caratterizzata da una dipendenza relativa in cui inizia a collegare i propri bisogni con specifiche cure materne. Se la madre riesce positivamente nella propria funzione genitoriale, il bambino raggiunge il terzo e ultimo stadio basato sulla propria indipendenza. Questa fase è di vitale importanza poiché il bambino impara a soddisfare i propri bisogni attraverso il ricordo e l'assimilazione delle cure materne, acquisendo così la capacità di interagire con l'ambiente in modo autonomo ma flessibile, cioè in modo interdipendente.

Questo processo è agevolato da due funzioni principali svolte dalla madre o dal *caregiver*: l'*handling* e l'*holding*. L'*handling* riguarda la naturale inclinazione della madre sufficientemente buona a manipolare il bambino. È una competenza che si manifesta prima a livello fisico e poi a livello emotivo del bambino, consentendo al genitore di prendere in braccio il bambino e manipolarlo durante le attività quotidiane in modo che tutte le parti del corpo siano adeguatamente sostenute. Le diverse strategie di manipolazione hanno lo scopo di fornire al

bambino un senso di continuità del proprio corpo, permettendogli così di costruire gradualmente il suo schema corporeo personale. Il concetto di *holding*, che letteralmente significa "sostenere", si riferisce invece alla funzione di rafforzamento dell'Io fragile del bambino. L'obiettivo principale dell'*holding* è fungere da contenitore per le ansie del bambino, e ciò avviene attraverso la cura e l'attenzione ai suoi bisogni. Allo stesso tempo, l'*holding* serve a proteggere il bambino da eventi traumatici che potrebbero alimentare il senso di frammentazione dell'esperienza comune nelle prime fasi dello sviluppo infantile. La funzione di *holding* assume un ruolo cruciale non solo a livello individuale ma anche nelle relazioni interpersonali, poiché aiuta il bambino a interiorizzare un modello di figura materna protettiva, promuovendo così un atteggiamento fiducioso verso gli altri e l'ambiente circostante. Questo processo è rilevante sia durante i primi anni di vita che nell'età adulta, poiché il bisogno di supporto emotivo persiste lungo tutto il corso della vita, soprattutto in risposta a situazioni percepite come minacciose.

Le funzioni di *holding* e *handling* hanno quindi lo scopo di fornire al bambino un contesto sicuro e favorevole per l'integrazione delle dimensioni psichiche e corporee, contribuendo a mantenere un senso di continuità tra il proprio mondo interno e quello esterno. Questo influisce sulla formazione di stili di attaccamento che possono essere classificati come sicuri, insicuri o disorganizzati.

In certe fasi del percorso di sviluppo del bambino, la funzione di *holding* potrebbe non essere espletata in modo adeguato a soddisfare i suoi bisogni. In tali situazioni, il bambino potrebbe sviluppare un Sé fittizio che si conforma alle richieste dell'ambiente esterno, ma rimane distante dal proprio nucleo autentico. Questi processi possono avere conseguenze negative nella vita adulta, inducendo la persona a costruire relazioni che non riflettono la sua vera essenza, ostacolando così l'emergere e la completa realizzazione del proprio sé. Inoltre, secondo la prospettiva winnicottiana, la funzione materna non si limita a soddisfare i bisogni naturali e fisiologici del bambino, ma ha anche il compito di contenere le ansie più profonde. Queste ansie includono la paura di disintegrarsi, di perdersi, di essere abbandonati e di perdere il contatto con il proprio corpo. Da adulti, tali paure possono manifestarsi attraverso una sensazione di smarrimento e discontinuità nell'esistenza, spesso traducendosi in difficoltà nel regolare le emozioni, le relazioni e la propria corporeità.

In questo contesto, la psicoterapia può rappresentare un valido approccio per riattivare i processi legati alla *holding* materna, agendo come un contenitore per le ansie del paziente. In

questo ambiente sicuro, il paziente può esplorare ed elaborare i contenuti emotivi che prima sembravano incontrollabili, sviluppando gradualmente una maggiore capacità di gestire il contatto autentico con le emozioni dell'altro, un passo essenziale per consentire l'emergere del vero Sé.

2.4 Essere genitore tossicodipendente

La tossicodipendenza è una condizione complessa e pericolosa: oltre ad avere conseguenze negative sulla salute fisica, mentale e sociale dell'individuo, può anche essere un fenomeno che ha ripercussioni su familiari, amici e sulla società circostante, con il rischio di compromettere le relazioni e influenzare la vita delle altre persone. Nello specifico in questo paragrafo l'attenzione viene posta sull'influenza della tossicodipendenza sul ruolo genitoriale, con un'enfasi sugli effetti di tale condizione su soggetti fragili, bambini e minori d'età, figli di uno o di entrambi i genitori dipendenti da sostanze stupefacenti. A tal proposito, si è visto come ogni aspetto della realtà familiare possa avere un impatto, positivo o negativo, sulla crescita dell'individuo e come lo sviluppo neurologico e psicologico di un bambino non sia automatico, bensì avvenga in risposta a stimoli sociali ed interpersonali. Dunque, la genitorialità rappresenta una delle influenze ambientali più potenti, sia sul benessere attuale che sulle prospettive future dei bambini (Milani, 2018).

2.4.1 Cosa si intende per dipendenza

Per comprendere come la tossicodipendenza influisca sulla genitorialità, è utile fare una distinzione tra uso, abuso e dipendenza da una sostanza.

Il servizio sanitario della regione Piemonte, riporta come si debbano distinguere 3 fasi che possono portare l'uso di una sostanza a una dipendenza patologica: l'uso occasionale può provocare cambiamenti reversibili nella funzionalità della struttura del cervello; l'uso ripetuto e ricorrente, più comunemente chiamato abuso comporta invece cambiamenti nella funzionalità e nella struttura del cervello più stabili. L'ultima fase, quella terminale comporta un desiderio compulsivo (*craving*) della ricerca della sostanza, arrivando così alla situazione di *Addiction*: ossia schiavitù nei confronti dell'uso, di dipendenza patologica da sostanze. Le modificazioni del cervello in tale fase sono stabili e molto difficili da rimuovere (vedi sito della Regione Piemonte).

Il concetto di "dipendenza da sostanze" è frequentemente adoperato per definire una condizione in cui l'individuo mostra un forte desiderio di consumare sostanze psicotrope, spesso

ignorando i potenziali risvolti negativi (Zou et al., 2017). È importante evidenziare che questa condizione, identificata nel DSM-5 come Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), richiede il soddisfacimento di determinati criteri per essere diagnosticata (Dien et al. & Pratik K. Mutha, Robert L. Sainburg, 2008), nello specifico:

1. tolleranza: bisogno di aumentare la dose per raggiungere gli stessi effetti precedentemente ottenuti con una dose minore;
2. astinenza: comparsa di segni fisici e psicologici derivanti dalla cessazione dell'uso prolungato e abituale di una sostanza;
3. interruzione o riduzione delle attività sociali, lavorative o ricreative;
4. tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso;
5. dispendio di tempo;
6. perdita di controllo sull'uso;
7. problemi legati al consumo di sostanze;
8. uso continuativo e sempre maggiore;
9. uso in situazioni a rischio;
10. uso ricorrente nonostante ciò determini problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti delle sostanze. Alcuni di questi problemi possono essere legati ad esempio alla litigiosità, all'aggressività o alla capacità critica compromessa.
11. *craving*: desiderio pressante e incontrollabile di assumere la sostanza.

La dipendenza da sostanze non arreca danni esclusivamente a livello fisico, ma anche a livello psicologico, poiché i soggetti coinvolti hanno un maggiore rischio di sviluppare depressione, ansia e atteggiamenti pessimistici (Masoumi et al., 2019).

2.4.2 Come la tossicodipendenza influenza la genitorialità

Diversi autori hanno esaminato il rapporto tra genitorialità e tossicodipendenza, concentrandosi soprattutto sull'impatto che l'uso di sostanze stupefacenti da parte dei genitori ha sui figli e sulle dinamiche familiari. In particolare, gli studi di seguito riportati forniscono una panoramica dettagliata di come la tossicodipendenza influisca sulla genitorialità e sullo sviluppo dei figli, e suggeriscono interventi basati sulla teoria dell'attaccamento per migliorare le relazioni familiari e mitigare gli effetti negativi della dipendenza. Romanowicz M, e altri hanno svolto una revisione sistematica sull'argomento da cui sono emersi differenti studi citati di seguito.

Borelli insieme ai suoi collaboratori ha esplorato la qualità dell'attaccamento tra madri tossicodipendenti e i loro figli, mostrando come l'uso di oppiacei influenzi negativamente l'attaccamento e il comportamento dei bambini. I loro studi indicano che i bambini di madri con disturbi da uso di oppiacei hanno maggiori probabilità di sviluppare modelli di attaccamento disorganizzati; Goodman con altri colleghi ha condotto ricerche sull'attaccamento tra madri in trattamento con metadone e i loro bambini, riscontrando alti livelli di attaccamento disorganizzato nei figli di queste madri rispetto ai gruppi di controllo. Skinner ha incluso sia madri che padri nel suo studio sulle dinamiche familiari, evidenziando come l'uso di oppiacei da parte dei genitori influisca sulla qualità dell'interazione genitore-figlio e sui risultati comportamentali e di sviluppo dei bambini nel lungo termine. (Romanowicz M, et al., 2019).

Parolin e Simonelli con il loro articolo, hanno analizzato gli effetti dell'abuso di sostanze sulla qualità dell'attaccamento madre-figlio, sottolineando come la teoria dell'attaccamento possa essere utilizzata per sviluppare interventi mirati a migliorare la relazione tra madri tossicodipendenti e i loro figli. (Parolin M, Simonelli A, 2016).

Cataldo e colleghi si sono occupati dell'esplorazione dei meccanismi neurobiologici influenzati dalla dipendenza da droghe, come i circuiti della dopamina e dell'ossitocina, possono alterare le capacità di cura materna e l'interazione madre-bambino, portando a una ridotta sensibilità ai segnali del bambino e a un aumento dello stress materno. (Cataldo et al., 2019).

Dubayovà, con la sua ricerca ha identificato tratti ricorrenti e distintivi delle famiglie in cui almeno un genitore è tossicodipendente (Dubayovà, T. 2020) :

- difficoltà finanziaria: stato che deriva dal bisogno dei genitori di sostenere la propria dipendenza e dalla loro incapacità di mantenere un impiego, il che conduce a un ambiente domestico instabile e precario;
- alto stress causato da frequenti conflitti intrafamiliari derivanti da uno stato d'animo mutevole;
- genitorialità incoerente, povera o negligente. I genitori affetti da tossicodipendenza spesso sono assenti emotivamente e fisicamente nella crescita e nella vita dei propri figli perché si focalizzano principalmente sui propri bisogni e sul loro soddisfacimento;
- regole poco chiare o inesistenti e assenza di routine. Entrambe, nella maggior parte dei casi dipendono dall'umore genitoriale e dalla quantità di droga assunta;

- alto rischio di abusi sui bambini.

Si può affermare quindi, riassumendo, che un ambiente familiare caratterizzato dalla presenza di uno o più genitori tossicodipendenti ha spesso come conseguenza l'incapacità degli stessi di adempiere al loro ruolo di figura stabile e affidabile; pertanto i figli potrebbero non ricevere l'attenzione e il supporto emotivo di cui hanno bisogno per essere accompagnati nella loro crescita, aumentando così la possibilità, per loro, di sviluppare livelli di attaccamento disorganizzato e conseguentemente problemi di tipo psicologico e comportamentale, quali aggressività, scarso senso critico, bassa autostima e di relazioni non equilibrate.

2.4.3 Caratteristiche tipiche di genitori tossicodipendenti

La presenza di una situazione di tossicodipendenza all'interno della famiglia, nella maggior parte dei casi, porta a problemi di trascuratezza nei confronti dei familiari e, nel caso in cui a fare uso di sostanze siano i genitori, potrebbero verificarsi delle complicazioni per lo sviluppo del figlio che, invece di essere protetto, può essere maggiormente esposto a fattori di rischio. Ad esempio, nella maggior parte degli studi (Muir, et al. 2023), molti giovani sono stati esposti a violenza e abusi da parte dei genitori (IPVA).

Il problema della genitorialità nelle persone tossicodipendenti venne reso evidente dagli operatori dei servizi solo agli inizi degli anni '80 dello scorso secolo; inizia così un percorso di ricerca e di formazione finalizzato a cercare di comprendere l'entità del fenomeno e ad ampliare le conoscenze da un punto di vista biologico, psicologico e sociale. Se prima veniva presa in considerazione la patologia manifesta del genitore e si aveva una visione del tossicodipendente come figlio, piuttosto che come genitore, a partire da questo periodo si inizia ad avere un approccio al tossicodipendente più complesso e articolato, vedendolo meno schiacciato nel ruolo di figlio dei propri genitori e con più responsabilità verso i propri figli.

Nei paesi europei sempre più spesso si sta registrando un aumento del numero di donne consumatrici di sostanze, di cui molte risultano essere madri o donne incinte, e si è visto come rischio di sviluppare un'ampia gamma di difficoltà nella genitorialità che influenzeranno le loro interazioni con i figli dalla prima infanzia fino a all'età scolare e agli anni dell'adolescenza (Mayes, 1995). Osservando molte diadi madre-bambino sono risultati evidenti *pattern* comportamentali in cui le madri tossicodipendenti mostrano una sensibilità e una capacità di risposta alle emozioni dei bambini estremamente ridotte, contrapposte ad un'aumentata attività fisica, provocatorietà e intrusività (Burns, Chethik, Burns, e Clark, 1997; Hans, Bernstein, e Henson, 1999; Mayes et al., 1997; Rodning, Beckwith, & Howard, 1991). Le madri

tossicodipendenti, inoltre, mostrano spesso una grave incapacità nel comprendere i problemi di base nello sviluppo dei bambini, hanno sentimenti ambivalenti verso il desiderio di avere e tenere con sé i propri figli, ed una scarsa capacità di riflessione riguardo le esperienze emotive e cognitive dei minori (Levy, Truman, e Mayes, 2001; Mayes, 1995; Murphy e Rosenbaum, 1999). Comportamenti auto-risportati dalle madri tossicodipendenti hanno anche rivelato uno stile genitoriale duro, minaccioso, troppo coinvolto e autoritario, che si alterna a permissività, negligenza, scarso coinvolgimento, bassa tolleranza alle richieste e agli eccessi dei bambini, e inversione di ruolo genitore-figlio (Bauman e Dougherty, 1983; Harmer, Sanderson, e Mertin, 1999; Mayes, 1995; Suchman & Luthar, 2000).

Le madri affette da dipendenza sembrano essere suscettibili alla disfunzione emotiva nel loro ruolo genitoriale, il che si traduce in una limitata capacità di auto-riflessione e nell'incapacità di elaborare in modo adeguato le loro emozioni negative. Queste donne manifestano carenze nell'abilità genitoriale, che si manifestano nell'incapacità di esprimere emozioni positive durante le interazioni con i loro figli e nel conseguente rischio di adottare comportamenti eccessivamente severi o punitivi (Boffo, 2011).

Ricerche di *neuroimaging* hanno evidenziato che le regioni cerebrali coinvolte nella motivazione e nella ricompensa (la corteccia prefrontale e l'amigdala) sono le stesse che si attivano quando un genitore percepisce e/o interagisce con i segnali del proprio bambino (Rutherford, 2011). Nei casi di madri tossicodipendenti, si sono riscontrate alterazioni nei circuiti neurali associati al riconoscimento delle espressioni facciali e dei pianti dei bambini, riducendo così la loro sensibilità e reattività agli stimoli emotivi dei figli. Inoltre, ricerche condotte su numerosi adulti tossicodipendenti hanno evidenziato che i loro rapporti con i *caregiver* nelle famiglie di origine sono stati caratterizzati da una mancanza di vicinanza emotiva e un eccessivo controllo (Bernardi, Jones e Tennant, 1999), e sono risultate frequenti diagnosi di disturbi affettivi (Hans, 1999), disturbi d'ansia e disturbi di personalità nei *caregiver* (Beckwith, Howard, Espinosa e Tyler, 1999).

Bisogna comunque tenere presente che “l'evidenza empirica attesta che la dipendenza dalla droga non compromette completamente o sempre la genitorialità, e una sana relazione di accudimento può essere preservata nonostante la condizione psicopatologica; infatti, la dipendenza, come altri disturbi, e la genitorialità sono due ambiti parzialmente indipendenti e ciascuno può essere ricondotto a una molteplicità di fattori. Altre ricerche dimostrano che le donne consumatrici di sostanze sono ben consapevoli del potenziale effetto dannoso dei loro

atteggiamenti e comportamenti legati alla droga nei confronti del bambino e cercano di evitarli, cercando al contempo di soddisfare i bisogni primari del bambino. È un dato di fatto che la gravidanza e la maternità possono fungere da motivo per cercare un trattamento” (Parolin M, Simonelli A, 2016, p.3)

CAPITOLO 3

PROCESSO DI MENTALIZZAZIONE

3.1 La mentalizzazione e l'attaccamento

La disponibilità, le cure, la protezione e il fornire conforto, sono emersi come i comportamenti più significativi del caregiver per lo sviluppo della relazione di attaccamento; e, in merito a ciò, sono stati fatti notevoli progressi in merito alla ricerca sull'attaccamento, permettendo di evidenziare come tale legame possa essere differente nei diversi contesti di cura.

Sebbene esistano comportamenti distinti che descrivono specifici pattern di attaccamento, accettiamo la proposta di autori come Zeanah e Boris (2000) che hanno collocato questi pattern lungo un continuum che va dall'attaccamento sicuro, fino ai disturbi reattivi dell'attaccamento (RAD; tabella 3.1). In questo continuum vengono riflessi diversi livelli di funzionamento adattativo sia per il bambino che per la relazione bambino-caregiver; permettendo così di concettualizzare le progressive distorsioni che possono svilupparsi nelle prime relazioni di attaccamento.

Come illustrato nella tabella 3.1, il continuum viene descritto indicando i principali pattern valutativi della *Strange Situation Procedure* (SSP)² e le caratteristiche della genitorialità prevalentemente associate a ciascuno di essi.

Tabella 3.1: Caratteristiche della genitorialità nel continuum normalità-patologia dell'attaccamento infantile (Simonelli, 2014, p. 303)

Attaccamento infantile	Genitorialità
Sicuro (B)	Sensibilità, sintonizzazione affettiva e mentalizzazione.
Insicuro evitante (A)	Rifiuto, avversione per il contatto fisico, intrusività, controllo.

² La *Strange Situation* è una procedura sperimentale ideata da Mary Ainsworth per individuare quale tipo di attaccamento abbia sviluppato il bambino. In particolare, il suo obiettivo era studiare il tipo di interazione che intercorre tra la madre, un adulto estraneo e il bambino in un contesto non familiare.

Insicuro ambivalente/ resistente (C)	Incostanza delle risposte, imprevedibilità, incapacità a prendersi cura.
Disorganizzato (D)	Contesti di maltrattamento e abuso, comportamenti spaventati/spaventanti, fallimento nella protezione, comportamenti atipici.
Distorsioni della base sicura	Contesti di maltrattamento e abuso, PTSD delle madri vittime di violenza.
Disturbi reattivi dell'attaccamento (RAD)	Grave deprivazione, trascuratezza, affidamenti multipli.

Negli anni Ottanta dello scorso secolo, ricercatori come Main, Kaplan e Cassidy (1985), hanno ampliato l'area d'indagine in merito all'attaccamento, spostando l'attenzione dai comportamenti, agli aspetti dell'organizzazione del mondo rappresentazionale negli scambi madre-bambino. Tali autori hanno riscontrato, infatti, come le rappresentazioni mentali dei genitori siano legate ad esperienze precoci vissute con il proprio *caregiver* e di come questo impatti significativamente sulla qualità di attaccamento del figlio, postulando così l'ipotesi di una trasmissione intergenerazionale.

Gli stati mentali dell'adulto possono essere classificati mediante l'*Adult Attachment Interview* (AAI) (Main, Goldwyn, Hesse, 2003), intervista semi-strutturata citata nel primo capitolo che valuta le capacità dell'individuo di narrare in modo coerente e integrato, sia dal punto di vista cognitivo che emotivo, la propria storia personale (tabella 3.2).

Tabella 3.2: Categorie dell'*Adult Attachment Interview* (Simonelli, 2014, p. 304)

Modelli principali	
Sicuro/autonomo (F)	Coerenza nella narrazione delle esperienze di attaccamento, riconoscimento della loro influenza sullo sviluppo della personalità.
Distanziante (Ds)	Distanziamento, svalutazione delle relazioni di attaccamento o di idealizzazione e

	mancanza di ricordi delle esperienze con i genitori.
Preoccupato/Invischiato (E)	Attuale coinvolgimento nelle precoci relazioni di attaccamento di tipo passivo, conflittuale o spaventato.
Categorie aggiuntive	
Irrisolto/ disorganizzato (U) (Main, Hesse, 1990,1992)	Mancata elaborazione di un lutto o un trauma
Non classificabile (CC) (Hesse, 1996)	Disorganizzazione diffusa, caratterizzata da stati mentali contraddittori e incompatibili o scissi e non integrati rispetto all'attaccamento.
<i>Hostile/Helpless</i> (HH) (Lyons-Ruth, Bronfan, Atwood, 1999)	Pervasiva non integrazione della rappresentazione delle relazioni di attaccamento.

Altro autore ad essersi occupato di stati mentali è Peter Fonagy: secondo la sua prospettiva (Allen, Fonagy, Bateman, 2008; Fonagy, Target, 2005), la capacità della mente di un genitore di regolare la paura e il disagio del bambino dipende dal proprio funzionamento riflessivo, ossia dalla capacità di vedere sé stessi e gli altri in termini di stati mentali.

3.1.1 Peter Fonagy e il costrutto di mentalizzazione

Il termine “mentalization” è stato introdotto nel lessico anglosassone da Peter Fonagy che la definisce come una forma di attività mentale “immaginativa” (poiché non possiamo conoscere esattamente ciò che gli altri pensano o sentono, ma possiamo solo immaginarlo). Nel suo significato più ampio, la mentalizzazione è la capacità di rappresentazione degli stati mentali propri e altrui. La capacità di comprendere sé stessi come esseri mentali, e quindi di mentalizzare, si sviluppa attraverso interazioni reciproche all'interno di un legame interpersonale significativo tra la figura di attaccamento e il bambino (Fonagy, 1999; Fonagy et al., 2002). Infatti, l'esperienza di sé come dotati di una mente non è innata, ma si sviluppa

dall'infanzia attraverso l'adolescenza e dipende dall'interazione con menti più mature, che si presume siano benevole, rispecchianti e sufficientemente sintonizzate³.

Dagli studi di Troyer e Greitemeyer (2018) e Henschel e colleghi (Henschel, Nandrino, & Doba, 2020) è emersa in maniera significativa la correlazione che c'è tra la capacità di leggere le mente e i pattern di attaccamento riportando come le persone con attaccamento sicuro siano maggiormente capaci di riconoscere lo stato mentale proprio e dell'altro, rispetto a quelle con attaccamento insicuro.

Anche Winnicott precedentemente aveva evidenziato quanto, per lo sviluppo del vero sé, fosse cruciale che il caregiver rispecchiasse le esperienze del bambino e lo percepisse come dotato di stati mentali; in merito a questo, si può quindi osservare che i genitori incapaci di riflettere in maniera empatica sull'esperienza interna del bambino e non in grado di rispondere alle sue esigenze lo privano di un'esperienza psicologica fondamentale ed indispensabile per la costruzione di un senso del sé.

Per dimostrare la complessa interazione evolutiva tra la capacità di mentalizzazione e la sicurezza dell'attaccamento nella prima infanzia (Allen, Fonagy, Bateman, 2008, pp. 104-110), nel 1987 Fonagy, in collaborazione con Miriam e Howard Steele, avviò uno studio sulla trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento, coinvolgendo 96 coppie in attesa del loro primo figlio. Tale ricerca dimostrò quanto lo stato mentale dei caregiver in merito all'attaccamento (valutato prima della nascita del bambino), fosse indicatore predittivo di una classificazione ottenuta in seguito durante la *Strange Situation*. Oltre a ciò, la ricerca ha riportato che le madri e i padri con una buona capacità riflessiva avevano probabilità tre/quattro volte maggiore di avere figli con un attaccamento sicuro.

3.1.2 L'organizzazione del sé nell'attaccamento disorganizzato

Fonagy osservò che i genitori emotivamente sintonizzati⁴ trasmettono empatia e capacità di affrontare le situazioni attraverso un rispecchiamento⁵ contingente e caratterizzato, che prevede una corrispondenza tra le dimostrazioni del caregiver e gli affetti del bambino (Fonagy et al., 2002). Al contrario, un rispecchiamento non contingente, in cui le risposte del genitore

⁴ La sintonizzazione indica un processo di condivisione di stati affettivi e caratterizza la relazione madre-bambino.

⁵ Il rispecchiamento è di fondamentale importanza nella formazione di un iniziale senso di sé ed è la base da cui partire per creare relazioni sane con gli altri. Winnicott (1971) sostiene che è il volto della madre che fa da specchio nei primi mesi di vita di un bambino.

non riflettono accuratamente l'esperienza del bambino, può portare quest'ultimo a sviluppare un senso di vuoto interno e un falso sé. In questa situazione, le risposte incoerenti ricevute dal caregiver non permettono una buona organizzazione dei propri stati interni, e ciò porterà il bambino ad internalizzare rappresentazioni mentali dello stato dei genitori anziché dei propri, generando un'esperienza aliena all'interno del sé.

Generalmente, si può notare come un parziale fallimento di rispecchiamento si possa verificare abitualmente, nella vita di tutti, dimostrando però che le parti aliene del sé possano essere integrate mediante la capacità di mentalizzazione sviluppata; al contrario succede nei bambini con attaccamento disorganizzato, in cui può avvenire un'estensione di queste parti rendendo più difficile sviluppare un senso di coerenza e autodeterminazione del proprio sé.

Bambini di 4 o 5 anni con attaccamento disorganizzato cercano di ristabilire la coerenza del proprio sé mettendo in atto delle strategie di controllo e di manipolazione nei confronti dei loro genitori (Main, Cassidy, 1988; Cassidy, Marvin, 1992; Solomon, George, 1999), manifestando atteggiamenti punitivi o di eccessivo accudimento, non appropriati per la loro età. Inoltre, tendono ad essere estremamente vigili riguardo al comportamento del caregiver e spesso utilizzano tutti gli indizi che hanno a disposizione per cercare di prevederne il comportamento e le reazioni. Essi osservano non tanto come i loro stati mentali si riflettono nel caregiver, quanto piuttosto gli stati dell'altro che minacciano il loro senso del Sé (Fonagy, Target, 2003). In questi casi, la capacità di mentalizzare può essere presente, ma non svolge la funzione positiva di organizzatrice del Sé.

L'organizzazione difettosa del Sé derivante da un attaccamento disorganizzato rappresenta quindi un fattore di vulnerabilità, rendendo i bambini più sensibili, rispetto a quelli sicuri, a successivi traumi (Fonagy et al., 1996). La parte aliena interiorizzata assume infatti un carattere persecutorio e necessita di essere espulsa ed esternalizzata attraverso la proiezione difensiva sull'altro. Tale processo offre un temporaneo e illusorio senso di controllo e sicurezza, ma a scapito di relazioni disfunzionali. Diventa quindi fondamentale trovare altri che possano fungere da contenitore per l'esteriorizzazione del Sé tormentato, da controllare o eliminare, al fine di mantenere una certa coerenza nella propria identità e nella propria esperienza (Gazzillo, 2012).

3.2 Essere figlio di genitori tossicodipendenti

Come già evidenziato, la teoria dell'attaccamento spiega che le relazioni primarie forniscono il contesto in cui si sviluppano le capacità di regolazione emotiva e di auto-

regolazione del bambino. Tuttavia, quando il caregiver è poco responsivo e reattivo alle richieste di cura e benessere del bambino, quest'ultimo può interiorizzare un modello rappresentativo dell'altro come sprezzante, respingente e incoerente, e di sé come non meritevole di amore.

Secondo Zeanah (1996), i figli di genitori tossicodipendenti, frequentemente trascurati, tendono a sviluppare stili di attaccamento evitanti. Questi bambini spesso si assumono responsabilità che normalmente spettano ai genitori, invertendo così i ruoli familiari. Secondo Crittenden (1994), tali bambini tendono ad essere passivi, poco reattivi agli stimoli dell'ambiente, distanti dai coetanei, disorganizzati e talvolta aggressivi, oscillando tra stati di depressione e iperattività.

Van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, e Frenkel (1992) hanno condotto studi su famiglie con problemi di dipendenza e, attraverso una metanalisi, hanno esaminato l'impatto di tali problemi sullo sviluppo dell'attaccamento nel primo anno di vita. Utilizzando la *Strange Situation* (Ainsworth, 1978), hanno dimostrato che i bambini con genitori tossicodipendenti, rispetto a bambini con genitori non tossicodipendenti, sviluppano meno frequentemente un attaccamento sicuro (B) e più frequentemente un attaccamento disorganizzato (D). Sviluppare un *pattern* di attaccamento disorganizzato porta il minore ad avere aspettative negative riguardo alle risposte ai propri bisogni. Le interazioni precoci che generano paura di abbandono e la sensazione di non essere amati proseguono nell'età adulta, manifestandosi nelle difficoltà relazionali che possono spingere la persona ad usare sostanze per cercare di gestire questi affetti negativi. Infatti, la mancanza di fiducia negli altri impedisce la gestione delle situazioni difficili attraverso il supporto familiare o sociale, portando spesso all'uso di droghe come forma di "automedicazione" ⁶(Scavo, 2004).

3.2.1 Caratteristiche tipiche di figli con genitori tossicodipendenti

Grazie a ricerche come quelle di Dubayová (2020) (*Child of addicted parent-the overlooked member in a family*) e di Hemati e colleghi (2017) (*Parental communication patterns and self-esteem in adolescents with addicted parents and control group*), si è arrivati a delineare un profilo generale dei bambini con almeno un genitore tossicodipendente; questi

⁶ L'abuso di sostanze come auto-medicazione (*self-medication*) postula che l'assunzione della sostanza indurrebbe nei soggetti predisposti l'apprendimento delle proprietà auto-terapiche nei confronti del proprio disagio psichico, in modo tale da renderle compulsivamente necessarie. Nel vissuto psichico di questi soggetti, le sostanze aiutano a superare gli ostacoli della vita, a migliorare le capacità di adattamento allo stress, ad attenuare la sofferenza.

bambini non sempre hanno sintomi evidenti, e molto spesso non vengono individuati. Si parla di bambini che, a causa dei traumi subiti collegati alla tossicodipendenza dei genitori, come abusi, violenze, negligenza, presentano sintomi simili a quelli osservati in soldati che hanno prestato servizio in guerra, come disordini del sonno, depressione, ansia, *flashback* e pensieri intrusivi riguardanti le esperienze traumatiche vissute. Un bambino che vive in queste condizioni viene definito un bambino mentalmente vulnerabile e spesso presenta problemi nelle aree sociale, emotiva, comportamentale e nello stile di attaccamento.

È noto infatti come le sostanze in una persona dipendente siano la causa di alterazioni comportamentali, quali “impulsività significativa, difficoltà nella gestione dell’aggressività, autocontrollo labile/ipercontrollo, affettività ambivalente, scarsa aderenza all’esame della realtà, difficoltà nell’integrazione dei processi percettivi e di pensiero; problematiche evolutive della personalità, immaturità e debolezza dell’Io, preminenza di aspetti narcisistici, dipendenza dall’altro/scarsa riconoscimento dell’altro. Tali caratteristiche non favoriscono certamente lo sviluppo di funzioni genitoriali e non facilitano l’aprirsi di quello spazio del prendersi cura che è imprescindibile per la crescita del bambino” (Bramucci, 2019).

Gli effetti dell’abuso di sostanze da parte dei genitori sui figli che vivono in queste situazioni possono variare notevolmente in base alla gravità e alla durata della dipendenza, oltre che all’età, al sesso e alle circostanze individuali del bambino. Non di rado la tossicodipendenza è associata alla trascuratezza, talvolta anche al maltrattamento (Bramucci, 2019). Il 40% dei genitori segnalati per comportamenti fisicamente maltrattanti e il 56% dei genitori segnalati come negligenti soddisfano i criteri del Disturbo da Uso di Sostanze. In campioni di madri in trattamento per la cura all’abuso di alcol e droghe, più del 50% ha riportato di aver trascurato il proprio bambino almeno una volta. La trascuratezza è una tipologia di maltrattamento che si riferisce al fallimento del genitore o del *caregiver* nel soddisfare i bisogni primari e nel fornire le cure essenziali, l’istruzione e la dimensione affettiva appropriata all’età del bambino. Più nello specifico sono stati osservati sintomi che possono avere conseguenze a breve e lungo termine.

3.3.2 Effetti a breve e lungo termine di figli con genitori tossicodipendenti

Si parla di effetti “a breve termine” quando si hanno imminenti conseguenze derivanti da un ambiente instabile e da situazioni stressanti a cui tendenzialmente sono sottoposti i figli di genitori dipendenti; sono quindi delle piccole azioni che, se persistono nel tempo, possono diventare fonte di problemi psicologici per il bambino, spesso con conseguenze permanenti.

Questi effetti possono essere osservati sul piano fisico, emotivo, comportamentale e sociale. Ecco una panoramica dei principali effetti a breve termine (Lander, Howsare, Byrne, 2013):

1. Problemi emotivi

- Ansia e stress: i bambini possono manifestare alti livelli di ansia e stress a causa dell'incertezza e dell'instabilità domestica.
- Paura e incertezza: possono sentirsi costantemente spaventati o insicuri, soprattutto se sono esposti a situazioni di violenza domestica o abuso.

2. Problemi comportamentali

- Aggressività: alcuni bambini possono reagire all'ambiente stressante con comportamenti aggressivi o oppositivi.
- Ritiro sociale: altri possono isolarsi e mostrare difficoltà a socializzare con i coetanei
- Disturbo del sonno: possono avere difficoltà a dormire bene, soffrendo di insonnia o incubi.

3. Problemi di salute fisica

- Negligenza: possono non ricevere cure adeguate, portando a problemi di salute come malnutrizione, scarsa igiene e malattie non trattate.
- Esposizione a sostanze tossiche: se i genitori usano droghe in casa, i bambini possono essere esposti accidentalmente a sostanze tossiche.

4. Problemi scolastici

- Assenteismo: possono mancare frequentemente da scuola a causa della negligenza dei genitori o per la necessità di occuparsi delle responsabilità familiari.
- Scarso Rendimento: l'ansia e la mancanza di supporto a casa possono influenzare negativamente le loro prestazioni scolastiche.

5. Problemi relazionali

- Difficoltà di fiducia: possono avere difficoltà a fidarsi degli adulti, inclusi insegnanti e figure autorevoli.
- Problemi di attaccamento: possono sviluppare problemi di attaccamento, manifestando sia un'eccessiva dipendenza, sia una totale mancanza di attaccamento verso i genitori.

6. Problemi legali e sociali

- Esposizione a comportamenti illegali: possono essere esposti a comportamenti illegali, come il traffico di droga, che aumenta il rischio dei problemi legali.

7. Esposizione a traumi

- Abuso e negligenza: l'esposizione a situazioni di abuso fisico, emotivo o sessuale può essere più alta in contesti di tossicodipendenza.
- Violenza domestica: possono essere testimoni o vittime di violenza domestica, con conseguenze traumatiche immediate.

Gli effetti a breve termine sui figli di tossicodipendenti richiedono interventi tempestivi da parte di professionisti della salute, assistenti sociali, educatori e altre figure di supporto per stabilizzare l'ambiente del bambino e fornire un maggior supporto emotivo e fisico.

Di seguito invece, sono riportati una serie di effetti a lungo termine, che fanno riferimento alle conseguenze che l'esposizione alla tossicodipendenza dei genitori può avere sui figli nel corso della vita. Questi effetti possono essere di natura fisica, psicologica, sociale ed educativa. Ecco alcuni degli effetti più diffusi (Lander, Howsare, Byrne, 2013):

1. Problemi di salute mentale

- Depressione e ansia: i figli di tossicodipendenti hanno un rischio maggiore di sviluppare disturbi dell'umore, come la depressione e l'ansia.
- Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD): l'esposizione a situazioni traumatiche o violente legate alla tossicodipendenza dei genitori può portare a PTSD.

2. Problemi comportamentali

- Disturbi del comportamento: possono manifestare comportamenti aggressivi, oppositivi o antisociali.
- Difficoltà di autoregolazione: spesso hanno difficoltà a gestire le emozioni e a mantenere un comportamento adeguato in contesti sociali e scolastici.

3. Problemi di salute fisica

- Esposizione prenatale: se la madre fa uso di droghe durante la gravidanza, il bambino può nascere con sindrome di astinenza neonatale (NAS) e altri problemi di salute.
- Cura medica inadeguata: i figli di tossicodipendenti possono ricevere cure mediche inadeguate o sporadiche.

4. Difficoltà educative

- Scarso rendimento scolastico: le difficoltà emotive e comportamentali possono influenzare negativamente il rendimento scolastico.
- Abbandono scolastico: c'è un maggiore rischio di abbandonare la scuola precocemente.

5. Problemi relazionali

- Difficoltà nelle relazioni interpersonali: possono avere difficoltà a stabilire e mantenere relazioni sane e stabili.
- Problemi di fiducia: spesso sviluppano problemi di fiducia, dovuti all'inaffidabilità o all'abuso da parte dei genitori.

6. Rischi di dipendenza

- Modello di comportamento: esiste un rischio maggiore di sviluppare dipendenze a loro volta, seguendo il modello comportamentale dei genitori.

7. Problemi socioeconomici

- Instabilità finanziaria: possono crescere in contesti di instabilità finanziaria e povertà.
- Problemi di alloggio: rischiano di vivere in condizioni abitative precarie o di sperimentare l'instabilità abitativa.

L'effetto a lungo termine che sembra essere particolarmente grave per lo sviluppo psicoevolutivo del bambino è la comparsa di disordini psicologici rilevanti tra cui ADHD, Disturbi del Comportamento, Disturbi dell'Umore e Disturbi Post-Traumatico da Stress. I Disturbi del Comportamento si manifestano con azioni disfunzionali come aggressività, impulsività e violazione delle norme sociali, esternalizzando il disagio interno del bambino che non è abituato a seguire norme sociali e regolare il proprio comportamento, mentre per quanto riguarda i disturbi dell'umore possiamo vedere come i bambini figli di genitori tossicodipendenti siano caratterizzati da disturbi psicologici prolungati che possono manifestarsi con periodi di estrema tristezza (depressione), eccessiva euforia o eccitazione (mania), o una combinazione di entrambi (Coryell, 2021). Il Disturbo Post-Traumatico da Stress è associato invece ad eventi che provocano sentimenti di paura, impotenza o terrore. Questi possono essere esperienze dirette, come gravi lesioni fisiche o situazioni di pericolo di vita come essere testimoni di gravi incidenti o la morte di una persona cara (Barnhill, 2020).

Per concludere, una preoccupazione comune riguarda il possibile sviluppo di un Disturbo da Uso di Sostanze nei figli di tossicodipendenti. Crescere in un ambiente dove l'uso di droga è normalizzato, non significa che necessariamente i figli di genitori tossicodipendenti lo diventino a loro volta, ma è comunque un fattore di rischio importante.

3. 3 Modelli di prevenzione ed intervento

Dalla letteratura (Cuomo et al., 2008) sono emerse numerose relazioni tra dipendenza, storie di abuso e trascuratezza nell'infanzia. Questi dati aiutano a comprendere quanto sia importante offrire programmi di aiuto e di sostegno ai genitori tossicodipendenti, sia con l'obiettivo di rafforzare e sviluppare le loro capacità genitoriali, e sia in un'ottica di prevenzione per garantire che i bambini vivano in un ambiente sereno, adeguato ai loro bisogni e protetti dai fattori di rischio a cui vengono esposti.

Le comunità terapeutiche madre-bambino rappresentano un approccio promettente al fine di garantire un esito a lungo termine nei trattamenti contro l'uso di sostanze, non solo considerando i sintomi esterni del comportamento dipendente, ma anche le cause profonde del

problema e tenendo in considerazione la dimensione della genitorialità. L'obiettivo posto dalle comunità è infatti quello di attenuare o eliminare molti problemi di sviluppo nei bambini figli di madri tossicodipendenti offrendo loro un ambiente stabile e relazioni sicure (Chasnoff, 1992). All'interno di tali strutture, le donne ricevono supporto educativo e terapeutico per affrontare l'abuso di droghe e tutelare la propria salute e quella del bambino, includendo anche un rafforzamento della rete familiare e la trasmissione di competenze per la cura del figlio in un ambiente che promuove responsabilità senza colpevolizzare.

In un tempo relativamente breve, si è assistito ad un cambiamento delle comunità madre-bambino che inizialmente si concentravano sulla disintossicazione della madre e sul suo reinserimento sociale, senza prevedere trattamenti per i bambini, che venivano gestiti da enti esterni. Oggi invece, ci si è resi conto che lavorare sulla diade permette un intervento più efficace per migliorare lo sviluppo dei bambini ad alto rischio, e che è necessario offrire anche ai bambini un supporto di tipo medico e psicosociale. Tuttavia, il bambino raramente è stato il *focus* degli interventi, poiché si presume che possa trarre benefici indirettamente dal supporto dei genitori e dai servizi di trattamento della tossicodipendenza destinati alla madre; ed è quindi auspicabile che ci sia un trattamento specifico per i bambini, per affrontare le loro problematiche individuali in modo mirato.

Considerando che la persona tossicodipendente ha spesso vissuto situazioni di trascuratezza da parte dei suoi genitori, è elevato il rischio che riproduca tali situazioni nei confronti dei suoi figli (Vetere 2004): è quindi importante che il SERD si ponga come obiettivo quello di interrompere il ciclo di dipendenza e prestare attenzione non solo al tossicodipendente, ma anche al bambino. Pertanto, risulta essere essenziale identificare indicatori di rischio per i minori come base per un intervento coordinato tra Serd e i Servizi dei Minori e della famiglia.

Si dovrebbe quindi utilizzare un approccio integrato fra il servizio che si occupa della tossicodipendenza e i servizi che si occupano dei minori e della famiglia: la collaborazione fra i diversi servizi è infatti essenziale affinché possano essere affrontati sia i problemi legati direttamente all'uso della sostanza, sia quelli relazionali, degli adulti e dei minori con essi coinvolti. Un approccio sistemico⁷, che tenga conto della teoria dell'attaccamento utile a comprendere il disagio sia dei genitori che dei figli, dovrebbe essere il più indicato per gestire situazioni complesse come quelle di cui ci si occupa in questa tesi.

⁷ L'approccio sistemico è un metodo di analisi che permette di concentrarsi su un sistema complesso (come la famiglia), prendendo in considerazione tutti gli elementi costitutivi e la loro interdipendenza.

Luigi Cancrini nel testo, “Quei Temerari sulle macchine volanti” (1982), è stato uno dei primi in Italia a proporre l’applicazione dell’approccio sistemico ai problemi connessi alla tossicodipendenza.

Quanto fin qui detto fa riflettere su quanto il soggiorno in un luogo sicuro come la struttura residenziale e la presenza di un’*équipe* multidisciplinare (psicologi, assistenti sociali, educatori, medici, neuropsichiatri) a disposizione della diade possano risultare più efficaci rispetto ad una presa in carico di singole strutture quali Serd o i Servizi dei Minori che tendono a focalizzarsi su un unico componente della diade.

L’ambiente sociale influisce sia sulla presenza di fattori di rischio per lo sviluppo che sulla efficacia dei trattamenti. A tale proposito, si può ricordare come uno dei primi studiosi ad affrontare in modo sistematico il tema dell’influenza dell’ambiente sociale sullo sviluppo della persona sia stato *Bronfenbrenner* nella sua opera “L’ecologia dello sviluppo umano” (1979). In quest’opera lo studioso analizza l’influenza dei vari ambienti sullo sviluppo del bambino secondo la distanza, da quelli più vicini a quelli più lontani. Inizialmente ne considerò quattro, ed in seguito ne aggiunse un quinto.

Il primo venne definito *microsistema* ed include i gruppi che hanno un contatto diretto col bambino (per esempio, famiglia e scuola). Il secondo, il *mesosistema*, prende in considerazione le relazioni presenti tra microsistemi (ad esempio tra genitori ed insegnanti). L’*esosistema* corrisponde al terzo ambiente, ovvero al luogo che non ha relazione diretta sulla vita del bambino, ma la può influenzare perché vi appartengono persone che hanno rapporti diretti col bambino (come, ad esempio, l’ambiente di lavoro dei genitori). L’ultimo sistema che originariamente era compreso all’interno della teoria ecologica è il *macrosistema*, costituito dai valori culturali, dalla normativa e da altri elementi presenti nella società in cui vive il bambino. Il *cronosistema*, aggiunto in seguito, fa riferimento al fatto che le esperienze di vita che segnano fortemente l’individuo, variano la loro influenza a seconda del momento evolutivo in cui si verificano.

Avere una teoria di riferimento come questa può essere utile in particolare quando si deve strutturare una presa in carico, per individuare gli ambiti su cui è più importante intervenire e per tenere in considerazione la complessità e l’interazione tra relazioni e processi di influenza reciproca.

CONTATTO CON UN SERD TERRITORIALE

Durante la raccolta del materiale per la tesi, ho voluto conoscere come veniva affrontata la presa in carico dei genitori tossicodipendenti nella realtà territoriale in cui vivo, in particolare rispetto al ruolo dello psicologo, e ho per tanto richiesto un colloquio ad un'operatrice del Serd di Ivrea.

Si è detto precedentemente come, all'interno delle comunità madre-bambino, sia stata ormai sistematizzata una prassi che prevede un sostegno sia per la madre che per il figlio e che ciò permetta un netto miglioramento ai fini dell'instaurazione di una relazione più sana. Nel Serd al contrario, non vi è una prassi che coinvolge entrambi i membri della diade, ma si tende ad occuparsi solo del genitore e delle sue competenze rispetto ai problemi connessi alla situazione di tossicodipendenza.

In merito all'organizzazione del Servizio, l'operatrice mi ha raccontato che essendo quello della tossicodipendenza un problema complesso, serve, per la presa in carico, un approccio multidisciplinare: lo psicologo in particolare si occupa della psico-diagnosi, della somministrazione di test psicodiagnostici, di fornire colloqui di sostegno e psicoterapie che possono essere individuali, famigliari o di gruppo.

In molti casi, succede che alcuni utenti richiedano di entrare in comunità terapeutiche e quindi lo psicologo si occupa proprio di individuare la comunità terapeutica più adatta per la problematica del paziente. Lo psicologo al Serd, inoltre, può occuparsi anche delle questioni di giustizia; persone diagnosticate come tossicodipendenti o alcolodipendenti possono chiedere una pena alternativa alla detenzione e quindi, se sono persone già in carico, si certifica quello che dovrebbero fare al posto della pena, come potrebbe essere, ad esempio, l'obbligo di frequentare regolarmente il servizio e /o sottoporsi ad una psicoterapia.

Prima di dare indicazioni rispetto al trattamento psicologico, è prassi del servizio effettuare una presa in carico di tipo medico, in quanto coloro che accedono al servizio necessitano, *in primis*, di una terapia farmacologica per la disintossicazione o di una terapia sostitutiva; inoltre, vi sono diverse malattie legate alla dipendenza che vanno curate (se possibile) e monitorate, come l'epatite o l'HIV.

Rispetto all'eventuale presa in carico dei figli di genitori tossicodipendenti, il Serd non se ne occupa direttamente, ma eventualmente, se si viene a conoscenza dell'esistenza di problemi in tale ambito, questi vengono segnalati alla neuropsichiatria infantile, oppure al servizio sociale se esistono dubbi sull'opportunità di lasciare il minore con i genitori.

Inoltre, l'operatrice mi ha raccontato che, sempre più spesso negli ultimi anni, non è il genitore tossicodipendente che arriva chiedendo la presa in carico e fa emergere il problema della gestione del figlio, ma succede il contrario: il tribunale dei minori segnala al Serd la presenza di una situazione a rischio per il minore e prescrive a un genitore o ad entrambi di rivolgersi al servizio.

CONCLUSIONI

Con la presente tesi si è voluto indagare l'interconnessione tra i fenomeni della tossicodipendenza e della genitorialità, evidenziando come le conseguenze negative delle droghe non siano dannose solo per la persona dipendente, ma anche per coloro con cui quest'ultima è in relazione, in particolare i figli. È emerso come i comportamenti dei genitori tossicodipendenti influenzino la vita e la salute dei figli e come le prime difficoltà significative si manifestino nell'ambito dell'attaccamento. Nel caso in cui lo stile di attaccamento risulti sicuro, si riducono nella prole i rischi di insorgenza di patologie psichiche che invece tendono ad aumentare qualora gli stili di attaccamento siano più o meno inadeguati (insicuro evitante, ambivalente e disorganizzato). Infatti, nel periodo in cui si costruisce la relazione di attaccamento, le competenze genitoriali sono fondamentali; purtroppo, nel caso dei genitori tossicodipendenti, risultano essere compromesse a causa delle alterazioni comportamentali causate dall'assunzione delle sostanze.

Considerando anche l'importanza della teoria ecologica dello sviluppo della persona di Bronfenbrenner, i comportamenti dei *caregiver*, come una *routine* discontinua, negligenza, possibili maltrattamenti, scarso interesse per l'educazione e per l'istruzione dei figli, e la disattenzione nel lasciare le sostanze accessibili possono impattare gravemente sulla crescita sana del minore, aumentando il rischio di sviluppo di disturbi mentali, del comportamento, dell'umore o post-traumatici. In ogni caso, è importante valorizzare le capacità affettive ed educative residue dei genitori, attraverso adeguate modalità di presa in carico che non si occupino soltanto del rapporto diretto tra tossicodipendente e sostanza, prevedendo programmi di supporto specifici sia per i genitori che per i figli, adatti alle esigenze particolari della loro situazione.

Nella letteratura consultata per questa tesi, manca un riferimento alle eventuali diverse conseguenze sulle capacità genitoriali dei tossicodipendenti in relazione alla dipendenza da differenti sostanze; cito questo aspetto perché mi parrebbe meritevole di un approfondimento a cui potrei dedicarmi nel seguito dei miei studi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ainsworth M. D. S., Blehar M. C., Waters E., Wall S. (1978), *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*, Laurence Erlbaum, Hillsdale, NY.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2008). *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Bologna: Tr. it il Mulino.
- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008), *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Tr.it. Raffaello Cortina Milano 2010.
- APA Dictionary of Psychology. (2003) *Definizione di parenting*
- Barnhill J.W. (2020). Disturbo post-traumatico da stress. *Manuale MSD*, Versione per i Pazienti.
- Bauman P. S., Dougherty F. E. (1983), Drug-addicted mothers' parenting and their children's development, *International Journal of the Addictions*; 18, 291–302.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt.2), 1–103.
- Beckwith L., Howard J., Espinosa M., Tyler R. (1999), Psychopathology, mother–child interaction, and infant development: Substance abusing mothers and their offspring. *Development and Psychopathology* 11, 715– 725
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83–96.
- Bernardi E., Jones M., Tennant C. (1989), Quality of parenting in alcoholics and narcotic addicts, *British Journal of Psychiatry*, 154, 677-682.
- Bion, W., (1962), “Una teoria del pensiero”. Tr. it. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma 1970.
- Boffo A. (2011), *Relazioni educative, tra comunicazione e cura: autori e testi*, Apogeo, Milano.
- Bornstein, M. H. (2015). “Children's parents”. In M. H. Bornstein, T. Leventhal, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology and developmental science: Ecological settings and processes* (7th ed., pp. 55–132). John Wiley & Sons, Inc..
- Bowlby J. (1969), *Attachment and loss. Vol 1. Attachment*, New York, Basic Books (Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 1. L'attaccamento alla madre*, Torino, Bollati Boringhieri, 1972).

- Bowlby J. (1973), *Attachment and loss. Vol 2. Separation*, New York, Basic Books (Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 2. La separazione dalla madre*, Torino, Bollati Boringhieri, 1975).
- Bowlby J. (1988), *Una base sicura*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano 1989.
- Bramucci A. (2019). *Tossicodipendenza e genitorialità fragile*. Consultabile da: <https://www.andreabramucci.com/2019/12/11/tossicodipendenza-e-genitorialita-fragile/>
- 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.
- Britner PA, Marvin RS, Pianta RC. (2005) “Development and preliminary validation of the caregiving behavior system: association with child attachment classification in the preschool strange situation”. *Attachment & Human Development*. 7(1), 83-102.
- Burns K. A., Chethik L., Burns W. J., Clark R. (1997), The early relationship of drug abusing mothers and their infants: An assessment at eight to twelve months of age, *Journal of Clinical Psychology*, 53, 279–287.
- Calvo V., Fava Vizziello G.M. (1997), “La valutazione dell'attaccamento nel bambino e nell'adulto: Strange Situation e Adult Attachment Interview”, in Del Corno F., Lang M. (a cura di.), *La diagnosi testologica*, Milano, Franco Angeli, 480 – 512.
- Cataldo I, Azhari A, Coppola A, Bornstein MH and Esposito G (2019) The Influences of Drug Abuse on Mother-Infant Interaction Through the Lens of the Biopsychosocial Model of Health and Illness: A Review. *Frontiers in Public Health* 7, 45. doi: 10.3389/fpubh.2019.00045
- Chasnoff, I.J., Griffith, D.R., Freier, C., Murray, J. (1992), Cocaine/poly-drug use in pregnancy: Two-year follow-up. *Pediatrics*, 89 (2), 284-289.
- Cirillo, S. Berrini R. Cambiaso G. e Mazza R. (1996). *La famiglia del tossicodipendente*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Coffman, E., & Swank, J. (2021). Attachment Styles and the Family Systems of Individuals Affected by Substance Abuse. *The Family Journal*, 29(1), 102–108.

- Coryell, W. (2021) *Panoramica sui disturbi dell'umore*. Manuale MSD, Versione per i Pazienti. Consultabile: <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salutementale/disturbi-dell-umore/panoramica-sui-disturbi-dell-umore>.
- Crittenden P. M. (1999), *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*, Trad. Cionini (2005). Raffaello Cortina Editore.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Di Giannantonio, M., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, Impulsivity, Personality Traits, and Childhood Trauma of Prisoners with Substance Abuse and Addiction. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 339–345.
- Dubayová, T. (2020). Child of Addicted Parents - the Overlooked Member in a Family. *Social Pathology and Prevention*, 5(1), 31–39. <https://doi.org/10.25142/spp.2019.008>
- Eagle M N. (2013). *Attaccamento e psicoanalisi. Teoria, ricerca e implicazioni cliniche*. Tr.it. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 595–624). The Guilford Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early Intervention and the Development of Self-Regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307–335.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*. Whurr Publishers.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7(3), 333–34.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22–31.
- Gazzillo F. (2012). *I sabotatori interni-il funzionamento delle organizzazioni patologiche di personalità*. Raffaello Cortina Editore.
- Ghezzi, D., Valdilonga, F. (1996) *La tutela del minore, protezione dei bambini e funzione genitoriale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

- Hans L. L., Bernstein V. J., Henson L. G. (1999), The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women, *Development and Psychopathology*; 11,957–977.
- Harmer A. L. M., Sanderson J., Mertin P. (1999), Influence of negative childhood experiences on psychological functioning, social support, and parenting for mothers recovering from addiction. *Child Abuse and Neglect*; 23:421–433
- Hemati Z, Abbasi S, Kiani D. (2017) Parental communication patterns and self-esteem in adolescents with addicted parents and control group. *NPT*, 4(2):96-102.
- Henschel, S., Nandrino, J.-L., & Doba, K. (2020). Emotion regulation and empathic abilities in young adults: The role of attachment styles. *Personality and Individual Differences*, 156, 109763.
- Hesse E. (1996) “Discourse, memory, and the adult attachment interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category”. *Infant Mental Health Journal*, 17 (1), 4-11.
- Lander L. Howsare J. e Byrne M. (2013). The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice. *Social Work in Public Health*, 28 (3-4),194-205.
- 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.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). “A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother–infant interaction”. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 33–70). The Guilford Press.
- MacCoby E, Martin J. (1983), The role of psychological research in the formation of policies affecting children. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development*, 38, 457-465
- Main M, Kaplan N, Cassidy J (1985). Valutazione della sicurezza nella prima infanzia nella seconda infanzia e nell’età adulta: il passaggio al livello rappresentazionale. In Main M, *L’attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*, pp.125-170. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2008.

- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1-2), 66–104.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology, 24*(3), 415–426
- Main M, Hesse E (1990). “Parents’ unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?” In MT Greenberg, D Cicchetti, EM Cummings (eds) *Attachment in the preschool years*, pp. 161-182. Chicago University Press, Chicago, IL
- Main M., Goldwyn, R., Hesse, E (2003). Adult attachment scoring and classification system. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Manzano, J., Palacio F., Zijlha, N. (2001) *Scenari della genitorialità, la consultazione genitoribambino*. Raffello Cortina Editore, Milano.
- Masoumi, A., Hosseini, Z., Javadi, M., Soltani, E., Ramezani, T., & Gharlipour, Z. (2019) Comparison of emotional- behavioural and Functional States of Children Aged 6-16 Years Old with Addicted and Non-Addicted Parents in Qom. *Advances in Human Biology. 9. 10. 4103/AIHN.AIHB-59-18*.
- Mayes L. C. (1995), “Exposure to Cocaine: Behavioral Outcomes in Preschool and School-Age Children. Behavioral studies of drug-exposed offspring: methodological issues in human and animal research”. *NIDA Research Monograph, (164), 211-29*.
- Mayes L. C., Feldman R., Granger R. H., Haynes O. M., Bornstein M., Schottenfeld R. (1997), The effects of polydrug use with and without cocaine on mother–infant interaction at 3 and 6 months, *Infant Behavior and Development, 20*, 489–502.
- Milani P. (2018) *Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità*. Carocci Editore, Roma.
- Muir, C., Adams, E. A., Evans, V., Geijer-Simpson, E., Kaner, E., Phillips, S. M., ... & McGovern, R. (2023). A systematic review of qualitative studies exploring lived experiences, perceived impact, and coping strategies of children and young people whose parents use substances. *Trauma, Violence, & Abuse, 24*(5), 3629-3646.

- Murphy S., Rosenbaum M. (1999), *Pregnant women on drugs: Combating stereotypes and stigma*, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Parolin M, Simonelli A. (2016). Attachment Theory and Maternal Drug Addiction: The Contribution to Parenting Interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 30,7:152. doi: 10.3389/fpsy.2016.00152. PMID: 27625612; PMCID: PMC5004230.
- Rodning C., Beckwith L., Howard J. (1991), Quality of attachment and home environments in children prenatally exposed to PCP and cocaine, *Development and Psychopathology*, 3, 351–366.
- Romanowicz, M., Vande Voort, J. L., Shekunov, J., Oesterle, T. S., Thusius, N. J., Rummans, T. A., Croarkin, P. E., Karpyak, V. M., Lynch, B. A., & Schak, K. M. (2019). The effects of parental opioid use on the parent-child relationship and children's developmental and behavioral outcomes: a systematic review of published reports. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), Article 5. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0266-3>.
- Rutherford H. J. V., Mayes L. C. (2011), Primary maternal preoccupation: Using neuroimaging techniques to explore the parental brain. *Psyche*, 65:973-988.
- Sameroff AJ. (2000). Sistemi di sviluppo e psicopatologia. *Sviluppo e psicopatologia*, 12 (3), 297-312
- Scabini. E, Cigoli. V (2000) *Il familiare; legami, simboli e transizioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Scavo M. C. (2004), “Le “colpe” dei genitori ricadono sui figli?”. *Quaderni di Itaca*, 10, 38-49.
- Simonelli, A. (2014). *La funzione genitoriale*. *Sviluppo e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 3–32). The Guilford Press.
- Stern, D. N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Tr. it. Bollati Boringhieri.
- Stern, D.N. (1995). *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Torino: Tr.it. Bollati Boringhieri

- Strathearn L., Mertens, C. E., Mayes, L., Rutherford, H., Rajhans, P., Xu, G., Potenza, M. N., & Kim, S. (2019). Pathways Relating the Neurobiology of Attachment to Drug Addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 10-737
- Suchman N. E., Luthar S. S. (2000), Maternal addiction, child maladjustment, and sociodemographic risks: Implications for parenting behaviors, *Addiction*; 95:1417–1428
- Tambelli R., (2017) *Manuale di psicologia dell'infanzia*. Il Mulino
- Trasetti, M., (2022) *Strange Situation*. Consultabile in State of Mind
- Tronick E. (2008) *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. RaffaelloCortina Editore, Milano.
- Troyer, D., & Greitemeyer, T. (2018). The impact of attachment orientations on empathy in adults: Considering the mediating role of emotion regulation strategies and negative affectivity. *Personality and Individual Differences*, 122, 198-205.
- 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 metaanalysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858.
- Vetere M., Dal Medico A. (2004), “L'approccio sistemico relazionale nella cura delle dipendenze da sostanze”. In Carraio I. e Ricci G. (a cura di), *Modelli teorici e clinici a confronto nella cura delle dipendenze da sostanze*, Tipolitografia Canova Dolo.
- Visentin G. (n.d.), <https://www.genitorialita.it>
- Winnicott, D. W. (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Armando, Roma 1974.
- Zeanah C. H. (1996), Beyond insecurity: a reconceptualization of attachment disorders of infancy, *Journal Consult Clinical Psychology*, 64(1): 42-52.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Lieberman, A. F. (2000). “Attachment disorders of infancy”. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 293–307). Kluwer Academic Publishers.
- Zou, D., Wang, W., Lei, D., Yin, Y., Ren, P., Chen, J., Yin, T., Wang, B., Wang, G., Wang, Y. (2017) Penetration of blood-brain barrier and antitumor activity and nerve repair in glioma by doxorubicin-loaded monosialoganglioside micelles system.

International Journal of Nanomedicine, 7(12), 4879-4889. doi:
10.2147/IJN.S138257. PMID: 28744122; PMCID: PMC5511015.