



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE (DNS)

Corso di Laurea in Educazione Professionale

Tesi di Laurea

**Alcool e genitorialità, dai postumi ai posteri.**

**Il percorso della sostanza Alcool dall'assunzione alle conseguenze sul minore.**

*Relatore: Prof. Martina Bua*

*Laureando: Nicolò Longo*

*Matricola: 1171399*

*Anno accademico 2021/2021*



## **ABSTRACT**

Il seguente elaborato di tesi cercherà di delineare tramite un'accurata ricerca bibliografica un possibile percorso che attraversa l'alcool presente nelle bevande alcoliche dall'assunzione nell'organismo, soffermandosi sia negli effetti fisiologici che in quelli psicologici osservati in primis nei consumatori, per poi approfondire come e quali dinamiche si vengano a creare nel legame con la prole di tali consumatori abituali.

Nel primo capitolo, nello specifico si descriveranno gli effetti fisiologici della sostanza nel corpo e psicologici nella psiche, per concludere con una breve disamina su quali possono essere le cause di una dipendenza da alcool.

Nel secondo capitolo si proseguirà la descrizione delle conseguenze ponendo il focus nella genitorialità, accentuando la differenza tra figura paterna e quella materna e si presenteranno i diversi modelli di parenting disfunzionali.

Nel terzo capitolo si descriverà l'ultima tappa del percorso dell'alcool, quello ancora non presente, ossia nelle generazioni future. Si analizzeranno le conseguenze nei minori, figli di persone con disturbo da abuso di alcol, dalla sindrome feto alcolica a problemi disfunzionali insiti nel minore. Nel quarto capitolo, si concluderà l'elaborato con una riflessione.

**Parole chiave:** Genitorialità, Disturbo da abuso di alcol, Educatore, Famiglie Vulnerabili



## **ABSTRACT**

The following thesis paper will try to outline through careful bibliographical research a possible path that crosses the alcohol present in alcoholic beverages from intake, dwelling both in the physiological and psychological effects observed primarily in consumers, and then deepen also how and what dynamics are created in the link with the offspring of such habitual consumers.

In the first chapter, specifically we will describe the physiological effects of the substance in the body and psychological in the psyche, to conclude with a brief examination of what may be the causes of an alcohol dependence.

In the second chapter we will continue the description of the consequences by focusing on parenting, accentuating the difference between the paternal and maternal role and presenting the different models of dysfunctional parenting.

In the third chapter we will describe the last stage of the path of alcohol, the one not yet present, that is, in future generations. We will analyze the consequences in minors, children of people with alcohol abuse disorder, from foetal alcohol syndrome to dysfunctional problems inherent in the minor. In the fourth chapter, the paper will conclude with a reflection.

**Key words:** Parenting, Alcohol Abuse Disorder, Educator, vulnerable families



# Indice

Introduzione .....	2
Capitolo primo.....	5
1.1 Obiettivi d'indagine e quesiti di ricerca.....	5
1.2 Il disturbo da uso di alcol.....	8
1.3 Effetti sull'organismo .....	10
Capitolo secondo .....	13
Genitorialità e alcoolismo.....	13
2.1 Il contesto familiare .....	13
2.2 L'attaccamento.....	17
2.2 La persona alcol-dipendente e l'attaccamento .....	19
2.3 Modelli di parenting disfunzionali nei alcol dipendenti .....	22
2.4 Crescere con genitori dipendenti dall'alcool e l'esposizione al trauma .....	24
2.5 Il trauma relazionale .....	28
Capitolo terzo .....	30
Conseguenze sul minore:.....	30
3.1 regolazione dello stress e spettro dei disordini feto - alcolici .....	30
3.2 Conseguenze psicologiche nei minori. ....	35
Capitolo quarto .....	38
Conclusione .....	38
Bibliografia.....	40

## **Introduzione**

Il seguente elaborato di tesi prende iniziativa da una serie di esperienze intraprese, sia in sede di tirocinio universitario che lavorativo in seguito, prima nell'ambito delle dipendenze presso una Comunità Diurna nel basso Veronese e in seguito presso una Comunità Residenziale per minori nella bassa Padovana. Perciò questo elaborato segue la volontà di approfondire argomenti e sviscerare dubbi legati in primis alla dipendenza, nello specifico correlata all'abuso di sostanze alcoliche e in secondo luogo, alle conseguenze nella prole. Nelle suddette esperienze mi suscitava e mi suscita particolare interesse la presenza di un vissuto accompagnato da comportamenti peculiari e simili in tutta l'utenza. Nel caso della dipendenza un vissuto ricorrente caratterizzato da frustrazione, rimpianto e senso di colpa non solo correlati alla sostanza ma anche nei confronti dei propri cari. In un aspetto più basilare (e sicuramente grazie alle riunioni d'equipe a cui mi era consentito partecipare e in qualche caso era richiesta anche un'opinione) mi è parso che in tale utenza fosse molto assente l'aspetto della consapevolezza e gestione del proprio stato emotivo; infatti, una parte del tempo trascorso in tale centro veniva investito nell'approfondire conoscenze e dinamiche correlate alle proprie emozioni tramite apposite e preparate attività. D'altra parte, ciò mi ha fatto spesso pensare a come venissero gestite tali emozioni tra le mura domestiche in tempi antecedenti all'entrata in Comunità e quali conseguenze creassero nella loro rete sociale.

A tal proposito mi sembra di avere avuto delle risposte molto concrete nell'odierna esperienza lavorativa, una Comunità per Minori nell'ambito della tutela minori, nella quale sono presenti figli di persone con vissuti legati alla dipendenza. L'ispirazione di approfondire tramite una ricerca bibliografica nasce dall'incontro con un utente diciassettenne, la quale fin da subito presentava una serie di tratti singolari. Risaltavano in modo particolare, incostanza scolastica, conflittualità, assenza di un progetto di vita, o quanto meno aspirazioni personali, autolesione alle braccia e alle gambe, comportamento ambiguo sia nei confronti dei propri coetanei che nei confronti degli educatori presentando una totale assenza di valori quali rispetto, coerenza e responsabilità nel tessere il legame, peccando di consapevolezza soprattutto nei confronti dei propri pari. La minore non era in grado di tessere relazioni autentiche, le bugie e le manipolazioni erano molto presenti. Quando tra minore ed educatore era presente la collaborazione o il dialogo, questo era



funzionale ad ottenere qualcosa in particolare o una smisurata attenzione dove non fosse effettivamente possibile all'intermediario comunicare la propria opinione

Inoltre, vi era la presenza di comportamenti provocatori e mancanza di gestione della propria rabbia e frustrazione. Tali comportamenti aggressivi e conflittuali sembravano essere l'esacerbazione per sfogare l'insoddisfazione con le persone adulte tramite atteggiamenti oppositivi o infantili. Quando erano presenti comportamenti autolesivi e tratti depressivi instaurava un dialogo in cui potessero fare breccia le ferite ed i traumi interiori di cui era molto vivido il ricordo offrendo una descrizione dettagliata degli eventi accaduti in tenera età ed interrogandosi profondamente del perché fossero avvenuti.

Oltre a motivazioni correlate ad esperienze in campo universitario o lavorativo, vi è anche una curiosità più globale legate alla sostanza e al suo rapporto con le persone. Infatti, l'essere umano sin da quando ne ha scoperto i segreti per la produzione l'alcool è diventato una fondamentale della cultura Occidentale. È la nota senza la quale l'accordo ci pare stonato, difficile immaginare la sua assenza in cerimonie importanti, riti d'iniziazione ed eventi mondani. L'alcool è una delle molte variabili a cui la nostra storia in quanto esseri umani è legata, è interessante sottolineare quando fa la sua comparsa per la prima volta cronologicamente. Se si attraversa cronologicamente quali sono le tappe fondamentali della storia dell'Homo Sapiens, dai primi passi compiuti circa 200.000 mila anni fa in cui si evolve nell'Africa orientale, a 70.000 anni fa, in cui avviene la prima rivoluzione cognitiva con il conseguente emergere del linguaggio e la capacità di creare finzioni, a 12.000 anni fa in cui avviene la rivoluzione agricola, ossia la domesticazione delle piante (e animali) e primi insediamenti permanenti, possiamo incontrare a circa 8000 anni fa la comparsa delle prime bevande alcoliche. L'uomo scopre che lasciando alcune piante o bacche all'interno di recipienti per un determinato periodo queste fermentano e danno vita a liquidi dalle proprietà inibitive. Un confronto per rendere l'idea di quanto sia permeata nella nostra cultura tale sostanza basti pensare che i primi regni e le prime forme di scrittura, monete e religioni arrivano tre millenni dopo, 5000 anni fa. L'uomo impara prima creare bevande alcoliche che a cooperare su vasta scala.

La parola alcol deriva dall'arabo الغول (al-ghūl, «spirito»), termine che rivela l'origine alchemica di questa sostanza, a cui erano attribuite le proprietà magiche e spirituali contenute negli elisir.

Commercialmente si possono distinguere due grandi categorie di bevande alcoliche, ovvero gli alcolici a bassa gradazione, inferiore ai 21 % del volume, come ad esempio la birra o il vino, ed i superalcolici, con gradazione alcolica superiore ai 21 % del volume.

## Capitolo primo

### 1.1 Obiettivi d'indagine e quesiti di ricerca

Il presente studio ha come scopo principale l'individuazione del ruolo della sostanza alcool nel deterioramento della persona, prima sia da un punto di vista fisiologico che psicologico, e in secondo luogo analizzare il legame e quali effetti causa nella possibilità sia presente la prole delle persone affette da un disturbo correlato all'uso di Alcool. Gli obiettivi sono così predisposti:

- I. Analizzare il disturbo da uso di alcool sulla base degli studi effettuati.
  - a) Individuare quali sono gli effetti dell'abuso di Alcool sull'organismo e sulla psiche nell'essere umano.
- II. Analizzare il legame genitori-figli e le conseguenze su quest'ultimi.
  - a) Indentificare le vulnerabilità nel contesto familiare quando è presente il disturbo da uso di alcol.
  - b) Individuare le vulnerabilità nel legame genitore-figlio e nella dinamica educativa.
  - c) Determinare le conseguenze nel minore, dalla presenza di fattori di rischio all'allottamento familiare.

### Metodi e materiali

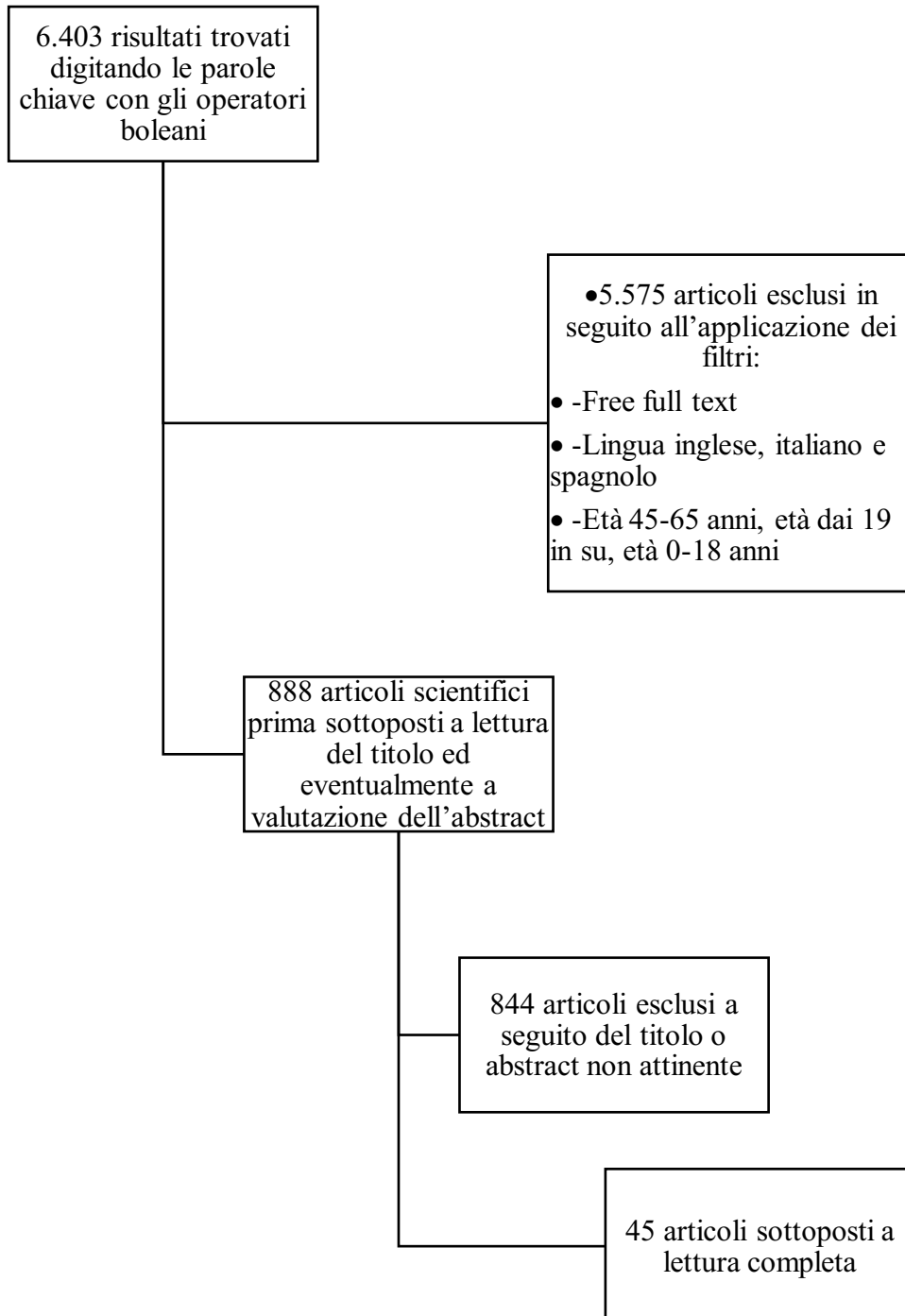
Ai fini del lavoro bibliografico sono state utilizzate le parole "alcohol abuse disorder" e "characteristics", con l'operatore booleano 'AND', dalla ricerca sono emersi 1321 risultati. Con l'utilizzo dei seguenti filtri: Free full text, lingua inglese, italiano e spagnolo, età 45-65 anni, specie umana e infine anno pubblicazione ultimo decennio, si sono prodotti 344 risultati. Da quest'ultimi sono stati esclusi 337 articoli per titolo non attinente.

Nella seconda ricerca sono state utilizzate le parole "alcohol abuse disorder" e "parents", con l'operatore booleano 'AND', dalla ricerca sono emersi 3577 risultati. Con l'utilizzo dei seguenti filtri: Free full text, lingua inglese, italiano e spagnolo, età dai 19 in su, specie umana, si sono prodotti 257 risultati. Da questi sono stati esclusi 224 articoli, per titolo non attinente.

Nella terza ricerca sono state utilizzate le parole "alcohol abuse disorder" e "son of alcoholics", con l'operatore booleano 'AND', dalla ricerca sono emersi 1565 risultati. Con l'utilizzo dei seguenti filtri: Free full text, lingua inglese, italiano e spagnolo, età 0-18 anni, specie umana, si sono prodotti 287 risultati. Da questi sono stati esclusi 283, per titolo non

attinente. Per consultare il diagramma di flusso della selezione degli articoli scientifici si veda l'appendice A.

## Appendice A



## 1.2 Il disturbo da uso di alcol

L'etanolo, formula bruta  $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ , è alla base di tutte le bevande alcoliche, a temperatura ambiente si presenta come un liquido incolore dall'odore caratteristico e pungente, dal gusto leggermente dolce e bruciante.

L'alcol dopo essere stato ingerito viene metabolizzato nello stomaco e nell'intestino tenue, da qui raggiunge rapidamente ogni organo del corpo. Il processo metabolico consiste in prima istanza nell'ossidazione, dove viene degradato in acetaldeide e in seguito in acetato. Qui sono possibili tre vie metaboliche: alcool deidrogenasi-aldeide deidrogenasi, MEOS e catalasi (De La Monte and Kril, 2014).

L'etanolo è un deprimente del sistema nervoso centrale che produce euforia e inibizione a bassi livelli di concentrazione, al contrario ad alti livelli produce una grave intossicazione. L'effetto stimolante e di piacere è mediato dal rilascio del neurotrasmettitore dopamina, nel circuito mesolimbico dopaminergico posto nella corteccia prefrontale e orbitofrontale, influenzando la regolazione della motivazione e del sistema cognitivo. Inoltre, l'alcool influenza il rilascio di altri neurotrasmettitori come il GABA, opiodi endogeni, glutammato, serotonina e neuropeptidi.

Si definisce abuso (di sostanze) quando sono presenti una serie di *cluster* ricorrenti nell'area comportamentale, nell'area cognitiva e una serie di sintomi che indicano l'uso continuo nonostante il verificarsi di una serie di problemi correlati alla sostanza. Qui ci viene in aiuto il termine dipendenza, descritta come "quella condizione psichica e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione" (OMS, 1992). Una prima nota per sottolineare l'importanza delle ripercussioni da uso di sostanze è il cambiamento nei circuiti cerebrali anche una volta avvenuta la disintossicazione. Tra i *cluster* che più caratterizzano il disturbo da abuso di alcool è la presenza del *craving*, ossia un forte desiderio di consumare la sostanza tale da rendere difficile qualsiasi attività in contrasto con il bere, dal semplice pensare alle attività scolastiche o lavorative, o perfino l'accudimento di un minore. In secondo luogo, è la presenza dell'astinenza, nel caso specifico dell'alcool è caratterizzata da uno spettro di sintomi nei quali possono svilupparsi circa dopo quattro/ dodici ore dall'ultima assunzione e si manifesta come un continuum, che

va dal tremore alle convulsioni, alle allucinazioni e all'instabilità autonoma, pericolosa per la vita del soggetto stesso nell'astinenza grave (delirium tremens). Può essere clinicamente osservata e classificata in un disturbo dissimile, sindrome da astinenza da alcool. Nel DSM il disturbo da abuso di alcool viene così identificato:

- Il disturbo da abuso di alcool si manifesta con un consumo smodato di alcol che porta a menomazioni o disturbi clinicamente significativi, nel quale sono presenti almeno due dei seguenti sintomi, nell'arco di un periodo di dodici mesi:
- L'alcool è spesso assunto in quantità superiori o per un periodo più lungo di quanto previsto.
- C'è un desiderio persistente o sforzi infruttuosi per ridurre o controllare l'uso di alcol.
- Viene speso molto tempo in attività necessarie per ottenere alcol, utilizzare alcol, o riprendersi dai suoi effetti.
- Desiderio di utilizzare l'alcol.
- L'uso ricorrente di alcol comporta l'inadempimento di importanti obblighi professionali, scolastici, o casalinghi.
- Consumo continuato di alcol nonostante il problema sociale o interpersonale, persistente o ricorrente problemi causati o aggravati dagli effetti dell'alcol.
- Importanti attività sociali, professionali o ricreative sono abbandonate o ridotte a causa dell'utilizzo della sostanza.
- Uso ricorrente di alcol in situazioni di pericolo fisico.
- L'uso di alcol è continuato nonostante la consapevolezza di avere un problema fisico o psicologico, persistente o ricorrente e che sia stato causato o esacerbato dall'alcool.
- Tolleranza, quale definita da uno dei seguenti elementi:
  - a) Necessità di aumentare notevolmente le quantità di alcol per ottenere l'intossicazione o l'effetto desiderato.
  - b) Un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuato della stessa quantità di alcol.
- Recesso, quale manifestato da uno dei seguenti soggetti:
  - a) La sindrome da astinenza caratteristica per l'alcol.
  - b) L'alcol (o una sostanza strettamente correlata, come una benzodiazepina) è preso per alleviare o evitare i sintomi di astinenza.
- A seconda del numero di sintomi si può classificare la gravità nella seguente modalità:
  - a) Leggera: presenza di due o tre sintomi

- b) Moderata: presenza di quattro o cinque sintomi
- c) Severa: presenza di sei o più sintomi

(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, 2013*).

### **1.3 Effetti sull'organismo**

Ipoteticamente l'alcool può permeare in tutti i tessuti dell'organismo umano, compromettendone la funzione, il che porta a conseguenze patofisiologiche multisistemiche. Nell'eccessivo uso di bevande alcoliche, i principali meccanismi coinvolti nella creazione di danni ai tessuti sono la generazione di acetaldeide, le lesioni mitocondriali, la modulazione del sistema immunitario e lo stress ossidativo.

Gli effetti che l'alcool induce nell'organismo variano a seconda delle bevande assunte, dalle caratteristiche del soggetto, dalla durata dell'intossicazione, dalla concentrazione di alcool presente nel sangue, dalla generazione di ROS e metaboliti, alla modalità di assunzione della bevanda. Partendo da quest'ultima variabile, tra le varie modalità pericolose si sottolinea quella definita come *binge drinking*, ossia l'assunzione con una concentrazione pari a 08 g/dL di alcool, l'equivalente di cinque o sei bevande alcoliche in un periodo limitato di due ore.

In primo luogo, a livello gastrointestinale, incentiva l'infiammazione del pancreas, induce gastrite e atrofizzazione della mucosa. Inoltre, può provocare una serie di patologie legate al fegato dalla steatosi alcolica, all'epatite e cirrosi.

Nel tessuto polmonare, incentiva la formazione di stress e diminuisce l'efficacia del sistema immunitario del tessuto di riferimento.

Per quanto riguarda l'apparato locomotore, l'alcool incentiva una progressiva disfunzione agendo sulla perdita costante di massa tramite un'alterazione metabolica, infiammatoria e della matrice extracellulare (ECM) del tessuto, quest'ultima promuove la proteolisi del muscolo e ostacola la sintesi proteica degli stessi. La modalità già citata in precedenza del *binge-drinking*, quando precede il coma-etilico o l'immobilità pare sia direttamente correlato alla complicanza nota come raddomiolisi, e in seguito anche a danni ai reni. Inoltre, si deve sottolineare l'alta correlazione tra soggetti feriti o contusi e una smisurata concentrazione di alcol, in letteratura sono presenti studi nei quali pare arrivare al 40% Molina e co (Molina, Nelson and Molina, no date). Per di più, l'assunzione di alcool ostacola la convalescenza quando vi sono la presenza di lesioni e ferite, interferendo con i meccanismi adibiti all'omeostasi. Nello specifico aggrava la stabilità emodinamica, infatti a confronto con



pazienti sobri, il gruppo caratterizzato da intossicazione da alcool è contraddistinto da ipotensione e necessita di maggior apporto ematico. A livello cardiovascolare, per quanto riguarda l'uso abituale, nel lungo periodo l'alcool incentiva la formazione di stress miocardico ossidativo e provoca ipertensione (Molina, Sulzer and Whitaker, 2013).

Nel sistema nervoso centrale, influisce sulla funzione comportamentale e cognitiva. In particolar modo negli adolescenti, incentiva cambiamenti strutturali nelle regioni prefrontali e parietali dell'encefalo, a seconda del genere di appartenenza anche nelle regioni frontali, temporali e nel cervelletto, in quest'ultima area soprattutto durante lo svolgimento di attività in cui è richiesta la funzione della memoria di lavoro. Inoltre, vi è la riduzione di neurogenesi, degradazione della materia bianca e allargamento di ventricoli destri e cisterne. Alcuni studi preclinici sottolineano come il *binge-drinking* possa incrementare il volume del fluido cerebro-spinale nei ventricoli laterali e nelle cisterne, al contrario diminuisce i livelli di N-acetilaspargato e della creatina totale. Infine, si deve sottolineare come sensibilizza il circuito della dopamina alterando la plasticità del sistema legato alla ricompensa, sollecitando una maggior vulnerabilità alla dipendenza (Molina, Nelson and Molina, no date).

Dalla prospettiva patologica globale, il disturbo da abuso di alcool può causare direttamente o indirettamente una serie di disfunzioni legate al sistema nervoso centrale, classificate come encefalopatie alcoliche:

- L'encefalopatia di Wernicke è una sindrome neurologica correlata all'assenza di vitamina B1, la quale proviene quasi esclusivamente dall'alimentazione, nello specifico tramite assorbimento intestinale, la funzione fisiologica viene alterata se presente cirrosi epatica.
- Encefalopatia epatica alcolica, è una sindrome dovuta a una grave insufficienza epatica, la quale causa il riversarsi di sostanze tossiche, come Manganese ed Ammonio, nel torrente epatico.
- La sindrome di Marchiafava-Bignami è una sindrome che consiste in una grave demielinizzazione e necrosi del corpo calloso, da ciò ne consegue la sindrome da disconnessione interemisferica.
- La mielinolisi pontina centrale, o sindrome da demielinizzazione osmotica, è una sindrome neurologica causata da un grave danno a carico della guaina

di mielina delle cellule nervose che costituiscono il ponte del tronco encefalico.(Mata *et al.*, 2019)

## **Capitolo secondo**

### **Genitorialità e alcoolismo.**

#### **2.1 Il contesto familiare**

Si può considerare la famiglia come la più antica istituzione sociale, qualunque sia la sua organizzazione, è un gruppo parentale in cui in componenti stabiliscono legami secondo modelli culturali, percepiti e definiti come regole. I genitori, o gruppi parentali hanno diverse e specifiche funzioni in modo tale da definire i ruoli e i comportamenti, i quali garantiscono al nucleo di prevedere compiti e funzioni. Tali funzioni vengono descritte come autonome e processuali, preesistenti e parzialmente indipendenti dalla generatività biologica che è una delle sue espressioni, ma non necessaria (Cusinato, L'Abate and Curti, 1999).

Da una prospettiva psicologica-sociale si possono differenziare le famiglie funzionali e le famiglie disfunzionali, si vuole che le prime siano accomunate al concetto di normalità, in quanto definita come assenza di patologia, ossia quando i singoli non presentano segni o caratteri sintomatici. Tenendo in considerazione tale prospettiva, risulta più efficace porre il focus sui processi che caratterizzano il nucleo familiare ed identificare la famiglia sana come quella in grado di risolvere i problemi (Walsh, 2012).

La famiglia funzionale è quella in grado di raggiungere obiettivi prefissati tramite la coesione e la stabilità, se non che di modulare le proprie scelte in base all'accordo comune. Le azioni sopracitate si manifestano nella relazione genitore-figlio tramite le pratiche parentali, ossia nello specifico dai comportamenti messi in atto dal genitore per socializzare con il proprio figlio e in secondo luogo tramite lo stile genitoriale, definito come il clima emotivo nel quale cresce e si sviluppa il minore nel contesto familiare (Spera, 2005). Queste famiglie sono caratterizzate in primo luogo da coesione familiare, intesa come il grado in cui ogni membro si sente vicino e connesso ad un altro, e in secondo luogo dall'adattamento familiare, caratteristica intesa come la flessibilità con cui il nucleo familiare riesce ad adattarsi in misura alle sfide e ai problemi, qualunque sia la provenienza, esterna o interna da uno stesso membro del nucleo familiare (El-Sheikh and Buckhalt, 2003).

In particolare, è importante sottolineare le caratteristiche della funzione genitoriale, ossia l'autonomia, la processualità e l'intersoggettività.

Tali funzioni genitoriali vanno considerate non come competenze innate o da acquisire, ma come funzioni psichiche che condensano la capacità di pensare, in contrapposizione all'agire

o all'aderire all'altro, e quella di sostenere emotivamente ed affettivamente la crescita del figlio.

Ciascun genitore può svolgere adeguate funzioni genitoriali, intese come funzioni della mente, che gli consente di svolgere funzioni paterne e funzioni materne in armonica interazione.

Tali caratteristiche sono indipendenti dal legame biologico genitore-figlio, pare siano correlate più a caratteristiche individuali. Non da meno è l'influenza dell'ambiente sociale nei confronti delle suddette pratiche genitoriali; infatti, in specifiche circostanze queste possono venire meno, basti pensare alla presenza di una grave patologia o una particolare difficoltà lavorativa o un processo di separazione.

Al che si può citare quali sono le tre caratteristiche della funzione paterna, la quale implica impegno (nell'interazione diretta con il figlio), disponibilità e responsabilità, quest'ultima intesa come partecipazione alle prese di decisioni che interessano il figlio. La funzione materna concerne una mansione di contenimento e rispecchiamento, la quale consente al bambino di sperimentare una continuità del sé e di raggiungere uno stato di coesione del sé (Spera, 2005).

Inoltre, i dati sottolineano come le rappresentazioni del mondo paterno influenzano la qualità delle relazioni diadiache e triadiche nel corso del primo anno di vita. La relazione e la fiducia nella figura paterna sembra essere un'esperienza che favorisca nell'infante maggior socievolezza e un *locus of control* interno, qualità che si possono associare a un maggior controllo degli impulsi, capacità di ritardare le gratificazioni e senso di responsabilità. Tali funzioni assolvono all'ottemperanza dei cosiddetti doveri della genitorialità, tra cui il mantenimento di stabilità all'interno del nucleo familiare, in modo tale che il figlio abbia la possibilità di esprimere sia le emozioni negative sia quelle positive, senza la possibilità di ripercussioni che lo possano nuocere (Winnicott, 2016).

Tali doveri viaggiano tramite l'asse genitore-figlio per mezzo del loro legame, questo risulta sano tramite l'adempimento di alcuni requisiti da entrambi le parti. In tal caso D.Winnicott pone l'accento su come lo sviluppo del Sé sia un processo di costruzione, in cui è fondamentale la capacità d'identificarsi con gli altri e in egual misura sia presente la capacità di percepire il mondo esterno diviso da quello interno, per quanto siano collegati nel medesimo istante.

Secondo l'osservazione dell'autore per raggiungere la maturità tra i tre e i cinque anni, l'infante necessita di percorrere quattro tappe, le quali si possono suddividere nella seguente modalità:

- Relazione triangolare, il bambino ormai essendo un essere umano completo, per amore verso un genitore al rispetto dell'altro esprime sentimenti d'odio, ad esempio nel gioco, dando sfogo ad un'aggressività latente. Il gioco risulta particolarmente importante per l'espressione di talune emozioni, positive o negative che siano.
- Relazione duale, la madre introduce al figlio il mondo a piccole dosi, evitando situazioni troppo dolorose o traumatiche e soddisfacendo i bisogni del figlio per quanto possibile e soprattutto al momento opportuno. In questa relazione vi è un alto grado di dipendenza, ma se non sono presenti particolari fattori di rischio il legame consente lo sviluppo e la creazione della personalità.
- La madre sostiene il bambino nello stato di non integrazione, il bambino non ha ancora sviluppato un sé, perciò, necessita che la madre sopravviva nel giorno dopo giorno adeguando sentimenti, emozioni e sensazioni.
- L'amore materno è espresso in termini fisici, questa sostiene il figlio, abbracciandolo, tenendolo in braccio. Vi è una connessione tra il contatto fisico e il significato psicologico per il bambino. Tramite l'accudimento la madre esprime i propri sentimenti al figlio e permette di conseguenza al figlio di rappresentarla a sé stesso come figura di riferimento.

Per facilitare la comprensione del tessuto familiare viene in soccorso la categorizzazione su di un possibile clima genitoriale predisposta dalla psicologa infantile statunitense Diana Baumrind (1971, cit. in Spera, 2005), la quale verte sulla base di due dimensioni di comportamento genitoriale quali disciplina, intesa come struttura accompagnata da regole, e nutrimento, ovvero l'essere centrati sul bambino. Sempre citando D.Winnicott: "ogni individuo deve percorrere un lungo percorso dallo stato di immedesimazione con la madre, poi con entrambi i genitori e infine padre e madre diventano elementi strutturati del quotidiano". Nello specifico sono stati individuati tre differenti modi in cui i genitori entrano in relazione con i figli, definiti stili genitoriali. A seconda del grado di presenza o assenza delle suddette dimensioni, lo stile adottato può essere di tipo:

- Autorevole: entrambe le dimensioni sono presenti in alto grado, le regole impartite non vengono prima dei bisogni affettivi;
- Autoritario: sbilanciato sulle regole e con scarsa attenzione ai bisogni dei figli;
- Permissivo: vi è molta indulgenza nelle regole, una scarsa proposta educativa e molta attenzione ai bisogni dei figli;
- Trascurante/rifiutante: contraddistinto da scarsa attenzione ai bisogni e scarsa disciplina, i figli sono abbandonati a sé stessi.

Al netto di ciò, si deve sottolineare come oltre alla maturità educativa la famiglia provvede anche alla maturità emotiva tramite due caratteristiche principalmente: da un lato fornisce la certezza di essere sempre presente tramite un alto grado di dipendenza, dall'altro offre l'opportunità di migrare dal nucleo familiare per raggiungere altri gruppi, man a mano sempre più grandi, nei quali poter mettere alla prova le proprie capacità e abilità (Winnicott, 2016). Infatti, secondo vari autori il contesto in cui è presente la relazione con l'altro permette all'individuo di sviluppare una propria organizzazione del Sé, la quale non potrebbe avvenire in egual misura se non fosse presente un altro Sé. A tal proposito si deve sottolineare come il processo maturativo caratteristico di un infante avviene in un ambiente favorevole secondo la modalità denominata integrazione, ossia l'impulso ad assimilare qualcosa di sempre più complesso man mano che avviene la crescita. La caratteristica predominante dell'ambiente favorevole è l'adattamento, la quale lascia il posto al de-adattamento elemento fondamentale per il percorso verso l'indipendenza e lo sviluppo della personalità (Winnicott, 2016).

## 2.2 L'attaccamento

Prendersi cura di un infante è una mansione complessa, la quale sollecita un alto grado di responsabilità, inoltre sono richieste molte energie sia fisiche che psicologiche, si sottolinea ciò per ribadire quanto creare una relazione con il proprio figlio sia una funzione complicata da svolgere già in condizioni incolume, se tutt'al più è presente una diagnosi come quella da disturbo da abuso di alcol, la situazione può esacerbare esiti negativi per ambedue le parti.

Infatti, come argomentato in precedenza, la relazione fa da cornice allo sviluppo mentale e cerebrale del minore, ciò che attiva e regola la relazione sono le interazioni affettive.

Se sono presenti anomalie nello spazio relazionale o predisposizioni genetiche nel bambino, l'interazione può subire modificazioni tali da portare un mutamento nell'attivazione della reciprocità e nelle funzioni connesse alle acquisizioni mentali e cerebrali a esse connesse.

Da queste anomalie possono scaturire alcune psicopatologie (Siegel, 1999).

Per tal motivo è importante sottolineare le tappe del legame genitore-figlio, in quanto la relazione genitore-figlio vive di alcuni passaggi fondamentali descritti come attaccamento, questa teoria formulata da Bowlby tenta di spiegare il comportamento innato messo in atto dall'infante sollecitato da particolari stimoli o situazioni, il quale cercherà il contatto o la prossimità con la figura di riferimento primario, promotrice di un forte senso di sicurezza e contraddistinta da una funzione biologica di protezione (Bowlby, 1989).

Tale teoria sottolinea come può essere potente l'influenza sullo sviluppo dell'infante la modalità con cui viene trattato dai suoi stessi genitori, ponendo un particolare accento sulla funzione materna.

Per esaminare nel dettaglio le tipologie di attaccamento tra figura di riferimento ed infante si deve citare lo studio denominato *Strange Situation*, ossia una sequenza programmata di separazioni e ricongiungimenti con la figura di attaccamento primario, le differenze individuali nella qualità del legame di attaccamento, originate dalla narrazione di ripetute interazioni tra il bambino e l'adulto, sono state ricondotte a differenti tipologie di attaccamento (Ainsworth, Wittig, 1969 cit in Das Eiden, Edwards and Leonard, 2002):

- sicuro: il bambino prova evidente gioia nel momento del ricongiungimento, manifestando di poter porre fiducia e aver individuato una "base sicura" da cui poter partire per esplorare il mondo e tornare in caso di bisogno sapendo di poter contare sulla sua disponibilità;

- ansioso/ambivalente: il bambino vive con intenso disagio il momento della separazione a fronte di risposte incostanti ed accoglie il ritorno della madre con una rabbia difficile da placare;
- insicuro evitante: il bambino manifesta indifferenza al ritorno di una madre che generalmente non risponde con prontezza ai suoi bisogni, generando nel bambino un sentimento di rifiuto subito;
- insicuro disorganizzato: il bambino di fronte alla separazione dalla madre si irrigidisce o mette in atto un comportamento iperattivo mentre al momento del ricongiungimento manifesta paura, avvertendola come una figura minacciosa.

Quest'ultima modalità si riferisce a quei comportamenti che il bambino mette in atto negli episodi di riunione con il genitore, dinamica nella quale è assente una strategia organizzata per avvicinarsi al caregiver e la conseguente attivazione del meccanismo dell'attaccamento. Ciò sembra essere suggerito da un conflitto interno nell'infante il quale è diviso tra il rappresentare il genitore come fonte di rassicurazione o come fonte di dolore e paura, ciò non permette al bambino di esprimere un comportamento che sia coerente. Alcuni esempi di comportamento riscontrabile nell'attaccamento disorganizzato sono movimenti interrotti o indirizzati in modo errati, stereotipie o posture anomale o anche immobilità. La correlazione tra la presenza di abuso da alcol e disorganizzazione infantile è stata dimostrata da vari autori (O'Connor, Sigman, Brill, 1987 cit in Merikangas, Dierker and Szatmari, 1998).

Dal punto di vista eziopatogenico l'attaccamento disorganizzato può essere riferito o ai tratti genitoriali manifestati nel comportamento o alla rappresentazione mentale del genitore nella mente dell'infante.

In primo luogo, Ainsworth e co. avevano già delineato il ruolo delle *sensitive responsiveness* nel genitore, ossia la capacità di percepire i segnali del bambino e di interpretare i bisogni dello stesso, per rispondere ad essi adeguatamente, se questa è assente incentiva la disorganizzazione infantile (Ainsworth, 1978).

Altra prospettiva pone l'accento sulla comunicazione madre-bambino (Bowlby Jonh, 1989), su come avviene e quanta qualità è presente nel corso degli scambi nella diade.

Da un'altra prospettiva le rappresentazioni mentali del genitore nella mente del bambino possono essere correlate all'abilità della madre di regolare lo stato emotivo del figlio, tale abilità pare essere legata al funzionamento autonomo in termini riflessivi, questa competenza



è intesa come capacità di concepire sé stessi e gli altri in termini di stati mentali, ciò consentirebbe di dare un senso alle esperienze e agli affetti dolorosi, non considerandoli come mere realtà fattuali. Stando a questa prospettiva sarebbe il costrutto della riflessione materna il responsabile del collegamento tra rappresentazioni mentali e il comportamento del genitore nella costruzione del legame di attaccamento.

## **2.2 La persona alcol-dipendente e l'attaccamento**

Da che la teoria dell'attaccamento è stata sviluppata dal suo ideatore Bowlby, è stata rivista e modificata a tal punto da essere riformulata, adempie in egual misura l'obiettivo di creare un sistema simbolico rappresentativo tramite il quale agisce la *self-regulation* e di essere uno spazio nel quale l'individuo può sviluppare un senso del Sé (Fonagy et al., 2002 in De Rick, Vanheule and Verhaeghe, 2009). Per capire il legame creato da una persona con disturbo da abuso di alcol si deve sottolineare quali sono i tratti che lo contraddistinguono, ossia i comportamenti che avvengono con una tale frequenza e in una moltitudine di persone da poter essere confrontate tra esse.

Blum ne scandisce tre diversi gruppi (Blum, 1966 in Mesanovic *et al.*, 2020):

- essential or primary, l'obiettivo principale è quello di raggiungere l'immediata soddisfazione, caratterizzato da dipendenza e mancanza di persistenza.
- reactive or secondary, sono caratterizzati da aggressività, crudeltà, testardaggine, disobbedienza, desiderio di creare e governare.
- Tertiary, queste persone spesso incontrano sintomi isterici. Sono spesso gentili, formano tante amicizie superficiali e romantiche relazioni, ma sono molto inclini all'ansia. Essi spesso temono l'inadeguatezza sessuale, hanno bassa autostima ed una iperattività compensatoria, con soppressa rabbia che si cela dietro un comportamento sottomesso.

Altra prospettiva pone le persone con disturbo da abuso in un continuum che va da uno sviluppo psichico con un attaccamento insicuro e disorganizzato contraddistinto da Alessitimia, all'altro punto con un attaccamento sicuro, anch'esso contraddistinto da Alessitimia (De Rick, Vanheule and Verhaeghe, 2009).

Nello specifico si possono accumulare alcune caratteristiche ricorrenti alla figura maschile e a quella femminile. Studi dimostrano come i maschi ad alto rischio si presentano con

caratteristiche quali impulsività, probabilmente correlata a una marcata incapacità nel prendere decisioni e disinibizione per il rischio, manifestando un'alterazione nel controllo del comportamento e dell'uso del linguaggio. Inoltre, sono presenti difficoltà nel mantenere l'attenzione, rimanere concentrati per conseguire un obiettivo specifico e nel mantenimento dell'*arousal* (Pihl, Peterson and Finn, 1990).

Inoltre, si deve sottolineare come l'influenza della sostanza inclini la personalità della persona, più l'uso si trasforma in abuso, più la persona che ne usufruisce inizia a preoccuparsi solo a come ottenerlo e a come consumarlo, le conseguenze si riversano a cascata nelle altre aree della persona, perdendone l'interesse, dal lavoro alla famiglia. Si può sottolineare come nella persona dipendente alcuni tratti inizino ad accentuarsi man a mano che l'utilizzo diventi eccessivo, i quali sono l'aggressività, l'indifferenza e l'irritabilità; a tal punto che l'alcol diventa lo scudo con cui proteggersi dalle richieste e dalle mansioni quotidiane (Mesanovic *et al.*, 2020). Per quanto riguarda la figura femminile, sembra essere presente una maggior prevalenza di alessitimia, la quale si presenta con quattro caratteristiche (Fama, 2020):

- Difficoltà nell'identificare i sentimenti in sé stessi e differenziare i sentimenti dalla sensazione fisica di eccitazione emotiva,
- Difficoltà a descrivere sentimenti agli altri,
- Capacità d'immaginazione limitata,
- Modalità di pensiero orientato verso l'esterno.

Inoltre, si deve sottolineare come donne che riportano alessitimia presentano maggior rischio di ricadute correlato a un maggior umore depresso durante la fase del *craving*.

Per la figura femminile e il ruolo che ricopre, risulta ancor più importante la capacità di decodifica delle emozioni, fondamentale per valutare il proprio ambiente sociale ed interpretare lo stato emozionale nel quale si ritrovano le persone accanto a sé, interpretarne pensieri ed intenzioni, di conseguenza aver maggior facilità nell'interazione sociale del quotidiano.

Inoltre, una breve disamina nello stile d'attaccamento adulto all'interno della coppia caratterizzata da una diagnosi quale abuso da alcool pone alcuni fattori di rischio per la loro stessa incolumità, tale disamina è utile per comprendere il clima familiare e il pattern di comportamenti assunti da questa utenza. A tal proposito si deve citare il lavoro fatto da

Hazan and Shaver (De Rick, Vanheule and Verhaeghe, 2009), i quali hanno formulato un modello formato da tre sottotipi:

- Attaccamento sicuro, caratterizzato da comfort a seconda degli altri e dalla loro stretta intimità,
- Attaccamento evitante, caratterizzato da disagio dato dalla vicinanza e dalla capacità di fidarsi degli altri,
- Attaccamento ansioso/ambivalente, caratterizzato da insistenza e preoccupazione dell'abbandono,

L'attaccamento ansioso è associato sia alla violenza fisica che alla vittimizzazione, ma la prova non ha chiaramente indicato se si tratta di un fattore di rischio che opera in modo diverso per uomini e donne (Rapoza and Baker, 2008). Lo stile ansioso, ma non l'evitante, è stato collegato con una propensione per danneggiare fisicamente il partner romantico durante una rottura (Davis, Shaver, & Vernon, 2003 in Rapoza and Baker, 2008). Infatti, come l'utilizzo della violenza è una caratteristica presente sia nel genere maschile che nel genere femminile (Rapoza and Baker, 2008). Alcuni autori hanno inoltre sottolineato come gli individui contraddistinti da un attaccamento di tipo sicuro cercano supporto nella rete sociale come tipologia di *coping* per affrontare lo stress emotivo, area nella quale le persone contraddistinte da un attaccamento di tipo insicuro utilizzano altre metodologie per affrontare il suddetto stress, tra le quali si deve citare l'utilizzo di alcool o sostanze stupefacenti illecite, in qualsiasi caso il mezzo viene utilizzato come strumento di *coping* per avviare il sistema della *self-regulation*. Lo stress non è il solo elemento che possa agire come stimolo per l'avvio del coping, tra le varie situazioni vi è anche la presenza della paura dell'intimità.

Detto ciò, si può aggiungere come l'attaccamento agisca come un fattore di protezione in determinate condizioni, ad esempio nella diade madre-figlia, nella quale anche quest'ultima abusasse dell'alcool, di base la presenza di uno stile di attaccamento è associato a una diminuzione dell'uso della sostanza sia nella madre che nella figlia, anche se dall'altra parte nel qual caso il genitore avesse una relazione pare incrementare l'abuso nel corso del tempo. A confronto diadi composte da madri-figlie nelle quali solo un elemento della copia abusasse pesantemente dell'alcool presentano una relazione caratterizzata da un attaccamento significativamente maggiore rispetto a quelle citate in precedenza, caratterizzate in ambedue gli elementi da una diagnosi (De et al., 2015). In primo luogo, tale dinamica è probabile che

avvenga poiché un attaccamento migliore rafforza l'attività di monitoraggio mutuale tra le due persone, come suggerisce la teoria ecologica (Bogenschneider, 1996 cit in De et al., 2015), madri e figlie contraddistinte da un attaccamento qualitativamente migliore hanno maggior opportunità di essere consapevoli dell'abuso inappropriato nell'altra persona e quindi intervenire, tale intervento può diminuire il grado di utilizzo della sostanza (Brook et al., 1990; Farrington & Hawkins, 1991; Hawkins & Weis, 1985 cit in De et al., 2015).

In conclusione il contesto familiare nel quale è presente l'abuso di alcool in entrambi i genitori, aumenta le probabilità che avvenga l'instaurarsi dell'attaccamento insicuro nella relazione tra l'infante e la madre, e in egual misura tra infante e padre (Das Eiden, Edwards and Leonard, 2002).

In tal caso si sottolinea come l'influenza nella crescita e nello sviluppo in una condizione peculiare quale dell'attaccamento insicuro influenzi la *self-regulation* e l'attaccamento stesso dell'infante. Infatti, essere accuditi in tale ambiente a confronto di un ambiente, nel quale è presente un solo genitore affetto da abuso di alcool, incrementa notevolmente l'esposizione a eventi traumatici (Ridgeway, 2015).

### **2.3 Modelli di parenting disfunzionali nei alcol dipendenti**

Prima di addentrarsi nell'argomento si deve sottolineare come la sola dipendenza da una sostanza non è una condizione tale da escludere a priori le facoltà genitoriali o lo sviluppo del minore, bensì si tratta di un fattore di rischio molto grave, il quale deve essere contestualizzato nella situazione personale del soggetto.

Fatta questa premessa, le aree in cui i genitori con un disturbo da uso di alcol risultano esser vulnerabili sono individuate, in primo luogo nello stile genitoriale, la maggior parte della ricerca si è focalizzata sulla diade madre bambino ma gli studi che includono la figura del padre hanno riportato risultati coerenti (Das Eiden, Edwards and Leonard, 2002) rilevando un minor grado di responsività, calore, incoraggiamento e partecipazione nelle interazioni durante l'infanzia e l'adozione di uno stile autoritario con l'inizio del periodo adolescenziale (Burns et al., 1991; Miller et al., 1999; cit. in Solis et al. 2012). Ad uno stile genitoriale distinto da rigidità, scarsa tolleranza e metodi disciplinari punitivi, possono alternarsi momenti di passività, permissività e mancanza di supervisione e controllo, tale oscillazione di atteggiamenti spesso crea un ambiente in cui avviene uno scambio dei ruoli nell'asse genitore-figlio, la quale mina gravemente la quotidianità e la struttura familiare, contesto

nel quale dovrebbe avvenire lo sviluppo dell'individuo in maniera graduale, invece tali dinamiche accentuano conseguenze psicologiche nefaste e un'adultizzazione precoce (Kelley *et al.*, 2005).

Un altro ambito in cui sono più che evidenti lacune, sono negli stili di attaccamento, come ribadito in precedenza, in quanto l'uso ripetuto e prolungato di alcol può influire negativamente sulla continuità nella relazione ed interferire con la loro possibilità di fare affidamento su una base sicura, (Das Eiden, Edwards and Leonard, 2002), infatti da un punto di vista pedagogico l'individuo si muove dalla dipendenza all'indipendenza e in condizioni sane quest'ultimo è capace di passare da uno stato all'altro senza particolari problemi. Il bimbo ha bisogno di rompere lo spazio attorno a sé allargandone i confini, ma in egual misura presenta il medesimo bisogno di tornare a quella situazione in precedenza rotta (Winnicott, 2016). Inoltre, si deve sottolineare come la presenza del genitore alcolista aumenti la probabilità di creare un legame insicuro con il figlio, tale probabilità aumenta proporzionalmente se presente in uno o entrambi i genitori (Das Eiden, Edwards and Leonard, 2002).

Si può trarre la conclusione che il *parenting* disfunzionale, è un accudimento precario, ambivalente, non orientato ai bisogni del bambino nel quale il caregiver non riesce a osservare e quindi rispondere ai bisogni evolutivi del figlio, indi per cui trasferisce su di lui richieste che non è in grado di capire e decodificare. Da un'altra prospettiva la mancanza di disponibilità nei confronti del figlio non pone le basi per entrare in relazione con lui sul piano affettivo e cognitivo, ne risulta un ambiente familiare caratterizzato da messaggi contraddittori, da proposte non orientate alla fase di crescita e sviluppo del bambino. Inoltre, il genitore non è in grado di gestire le dinamiche familiari specifiche del percorso di crescita di un figlio, di riconoscere e soddisfare i bisogni di sviluppo primari affettivi, sociali e culturali, di agire i comportamenti di *monitoring* nelle attività dei figli, di regolazione emotiva e comportamentale. Al che risulta interessante sottolineare come vi sia una correlazione tra persone con problemi legati all'alcol e a sua volta con genitori affetti da problemi legati all'alcol.

Un'altra caratteristica di queste pratiche genitoriali è la presenza di una disciplina contraddistinta da inconsistenza e un livello molto elevato di pratiche punitive. Genitori emotivamente disponibili, sensibili, nonché empatici facilitano essi stessi lo sviluppo della

capacità di empatizzare del loro bambino creando stati emotivi condivisi, e aiutando l'infante ad avviare tale mutualità (Robinson et al., 2000).

Da una prospettiva neuroscientifica, un altro elemento per capire meglio la differenza tra uno stile di attaccamento e l'altro ci vien fornita dallo studio di Giovanni Liotti, il quale argomenta che se il sistema dell'attaccamento è sicuro e la figura di riferimento è disponibile alle cure, il sistema di difesa è totalmente inibito, addirittura disattivato (Liotti, 2017).

L'infanzia trascorsa con uno o due genitori dipendenti dalle bevande alcoliche è un'infanzia all'insegna della difficoltà, un elemento particolarmente importante per comprendere la situazione complessa che caratterizza la dinamica familiare si trova nello studio del Danish National Centre for Research (SFI), nel quale sono riportate considerazioni dei figli sul comportamento genitoriale influenzato dalla smodata assunzione di bevande alcoliche. I minori riportano un alto grado di consapevolezza dello stato alterato dei genitori, nonostante quest'ultimi adottassero misure specifiche per assumere la sostanza, ad esempio aspettare che i figli fossero a scuola o impegnati nei loro compiti quotidiani. Inoltre, è interessante sottolineare come lo studio riporta alcune situazioni nelle quali i minori sono consapevoli del problema dei genitori in anticipo di vari anni. Dall'altra prospettiva, i genitori dipendenti da alcol si preoccupano che i figli abbiano cibo e vestiti puliti, ed un piatto caldo sembrerebbe essere l'elemento più importante ai loro occhi sottolineando come queste siano le sole pratiche genitoriali che devono essere svolte, presentando una notevole noncuranza per gli aspetti educativi, relazionali e affettivi nei confronti dei figli. A seguito di ciò i minori possono verbalizzare vissuti quali abbandono e solitudine (Christensen, 1997).

Per tradurre le nozioni teoriche a manifestazioni concrete si può citare lo studio condotto da Neil McKeganey, Marina Barnard & James McIntosh; il quale riporta interviste a soggetti affetti da una dipendenza, tale manoscritto rende molto chiara l'idea di cure disfunzionali. Ad esempio, un padre descrive un avvenimento nel quale sapendo che in casa non ci fossero scorte di cibo sceglie in egual misura di dare la priorità alla rifornimento della sostanza. Un altro caso riporta una madre, la quale descrive come nonostante fosse sotto l'effetto delle bevande intrattenesse attività ludiche con i figli e come ella si sentisse in colpa nei loro confronti a manifestare una falsa felicità (McKeganey, Barnard and McIntosh, 2002).

#### **2.4 Crescere con genitori dipendenti dall'alcol e l'esposizione al trauma**

Esiste una forte correlazione tra l'abuso di alcol e forme di maltrattamento, ci si riferisce al maltrattamento fisico ed emotivo, all'abuso sessuale, all'abbandono e all'atteggiamento

negligente nei confronti dell'infante (Dube et al., 2001). La violenza a danno dei minori, perpetrata da adulti all'interno delle mura domestiche è una delle forme di maltrattamento sui minori meno visibile, tale dinamica rende particolarmente difficile effettuare una stima efficace poiché la maggior parte di esse avviene nella privacy della vita domestica. A tal punto una piccola disamina su cosa ci si riferisce per violenza tratta Dal Rapporto del World Health Organisation "Violenza e salute nel mondo", differenzia questa in tre categorie in relazione al contesto all'interno del quale viene commessa. Per violenza auto inflitta viene intesa violenza dove l'autore dell'atto violento e la vittima sono la stessa persona, questa categoria comprende l'abuso auto inflitto e il suicidio; per violenza interpersonale si intende la violenza tra individui e tale categoria è suddivisa in violenza familiare, violenza verso il partner e violenza di comunità. Dove la prima include il maltrattamento sui minori, la violenza rivolta al partner e l'abuso di anziani. La violenza di comunità è invece suddivisa in violenza commessa da parte di conoscenti e di estranei. Comprende la violenza giovanile, l'aggressione da parte di estranei, la violenza legata ai crimini contro la proprietà, la violenza sul posto di lavoro e in altre istituzioni. Nel dettaglio il maltrattamento sui minori è definito come: "tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere". Come già dichiarato, il Rapporto su violenza e salute e la Consultazione del World Health Organization sulla prevenzione dell'abuso sui minori distinguono quattro tipi di maltrattamento sui minori:

- abuso fisico;
- abuso sessuale;
- abuso affettivo e psicologico;
- incuria.

Per abuso fisico si definisce l'uso intenzionale della forza fisica contro un minore che provoca o ha un'alta probabilità di provocare un danno per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità dello stesso. Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare e soffocare. Gran parte della violenza a danno dei minori all'interno delle mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire.

Quando si parla di abuso sessuale, s'intende il coinvolgimento di un minore in atti sessuali che egli o essa non comprende completamente, per i quali non è in grado di acconsentire o per i quali il bambino non ha ancora raggiunto un livello di sviluppo adeguato, o ancora che violano la legge o i tabù sociali. I minori possono essere abusati sessualmente sia da adulti che da altri minori che sono, in ragione della loro età o livello di sviluppo, in una posizione di responsabilità, fiducia o potere nei confronti della vittima.

L'abuso affettivo e psicologico comprende sia incidenti isolati, sia situazioni in cui chi si occupa del bambino, nel tempo, non gli fornisce un ambiente appropriato e di supporto per il suo sviluppo. Gli atti in questa categoria possono avere un'alta probabilità di arrecare danno alla salute fisica e mentale del minore, o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale. Abusi di questo tipo comprendono la limitazione dei movimenti, il denigrare, l'incolpare, il minacciare, l'intimidire, il discriminare, il rifiutare ed altre forme non fisiche di trattamento ostile.

L'incuria o *neglect* include sia situazioni isolate, sia un atteggiamento carente, reiterato nel tempo, da parte dei genitori o degli altri membri della famiglia, che seppur in grado di farlo, non provvedono allo sviluppo e al benessere del minore in una o più delle seguenti aree:

- salute;
- educazione;
- sviluppo affettivo;
- nutrizione;
- alloggio e condizioni di vita sicure.

Inoltre, si deve sottolineare un'altra forma di maltrattamento, la quale può trovare manifestazione nel contesto familiare caratterizzato da persone con diagnosi di dipendenza da alcool, ossia l'abuso psico-emozionale. Questo implica la messa in atto o omissione di comportamenti considerati psicologicamente dannosi per il benessere e lo sviluppo del bambino e dell'adolescente, possono essere commessi singolarmente o collettivamente da persone che per il loro status sono in una posizione di potere rispetto alla vulnerabilità del minore coinvolto.

Questa forma di maltrattamento si configura come una modalità comportamentale stabile, ripetitiva ed inappropriata, che consiste in persistenti maltrattamenti emotivi, atteggiamenti di rifiuto e di denigrazione che inibiscono o danneggiano lo sviluppo di alcune facoltà fisiche, cognitive ed emotive fondamentali del bambino.



È la forma di maltrattamento più comune e anche quella più difficile da rilevare sia per il suo essere trasversale alle altre situazioni di violenza sia per la presunta invisibilità all'esterno in mancanza di segni fisici eclatanti.

In particolare, la violenza assistita è una forma specifica di abuso psico-emozionale che consiste nell'obbligare il minore a fare esperienza di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte e minori. Si includono le violenze messe in atto da minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni degli animali domestici.

Tali forme di maltrattamento possono creare diverse conseguenze per l'infante, sia di natura psicologica che di natura sociale, come ad esempio l'allontanamento dalla famiglia per essere introdotto in un altro contesto familiare o eterofamigliare, dove possa ricevere le cure adeguate, sia in termini educativi che sanitari, se ce ne fosse il bisogno. Queste pratiche sono lontane dalle mansioni quotidiane dell'Educatore Professionale ma capire quali dietrologie accompagnano il minore al servizio aiuta a stilare un progetto educativo individualizzato su misura della persona.

Perciò ha un rilievo particolare la condizione di provenienza del minore e quali vulnerabilità sono insite nella sua personalità, soprattutto quelle legate agli aspetti relazionali e quelli legati alla regolazione dell'umore. Per capire come e perché si creano alcune condizioni si deve affrontare nel dettaglio cos'è un trauma e quali conseguenze crea nella relazione, sia in termini psicologici e pedagogici che fisiologici, ossia nello sviluppo dei tessuti corporei dell'individuo (Organization, 2006).

## 2.5 Il trauma relazionale

La relazione tra genitore con una diagnosi quale abuso di alcol e figlio può essere cosparsa di episodi considerati fattori di rischio per il sano sviluppo del figlio. A tal proposito se ne deve sottolineare la differenza:

- Evento traumatico: fatto isolato, grave, estremo, che sovrasta la capacità di resistenza dell'individuo.
- Sviluppo traumatico: trauma complesso per condizioni di violenza e trascuratezza prolungate.
- Trauma relazionale precoce: modalità relazionali madre-bambino disfunzionali, in genere associate a disorganizzazione dell'attaccamento.

Al contrario ad uno scenario in cui vi è lo sviluppo di un attaccamento ottimale, in un ambiente relazionale precario, durante la fase di crescita il caregiver primario induce stati traumatici di una durata tale da indurre un'eccitazione affettiva negativa nel bambino (Schoore, 2009).

La risposta psicobiologica dell'infante al trauma è composta da due modalità separate: l'*iperarousal* e la dissociazione.

Durante la prima fase denominata *Iperarousal*, vi è l'avviamento della minaccia e comincia la reazione di allarme con l'attivazione del sistema simpatico (tachicardia, aumento pressione arteriosa, iperventilazione e contrazione muscolare, ipervigilanza), pianto e poi urla. L'ipereccitazione simpatica riflette livelli eccessivi del fattore di rilascio della corticotropina: il sistema limbico è invaso da grandi quantità di fattore di rilascio della corticotropina e glutammato.

In un secondo tempo c'è la dissociazione, in cui il bambino si ritira manifestando torpore, evitamento, restrizione degli affetti, perdita del controllo posturale. Questo stato è una strategia parasimpatica cui si ricorre nelle situazioni di disperazione, si producono oppioidi interni e cortisolo, che inibiscono il comportamento attivando il GABA. Questo stato è connesso a un ipoarousal. In questo stato ipometabolico, il battito cardiaco, la pressione circolatoria e la respirazione diminuiscono la loro frequenza mentre gli antidolorifici endogeni aumentano la loro concentrazione. Inoltre, permette all'individuo di conservare energie e favorisce la sopravvivenza tramite il meccanismo della finta morte, il quale viene utilizzato anche in altre specie (Schoore, 2009). Questo sembra coincidere con la descrizione

del trauma, ossia della rottura del legame tra il “Sé” e “l’altro empatico”, simbolo delle prime cure materne le quali non hanno assolto alla loro funzione regolatrice una volta fatte proprie dall’infante divengono poco efficienti e lacunose (Laub and Auerhahn,1993 cit in Schore, 2009).

## Capitolo terzo

### Conseguenze sul minore:

#### 3.1 regolazione dello stress e spettro dei disordini feto - alcolici

La vulnerabilità è definita come l'esperienza che causa stress e ansia (De Santis, 2008 cit in Park and Schepp, 2015), la quale può influenzare negativamente le funzioni fisiologiche, psicologiche e sociali. Infanti persone con un passato contraddistinto con esperienze quali *neglect* o forme di abuso hanno un rischio maggiore rispetto ai loro pari di riscontrare problemi legati alla salute mentale, alcuni esempi per rendere chiara l'argomentazione possono essere la genesi di psicopatologie come Disturbo Da Stress Post-Traumatico, Depressione e Disturbo Del Comportamento Dirompente (Kolko, 2002 cit in Connors-Burrow *et al.*, 2013).

Come argomentato nel capitolo precedente la relazione traumatica influenza alcuni meccanismi psicologici interni e se l'accudimento parentale nei confronti della prole è esposto a elementi stressanti presenti nell'ambiente circostante correlato a condizione economiche precarie accentua i tratti ansiogeni e irritabili nei genitori, i quali possono influenzare l'interazione tra le due parti. Tale argomentazione trova riscontro anche nel mondo animale, ad esempio negli studi nei quali hanno preso parte i primati, infatti anche in questa diade madre-figlio man mano che le condizioni diventano avverse aumentano anche il numero e il grado di conflitti all'interno della relazione, interessante sottolineare come tale dinamica sia radicata in quanto presente anche nel mondo animale, ad esempio anche nei ratti in alcuni studi d'oltre oceano è stato osservato quando questi venivano esposti a stress cronico a intervalli intermittenti la qualità e la quantità delle cure paterne calava considerevolmente nei confronti della prole, in egual misura l'accudimento materno cala particolarmente in quegli esemplari femminili sottoposti ad un ambiente stressante durante la gestazione (Popoola *et al.*, 2015). Si può asserire che tale dinamica avviene nelle giuste proporzioni anche nelle persone, inoltre la cascata neurochimica e ormonale per affrontare lo stress messa in atto dalla persona in gravidanza trasforma negativamente e perpetuamente il sistema nervoso centrale dell'infante ancora in fase gestazionale, nel quale può creare esiti psicologici negativi o esacerbarne gli stessi, come d'altro canto può creare problemi comportamentali nel bambino (Ridgeway, 2015). A tal proposito si deve aprire una piccola

disamina su come può agire l'alcool nel periodo gestazionale e quali pericoli sono associati a questo teratogeno.

### **3.1.1 L'alcool come teratogeno**

Studi sull'uomo e sugli animali hanno chiaramente dimostrato che l'alcol è sia un teratogeno fisico che comportamentale, l'esposizione all'alcol può portare a una serie distinta di difetti alla nascita chiamata sindrome alcolica fetale (Tresa M. Roebuck, Mattson and Riley, 1998). La sindrome alcolica fetale è riconosciuta come la più comune causa nota di ritardo mentale, che colpisce da uno a sette, ogni mille bambini nati vivi (Codreanu, Yang and Zhuang, 2012). Tali persone diagnosticate con la sindrome alcolica fetale, vengono inserite in tale categoria in base alle seguenti caratteristiche:

- Ritardo della crescita pre e postnatale;
- Disfunzione nel sistema nervoso centrale (SNC);
- Un viso caratteristico;
- Esposizione nota o no, all'alcool;

Prima di addentrarsi notevolmente nelle argomentazioni si deve sottolineare come vi siano alcune variabili ad influenzare lo sviluppo di tale patologia, ad esempio la quantità assunta di alcool, il processo metabolico, il quale può avere alcune caratteristiche soggettive correlate solamente all'individuo, oltre alle suddette variabili hanno un'importanza vitale sia il come viene assunta la sostanza che la frequenza. Già dai primi studi, i quali venivano eseguiti tramite autopsie si è notato come una delle caratteristiche comuni fosse la microcefalia, in seguito altra caratteristica particolarmente comune fu una anormale migrazione delle cellule gliali e neurali. Inoltre, con l'avanzare degli studi tramite autopsie è emersa idrocefalia, correlata a un'estrema malformazione delle cellule nervose (T M Roebuck, Mattson and Riley, 1998). Alcune caratteristiche manifestate tramite il comportamento si traducono nell'essere iperattivi, impulsivi e nell'avere poche abilità nel mantenere la concentrazione (Tresa M. Roebuck, Mattson and Riley, 1998). Dal punto di vista neurologico le malformazioni incidono sullo sviluppo del corpo calloso, del cervelletto, del nucleo caudato e dell'ippocampo. Inoltre, sono presenti riduzioni delle dimensioni del talamo e fusione di quest'ultimo con i nuclei caudati (Codreanu, Yang and Zhuang, 2012). È importante sottolineare come il feto non possa metabolizzare l'alcol, perché privo degli

enzimi adatti a questo compito, di conseguenza, l'alcol e i suoi metaboliti (acetaldeide) si accumulano nel sistema nervoso e in altri organi danneggiandoli. Infatti, è stato ampiamente dimostrato l'azione dell'alcol materno quando attraversa tale barriera placentare, il feto transesterifica l'alcol etilico con gli acidi grassi fetali formando gli esteri etilici degli acidi grassi (Hoyme et al., 2016).

Per quanto concerne l'individuazione di una diagnosi di Sindrome Alcolica Fetale, con esposizione nota o non nota all'alcool, sono richieste una serie di caratteristiche, le quali vengono elencate in ordine alfabetico:

- a) Viso caratteristico contraddistinto da anomalie facciali, di cui devono essere presenti due delle seguenti:
  - La rima palpebrale corta
  - Il labbro superiore sottile
  - Il solco naso-labiale (o filtro) allungato e piatto
- b) Ritardo nell'accrescimento pre - e post-natale, infatti deve essere dimostrato un ritardo nell'accrescimento in almeno una delle seguenti aree: basso peso alla nascita per l'età gestazionale, diminuzione del peso nel tempo non causata da malnutrizione o altra patologia o peso proporzionalmente troppo basso rispetto all'altezza;
- c) Crescita deficitaria del cervello, morfogenesi anormale, o neurofisiologia anormale, tra cui uno dei seguenti:
  - Circonferenza della testa, decimo percentile
  - Anomalie strutturali del cervello
  - Convulsioni non febbrili ricorrenti (escluse altre cause di convulsioni)
- d) Alterazioni neurocomportamentali: Per i bambini con o più di tre anni di età si possono verificare due condizioni, la prima se sono presenti menomazioni cognitive nella quale deve essere presente l'evidenza di un deterioramento globale oppure un deficit cognitivo in almeno un dominio neurocomportamentale. La seconda se sono presenti alterazione comportamentali senza alterazione cognitiva, nello specifico ci deve essere la prova della presenza di disturbi comportamentali. Per i bambini di tre anni dev'essere comprovato un ritardo nello sviluppo.

Sono state riscontrate altre anomalie cranio facciali associate alla tossicità dell'alcol in utero, ma queste ultime non sono anomalie discriminanti. Esse comprendono: le pieghe

epicantiche, il naso con columella prominente, la radice nasale piatta, la micrognazia, le anomalie delle orecchie, i padiglioni scarsamente modellati. Da notare che nessuna delle caratteristiche sopra descritte, presa isolatamente, è indice di esposizione prenatale all'alcol etilico. Tuttavia, una combinazione di caratteristiche uniche o associate può essere senz'altro essere considerata come probante di una tossicità fetale alcol correlata.

Per quanto riguarda lo Spettro dei Disordini Feto Alcolici per i bambini con un'esposizione documentata all'alcol prenatale, tale diagnosi richiede uno standard caratteristico di anomalie facciali nel minore, di cui due delle seguenti:

- La rima palpebrale corta
- Il labbro superiore sottile
- Il solco naso-labiale (o filtro) allungato e piatto

Altra caratteristica fondamentale per eseguire una corretta diagnosi è la presenza di alterazioni neurocomportamentali, le quali per i bambini di tre anni o più d'età, se vi sono menomazioni cognitive, dev'esserci anche l'evidenza di un deterioramento globale oppure di deficit cognitivo in almeno un dominio neurocomportamentale. Invece, se vi è alterazione comportamentale senza alterazione cognitiva dev'essere comprovato il deficit comportamentale in almeno un dominio. Per i bambini con meno di tre anni dev'essere comprovato un ritardo dello sviluppo al di sotto della media (Hoyme *et al.*, 2016).

Nel qual caso vi siano soggetti che non presentino un'esposizione prenatale all'alcol documentata per avere una diagnosi certa vi devono essere caratteristiche quali lo standard facciale riportato in precedenza e in secondo luogo, dev'essere presente anche un anomalo sviluppo cerebrale, o una documentata anomala morfogenesi o un'atipica neurofisiologia. Nel caso fossero presenti alterazioni neurocomportamentali per i bambini con più di tre anni, se presenti menomazioni cognitive: dev'essere presente l'evidenza di deterioramento globale con le seguenti tre caratteristiche: Circonferenza della testa 10° percentile, anomalie strutturali del cervello e convulsioni ricorrenti non febbrili, non attribuibili ad altre cause. Se vi è alterazione comportamentale senza alterazione cognitiva dev'essere comprovata la presenza di disturbi comportamentali in almeno un dominio. Per i bambini inferiori a tre anni, dev'essere presente un ritardo nello sviluppo al di sotto della media.

Per quanto riguarda la diagnosi di Difetti Congeniti Alcol-Correlati, tale condizione trova riscontro quando il feto viene esposto all'alcol; infatti, la suddetta diagnosi richiede due

caratteristiche, la prima che sia presente un'esposizione documentata all'alcol prenatale e la seconda che siano presenti alterazioni neurocomportamentali, nei bambini con più di tre anni e con menomazioni cognitive, dev'essere presente l'evidenza di un deterioramento globale oppure di un deficit in almeno due domini neurocomportamentali. Se vi è alterazione comportamentale senza alterazione cognitiva, vi dev'essere la prova di un deficit comportamentale in almeno due domini dell'autoregolazione (Hoyme et al., 2016).

Nella condizione definita come Difetti Congeniti Alcol-Correlati, per la diagnosi sono richieste le seguenti due caratteristiche, un'esposizione documentata all'alcol prenatale e una o più malformazioni principali specifiche. Inoltre, una o più delle seguenti condizioni devono essere soddisfatte per documentare un'esposizione all'alcol prenatale durante la gravidanza:

- Almeno tre bevande, in due occasioni durante la gravidanza;
- Documentazione dei problemi sociali o legati all'alcol in prossimità (prima o durante) della gravidanza, come ad esempio guida in stato di ebbrezza;
- Documentazione dell'intossicazione durante la gravidanza mediante test del contenuto di sangue, alito o alcol nelle urine;
- Test positivi con biomarcatore(i) di esposizione all'alcol durante la gravidanza o alla nascita;
- Aumento del rischio prenatale associato al consumo di alcol durante la gravidanza, valutato da uno strumento di screening convalidato;

Inoltre, è importante sottolineare che nel corso della vita della persona compaiono una serie di disabilità, le quali vengono definite secondarie, all'interno di queste vi sono problemi di salute mentale, mancanza di vita autonoma, problemi con il lavoro, esperienze scolastiche difficili, problemi legislativi o isolamento. Per quanto siano necessarie le categorie cliniche per poter creare una terapia che sia la più personalizzata possibile si deve sottolineare come queste rappresentino un continuum per il quale siano necessari continui aggiornamenti e confronti (Hoyme et al., 2016). Inoltre, anche l'esposizione all'alcol tramite l'allattamento è associata a una varietà di sviluppi negativi, nel dettaglio ne conseguono alcuni tratti specifici, gli infanti dal settimo anno d'età il quale avvia i procedimenti per la diagnosi da sindrome fetale alcolica e disordini fetali di spettro dell'alcol. Oltre a ciò, si sostiene la prospettiva nella quale le donne che allattano i loro figli dovrebbero evitare di



bere alcol durante il periodo di allattamento, soprattutto in grandi quantità per brevi periodi di tempo (binge drinking) e soprattutto se il bambino fosse già stato esposto all'alcool nel periodo prenatale. Anche se le quantità di alcol trasmesse al feto da parte della madre risultassero essere proporzionalmente basse concentrazioni si può considerare l'alcool all'interno del latte materno un fattore abbastanza significativo da limitare o comunque ritardare ulteriormente la crescita fisica e il neurosviluppo di un bambino (P.A. *et al.*, 2016).

### **3.2 Conseguenze psicologiche nei minori.**

Come ribadito in precedenza l'alcool può essere considerato un teratogeno comportamentale, in questo capitolo si vuole sottolineare quali sono le conseguenze nel minore, il quale cresce in un contesto familiare contraddistinto dalla presenza di genitori con una diagnosi quale abuso di alcool. Cercando di capire la complessità di tale dinamica, si può supporre quali siano le difficoltà nel vivere in una famiglia disfunzionale con genitore (o entrambi) affetto da dipendenza da alcool, i quali pongono a rischio di sviluppare una dipendenza da alcool, infatti studi dal carattere epidemiologico hanno rilevato che il primo grado di parentela con individui contraddistinti da dipendenza da alcol sono da due a sette volte più probabili di sviluppare la dipendenza da alcol durante la loro vita o problemi alcool correlati a sua volta, a confronto con infanti cresciuti in ambienti privi di tale diagnosi (Berent and Wojnar, 2021).

In contrapposizione a tale analisi sono presenti in letteratura studi nei quali si osserva nonostante l'assenza della dipendenza, ma in precedenza presente, ad esempio: la figura paterna malgrado fosse astemia negli ultimi cinque anni il rischio nella prole fosse ugualmente presente, ciò pone l'accento nel meccanismo con il quale avviene l'instaurarsi della suddetta patologia a confronto di altre variabili. In primo luogo, l'infante divenuto adolescente può incominciare con una modalità indipendente a fare uso di alcool e in seguito l'atto di bere può diventare autonomo. In seconda istanza, come ribadito in precedenza possono essere presenti altri fattori, i quali influenzano la prole del bevitore nonostante sia a fine percorso terapeutico, ad esempio la socializzazione con pari bevitori, altri membri della famiglia affetti dalla suddetta dipendenza, livello economico molto precario o status socioeconomico basso, alti livelli di stress prodotti da cause esterne o ambientali. Tali dinamiche possono incentivare la prole delle persone con dipendenza a percorrere il medesimo percorso (Ellis,Zucker, & Fitzgerald, 1997 cit in Chassin et al., 1999). L'abuso

da parte dei genitori, influenza il minore all'utilizzo di bevande alcoliche ma anche ad altre sostanze inibitorie, ciò può essere spiegato in parte da un alto grado di sintomatologia esterna. Tra le argomentazioni a questo favore trova riscontro una prassi parentale frequente in questa specifica utenza, ossia all'interno della relazione padre-figlio il rinforzo della figura genitoriale nell'utilizzo delle bevande alcoliche da parte del figlio. Nello specifico si è osservato tra questi adolescenti caratterizzati da un utilizzo smodato di bevande alcoliche che il padre accompagnava il figlio nell'atto del bere, poneva meno regole circa l'utilizzo degli alcolici e incoraggiava il figlio stesso a bere per affrontare lo stress (Brook et al., 2003), infatti alcuni autori hanno proposto che l'età di iniziazione all'uso dell'alcool fosse un indicatore della disfunzione educativa, delle condizioni precarie e del parenting all'interno della contesto familiare (Berent and Wojnar, 2021).

Tuttavia tale argomentazione non può trovare in qualsiasi condizione esito favorevole, in quanto quando le figure genitoriali cessano di utilizzare la sostanza tramite una riabilitazione la suddetta dinamica sussiste nei medesimi termini (Chassin et al., 1999).

La prole descritta fin qui, categoria di persone denominata *children of alcoholics* (COAs) in letteratura manifesta mediamente una minor capacità di lettura, comprensione dell'ortografia e dell'aritmetica. Questi risultati manifestano una compromissione nello sviluppo di alcune abilità a confronto con i non- COAs. Un altro fattore preponderante è il sesso; infatti, le adolescenti o giovani adulte femmine pare subiscano maggiormente l'influenza della sintomatologia interna, ad esempio sussistono maggiori difficoltà nel gestire lo stress e presentano maggiori manifestazioni ansiose a differenza della corrispettiva parte maschile (Hinz 1990 cit in Park and Schepp, 2015). D'altra parte i maschi e i giovani adulti tendenzialmente manifestano maggiormente sintomi esternalizzanti, tra i quali si sottolinea l'aggressività (Edwards, Eiden, Colder et al. 2006; Wall et al. 2000 cit in Park and Schepp, 2015). È interessante porre l'accento su come la parte femminile comunichi maggiormente la propria condizione in quanto COAs a differenza della controparte maschile nonostante tali considerazioni non si può stabilire una correlazione tra il sesso di appartenenza e il grado di vulnerabilità, dato che questa è influenzata da una varietà di fattori, individuali e ambientali. Infatti altre prospettive pongono l'accento su tali variabili, discostandosi dall'utilizzo in sé della sostanza bensì sull'impatto nell'infante dei fattori socio-culturali i quali causano una mole di stress molto elevata da metabolizzare e gestire, la quale è

altamente correlata a problemi di natura mentale (Suchman & Luthar, 2000 cit in McKeganey, Barnard and McIntosh, 2002).

D'altro canto, tra i fattori di protezione si notano la rete di supporto, ossia qualcuno su cui poter porre fiducia, inoltre pare abbiano un ruolo fondamentale anche gli insegnanti (Park and Schepp, 2015).

Dal punto di vista psicologico alcuni tratti sembrano contraddistinguere i COAs, tra i quali si sottolineano impulsività, disinibizione, emozioni negative e nevroticismo, è interessante notare come il grado di socievolezza ed estroversione sia molto simile ai loro pari. Da ciò si può dedurre come la dipendenza nei genitori influenzi lo sviluppo di quelle competenze che richiedono una condotta caratterizzata da regole e comportamenti adeguati al contesto in cui si trovano e di conseguenza anche i loro risultati accademici, ma a quanto pare non precluda abilità di tessere legami amicali con i loro pari (Carle and Chassin, 2004).

Per quanto concerne la possibilità che vi siano agiti di violenza all'interno del contesto familiare alcuni possibili indicatori di abuso psico-emozionale presenti nei minori possono essere nell'area socio-emotiva: ridotta capacità di godere della vita, comportamento adultizzato, incapacità di difendere sé stessi, rifiuto di prendersi la responsabilità delle azioni, truffe, furti.

Nell'area cognitiva possono manifestarsi difficoltà di apprendimento, deficit di attenzione, ipervigilanza, iperattività, ritardo di linguaggio, mancanza di curiosità.

Nell'area dello sviluppo fisico in concomitanza con lo stato emotivo, vi è la possibilità di un ritardo della crescita, problemi circolatori, goffaggine, capelli distrofici e secchi, autodistruttività, disturbi alimentari e del sonno, encopresi, stipsi funzionale, mancanza di energia.

Infine, nell'ambito prettamente psicologico possono apparire indicatori quali atteggiamento timoroso e vittimistico, comportamento aggressivo in quanto umilia e svaluta gli altri, eccessi di ira, propensione per il rischio, scarso autocontrollo, inibito, triste, poco vitale e poco interessato alle attività, blocco emotivo, scarsa autostima, ritiro dalle relazioni sociali, svaluta continuamente le proprie azioni e i propri pensieri, mettendo in atto comportamenti antisociali o autolesionistici, ansioso, mancanza di fiducia in se stesso e nell'altro, percezione che il mondo sia estremamente minaccioso (di Trento, 2018).

## Capitolo quarto

### Conclusione

Lo scopo ultimo di tale elaborato era affrontare come le pratiche e gli stili genitoriali influenzassero il legame genitore-figlio e più in generale la persona in quest'ultimo ruolo, proprio in quelle famiglie nelle quali uno o entrambe le figure parentali avessero una diagnosi da abuso di alcol.

In primo luogo, considerando quali conseguenze crei l'assunzione di alcool in situazioni particolarmente vulnerabili come la gravidanza, un aspetto sul quale si può intervenire è la forma con la quale vengono informate e in alcuni casi istruite le persone prima e dopo il concepimento. Ad esempio, quest'ultima fase potrebbe avvenire individuando tra coloro rientrano già nella presa in carico al servizio territoriale per le suddette problematiche una maggior attività di monitoraggio. Idealmente, genitori e figli, in tal caso potrebbero anche avviare quanto prima interventi terapeutici-riabilitativi nelle strutture predisposte per la salvaguardia della salute mentale.

È bene sottolineare come possano aiutare a perseguire tal fine anche programmi di sensibilizzazione tramite eventi pubblici, seminari e letture per diffondere le informazioni adeguate e il più contestualizzate possibili tra i giovani adulti, possibilmente nei luoghi di aggregazione come scuole o piazze pubbliche, per incentivare la consapevolezza e la responsabilità a livello personale. Infatti, riconoscendo e affrontando con una modalità preventiva i rischi ai quali vengono esposti i figli delle persone con una diagnosi a lcool correlata si ha potenzialmente la possibilità di modificare il percorso intrapreso sia dalle figure genitoriali che dalla prole, ponendo particolar attenzione se entrambi i genitori presentano una diagnosi, in tal caso vi sono maggiori possibilità di una esposizione ai sopracitati fattori di rischio, tenendo in considerazioni queste dinamiche per quanto riguarda la categoria di minori definite COAs, si può incentivare un cambiamento sociale positivo così da porre opportunità per lo sviluppo all'insegna delle pari opportunità per anch'essi. Inoltre, una prospettiva non da meno che deve accompagnare il progetto educativo di questi minori è l'aspetto finanziario collegato alla futura presa in carico dal sistema sanitario, nel qual caso vi siano conseguenze psicologiche e/o fisiologiche. Infatti, mentre è fondamentale individuare i minori a rischio è in egual misura importante che le figure genitoriali seguano

un trattamento terapeutico-riabilitativo adeguato al fine di rendere il progetto di minore e genitore efficace e sostenibile (Ridgeway, 2015)

Per quanto concerne il minore, tra le varie possibilità vi è l'allontanamento dal nucleo familiare e di conseguenza l'inserimento all'interno di un *setting* più adeguato allo sviluppo in accordo ai bisogni dell'età e al procedimento giuridico. Lo spazio nel quale può agire l'Educatore Professionale e incontrare le esigenze dell'altro potrebbero essere all'interno di una Comunità per minori, contesto noto come ambiente terapeutico globale strutturato su specifici criteri organizzativi come età dell'utenza, durata della permanenza, numero ospiti e rapporto personale di riferimento, in tale contesto la ripetitività e la prevedibilità delle norme, accompagnate da significato rappresenta un luogo sicuro e rassicurante, dove tramite l'atto supportivo e da parte del personale adeguato permette ai minori di trovare uno spazio nel quale esercitare e sviluppare le proprie abilità, affrontare le difficoltà quotidiane e acquisire conoscenze al fine di perseguire una autonomia basale, fondamentale per essere indipendente quanto prima. Il termine "terapeutico" pone l'accento nello specifico nella potenzialità dell'ambiente di promuovere dinamiche di cambiamento nel minore, tale termine sottintende da parte della struttura accogliente di adattarsi alla fase evolutiva e al retroterra culturale dei minori ospiti; altra caratteristica è la flessibilità, la quale garantisce quelle modifiche organizzative e relazionali necessarie a rispettare le esigenze mutevoli dei giovani ospiti durante le diverse fasi del processo di cambiamento; inoltre lo spazio sociale della vita di comunità, inteso sia come spazio relazionale sia come luogo nel quale sviluppare alcune attività, assume un possibile ruolo riabilitativo. La funzione protettiva deve mostrarsi in grado di modificare la traiettoria di vita intrapresa dal soggetto nella condizione di rischio (Bastianoni and Palareti, 2005). L'Educatore Professionale fornisce la funzione di sostegno assente o lacunosa, che il minore necessita in misura all'età e alla condizione personale in modo tale che possa sviluppare e accrescere le proprie abilità in uno spazio educativo e relazionale stabile e adeguato, in osservazione al costruttivismo sociale ideato da Lëv S. Vygotskij, l'Educatore agisce nella distanza tra il livello di sviluppo effettivo e il livello di sviluppo potenziale, ossia tra ciò che la persona è in grado di fare da solo e ciò che è in grado di fare con l'aiuto e il supporto di un individuo più competente (Vygotsky, 2012).

## Bibliografia

Ainsworth, M. D. S. (1978) 'The bowlby-ainsworth attachment theory', *Behavioral and brain sciences*, 1(3), pp. 436–438.

Bastianoni, P. and Palareti, R. (2005) 'La comunità per minori'.

Berent, D. and Wojnar, M. (2021) 'Does parental alcohol use influence children's age at first alcohol intake? A retrospective study of patients with alcohol dependence', *Healthcare (Switzerland)*, 9(7). doi: 10.3390/healthcare9070841.

Bowlby Jonh (1989) 'Una base segura- Aplicaciones clínicas de la teoría de apego', in *Aplicaciones clínicas de la teoría de apego*.

Brook, D. W. *et al.* (2003) 'Alcohol use in adolescents whose fathers abuse drugs', *Journal of Addictive Diseases*, 22(1), pp. 11–34. doi: 10.1300/J069v22n01\_02.

Carle, A. C. and Chassin, L. (2004) 'Resilience in a community sample of children of alcoholics: Its prevalence and relation to internalizing symptomatology and positive affect', *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(5), pp. 577–595. doi: 10.1016/j.appdev.2004.08.005.

Chassin, L. *et al.* (1999) 'A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression', *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), pp. 106–119. doi: 10.1037/0021-843X.108.1.106.

Christensen, E. (1997) 'Aspects of a preventive approach to support children of alcoholics', *Child Abuse Review*, 6(1), pp. 24–34. doi: 10.1002/(SICI)1099-0852(199703)6:1<24::AID-CAR279>3.0.CO;2-Z.

Codreanu, I., Yang, J. and Zhuang, H. (2012) 'Brain single-photon emission computed tomography in fetal alcohol syndrome: A case report and study implications', *Journal of Child Neurology*, 27(12), pp. 1580–1584. doi: 10.1177/0883073811435828.

Connors-Burrow, N. A. *et al.* (2013) 'Child and family factors associated with teacher-reported behavior problems in young children of substance abusers', *Child and Adolescent Mental Health*, 18(4), pp. 218–224. doi: 10.1111/camh.12010.

Cusinato, M., L'Abate, L. and Curti, B. (1999) *Dentro la complessità della famiglia : crisi, risorse e cambiamenti / Mario Cusinato, Francesca Cristante, Francesca Morino Abbele ;*

*con scritti di Beatrice Curti ... \et al.!; introduzione di Luciano L'Abate. Firenze: Giunti (Manuali e monografie di psicologia Giunti).*

De, M. *et al.* (2015) 'DE LA ROSA ET AL. Influence of Mother-Daughter Attachment on Substance Use: A Longitudinal Study of a Latina Community-Based Sample', *Stud. Alcohol Drugs*, 76, pp. 307–316.

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition.* doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.893619.

Dube, S. R. *et al.* (2001) 'Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction', *Child Abuse and Neglect*, 25(12), pp. 1627–1640. doi: 10.1016/S0145-2134(01)00293-9.

Das Eiden, R., Edwards, E. P. and Leonard, K. E. (2002) 'Mother-infant and father-infant attachment among alcoholic families', *Development and Psychopathology*, 14(2), pp. 253–278. doi: 10.1017/s0954579402002043.

El-Sheikh, M. and Buckhalt, J. A. (2003) 'Parental Problem Drinking and Children's Adjustment: Attachment and Family Functioning as Moderators and Mediators of Risk', *Journal of Family Psychology*, 17(4), pp. 510–520. doi: 10.1037/0893-3200.17.4.510.

Fama, R. (2020) 'Alcohol's Unique Effects on Cognition in Women:', *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(2), pp. 1–17. doi: 10.35946/arcr.v40.2.03.

Hoyme, H. E. *et al.* (2016) 'Updated clinical guidelines for diagnosing fetal alcohol spectrum disorders', *Pediatrics*, 138(2). doi: 10.1542/peds.2015-4256.

Kelley, M. L. *et al.* (2005) 'Retrospective reports of parenting received in their families of origin: Relationships to adult attachment in adult children of alcoholics', *Addictive Behaviors*, 30(8), pp. 1479–1495. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.03.005.

De La Monte, S. M. and Kril, J. J. (2014) 'Human alcohol-related neuropathology', *Acta Neuropathologica*, pp. 71–90. doi: 10.1007/s00401-013-1233-3.

Liotti, G. (2017) 'Conflicts between motivational systems related to attachment trauma: Key to understanding the intra-family relationship between abused children and their abusers', *Journal of Trauma and Dissociation*, 18(3), pp. 304–318. doi:

10.1080/15299732.2017.1295392.

Mata, J. F. *et al.* (2019) '¿Cómo afecta el alcohol al Sistema Nervioso Central? Hallazgos en pruebas de imagen', *Sociedad Española de Radiología Médica*, pp. 1–23.

McKeganey, N., Barnard, M. and McIntosh, J. (2002) 'Paying the price for their parents' addiction: Meeting the needs of the children of drug-using parents', *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 9(3), pp. 233–246. doi: 10.1080/09687630210122508.

Merikangas, K. R., Dierker, L. C. and Szatmari, P. (1998) 'Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: A high-risk study', *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(5), pp. 711–720. doi: 10.1017/S0021963098002522.

Mesanovic, M. *et al.* (2020) 'The personality of the alcoholic through seven perspectives', *Psychiatria Danubina*, 32, pp. 281–289.

Molina, P. E., Nelson, S. and Molina, P. E. (no date) 'Binge Drinking ' s Effects on the Body', pp. 99–109.

Molina, P. E., Sulzer, J. K. and Whitaker, A. M. (2013) 'Alcohol abuse and the injured host: Dysregulation of counterregulatory mechanisms review', *Shock*. doi: 10.1097/SHK.0b013e318285b86d.

Organization, W. H. (2006) *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization.

P.A., M. *et al.* (2016) 'Breastfeeding and maternal alcohol use: Prevalence and effects on child outcomes and fetal alcohol spectrum disorders', *Reproductive Toxicology*, 63.

Park, S. and Schepp, K. G. (2015) 'A Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability', *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), pp. 1222–1231. doi: 10.1007/s10826-014-9930-7.

Pihl, R. O., Peterson, J. B. and Finn, P. (1990) 'An heuristic model for the inherited predisposition to alcoholism.', *Psychology of Addictive Behaviors*, 4(1), pp. 12–25. doi: 10.1037/0893-164x.4.1.12.

Popoola, D. O. *et al.* (2015) 'Can low-level ethanol exposure during pregnancy influence maternal care? An investigation using two strains of rat across two generations', *Physiology*



*and Behavior*, 148, pp. 111–121. doi: 10.1016/j.physbeh.2015.01.001.

Rapoza, K. A. and Baker, A. T. (2008) ‘Attachment styles, alcohol, and childhood experiences of abuse: An analysis of physical violence in dating couples’, *Violence and Victims*, 23(1), pp. 52–65. doi: 10.1891/0886-6708.23.1.52.

De Rick, A., Vanheule, S. and Verhaeghe, P. (2009) ‘Alcohol addiction and the attachment system: An empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients’, *Substance Use and Misuse*, 44(1), pp. 99–114. doi: 10.1080/10826080802525744.

Ridgeway, B. (2015) ‘Depression, Alcohol Abuse, and Alcoholism in One versus Two Parents and the Implications for Child Attachment and Self-Regulation in Infancy through Adolescence’, *International Scholarly Research Notices*, 2015, pp. 1–17. doi: 10.1155/2015/275649.

Robinson, J. *et al.* (2000) ‘Children’s story stem responses: A measure of program impact on developmental risks associated with dysfunctional parenting’, *Child Abuse and Neglect*, 24(1), pp. 99–110. doi: 10.1016/S0145-2134(99)00117-9.

Roebuck, T M, Mattson, S. N. and Riley, E. P. (1998) ‘A review of the neuroanatomical findings in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol.’, *Alcoholism, clinical and experimental research*, 22(2), pp. 339–344. doi: 10.1111/j.1530-0277.1998.tb03658.x.

Roebuck, Tresa M., Mattson, S. N. and Riley, E. P. (1998) ‘A review of the neuroanatomical findings in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol’, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(2), pp. 339–344. doi: 10.1111/j.1530-0277.1998.tb03658.x.

Schore, A. N. (2009) ‘Relational trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience’, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159, pp. 189–203. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04474.x.

Siegel, D. J. (1999) *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.

Spera, C. (2005) ‘A review of the relationship among parenting practices, parenting styles, and adolescent school achievement’, *Educational Psychology Review*, 17(2), pp. 125–146.

doi: 10.1007/s10648-005-3950-1.

di Trento, P. A. (2018) 'Il maltrattamento in età evolutiva'.

Vygotsky, L. S. (2012) *Thought and language*. MIT press.

Walsh, F. (2012) 'Normal family processes: Growing diversity and complexity (4th ed.)', in *Normal family processes: Growing diversity and complexity (4th ed)*.

Winnicott, D. W. (2016) 'Preface to The Family and Individual Development', in *The Collected Works of D. W. Winnicott*. doi: 10.1093/med:psych/9780190271398.003.0043.

