



# **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata  
Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Corso di Laurea Magistrale in  
PSICOLOGIA CLINICO-DINAMICA**

**Tesi di Laurea Magistrale**

## **Sintomatologia, Qualità delle Cure ricevute e Comportamenti di Parenting in Madri con Disturbo da Uso di Sostanze**

**Symptomatology, Quality of received Care and Parenting Behaviors in Mothers  
with Substance Use Disorder**

***Relatore:***

**Prof.ssa Alessandra Simonelli**

***Correlatore:***

**Dott. Alessio Porreca**

***Laureanda: Emanuela Boffio***

***Matricola: 2050485***

**Anno Accademico 2022/2023**



# Indice

<b>Introduzione</b> .....	<b>5</b>
<b>Capitolo 1: La genitorialità lungo un continuum tra passato e attualità</b> .....	<b>7</b>
1.1 La funzione genitoriale: definizione e aspetti implicati.....	7
1.1.1 <i>Stili di parenting</i> .....	10
1.1.2 <i>Competenze genitoriali</i> .....	12
1.2 L’impatto delle cure genitoriali ricevute nell’infanzia sui neogenitori.....	14
1.3 L’influenza della psicopatologia materna sulla funzione genitoriale e sulla diade madre-bambino .....	18
1.3.1 <i>I Disturbi Depressivi</i> .....	20
1.3.2 <i>I Disturbi d’Ansia</i> .....	23
1.3.3 <i>Il Disturbo da Uso di Sostanze</i> .....	25
<b>Capitolo 2: Il Disturbo da Uso di Sostanze e le sue implicazioni sulla genitorialità</b> 27	
2.1 Disturbo da Uso di Sostanze e inquadramento diagnostico.....	27
2.1.1 <i>Epidemiologia</i> .....	31
2.2 Eziologia e sintomatologia psicopatologica nell’adulto .....	33
2.3 Esperienze di cura passate e psicopatologia .....	37
2.4 Implicazioni delle sostanze di abuso sulla gravidanza e sul neonato .....	38
2.5 Impatto dell’uso di sostanze sulla qualità dei comportamenti genitoriali .....	41
<b>Capitolo 3: Il disegno di ricerca</b> .....	<b>45</b>
3.1 Obiettivi e ipotesi della ricerca .....	45
3.2 Partecipanti .....	47
3.3 Procedura .....	48
3.4 Strumenti.....	49
3.4.1 <i>Scheda delle variabili socio-anagrafiche e cliniche</i> .....	49
3.4.2 <i>Valutazione della qualità dell’interazione diadica: Emotional Availability Scales (EAS)</i> .....	51
3.4.3 <i>Valutazione dell’esperienza di cure passate: Parental Bonding Instrument (PBI)</i> .....	54
3.4.4 <i>Valutazione della sintomatologia psicopatologica genitoriale: Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)</i> .....	55
3.5 Elaborazione statistica dei dati .....	57

<b>Capitolo 4: I risultati della ricerca .....</b>	<b>61</b>
4.1 Analisi descrittive .....	61
4.1.1 <i>Informazioni socio-anagrafiche e cliniche.....</i>	61
4.1.2 <i>Qualità delle interazioni diadiche madre-bambino .....</i>	63
4.1.3 <i>Qualità delle cure genitoriali ricevute nelle partecipanti.....</i>	64
4.1.4 <i>Livello di sintomatologia psicopatologica genitoriale.....</i>	65
4.2 Confronto tra gruppi .....	67
4.2.1 <i>Informazioni socio-anagrafiche e cliniche: confronto tra gruppi.....</i>	67
4.2.2 <i>Qualità delle interazioni diadiche madre-bambino: confronto tra gruppi ....</i>	67
4.2.3 <i>Qualità delle cure genitoriali ricevute nelle partecipanti: confronto tra gruppi .....</i>	68
4.2.4 <i>Livello di sintomatologia psicopatologica genitoriale: confronto tra gruppi</i>	68
4.3 Correlazioni .....	69
4.3.1 <i>Correlazione tra qualità delle interazioni madre-bambino e sintomatologia psicopatologica materna .....</i>	69
4.3.2 <i>Correlazione tra qualità delle interazioni madre-bambino e cure genitoriali ricevute.....</i>	70
4.3.3 <i>Correlazioni tra sintomatologia psicopatologica materna e cure genitoriali ricevute.....</i>	70
<b>Capitolo 5: La discussione dei risultati.....</b>	<b>73</b>
5.1 Discussione dei risultati .....	73
5.1.1 <i>Comportamenti genitoriali.....</i>	74
5.1.2 <i>Cure genitoriali ricevute in passato .....</i>	78
5.1.3 <i>Sintomatologia psicopatologica.....</i>	79
5.1.4 <i>Associazioni tra comportamenti genitoriali e sintomatologia psicopatologica .....</i>	81
5.1.5 <i>Associazioni tra cure genitoriali ricevute in passato e comportamenti genitoriali.....</i>	83
5.1.6 <i>Associazioni tra sintomatologia psicopatologica materna e cure genitoriali ricevute.....</i>	84
5.2 Limiti della ricerca e prospettive future.....	85
5.3 Riflessioni conclusive .....	86
<b>Bibliografia.....</b>	<b>89</b>

# Introduzione

L'attenzione rivolta ai processi implicati nello sviluppo infantile si è nel tempo sempre più amplificata, dando vita ad importanti studi sperimentali neuropsicologici che possono essere collocati nell'ampio filone di ricerca dell'Infant Research.

Questi studi hanno appurato come sin dai primi momenti di vita il bambino si mostri ricettivo e allo stesso tempo reattivo agli stimoli proposti dall'ambiente in cui egli è inserito.

Tra i fattori che influenzano e regolano in modo primario lo sviluppo del benessere del bambino nella sua complessità biopsicosociale, troviamo la qualità dell'interazione con il suo caregiver che, se caratterizzata da sensibilità e responsività bilanciati in base alle richieste e ai bisogni del bambino, permette lo sviluppo di una buona relazione diadica e l'evolversi di un processo di adattamento reciproco tra i due protagonisti della diade.

Nel complesso processo del divenire genitore sono implicati diversi fattori, alcuni dei quali riconducibili ad esperienze di vita passate, come ad esempio la percezione dell'individuo delle relazioni genitoriali vissute durante la propria infanzia, e altri legati a caratteristiche presenti, tra cui la possibile presenza di psicopatologie nel caregiver. Queste ultime, infatti, rappresentano un fattore di rischio in grado di incidere sulla funzione genitoriale di cura rendendola disfunzionale e di esporre la relazione genitore-bambino e lo sviluppo infantile ad una maggiore vulnerabilità.

Tra le condizioni cliniche in grado di interferire con l'esplicarsi di una funzione genitoriale adeguata, vi è il Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) materno. L'abuso di droghe comporta, infatti: un'influenza diretta, a causa degli effetti dannosi causati dalle sostanze stesse di abuso, un'influenza indiretta, in riferimento alla compromissione della funzionalità genitoriale ed altri aspetti di vulnerabilità che spesso si associano a tale condizione, come la presenza di tratti di personalità disfunzionali o difficoltà legate alle capacità di leggere e interpretare gli stati mentali del bambino.

In particolare, il presente studio vuole prendere in analisi la qualità delle relazioni diadiche che vedono coinvolte madri con diagnosi di DUS attraverso l'applicazione delle scale della Disponibilità Emotiva (Biringen, 2008) a momenti di gioco libero.

Si indagherà, inoltre, la possibile presenza di ulteriori sintomi psicopatologici internalizzanti ed esternalizzanti materni attraverso la misurazione effettuata con lo strumento Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1977; Preti et al., 2011) e il legame genitoriale retrospettivo vissuto dalle madri partecipanti, con lo strumento Parental Bonding Instrument (Parker et al. 1979).

Dopo aver analizzato in una prima parte dell'elaborato il costrutto della genitorialità con attenzione ai vari aspetti implicati e l'impatto del Disturbo da Uso di Sostanze sulla funzione genitoriale, si procederà nella presentazione della ricerca e nell'analisi dei dati da essa ricavati. Infine, saranno discussi i limiti riscontrati nella ricerca e le possibili considerazioni per gli studi futuri.

# Capitolo 1

## LA GENITORIALITÀ LUNGO UN CONTINUUM TRA PASSATO E ATTUALITÀ

### 1.1 La funzione genitoriale: definizione e aspetti implicati

Diventare genitori comporta un processo riorganizzativo dei membri della coppia e genera un nuovo assetto di vita e una diversa elaborazione delle dinamiche esterne ed interne all'individuo stesso. Si viene dunque a creare un cambiamento nell'equilibrio raggiunto in precedenza nella relazione tra le due persone coinvolte, volto a riorganizzare lo spazio fisico e mentale per accogliere il nuovo arrivato e assumere su di sé un nuovo ruolo, ossia quello genitoriale (Cardinali & Guidi, 1991).

La funzione genitoriale implica “la capacità di comprendere i bisogni dell'altro, di proteggerlo ed accudirlo riconoscendone la soggettività, in molteplici situazioni che richiedono l'attivazione di competenze di cura a livello fisico e affettivo-relazionale, nonché l'attivazione del proprio mondo rappresentazionale” (Simonelli, 2014).

Data questa definizione, si può dedurre che la genitorialità rappresenta un ambito autonomo rispetto ad altri domini di funzionamento della persona ed è parzialmente indipendente anche rispetto ad elementi quali: la generatività biologica, che è una delle sue espressioni fondamentali ma non necessaria (Fava Vizziello, 2003), la coniugalità, poiché la cura genitoriale può avvenire anche in assenza della dimensione di coppia, la condivisione degli stessi spazi, e l'orientamento sessuale del genitore stesso (Bastianoni, 2009).

La funzione di cura include non solo la capacità di provvedere al benessere del bambino e comprendere il suo funzionamento corporeo e mentale nel corso del tempo, ma anche l'impegno alla protezione e all'accudimento attraverso la costruzione di pattern interattivo-relazionali. Questi ultimi si formano attraverso continui scambi nella diade genitore-bambino, caratterizzati da risonanza affettiva e coinvolgimento emotivo e vengono regolati da una struttura di riferimento che ha precisi spazi e tempi di comunicazione (Bastianoni & Taurino, 2007).

La traiettoria dello sviluppo del bambino trova così una sua diretta corrispondenza o non corrispondenza nella traiettoria di sviluppo dei genitori che è strettamente interconnessa al contesto ambientale, relazione e intrapsichico all'intero del quale si è strutturata.

Sul versante intrapsichico e relazionale possono essere individuate differenti funzioni della genitorialità che permettono la comprensione psicodinamica dello sviluppo del bambino (Tambelli, 2017):

- *Funzione protettiva*: implica cura, protezione e conforto rivolte al bambino sin dai primi momenti dalla nascita. In base ad essa si struttura nel tempo il legame di attaccamento nella sua declinazione sicura o insicura, ovvero l'organizzazione psichica interna stabile che comprendere sentimenti, ricordi, desideri, aspettative e intenzioni rilevanti per lo stabilirsi e per il perdurare del legame di attaccamento col genitore e che costituirà, poi, la base per la costruzione di nuovi rapporti interpersonali (Tambelli, 2017).
- *Funzione affettiva*: è l'aspetto che va oltre l'espressione delle emozioni e che si esplica attraverso la coloritura e la tonalità del rapporto affettivo nella diade. Essa può essere definita come "sintonizzazione affettiva" (Stern, 2005), ovvero la messa in atto di risposte comportamentali da parte dell'adulto che esprimono un sentimento condiviso e che trascende la semplice imitazione dell'espressione comportamentale del bambino. Questa funzione descrive, quindi, il tono vitale della relazione che costituisce il tempo musicale della relazione diade strutturandone la qualità interattiva.
- *Funzione regolativa*: è la capacità di organizzare le proprie esperienze e regolare gli stati emotivi. Nei primi anni di vita si parla di etero-regolazione, poiché le strategie di regolazione sono fornite quasi unicamente dal genitore. In una seconda fase si passa poi alla co-regolazione, ovvero la partecipazione di entrambi i membri della diade alla funzione regolativa attraverso la sintonia e la reciprocità. Infine, può essere raggiunta l'auto-regolazione, ovvero la capacità di gestire le proprie emozioni e i propri stati interni in modo autonomo (Fonagy et al., 2005).
- *Funzione rappresentativa*: implica la capacità del genitore di modificare nel tempo la rappresentazione del bambino nella propria mente, passando inizialmente dall'immagine del figlio immaginario a quella del figlio reale a seguito del parto. Infatti, dall'incontro col bambino si strutturano gli schemi dell'



“essere con” che sono alla base delle rappresentazioni interne generalizzate che andranno a strutturare il mondo intrapsichico del neonato e ad influenzarne lo sviluppo (Stern, 1987).

- *Funzione fantasmatica/proiettiva*: il passato irrisolto dei genitori viene depositato transferalmente e inconsciamente sul bambino; questi temi fantasmatici verranno poi ripresi dal bambino stesso come in memoria di un meccanismo interazionale (Knauer, 2012).
- *Funzione mentalizzante*: attraverso la funzione di *reverie* descritta da Bion (1962) la madre struttura la mente del bambino cogliendo i contenuti senza significato e restituendoli al piccolo dotati di senso. In questo modo, viene data la possibilità al bambino di dare valore al proprio mondo e di cogliere e interpretare il comportamento umano in termini di stati mentali (Tambelli, 2017).

La funzione genitoriale nel suo complesso, si evolve nel tempo attraverso le sequenze di scambi interattivi e delle emozioni ad essi connesse, che innescano il processo dello sviluppo affettivo, cognitivo ed emotivo del bambino. Lo sviluppo della genitorialità incide, quindi, sullo sviluppo della persona e, allo stesso tempo, il percorso evolutivo del bambino modifica e determina lo sviluppo delle competenze genitoriali (Simonelli, 2014).

La genitorialità, inoltre, si presenta come un ambito autonomo rispetto al funzionamento individuale o affettivo-relazionale della persona ed è una competenza che può rimanere preservata ed integra a fronte di disfunzioni o difficoltà. Ad esempio, nel caso di una patologia individuale a carico del genitore, può comunque essere mantenuto un buon livello di cura e sensibilità verso il bambino, anche se possono venir meno la continuità e la stabilità nel tempo (Simonelli, 2014). Oltre ad essere autonoma, la genitorialità è anche intersoggettiva (Stern, 2004), poiché le capacità di cura sono associate alle possibilità che il bambino fornisce di costruire un modello interattivo di azione e retroazione (Beebe & Lachmann, 2002), e processuale, in quanto essa varia nel tempo in base alle condizioni della persona e delle sue relazioni.

### ***1.1.1 Stili di parenting***

Ogni genitore mette in atto determinati atteggiamenti, condotte e strategie nella relazione col proprio figlio. Queste diverse modalità tipiche di risposta utilizzate di fronte alle richieste educative, affettive, di accudimento e di regolazione del bambino si configurano in differenti stili genitoriali (Natoli et al., 2016).

Diana Baumrind (1967) individuò tre modelli di stili genitoriali sulla base di quattro dimensioni di comportamento, ossia la responsività, la capacità di porre dei limiti, la chiarezza di comunicazione e la richiastività del genitore di risposte mature.

Ogni stile genitoriale si differenzia in base a livelli alti o bassi delle dimensioni sopra citate. Tra questi, è possibile trovare il genitore autorevole che è sia richiedente, sia responsivo. Questa tipologia di parenting definisce delle regole chiare e monitora i comportamenti del bambino, è caratterizzata da assertività e non intrusività, oltre a ricorrere a metodologie educative solidali e non punitive. L'obiettivo finale è quello di rendere i propri figli capaci di auto-regolazione e cooperazione nelle interazioni con gli altri (Buonanno et al., 2010). Questo stile è associato allo sviluppo di strategie positive di coping e ad un maggior adattamento del bambino (Tancred & Greeff, 2015).

Al contrario, lo stile autoritario è caratterizzato da comportamenti direttivi in assenza di responsività. I genitori con questo stile di parenting mostrano un alto auto-controllo ed evitamento del confronto, oltre che condotte orientate all'obbedienza e allo status, con l'aspettativa che le regole stabilite siano rispettate senza fornire spiegazioni o essere contrattabili. L'ambiente che si viene a creare è rigidamente strutturato e definito ed è regolato da direttive chiaramente esplicitate. Inoltre, i genitori autoritari possono percepire i comportamenti dei loro figli come dei tentativi intenzionali di contrastare il genitore stesso, e ciò può portare a pratiche genitoriali ancora più coercitive (McWhirter et al. 2023). Questa categoria può essere differenziata in due ulteriori tipologie, ossia quella direttiva non-autoritaria, nella quale l'uso del potere mostra un atteggiamento direttivo, ma non intrusivo, e quella direttiva autoritaria, che implica intrusività e uso dell'aggressività velata o aperta come modello risolutivo dei conflitti (Buonanno et al., 2010).

Il terzo stile genitoriale è detto indulgente, poiché implica il mostrare una disponibilità che supera le richieste del bambino, è anticonformista e non esigente e spesso si mostra come genitore democratico o non-direttivo (Buonanno et al., 2010). Qui non vengono

usate punizioni e non vengono dati limiti agli impulsi, ai desideri e alle azioni del bambino. Sebbene questa relazione sia caratterizzata da alti livelli di affettività, è stato evidenziato come la mancata regolazione del comportamento del piccolo possa portare in futuro ad una bassa autostima (McWhirter et al., 2023).

Alle tre tipologie descritte, ne è stata poi aggiunta una quarta, ovvero lo stile permissivo negligente/trascurante (Maccoby & Martin, 1983), che descrive una modalità di parenting caratterizzato da scarso controllo e scarso supporto, fino ad includere i comportamenti rifiutanti e le condotte di neglect (Buonanno et al., 2010). Si è riscontrato che nei genitori appartenenti a questo stile è presente una scarsa capacità di gestione familiare e un maggior uso di strategie disciplinari punitive (McWhirter et al., 2023).

Vi sono, poi, due ulteriori dimensioni che sono utili nel descrivere gli stili di parenting e le caratteristiche genitoriali (Buonanno et al., 2010). Una di esse è rappresentata dal supporto genitoriale, ossia l'uso di comportamenti che inducono nel bambino la sensazione di essere a proprio agio nell'interazione con l'altro e che promuove l'accettazione delle rappresentazioni interne. Il supporto è strettamente legato alla sensibilità, alla responsività e all'accettazione, nonché ad un attaccamento sicuro ed è associato ad esiti positivi relativamente alle diverse fasi di sviluppo del bambino. Al contrario, la perdita di supporto rappresenta un importante fattore di rischio nell'insorgenza di condotte problematiche (Rothbaum & Weisz, 1994).

La seconda dimensione, invece, è rappresentata dal controllo, ossia i comportamenti intenzionati a dirigere le azioni del bambino in una direzione desiderabile per il genitore (Rolling & Thomas, 1979). Più nel dettaglio, il controllo comportamentale è caratterizzato dall'uso di strategie disciplinari come premi, punizioni e monitoraggio dei comportamenti del bambino, mentre il controllo psicologico include le azioni genitoriali che invadono il sé del bambino e che sono volte a manipolare pensieri, sensazioni ed il legame col genitore stesso (Barber, 2002), ed è associato all'ostilità genitoriale.

Le variabili implicate nell'uso del controllo psicologico sono legate alla percezione di scarso potere interpersonale, al desiderio di accettazione e al perfezionismo che conduce a standard di valutazione di sé e del bambino estremamente critici.

### ***1.1.2 Competenze genitoriali***

Lo sviluppo infantile è influenzato dalla costellazione di atteggiamenti genitoriali diretti al bambino che nel loro insieme creano un clima emotivo in cui i comportamenti si esprimono indirettamente attraverso i gesti, le posture e il tono della voce (Natoli et al., 2016). Diversi autori hanno provato a concettualizzare attraverso l'uso di diversi costrutti le competenze ritenute fondamentali per il parenting; tra queste, emerge la sensibilità, che permette al genitore di cogliere adeguatamente i segnali del bambino per poter rispondere nel modo più adeguato possibile (Van der Voort et al., 2016).

In particolare, la sensibilità materna viene intesa come la capacità della madre di percepire i segnali del piccolo e interpretarli attribuendo loro dei significati, in modo tale da attuare una risposta comportamentale in grado di porre fine al disagio del bambino e di soddisfare i suoi bisogni e le sue richieste (Ainsworth et al., 1978). Essa è legata all'appropriatezza della risposta attuata dal genitore, dalla tempistica dell'azione e dalla non invadenza dell'intervento stesso ed ha un impatto diretto su alcuni fattori di sviluppo fisico e cognitivo del bambino, tra cui l'acquisizione del linguaggio e il sonno. Inoltre, risulta essere correlata anche a fattori psicosociali quali i comportamenti esternalizzanti e di pianto (Ainsworth et al., 1978). Il caregiver sensibile è in grado di garantire un'interazione gratificante, in cui viene data primaria importanza al bambino e viene fornito supporto emotivo in modo coerente (Deans, 2018).

La sensibilità è, quindi, un costrutto che coinvolge le abilità materne all'interno dell'interazione col bambino ed include altri aspetti comportamentali, tra cui la responsività. Quest'ultima può essere letta come una caratteristica particolare della sensibilità materna e riguarda l'appropriatezza e la tempistica della risposta fornita; lo scambio diadico deve, cioè, essere caratterizzato da un'interazione positiva, carica di significato e con adeguati tempi di risposta (Bakar et al., 2010).

L'attribuzione di significato all'interno dell'interazione è attribuibile alla capacità di mentalizzazione del genitore, definita in termini operazionali come funzione riflessiva (RF). Essa è l'abilità di comprendere i comportamenti propri e altrui, in relazione agli stati mentali, alle emozioni, ai desideri, ai pensieri e agli obiettivi della persona di riferimento (Khoshroo & Mousavi, 2022). In questo modo, possono essere attribuiti significati differenti alle azioni e alle esperienze emotive del bambino, rendendole significative e più prevedibili. La funzione riflessiva del genitore è, infatti, fondamentale

sin dai primi mesi di vita del neonato, essendo egli interamente dipendente dal proprio caregiver e avendo limitate capacità linguistiche e cognitive. Il genitore con una buona capacità di mentalizzazione cerca di comprendere il funzionamento mentale del proprio bambino e considera come esso possa variare durante il tempo e le diverse fasi evolutive (Khoshroo & Mousavi, 2022).

Quest'ultima risulta essere strettamente connessa alla capacità di regolazione emotiva del genitore, ovvero all'abilità dell'adulto di regolare le proprie emozioni durante l'accudimento (Guiducci, Cavanna, 2009). Lo sviluppo degli affetti e delle capacità regolative sono connesse alla relazione diadica; il caregiver, attraverso la sintonizzazione con le espressioni comportamentali delle emozioni esperite dal bambino, risponde con azioni ed espressioni emotive appropriate che regolano e organizzano la vita emotiva del bambino. La condivisione, il rispecchiamento delle emozioni e l'esperienza di un ambiente familiare sicuro influenzano lo sviluppo affettivo e la nascita delle sue rappresentazioni del sé e dell'oggetto (Beebe & Lachmann, 1988).

Oltre alla sensibilità e alla funzione riflessiva, alcuni autori hanno concettualizzato le competenze genitoriali in termini di disponibilità emotiva, intesa come la capacità della diade di condivisione emotiva all'interno di una relazione funzionale e mutualmente appagante (Biringen & Easterbrooks, 2012).

La funzione riflessiva, la sensibilità e la disponibilità emotiva materna nell'interazione diadica sono positivamente associate allo sviluppo di un legame di attaccamento sicuro (Deans, 2018; Khoshroo & Mousavi, 2022). La madre, cioè, ricopre una presenza supportiva e una base per l'esplorazione dell'ambiente da parte del bambino, incoraggia il figlio a esplorare oltre i confini in modo tale da implementare nuovi schemi cognitivi, nuove abilità motorie e nuove modalità interattive di interagire col mondo, integrandoli con quelli già appresi in precedenza (Simonelli, 2014).

Pur avendo sinora descritto le differenti capacità e i possibili stili del caregiver, è importante ricordarne la natura interattiva e contestuale, poiché non è solo il genitore che determina, seppur in buona parte in modo inconsapevole, il modello genitoriale adottato, ma intervengono anche altri fattori. Infatti, nello scambio tra i due protagonisti, l'agire genitoriale è sia una causa del comportamento del bambino, sia una reazione ad esso (Natoli, 2016). Inoltre, la diade è inserita in un contesto più ampio sociale e familiare, che influenza in modo diretto e indiretto la qualità dello scambio. A tal proposito è stato creato

da Belsky (1984) un modello ecologico-processuale che mostra le variabili che entrano in gioco nella costituzione del comportamento di parenting (o comportamento genitoriale), tra cui fattori individuali, storici, sociali e circostanziali combinati tra loro. Infatti, nel parenting intervengono le caratteristiche individuali dei genitori (temperamento, età, storia personale vissuta e educazione), le caratteristiche del bambino e i suoi comportamenti, le risorse sociali e contestuali. Nelle dinamiche contestuali e personali del genitore vengono prese in considerazione la qualità della relazione di coppia, il livello di cogenitorialità e la qualità del supporto sociale percepito dagli adulti (Simonelli, 2014). Bornstein, in accordo con questo modello, ha sottolineato come non siano solo il reale comportamento del bambino e le sue caratteristiche temperamentali ad intervenire nella relazione diadica, ma anche la percezione del caregiver del proprio figlio e allo stesso tempo la considerazione di sé nell'espletamento della funzione genitoriale (Bornstein & Venuti, 2013).

## **1.2 L'impatto delle cure genitoriali ricevute nell'infanzia sui neogenitori**

Lo sviluppo della funzione genitoriale si svolge all'interno di un percorso evolutivo che affonda le proprie radici nell'infanzia del genitore stesso, attraverso diverse fasi di cambiamento e di superamento dei conflitti interpersonali ed intrapsichici. Adolescenti e giovani adulti hanno la capacità di realizzare costruzioni preconce sulla genitorialità dei propri genitori che intervengono nella progettazione affettiva e nella pianificazione della propria futura funzione genitoriale (Bastianoni, 2007).

Attraverso la rielaborazione della propria posizione di figlia e di figlio nella relazione con i propri genitori si sviluppa l'immagine di sé come genitore e ciò rende possibile anche la differenziazione dalla propria famiglia d'origine (Simonelli, 2014). I singoli partner, cioè, rielaborano e riattualizzano parziali regressioni vissute durante le fasi infantili, attraverso la riattivazione di sistemi relazionali sperimentati, antichi sentimenti verso i singoli genitori, verso la coppia genitoriale e verso sé stessi con un recupero di antiche fantasie sulla nascita (Simonelli, 2014).

L'attesa e il concepimento di un figlio impone l'identificazione con il funzionamento genitoriale dei propri genitori ed il conseguente lutto del proprio status di figlio, riattivando conflitti e lutti non elaborati in passato. Sul piano rappresentazionale, inoltre, tale evento attiva un importante spostamento di investimento dal bambino immaginario

al bambino reale che implica possibili proiezioni dei propri aspetti infantili sul figlio (Bastianoni, 2007).

L'aver sperimentato eventi negativi durante l'infanzia nella relazione col proprio genitore rende possibile la trasmissione di queste esperienze nella relazione diadica col proprio bambino, influenzando significativamente la propria capacità di caregiving (Fraiberg et al., 1975). In questi casi, il bambino può sentirsi schiacciato sin dal momento in cui nasce da un passato oppressivo appartenente al vissuto del proprio genitore. Sembra, cioè, che il genitore sia quasi condannato a ripetere la tragedia vissuta nella propria infanzia, attualizzandola nella nuova relazione col proprio bambino. Selma Fraiberg (1975) ha definito questa rievocazione del passato nel presente come “fantasmi”, intendendo, in senso figurato, le rappresentazioni oggettuali interne delle proprie figure genitoriali (Kanter, 2020). L'evitamento del genitore delle esperienze passate porta a isolare la componente affettiva del proprio vissuto traumatico e a ritrovarsi alleati e identificati con le figure spaventose del passato (Kanter, 2020).

Nonostante ciò, l'accesso al dolore che prova il bambino a causa di queste dinamiche e il suo riconoscimento, costituiscono un potente deterrente contro la trasmissione generazionale degli eventi negativi (Fraiberg et al., 1975). L'aver sperimentato comportamenti patologici o vissuti traumatici in relazione ai propri genitori non predice di per sé l'identificazione con le figure del passato e la conseguente ripetizione delle stesse dinamiche sul proprio bambino (Fraiberg et al., 1975); tuttavia, la qualità delle proprie rappresentazioni mentali dell'oggetto, del sé e delle relazioni rappresentano delle determinanti fondamentali (Cummins, 2019).

Diversi studi negli anni hanno potuto constatare che anche i modelli genitoriali vengono trasmessi nel passaggio tra le differenti generazioni, sia in riferimento agli stili caratterizzati da rigidità, negligenza o violenza, sia agli esempi di buona genitorialità (Natoli, 2016). Nel dettaglio, le persone che hanno sperimentato in età adolescenziale e in età adulta aspetti di parenting positivo, percepito nei termini di buona comunicazione interpersonale, partecipazione familiare, disciplina coerente e accettazione, sembrano avere un costrutto di genitorialità simile nel momento in cui egli stessi assumono il ruolo e la funzione genitoriale (Belsky, Conger & Capaldi, 2009).

La ricerca ha inoltre dimostrato come le madri che non hanno percepito nell'infanzia una genitorialità precoce autoritaria, ovvero con atteggiamenti caratterizzati da eccessiva

disciplina, durezza e inflessibilità, sono generalmente più propense ad avere comportamenti sensibili, affettuosi e stimolanti verso il proprio figlio (Natoli, 2006). Nei nuclei familiari in cui è presente un clima emotivo caratterizzato da coesione, espressività positiva, fiducia e comunicazione aperta, i figli sono portati a perpetuare lo stesso modello genitoriale con i propri futuri discendenti, confermando la trasmissione intergenerazionale di valori e atteggiamenti (Belsky, Conger & Capaldi, 2009; Natoli, 2006).

Al contrario, aver sperimentato livelli elevati di controllo e di rigide discipline da parte dei propri genitori risulta essere predittivo di una qualità di genitorialità simile verso i propri figli e correlato alla trasmissione di problematiche esternalizzanti attraverso le generazioni (Belsky, Conger & Capaldi, 2009).

Tuttavia, gli studi hanno dimostrato che questi risultati non implicano che un soggetto che abbia vissuto nella propria infanzia una genitorialità eccessivamente rigida e insensibile e/o maltrattamenti e abusi debba assumere necessariamente gli stessi comportamenti genitoriali verso il proprio figlio (Belsky et al., 2005).

Per quanto riguarda, invece, la trasmissione intergenerazionale del modello di attaccamento, George e Solomon (2008) hanno proposto un modello di assimilazione di caregiving che spiega come l'adulto tenda ad integrare le esperienze vissute col proprio bambino nelle rappresentazioni di attaccamento sviluppate durante la propria infanzia, riproducendo così modelli di cura già sperimentati. Infatti, la capacità del caregiver di regolare e organizzare pensieri e sentimenti riferiti alla relazione col proprio genitore influenza la capacità di prestare attenzione e cogliere i segnali relativi all'attaccamento provenienti dal bambino (Atkinson al., 2005; Biringen et al., 2000).

In questo modello un ruolo centrale nella trasmissione del pattern di attaccamento viene attribuito alla sensibilità materna (Sette, Coppola & Cassibba, 2015). Nello specifico, madri con attaccamento sicuro sono più protettive e responsive e hanno una maggior sensibilità verso il proprio bambino rispetto alle madri con attaccamento insicuro e i bambini esposti a questo tipo di caregiving hanno più probabilità di sviluppare a loro volta un attaccamento sicuro col proprio caregiver (McElwain & Booth-LaForce, 2006; Raval et al., 2001; De Wolff & Van IJzendoorn, 1997). Al contrario, le madri con attaccamento insicuro assumono spesso atteggiamenti rifiutanti, controllanti, ansiosi e possono sembrare non connesse emotivamente col proprio bambino. Questa tipologia di



caregiving predispone il bambino alla formazione di un legame di attaccamento insicuro ((McElwain & Booth-LaForce, 2006; Raval et al., 2001; De Wolff & Van IJzendoorn, 1997).

La continuità o la discontinuità nella trasmissione del modello genitoriale e del pattern di attaccamento dipendono anche dalla presenza o assenza di fattori protettivi, tra i quali rientrano variabili personali come l'esperienza positiva di una relazione che possono, nel caso di modelli rigidi o comportamenti negligenti, rompere il ciclo della continuità (Natoli, 2016).

Si è notato, infatti, che alcuni degli adulti abusati durante l'infanzia che hanno potuto sperimentare nel corso della vita nuove relazioni caratterizzate da sostegno, siano esse con un partner di coppia o con un terapeuta, non hanno attuato maltrattamenti a loro volta con la propria prole (Natoli, 2016).

Questi risultati possono essere interpretati attraverso il concetto di inferenza appartenente ai nuovi studi sulla teoria dell'attaccamento, che cercano di unire la prospettiva ecologica-processuale a quella bowlbiana (Natoli, 2016; Belsky et al., 2005). Con questo nuovo costrutto si fa riferimento alle esperienze emozionali correttive vissute nell'arco della vita che permettono all'individuo di modificare il proprio modello operativo interno (Natoli, 2016). Questa teoria spiega come le aspettative relazionali vengano modellate durante l'infanzia attraverso la costruzione di modelli operativi che influenzeranno le future esperienze relazionali, tra cui la genitorialità, sottolineando come le traiettorie di sviluppo possano essere soggette a modifiche se vengono fatte esperienze diverse che alterano le aspettative su di sé, sugli altri e sulle relazioni (Belsky et al., 2005).

La presenza di un partner supportivo, infatti, può incrementare la capacità di auto-regolazione e l'abilità di cogliere il punto di vista del bambino decentrandosi dalla propria prospettiva e trattare, di conseguenza, il bambino con maggiore sensibilità. Inoltre, il genitore che sperimenta una relazione emotivamente supportiva con un partner solidale, capace di dare nutrimento emotivo, può apprendere nuove modalità di essere in relazione col bambino, attraverso l'osservazione del genitore più esperto e la collaborazione genitoriale (Belsky et al., 2005).

### **1.3 L'influenza della psicopatologia materna sulla funzione genitoriale e sulla diade madre-bambino**

I numerosi studi appartenenti al filone dell'Infant Research hanno dimostrato empiricamente la relazione tra la qualità del comportamento di parenting e la presenza di fattori di rischio e di protezione nell'insorgenza della psicopatologia nel bambino.

È stato dimostrato che il comportamento genitoriale sensibile promuove la capacità di auto-regolazione e di organizzazione del piccolo, portando ad un adeguato sviluppo socio-cognitivo (Landry et al., 1997). Al contrario, invece, la mancanza di sensibilità e di coordinazione all'interno della diade madre-bambino rendono la relazione meno funzionale e rappresentano un importante fattore di rischio. Le implicazioni sul benessere infantile sono riscontrabili già nella prima infanzia, poiché emergono abilità cognitive, linguistiche e sociali più limitate (Landry et al., 1997).

In tal senso, è importante indagare i fattori di rischio che possono incrinare la sensibilità genitoriale e che riguardano sia condizioni interne all'individuo, sia appartenenti al contesto socioaffettivo, che interferiscono con l'adattamento e la salute del bambino; tra essi si annovera la psicopatologia del genitore (Tambelli, 2017).

In particolare, numerose evidenze hanno dimostrato che la presenza di una psicopatologia a carico della madre può interferire con le modalità relazionali e di parenting, dando luogo a un caregiving insensibile, caratterizzato da imprevedibilità e basso livello di coerenza (Simonelli, 2014). Viene così a mancare una condivisione emotiva autentica con il bambino e la capacità di comprendere e soddisfare adeguatamente i bisogni affettivi, psichici e fisici di esso (Simonelli, 2014). La danza interattiva che consente alla diade un equilibrio fatto da incontri, scambi interattivi, rotture e riparazioni della relazione, non è più possibile poiché viene meno la sensibilità materna e la capacità di immedesimarsi nei passi del bambino con cui condividere i ritmi (Tambelli, 2017).

Le madri che hanno sintomi psicopatologici sono più centrate sui loro obiettivi personali, al posto di dare priorità alle richieste del neonato e i carichi richiesti dall'ambiente in cui esse vivono possono contribuire all'impovertimento delle risorse cognitive e psicologiche (Erel et al., 2023). Infatti, è stato dimostrato come le donne con psicopatologia tendano ad esprimere una maggior quantità di emozioni negative, tra cui alti livelli di irritabilità e aggressività, e minori livelli di calore affettivo e espressività emozionale positiva (mostrare interesse, ringraziare i membri della propria famiglia e fare complimenti) (Erel

et al., 2023). Ciò comporta deficit significativi nella regolazione delle proprie emozioni sia nella madre, sia nel proprio bambino, che nelle interazioni viene esposto ad una ristretta gamma di emozioni, influenzando negativamente i propri schemi emotivi (Erel et al., 2023).

La psicopatologia genitoriale è associata all'insorgenza di disturbi internalizzanti ed esternalizzanti nel bambino, tra cui ansia, depressione e disturbi della condotta (Avenevoli & Merikangas, 2006). Inoltre, è emerso da diversi studi che circa un terzo dei bambini con genitori affetti da disturbi mentali sviluppa a sua volta una psicopatologia durante l'età adulta (Heradstveit, 2023). Essi sembrano avere un rischio maggiore di morte prematura, di abbandono scolastico e di disoccupazione. L'aumento del rischio di insorgenza di un disturbo mentale dipende dall'interazione tra la vulnerabilità genetica, i possibili fattori di rischio durante la gravidanza della madre, gli eventi di vita stressanti vissuti e le interazioni genitoriali disadattive, sia rivolte al figlio, sia interne alla coppia, come, ad esempio, conflitti familiari, genitorialità non coerente e bassa disponibilità emotiva (Heradstveit, 2023).

Inoltre, è importante considerare le difficoltà sociali che i genitori con psicopatologia spesso si trovano ad affrontare, come la vergogna, lo stigma e uno stato socioeconomico basso: questi rappresentano ulteriori fattori di rischio che possono avere un risvolto negativo sul benessere infantile (Heradstveit, 2023).

Considerato l'importante impatto invalidante della psicopatologia genitoriale, è importante discostarsi da una prospettiva eziologica lineare e unidirezionale: infatti, non tutti i bambini che sono esposti a fattori di rischio sviluppano necessariamente un disagio clinico rilevante. Alcuni di essi possono adattarsi e reagire con resilienza, sviluppando reazioni positive per fronteggiare lo stress psicogeno (Tambelli, 2017).

Secondo la teoria di von Bertalanffy (1968) è necessaria un'ottica multidimensionale e multifattoriale di tutte le variabili che, interagendo tra di loro, possono influire sulla salute del bambino e sulla modalità di caregiving. Per spiegare ciò, l'autore introduce il principio di equifinalità, secondo il quale un ampio range di traiettorie evolutive può condurre ad un medesimo risultato e viceversa, e il principio di multifinalità, che spiega come un evento specifico non conduca necessariamente ad uno stesso esito in ogni soggetto.

Il periodo perinatale, che si estende dalla gravidanza fino al primo anno di vita del neonato, può rappresentare per la madre un momento di vulnerabilità e di rischio per lo

sviluppo o l'esacerbazione di disturbi psicologici, tra cui ansia, depressione, psicosi e alterazioni dell'umore. Oltre a compromettere l'equilibrio psicofisico femminile, essi influiscono anche sulla relazione di coppia e nell'interazione madre-bambino, comportando importanti cambiamenti nel benessere infantile (Simonelli, 2014).

Nei seguenti sottoparagrafi, verrà preso in esame l'impatto di alcune delle più diffuse psicopatologie materne e le possibili implicazioni sulla relazione genitore-figlio e sullo sviluppo psicologico del bambino.

### ***1.3.1 I Disturbi Depressivi***

I momenti caratterizzati da maggiore vulnerabilità per l'insorgenza di disturbi depressivi nella madre riguardano maggiormente il periodo perinatale (Kennerley & Gath, 1989; Beck, 2006).

Sin dall'inizio, durante la gravidanza, le rappresentazioni della donna vengono intensamente sollecitate in vista della maturazione del ruolo genitoriale. La riorganizzazione della visione di sé come futura madre comporta il recupero e la ritrascrizione delle immagini delle cure ricevute dai propri genitori, includendo eventuali traumi o lutti infantili non adeguatamente elaborati (Simonelli, 2014). La gravidanza implica così un lutto evolutivo, legato alla definizione della propria identità che va oltre l'essere figlia dei propri genitori, ampliandosi all'immagine di sé come madre del futuro bambino.

Il disturbo depressivo durante la gravidanza si presenta solitamente con: scarsa energia, sentimenti di autosvalutazione e di impotenza, basso coinvolgimento, deficit nella regolazione emotiva, inaccessibilità psicologica e fantasie di fallimento e inadeguatezza (Simonelli, 2014).

La possibilità di insorgenza di sintomi depressivi è presente anche nei giorni immediatamente successivi al parto e sono ascrivibili al cosiddetto "Baby Blues" o "Maternity Blues", ossia una reazione dovuta al forte cambiamento psico-fisiologico della madre che provoca alterazioni dell'umore con sintomi come il pianto improvviso, l'irritabilità, il senso di fatica, l'ansia e la labilità emotiva, e che scompare prima dei 10 giorni dall'insorgenza. Gli studi dimostrano che questo disturbo insorge nelle neomamme in una percentuale che va dal 50% al 75% (Kennerley & Gath, 1989; Beck, 2006).

La depressione postnatale, invece, è caratterizzata da 5 o più dei seguenti sintomi: basso tono dell'umore, perdita di interesse, aumento o diminuzione dell'appetito, insonnia o ipersonnia, rallentamento o agitazione psicomotoria, spossatezza o sensazione di perdita della forza, senso di colpa, diminuzione della concentrazione e pensieri ricorrenti di suicidio (American Psychiatric Association, 2016). Gli altri segnali attraverso i quali essa si può manifestare sono il senso di inadeguatezza come madre, ansie riferite al neonato, affaticamento fisico, tristezza, irritabilità, ritiro psicologico e percezione di mancanza di supporto sociale (Simonelli, 2014).

Negli studi è emerso come le madri che parlano della propria esperienza di depressione post-partum descrivono solitamente un iniziale periodo di ansia terrificante, dovuto alla sensazione di sentire “come se i propri nervi stessero per esplodere nel corpo”, per poi avvertire pensieri ossessivi persistenti riguardanti un forte senso di inadeguatezza in riferimento al proprio ruolo di donna e madre (Beck, 2006). L'immagine che viene più usata dalle donne con questa tipologia di vissuto è quella di una nebbia avvolgente associata alla perdita di concentrazione, mentre la sensazione più frequente è quella di un sé che sta per scomparire al fine di dedicarsi unicamente alla cura del proprio bambino e la percezione di una realtà allarmante. Ciò porta spesso ad isolare loro stesse dal contesto sociale e dagli affetti più cari, fino ad arrivare ad avere pensieri auto-distruttivi (Beck, 2006).

La perdita di controllo su emozioni, pensieri e azioni influisce non solo sulla figura genitoriale materna, ma anche sulla relazione diadica e sul benessere del bambino. Infatti, tra gli effetti a breve termine sull'interazione madre-bambino, le madri con disturbo depressivo mostrano una minor disponibilità emotiva e una minor responsività al pianto del neonato. Esse sembrano essere più esigenti, meno inclini ad essere flessibili e più emotivamente distanti, oltre a mostrare una riduzione delle espressioni facciali positive (Beck, 2006). L'interazione diadica sembra presentare una minor comunicazione visiva e vocale, una minor quantità di scambi fisici e poche espressioni facciali positive come il sorriso, rispetto alla diade con un genitore senza alcuna psicopatologia (Righetti-Veltema, Bousquet & Manzano, 2003). Allo stesso tempo, i figli di madri con depressione mettono in atto più frequentemente attività autoconsolatorie, come toccarsi la pelle o succhiare il dito, con lo scopo di compensare lo scarso contatto materno (Field, 2010). La depressione

post-partum può, in aggiunta, compromettere importanti attività genitoriali come l'allattamento al seno, la routine del sonno e le cure mediche (Field, 2010).

I disturbi depressivi sono associati, inoltre, ad un basso livello di funzione riflessiva nella madre, che si esplica nella mancata considerazione del bambino come un individuo indipendente con propri sentimenti e pensieri che influenzano il comportamento, e nella difficoltà a identificare gli stati mentali del bambino o a fraintenderli (Khoshroo & Mousavi, 2022). Le madri con un basso livello di mentalizzazione sembrano più inconsapevoli delle proprie esperienze interiori e di quelle dei figli, fino a invalidare qualsiasi esperienza emotiva associata al ruolo di genitore.

Per quanto riguarda lo stile di parenting, invece, viene riscontrato l'uso frequente di comportamenti caratterizzati da ostilità e coercizione e, durante i momenti di gioco della diade, la madre si dimostra essere meno coinvolta e si attiva di meno nella facilitazione del gioco per il bambino (Ojo et al., 2021).

Queste inferenze costituiscono importanti fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi mentali internalizzanti ed esternalizzanti che possono emergere durante l'infanzia, l'adolescenza o l'età adulta (Khoshroo & Mousavi, 2022). Nel dettaglio, il comportamento esternalizzante fa riferimento a dinamiche distruttive come l'aggressività, l'iperattività e disturbi della condotta, mentre il comportamento internalizzante include alterazioni dell'umore in senso depressivo o ansioso e segni di distress che possono manifestarsi attraverso il ritiro sociale e la somatizzazione (West & Newman, 2003). Gli studi hanno dimostrato anche altre associazioni tra la depressione materna, l'insorgenza di comportamenti antisociali e deficit cognitivi nel bambino e la formazione di un attaccamento insicuro (Beck, 2006).

Risulta di fondamentale importanza pensare al disturbo depressivo non come una problematica interna al genitore, ma come un disturbo che dipende dal contesto ambientale in cui la madre è inserita che è spesso disfunzionale e caratterizzato da mancanza di supporto sociale e frequenti litigi familiari (Cicchetti, Rogosch & Toth, 1998). Seppur sia stata evidenziata dagli studi la prevalenza di un attaccamento insicuro nei figli di madri con depressione, vi è una percentuale sostanziale di bambini che hanno instaurato un legame sicuro col proprio caregiver e questa discrepanza sembra essere attribuibile alla durata e alla gravità del disturbo depressivo materno (Cicchetti, Rogosch & Toth, 1998).

### ***1.3.2 I Disturbi d'Ansia***

La consapevolezza della maternità come un periodo caratterizzato da particolari preoccupazioni, dubbi e paure ha portato i ricercatori a prestare maggiore attenzione ai disturbi d'ansia e ad i suoi possibili esiti sullo sviluppo infantile. A differenza delle forme di ansia presenti nella popolazione, i disturbi di questo tipo nelle madri hanno nuclei specifici. Infatti, le donne hanno riportato paure e preoccupazioni riferite alla gravidanza e al parto, all'acquisizione del ruolo genitoriale e alla capacità di fornire adeguate cure al bambino, e all'esperienza di ospedalizzazione (Brockington et al., 2006). Durante la gravidanza, le frequenti paure riferite alla possibile anormalità e morte del feto potrebbero portare la madre a controllare compulsivamente i movimenti fetali, ad esempio contandone i calci avvertiti e disturbando il feto se non si avvertono movimenti (Fairbrother et al., 2016; Brockington et al., 2006).

A seguito del parto invece, l'ansia materna si sposta verso tematiche quali la salute del bambino, l'eventualità che venga rapito o che muoia in culla e la paura di non saperlo accudire adeguatamente dalle quali possono derivare rituali ossessivi e ipervigilanti (Brockington et al., 2006).

Le stime suggeriscono la presenza di disturbi d'ansia circa nel 16% delle donne in gravidanza e del 17% nel periodo postnatale nei primi tre mesi seguenti al parto (Fairbrother et al., 2016).

Le implicazioni della presenza di un disturbo d'ansia nella madre risalgono sin dallo sviluppo del feto, sul quale influisce negativamente attraverso l'esposizione in utero ad alti livelli di glucocorticoidi rilasciati dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) materno: questa esposizione precoce può comportare l'emergere di problemi di regolazione cognitiva, emotiva e comportamentale che possono manifestarsi anche a lungo termine (Van den Bergh et al., 2005)

Vi sono, poi, conseguenze significative sul comportamento di caregiving; le interazioni col proprio bambino sembrano caratterizzate da iper-reattività, intrusività, iper-protettività o iper-controllo. Al contrario, si sono evidenziati diversi casi in cui le madri con disturbo d'ansia assumono un comportamento disimpegnato e distaccato, mostrano una bassa capacità di coinvolgimento del bambino (Ojo et al., 2021), oltre a essere più catastrofizzanti e critiche rispetto alle madri senza questa diagnosi (Woodruff-Borden et al., 2002).

L'ansia sembra influire anche sulla sensibilità del caregiver, il quale presenta una difficoltà maggiore nel cogliere e interpretare adeguatamente i segnali del bambino, tra cui i vocalizzi, i movimenti corporei e il contatto visivo (Nicol-Harper et al., 2007). L'intrusività e la bassa sensibilità possono essere dovuti ad una carenza nella capacità della madre di processare informazioni di carattere emotivo, a causa degli alti livelli di ansia percepiti (Feldman et al., 2009).

Nell'osservazione dell'interazione diadica, i figli di donne con disturbi d'ansia mostrano una minor capacità di coinvolgimento dell'adulto nel gioco, hanno una ridotta responsività e scarse competenze sociali, oltre ad usare una minor quantità di comunicazioni positive (Murray et al., 2007).

L'ansia comporta, a livello cognitivo, un'iper-attivazione che permette all'organismo della persona di prepararsi per rispondere ai pericoli percepiti seppur, nel caso dei disturbi ansiosi, la madre colga segnali di pericolo anche nelle situazioni laddove esso non sia presente in una forma così grave. Questa reazione di allarme del genitore può far sì che il bambino adotti comportamenti più cauti e spaventati (Rosenbaum, 1988).

Inoltre, diversi studi evidenziano che i figli con genitori con disturbi d'ansia hanno una probabilità sette volte maggiore di ricevere la stessa diagnosi (Woodruff-Borden et al., 2002).

In un'analisi retrospettiva del contesto familiare delle madri con disturbi ansiosi, emergono descrizioni di una forte ansia da separazione vissuta durante la propria infanzia, e la presenza di conflitti familiari e freddezza emotiva dei propri genitori (Woodruff-Borden et al., 2002; Rosenbaum, 1988).

Spesso vengono riportati l'uso di aggressioni verbali o fisiche come strategia di risoluzione del conflitto da parte dei propri caregiver e la mancanza di supporto emotivo. Questo contesto retrospettivo descrive un ambiente caratterizzato da "controllo in mancanza di affetto", che si riferisce alla percezione di basso calore emotivo e allo stesso tempo iper-protezione ed eccessivo controllo genitoriale (Woodruff-Borden et al., 2002). Sebbene i dati leggibili nei diversi studi sui disturbi d'ansia come fattori di rischio per la funzione genitoriale e per lo sviluppo infantile siano eterogenei tra di loro, ciò che risulta essere comune a tutti i risultati riportati è la variazione significativa della sensibilità materna e il possibile sviluppo di problemi internalizzanti nel bambino.



### ***1.3.3 Il Disturbo da Uso di Sostanze***

Insieme ai disturbi descritti in precedenza, la dipendenza da sostanze costituisce una delle condizioni di rischio che può compromettere significativamente la funzionalità del ruolo genitoriale, nonché la relazione madre-bambino e lo sviluppo infantile (Simonelli, 2014). Seppur sino ad oggi ricercatori e clinici stiano ancora cercando di comprendere i meccanismi che legano il disturbo da uso di sostanze ai deficit genitoriali, esiste un'ampia letteratura che evidenzia diverse implicazioni (Capra et al., 2014; Simonelli, 2014; Dunn et al., 2002).

Le interazioni delle diadi con madri con Disturbo da Uso di Sostanze sono solitamente caratterizzate da trascuratezza, incapacità di soddisfare i bisogni di base del proprio figlio e inadeguatezza nella supervisione genitoriale, compromettendo così la salute psicologica e l'educazione del bambino (Dunn et al., 2002).

In riferimento allo sviluppo infantile, invece, diversi dati di ricerca evidenziano la presenza di effetti a breve, medio e lungo termine (Capra et al., 2014; Dunn et al., 2002). Essi si verificano a livello morfo-genetico ed a carico delle strutture e del funzionamento cerebrale e sono osservabili in varie aree di funzionamento, tra cui: deficit neurocomportamentali, deficit cognitivi, deficit nelle abilità linguistiche, sia nella dimensione recettiva che espressiva, deficit a carico del sistema motorio, ed infine effetti sullo sviluppo socioaffettivo e comportamentale (Capra et al., 2014).

Le implicazioni del Disturbo da Uso di Sostanze sul funzionamento diadico e sullo sviluppo infantile verranno indagate più nel dettaglio nel capitolo successivo.



## Capitolo 2

### IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE E LE SUE IMPLICAZIONI SULLA GENITORIALITÀ

#### 2.1 Disturbo da Uso di Sostanze e inquadramento diagnostico

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S., 1967) ha definito la tossicodipendenza come una "malattia ad andamento cronico recidivante, ossia di lunga durata e con ricadute alternantesi a remissioni, che spinge l'individuo, in modo più o meno coatto, ad assumere sostanze e comportamenti a dosi e quantità crescenti o costanti per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza".

Inoltre, l'OMS ha sottolineato i tre criteri fondamentali che delineano il quadro della tossicodipendenza, ossia:

- Tolleranza: indica l'assuefazione, ossia la necessità di aumentare la quantità della sostanza per ottenere lo stesso effetto psicobiologico. L'organismo, infatti, sopporta dosi sempre più elevate a causa dell'uso prolungato della sostanza nel tempo;
- Astinenza: implica l'insorgenza di sintomi psicologici e fisici determinati dall'interruzione improvvisa o da una riduzione nell'assunzione di una sostanza utilizzata precedentemente in modo regolare e assiduo;
- Dipendenza: implica l'assunzione continua della sostanza per prevenire, alleviare e ridurre i sintomi dell'astinenza. Essa può essere definita "*addiction*" se si considera l'aspetto psicologico e, quindi, il bisogno compulsivo di assumere la sostanza e la condizione di schiavitù della persona nei confronti di essa, mentre dal punto di vista biochimico è definita col termine "*dependence*", che indica il bisogno della sostanza da parte dell'organismo per poter funzionare e il cambiamento di esso causato dalla sostanza stessa.

Nelle diverse tipologie possibili di “*addiction*”, il *craving* si configura come una sorta di fame irresistibile caratterizzata per l’impellenza e la compulsività e, la forte attrazione, impulsiva e compulsiva, verso il comportamento di uso di sostanze va oltre l’oggetto-droga di per sé. Infatti, il *craving* si attiva anche in presenza di stimoli ambientali che richiamano l’incontro con la sostanza o in risposta ad eventi stressanti o situazioni emotive intense ed è un meccanismo che viene rinforzato dal ritiro in stati mentali dissociati dovuti al comportamento dipendente (Caretti, Craparo & Schimmenti, 2008). Più in generale, la dipendenza da sostanze non rappresenta una patologia definibile in maniera univoca, quanto piuttosto una risposta a diverse situazioni di disagio simili solo nella loro manifestazione (Simonelli, 2014). Questo fenomeno viene inquadrato in modo multidimensionale da differenti approcci disciplinari e dai differenti ambiti di osservazione che si sono sviluppati nel corso del tempo, siano essi medici, sociali, psicologici, giuridici o morali, in base ai quali si sono venute a creare diverse definizioni e considerazioni.

Il termine frequentemente utilizzato di “tossicodipendenza” fa riferimento alla condizione psicobiologica di necessità indotta dall’uso reiterato di una sostanza psicoattiva; l’assunzione di quest’ultima è considerata necessaria per il mantenimento di un equilibrio fisiologico, senza il quale insorgerebbero sintomi dovuti all’astinenza dalla sostanza (Salvini & Dondoni, 2011). Se, invece, si sposta lo sguardo dall’eziologia e dalle implicazioni biologiche dell’uso di sostanze al processo discorsivo della persona, il termine più adeguato è quello di “tossicofilia”. Con esso, infatti, si fa riferimento all’esperienza psicologica e affettiva che deriva dall’assunzione della sostanza, ossia al valore e al significato che essa assume nella ricerca di una particolare percezione somatica e psichica di sé e di un’identità personale gratificante (Salvini & Dondoni, 2011). Pur evidenziando differenti aspetti dell’uso di sostanze, le due terminologie sottolineano il ruolo della gratificazione farmacologica e biochimica legata all’assunzione delle sostanze che può portare rapidamente al consumo ripetitivo e ad importanti effetti psicofisici.

La precedente edizione del Sistema Diagnostico DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR, APA, 2000) prevedeva una distinzione categoriale tra:

- Abuso di sostanze: modalità patologica di utilizzo di una sostanza che comporta menomazione e/o disagio clinicamente significativi. Esso si manifesta con una o più condizioni, tra cui l'uso ricorrente in situazioni fisicamente rischiose, implicazioni legali legate all'utilizzo, uso continuativo nonostante le ripercussioni a livello intrapersonale e interpersonale nelle diverse aree di funzionamento della persona, entro un arco temporale di 12 mesi.
- Dipendenza da sostanze: la modalità patologica di utilizzo della sostanza comporta menomazione e/o a disagio clinicamente significativi. Essa si manifesta con tre o più condizioni, tra cui astinenza, tolleranza, assunzione frequente, tentativi fallimentari di ridurre o controllare la sostanza, compromissioni nelle attività sociali o lavorative a causa della sostanza, entro un periodo di 12 mesi.

L'attuale DSM-5, invece, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5, APA, 2013) integra l'abuso e la dipendenza da sostanze entro un'unica categoria diagnostica denominata Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), che a sua volta rientra nella più ampia sezione dei "Disturbi Correlati a Sostanze e Disturbi da Addiction".

In particolare, le classi di sostanze psicoattive che vengono contemplate sono dieci: alcol, caffeina, cannabis, allucinogeni, inalanti, oppiacei, sedativi ipnotici e ansiolitici, stimolanti, tabacco e altre sostanze/sostanze non conosciute.

Con "Disturbo da Uso di Sostanze" il DSM-5 indica una modalità disadattiva di utilizzo di una sostanza che conduce ad una menomazione significativa nel funzionamento dell'individuo che la assume, causando disagio e/o compromissione significativa nelle diverse aree di funzionamento della persona. Per la diagnosi devono essere presenti due o più dei seguenti sintomi nell'arco temporale di un anno:

1. Assunzione della sostanza in quantitativi maggiori o per periodi prolungati rispetto alle proprie intenzioni iniziali;
2. Tentativi fallimentari o desiderio persistente di controllo della sostanza o di ridurre la quantità utilizzata;

3. Importante quantità di tempo impiegata in attività necessarie a procurarsi la sostanza, farne uso e/o per far svanire i suoi effetti;
4. *Craving*, ossia un'intensa spinta o desiderio ad usare la sostanza;
5. L'uso della sostanza è ricorrente e comporta il mancato adempimento dei propri principali obblighi lavorativi, scolastici o a casa;
6. Uso reiterato della sostanza nonostante la presenza di persistenti e ricorrenti problemi sociali e interpersonali dovuti o esacerbati dagli effetti indotti dalla sostanza;
7. Abbandono o riduzione di attività sociali, lavorative o ricreative importanti per la persona a causa dell'assunzione della sostanza;
8. Uso ricorrente della sostanza in situazioni in cui essa comporta un pericolo fisico;
9. Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema fisico o psicologico, persistente o ricorrente, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza;
10. Tolleranza, che si manifesta attraverso: a) la necessità di assumere la sostanza in dosi sempre più elevate per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato, b) un effetto significativamente inferiore con l'uso continuativo della quantità abituale della sostanza;
11. Astinenza, che si verifica attraverso: a) la sindrome da astinenza tipica per la sostanza in questione, b) la stessa sostanza viene assunta per attenuare o evitare i sintomi dell'astinenza. I sintomi di astinenza possono comprendere dolori, spasmi muscolari, sudorazione profusa, vomito, diarrea e insonnia.

La quantità di criteri soddisfatti rende possibile indicare il livello di gravità del disturbo: lieve (2-3 criteri), moderato (4-5 criteri) o grave (6 o più criteri).

### **2.1.1 Epidemiologia**

L'uso di sostanze stupefacenti rappresenta una realtà problematica sempre più diffusa e frequente che vede coinvolte diverse fasce d'età. Dalle statistiche riportate dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT, 2023) è possibile osservare che, considerando età comprese tra 15 e 64 anni, la sostanza più utilizzata in Europa risulta essere la cannabis, che conta circa 84 milioni di persone (29.3%) che affermano di averne fatto uso nella propria vita. A seguire, viene riportato l'uso di cocaina con 15.5 milioni di consumatori (5.4%), MDMA con 11.5 milioni di persone (4.0%) e metamfetamine con 10.3 milioni (3.6%) di soggetti che affermano di averne fatto uso nel corso della vita.

Eroina o altre tipologie di oppioidi, invece, pur contando un numero inferiore di consumatori ad alto rischio (circa 1 milione), sono le sostanze che causano maggiori danni all'organismo, oltre ad essere responsabili del 74% dei casi di overdosi fatali (OEDT, 2023).

Se si analizzano, invece, i campioni costituiti da giovani adulti di età compresa tra 15 e 34 anni, emerge che nell'ultimo anno 15.3 milioni di persone hanno fatto uso di cannabis (15.1%) e che gli Stati europei con più alta concentrazione di giovani adulti consumatori comprendono Spagna, Francia, Paesi Bassi, Croazia, Italia e Repubblica Ceca con un tasso di prevalenza che va dal 19.1% al 22.9% (OEDT, 2023).

Nella stessa fascia d'età, sono diffuse anche altre sostanze come cocaina (2.3 milioni di consumatori), MDMA (1.8 milioni) e metamfetamine (1.3 milioni).

Per quanto riguarda, invece, la diffusione di alcol e nicotina, dalle indagini effettuate dal Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA, 2022) nella popolazione americana si evidenzia l'utilizzo di alcol in circa 133.1 milioni di individui di età uguale o superiore a 12 anni: di questi, circa il 45.1% rientra nei criteri del *binge drinking* (assunzione di cinque drink per i maschi o quattro drink per le femmine, in un breve periodo di tempo) e circa il 12.3% rientra nella categoria del "bere pesante" (ingerire cinque drink nella stessa occasione, cinque o più volte in un arco di 30 giorni). Anche l'uso di prodotti contenenti nicotina fa emergere dati preoccupanti, poiché si

contano circa 3 consumatori adolescenti su 5 (60.5%) di età compresa tra 12 e 17 anni (SAMHSA, 2022).

Per quanto concerne le sostanze monitorate, risulta esservi una prevalenza netta del sesso maschile rispetto a quello femminile, pur variando in base al tipo di sostanza considerata e all'età del consumatore. Tuttavia, l'età del consumo sembra diminuire nel corso del tempo e vengono contate sempre più femmine che ne fanno uso.

Inoltre, in aggiunta agli stupefacenti citati, vi sono anche allucinogeni, anestetici o farmaci con proprietà dissociative o depressive (LSD, funghi allucinogeni, ketamina, GHB ecc.) e il mercato illegale continua a creare e produrre nuovi composti con effetti sempre più potenti, dei quali molti non sono stati ancora classificati (EMCDDA, 2023).

Nel tempo si è assistito, dunque, ad un graduale incremento della quantità di donne che fanno uso di sostanze, seppur i dati abbiano confermato di anno in anno una prevalenza di consumatori di sesso maschile (OEDT, 2023). Il significato che viene attribuito dalla società al consumo di sostanze e alla tossicodipendenza varia notevolmente a seconda del genere considerato in base alle implicazioni sociali, psichiatriche, ambientali e psicologiche (Simonelli, 2014). Infatti, nello scenario comune l'assunzione da parte di una donna di sostanze stupefacenti è vista come una sfida ai valori sociali dominanti, mentre lo stesso comportamento assunto da un uomo sembra essere socialmente più accettabile. Nell'immaginario collettivo, la dipendenza da sostanze nella donna viene spesso associata alla coesistenza di una dipendenza nei riguardi del proprio partner, rinforzando così gli stereotipi che restituiscono un'immagine di essa come maggiormente incline a sviluppare dipendenze rispetto all'uomo e caratterizzata da debolezza e colpevolezza qualora intraprenda comportamenti devianti (Pelissier & Jones, 2006; Simonelli, 2014).

Ciò che è appurato è che l'assunzione di droghe comporta importanti cambiamenti e rischi sul funzionamento neurofisiologico e psicologico della persona e l'aumento di donne con DUS in età fertile può comportare conseguenze non di poco conto sulla gravidanza e tutto il periodo perinatale, fino ad incidere sulla propria funzionalità genitoriale. Per questo, risulta chiaro come questo fenomeno meriti un approfondimento dal punto di vista clinico con l'obiettivo di intervenire in maniera efficace sia con interventi diretti, sia attraverso la prevenzione.



## **2.2 Eziologia e sintomatologia psicopatologica nell'adulto**

Tra i fattori psicologici che sono stati attribuiti all'eziologia della tossicodipendenza emergono una limitata capacità di autocontrollo degli impulsi dovuta ad una funzione di contenimento inadeguata da parte dei genitori, la presenza di un deficit nell'autostima e l'instabilità ambientale in cui la persona con dipendenza ha svolto il proprio percorso evolutivo (Sanavio, 2016). I ricercatori hanno riscontrato che l'assunzione di sostanze può essere un tentativo della persona di risolvere e controllare uno stato traumatico e la sofferenza, perpetuando il dolore intenso vissuto in passato (Gabbard, 2014; Khantzian, 2013). Altri studiosi, invece, hanno spiegato come l'uso di sostanze possa essere interpretato come una forma di automedicazione della persona, in quanto contribuirebbe a tollerare l'esperienza di un'emotività altrimenti insopportabile, assolvendo così una funzione difensiva e adattiva (Gabbard, 2014; Khantzian, 2013).

In particolare, i vissuti riportati da coloro che fanno abuso di sostanze riguardano esperienze di trascuratezza emotiva, di abuso fisico e/o psicologico e di disinteresse genitoriale, in cui la componente emotiva viene eliminata dal normale flusso di coscienza e depositata in un sistema di memoria traumatica implicita (Caretto, Craparo & Schimmenti, 2008). Il soggetto con dipendenza da sostanze percepisce i vissuti emotivi come sopraffacenti e troppo dolorosi, sia rispetto ai propri stati mentali che alle relazioni oggettuali, ma può non essere in grado di elaborarli a causa di un'inadeguata capacità di mentalizzazione delle proprie emozioni (Caretto, Craparo & Schimmenti, 2008). Col riemergere delle emozioni traumatiche, la persona cerca di contrastare rifugiandosi in uno stato mentale dissociato con l'utilizzo di una sostanza psicoattiva. Secondo questo modello, le radici evolutivo-relazionali della dipendenza patologica risiederebbero, dunque, nelle relazioni traumatiche vissute nella prima infanzia che hanno comportato una frammentazione del Sé e hanno generato un dolore innominabile, in quanto non pensabile (Caretto, Craparo & Schimmenti, 2008).

Il concetto di "auto-medicazione" implica non solo il desiderio di alleviare la propria sofferenza psicologica, ma anche la scelta di una specifica sostanza psicoattiva in relazione agli effetti che essa può comportare. Infatti, i fattori che interagiscono sull'attrazione verso una determinata sostanza riguardano l'azione e gli effetti diretti di essa, l'organizzazione di personalità o le caratteristiche dell'individuo che ne fa uso e il livello di sofferenza psicologica intrapersonale (Khantzian, 2013).

In base a ciò, sono stati condotti diversi studi per approfondire i fattori psicologici che contribuiscono nella scelta della sostanza. Ad esempio, si è riscontrato che gli oppiacei vengono utilizzati per il loro effetto calmante e “normalizzante”, poiché attenuano gli affetti intensi e violenti e contribuiscono a contrastare gli stati di disorganizzazione interna e gli aspetti esterni minacciosi che influiscono negativamente sulle relazioni interpersonali (Khantzian, 2013).

Nello specifico, la dipendenza da eroina può essere dovuta al bisogno di contenere la propria aggressività, al desiderio di gratificazione di possedere una relazione simbiotica con una figura materna e al tentativo di alleviare l'umore depresso, il senso di colpa e di inutilità. Il maggior avvicinamento agli altri porta la persona dipendente da eroina a ritirarsi in un proprio mondo interno permeato dalla sostanza, a causa di un aumento degli stati depressivi (Gabbard, 2014).

L'utilizzo di alcol, invece, permette di agire sui sentimenti di isolamento e di vuoto, rendendoli temporaneamente meno pervasivi (Khantzian, 1997) e ristabilendo uno stato di armonia interna illusoria (Gabbard, 2014).

Infine, gli stimolanti, tra cui la cocaina e le metamfetamine, agiscono a livello cerebrale aumentando lo stato di vigilanza e l'attività motoria, facendo sentire chi li assume come se avesse una quantità illimitata di energia e fiducia in sé stesso (Kring, et al., 2017). Questa sensazione di iper-attivazione è spesso ricercata da coloro che hanno tendenze depressive o che si sentono annoiati e senza energia. Tuttavia, gli stimolanti possono avere anche l'effetto opposto, ossia di calmare e contenere l'iperattività, l'emotività e le difficoltà attentive (Khantzian, 2013).

L'ipotesi dell'assunzione di droghe come forma di auto-medicazione lascia intendere la possibilità che il DUS possa essere, in alcuni casi, un disturbo secondario che si manifesta in presenza di un disturbo psichiatrico primario, il quale comporta sentimenti depressivi o angoscianti per la persona (Khantzian, 1997).

Secondo alcuni ricercatori l'abuso di sostanze da parte di soggetti con una diagnosi di disturbo psichiatrico potrebbe essere spiegato dall'esistenza di una maggior difficoltà della persona a fronteggiare le richieste dell'ambiente a causa di una “debolezza” a carico delle strutture cerebrali (Iannitelli, Castra & Antenucci, 2002).

Al contrario, vi sono situazioni cliniche in cui la persona presenta un DUS primario e contemporaneamente un disturbo psichiatrico secondario, ascrivibile ad intossicazioni e

crisi d'astinenza dovute all'assunzione della sostanza o all'utilizzo cronico di essa, comportando così danni irreversibili che incidono negativamente sul funzionamento delle aree cerebrali (Iannitelli, Castra & Antenucci, 2002).

Infine, i ricercatori hanno inserito una terza possibilità clinica costituita dall'esistenza di DUS primario e disturbo psichiatrico primario coesistenti nella persona, seppur sembri rappresentare un quadro clinico molto raro (Iannitelli, Castra & Antenucci, 2002).

La presenza di una "doppia diagnosi" risulta essere molto frequente nei soggetti che presentano un DUS e questa complicazione clinica rappresenta un importante predittore nel trattamento della tossicodipendenza (Helzer & Pryzbeck, 1988); gli studi hanno dimostrato, infatti, come essa comporti, nella maggior parte dei casi, una scarsa compliance e una prognosi peggiore (Iannitelli, Castra & Antenucci, 2002).

Le ricerche scientifiche hanno constatato che il DUS si presenta frequentemente in comorbidità con i disturbi di personalità, definiti dal DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5, APA, 2013) come un pattern costante, pervasivo e inflessibile, di esperienza intrapsichica e di comportamento che si discostano dalle norme e dalle aspettative sociali del proprio ambiente di riferimento. L'associazione tra DUS e disturbi di personalità varia ampiamente dal 26.5% al 100% a seconda della sostanza considerata (Nace et al., 1991) e la correlazione più elevata sembra essere tra l'abuso di sostanze e le personalità borderline, narcisistica e psicopatica (Lingiardi & McWilliams, 2018). Caratteristiche come la disregolazione emotiva, l'impulsività, la tendenza a ricercare in modo continuo stimoli diversi (Lingiardi & McWilliams, 2018) e l'autolesionismo (Gabbard, 2014) appartengono, seppur in misura differente, a questa tipologia di personalità e rappresentano degli importanti mediatori in quest'associazione diagnostica (Lingiardi & McWilliams, 2018). Si è rilevato, inoltre, che il disturbo di personalità antisociale è quattro volte più comune nei maschi e dodici nelle femmine con Disturbo da Uso di Alcol (Helzer & Pryzbeck, 1988).

I ricercatori hanno evidenziato un'elevata frequenza di comorbidità anche tra DUS e disturbi dell'umore: le donne, infatti, sono maggiormente soggette allo sviluppo di disturbi internalizzanti e la gravità di una psicopatologia a carico del tono dell'umore implica un maggior rischio di sviluppare un DUS (Macchia et al., 1990). L'uso di cocaina, ad esempio, sembra avvenire nel 37.5% delle donne a causa di un intenso desiderio di controllare e limitare i propri stati depressivi, seppur in alcuni casi al termine dell'effetto

della sostanza si possa verificare un significativo peggioramento dell'umore (Macchia et al., 1990). Entrambi i disturbi influenzano la gravità dell'uno e dell'altro e sembrano interagire tra di loro in una relazione causale: uno stato ansioso o depressivo può intensificare l'uso delle sostanze e, allo stesso tempo, quest'ultimo può causare gravi compromissioni biologiche e nel funzionamento delle diverse aree di vita importanti per la persona, generando così stati intensi affettivi negativi (Swendsen & Merikangas, 2000). Infine, molti studi hanno indagato la comorbidità tra DUS e disturbi psicotici e hanno evidenziato le capacità delle sostanze sia di produrre transitori sintomi psicotici a seguito dell'assunzione, sia di incrementare deliri e allucinazioni preesistenti (Swendsen & Merikangas, 2000).

Le sostanze stimolanti, infatti, possono aggravare la sintomatologia schizofrenica o determinare un incremento dei disturbi della condotta e dei comportamenti aggressivi (Iannitelli, Castra & Antenucci, 2002). Tuttavia, alcuni soggetti possono assumere sostanze come l'alcol per mitigare temporaneamente l'esperienza cronica di deliri e allucinazioni e provare un momentaneo sollievo da affetti negativi (Hansell & Willis, 1977).

Nei casi di doppia diagnosi si rileva spesso un alto rischio suicidario; esso è presente nei soggetti con DUS, ma può incrementare significativamente in presenza di altre diagnosi quali schizofrenia e depressione (Mueser, Bellack & Blanchard, 1992).

Attualmente, nonostante i dati finora riportati, non sono molti gli studi presenti in letteratura che si sono posti l'obiettivo di indagare la presenza di sintomatologia psicopatologica in soggetti con diagnosi di DUS e gli effetti che quest'ultima possa comportare sull'esplicazione della funzione genitoriale e i comportamenti di cura verso il proprio bambino. Ciò che è, invece, appurato è che la presenza di un disturbo in comorbidità complica ulteriormente il quadro clinico e può comportare importanti ripercussioni sia sul funzionamento quotidiano della persona che ne fa uso, sia sulla propria genitorialità: in questo senso, la doppia diagnosi rappresenta un ulteriore fattore di rischio per le madri, capace di impattare negativamente sul proprio benessere individuale, sul comportamento genitoriale e sul benessere del bambino.

Più il quadro sintomatologico è complesso e grave, più significativa potrebbe essere la compromissione del comportamento genitoriale materno, incidendo sulla capacità della

donna di rispondere in modo empatico e sensibile alle richieste del proprio bambino (Lefkovic et al., 2014).

### **2.3 Esperienze di cura passate e psicopatologia**

Diversi studi in letteratura hanno dimostrato come le esperienze di cura genitoriale vissute in passato siano in grado di influenzare la salute psico-fisica della persona e come esse rappresentino un fattore protettivo o, viceversa, un fattore di rischio per l'insorgenza di sintomatologie psicopatologiche durante l'età adulta (Hakansson et al., 2018; Heleniak et al., 2016; Teicher & Samson, 2016; Shonkoff et al., 2012). Infatti, si è osservato come le esperienze di cure genitoriali caratterizzate da freddezza emotiva, basso livello di cura e autoritarismo aumentino il rischio di sviluppo di psicopatologia (Kendler, Myers & Prescott, 2000).

In particolare, bassi livelli di cura materna e paterna, tra cui esperienze di trascuratezza e indifferenza, risultano essere associati all'insorgenza di disturbi dell'umore (Heider et al., 2006), mentre la sintomatologia ansiosa è maggiormente associata ad alti livelli di iperprotezione genitoriale (Parker et al., 1997) e la dipendenza da sostanze a vissuti di trascuratezza ed eccessivo controllo materno (Kendler, Myers & Prescott, 2000; Torresani, Favaretto & Zimmermann, 2000).

Inoltre, le ricerche hanno più volte dimostrato una correlazione significativa tra l'aver sperimentato eventi di vita avversi durante la propria infanzia e lo sviluppo di disturbi psichici in periodi successivi (Hakansson et al., 2018; Kendler, Myers & Prescott, 2000). Rispetto alle donne con DUS, infatti, si è messo in evidenza come queste ultime riportino con elevata frequenza di aver vissuto esperienze negative durante la propria infanzia e la propria adolescenza come, ad esempio, la separazione dei propri genitori (Vejjola et al., 2008), abusi emotivi e/o fisici, esperienze di abbandono o altre forme di maltrattamento (Cecil et al., 2017). La maggior parte di esse riporta, inoltre, di aver sperimentato bassi livelli di relazioni adulte protettive in età infantile (Brown & Shillington, 2017) e scarse esperienze adattive caratterizzate da cura e sicurezza (Brown et al., 2018; Hakansson et al., 2018).

L'ambiente familiare in cui le donne con DUS sono cresciute è di frequente contraddistinto da regole disfunzionali, comunicazione povera, pattern di interazione rigidi e caotici e distorsione o inversione dei ruoli, mentre le figure genitoriali sono

percepito come emotivamente distanti ed eccessivamente controllanti (Suchman et al., 2005).

Alcune ricerche hanno rilevato, infatti, che i soggetti con diagnosi di DUS riferiscono mancanza di calore emotivo e rifiuto da parte della propria figura paterna, mentre hanno percepito la propria madre come dominante e iperprotettiva (Heeres, 1988).

Inoltre, gli studi sugli stili genitoriali hanno suggerito come la dimensione dell'abbandono materno giochi un ruolo chiave nelle traiettorie dei soggetti con DUS, capace di incidere sulla gravità dell'esito, ad esempio sui tentativi di suicidio, sull'età precoce di insorgenza del consumo di sostanze e sul numero di ospedalizzazioni per disintossicazione o per motivi psichiatrici (Icick et al., 2013).

#### **2.4 Implicazioni delle sostanze di abuso sulla gravidanza e sul neonato**

A partire dagli anni '90 si è assistito ad un graduale incremento della quantità di donne che fanno uso di sostanze, seppur i dati abbiano periodicamente confermato un maggior utilizzo di sostanze psicoattive nei consumatori di sesso maschile (OEDT, 2023).

La diffusione del fenomeno della dipendenza da sostanze si spiega non solo con l'aumento della quantità di donne che fanno uso, ma anche con un progressivo abbassamento dell'età di inizio del consumo, fino ad intaccare i periodi più critici per lo sviluppo psicofisico della persona (Dayan & Guillery, 2011). L'uso di sostanze può così comportare irregolarità del ciclo mestruale o una totale assenza di esso che, insieme alla mancata attenzione verso l'uso di metodi contraccettivi e una scarsa consapevolezza circa i cambiamenti del proprio corpo, può comportare un tardivo riconoscimento dello stato di gravidanza (Simonelli, 2014; Silva et al., 2012). Ciò avviene poiché gli stati fisici dovuti allo stato interessante vengono spesso interpretati dalle donne con DUS come effetti diretti della sostanza assunta o dell'astinenza conseguente, e solo tra il quinto e il settimo mese con gli effetti più evidenti della gravidanza, riescono a riconoscere quest'ultima (Deren, 1986).

La gravidanza inattesa e riconosciuta tardivamente può aumentare il senso di insicurezza, rendendo i cambiamenti psicologici implicati nell'assunzione del ruolo di madre più difficili e lenti (Silva et al., 2012), e possono comportare un ritardo nella richiesta di assistenza medica per il timore del giudizio e dello stigma, e la mancata messa in atto di

cure prenatali che si ripercuotono non solo sulla salute della donna stessa, ma anche sul benessere del feto (Malagoli Togliatti & Mazzoni, 1993).

Inoltre, rispetto alla popolazione generale il tasso di aborti risulta più elevato tra le donne con DUS, le quali spesso portano avanti la gravidanza perché è stato superato il periodo consentito per legge per poter abortire, più che per una scelta personale.

Al contrario, quando la gravidanza non diventa oggetto di negazione la donna riporta un vissuto idealizzante e una negazione maniacale dei sentimenti distruttivi e di colpa verso il nascituro, per cui il bambino viene percepito come un oggetto salvifico al quale viene attribuita la funzione di possibile riscatto e di abbandono del comportamento tossicomane (Simonelli, 2016).

Più in generale, in riferimento alle cure prenatali emerge che solo una minor parte delle donne con tossicodipendenza si sottopone a controlli ginecologici regolari (36%), spesso omettendo la propria condizione di dipendenza per paura di essere discriminate (Vucinovic et al., 2008), circa la metà delle donne con DUS continua a far uso di sostanze (53%), mentre al momento del parto alcune di esse nascondono la propria condizione di dipendenza o sospendono i trattamenti in corso con i farmaci necessari, comportando rischiose conseguenze per loro stesse e per il neonato (Loi et al., 2013).

La minor propensione a ricercare cure prenatali e il perpetuare nell'assunzione di sostanze, rende le donne più vulnerabili a malattie infettive come l'HIV, l'epatite e altre infezioni sessualmente trasmissibili che possono rendere il quadro clinico ancora più complesso (Vucinovic et al., 2008).

Lo studio delle implicazioni dovute alle sostanze psicoattive evidenziano effetti degni di nota durante tutto il periodo pre e peri-natale, seppur i risultati riportati dalla letteratura siano talvolta contrastanti (Kilbride et al., 2000). Infatti, risulta complesso isolare le conseguenze specifiche di una determinata sostanza da altre variabili interagenti, come il policonsumo di sostanze ed altri fattori psicosociali (Simonelli, 2014).

Mentre in passato la placenta, che è la prima connessione fisiologica tra la madre e il bambino (Huestis & Choo, 2002), veniva considerata una barriera impermeabile e protettiva del feto, attualmente si è constatato che gli effetti teratogeni della sostanza possono incidere sul nascituro sia in modo diretto, attraverso il passaggio placentare, che in modo indiretto, interferendo sulla normale circolazione utero-placentare e sulle condizioni fisiche materne (Cosmi, et al., 2002). Il passaggio delle sostanze nella barriera

emato-placentare produce effetti tossici e altamente rischiosi per il feto fino a poter provocare l'aborto (Narkowicz et al., 2013), ma può comportare anche altre complicazioni ostetriche, tra cui il distacco prematuro della placenta, la morte intrauterina del feto e il parto pretermine (Vucinovic et al., 2008; Huestis & Choo, 2002). Questi rischi sono maggiori nelle donne con dipendenza da stimolanti, i quali comportano condizioni cliniche significative, come anomalie cardiovascolari, irregolarità polmonari, sintomi neurologici e gastrointestinali e disturbi psichiatrici (Huestis & Choo, 2002; Chasnoff et al., 1985). La nicotina, invece, può produrre alterazioni sullo sviluppo cerebrale del feto, alterazioni ormonali e nutrizionali e ipossia, probabilmente attribuibile alla diminuzione del flusso sanguigno nella placenta e a cambiamenti vascolari (Behnke & Smith, 2013), oltre a comportare una diminuzione del peso del bambino alla nascita a causa di un ritardo nella crescita intrauterina (Huestis & Choo, 2002).

Tra le possibili conseguenze specifiche legate all'assunzione di alcol in epoca prenatale vi è l'insorgenza della Sindrome feto-alcolica (*Fetal Alcohol Syndrome*, FAS), che comporta la cosiddetta "triade sintomatologica", ossia dismorfismi facciali, ritardo di crescita intra ed extrauterina e anomalie nello sviluppo neurologico del sistema nervoso centrale (Pulvirenti, Righi, & Valletta, 2016). La gravità delle anomalie congenite dipende dalla quantità e modalità di assunzione di alcol da parte della madre e dall'epoca gestazionale di esposizione (Denny, Coles & Blitz, 2017; Pulvireti et al., 2016; Huestis & Choo, 2002).

Anche la privazione improvvisa di una sostanza in grado di indurre dipendenza fisica può produrre danni al feto causando la Sindrome da Astinenza Neonatale (*Neonatal Abstinence Syndrome*, NAS), soprattutto a causa dell'uso di oppioidi come l'eroina (Huestis & Choo, 2002). Essa si manifesta attraverso una costellazione di segni e sintomi che si palesano inizialmente con tremori, irritabilità e pianto eccessivo e, occasionalmente, con convulsioni. Tra gli altri sintomi vi sono febbre, tachipnea, congestione nasale, piloerezione, sintomi neurologici (irritabilità, inconsolabilità, difficoltà addormentamento, ipertonìa, tremori, crisi epilettiche, starnuti e sbadigli) e sintomi gastrointestinali come scarso appetito, rallentamento nella crescita, disidratazione, diarrea, vomito, suzione incontrollata (Kocherlakota, 2014). La gravità e tempi di insorgenza della NAS variano in relazione al tipo di sostanza, alla modalità di assunzione, alla durata ed all'entità dell'esposizione, così come dal livello di sviluppo



raggiunto dal neonato al momento dell'interruzione dell'uso di sostanze (Pulvireti et al., 2016; Kocherlakota, 2014).

In genere l'esposizione della madre a sostanze tra cui metamfetamine ed eroina comporta una maggiore probabilità di insorgenza a breve termine della NAS, mentre utilizzo di metadone può portare ad un esordio più tardivo dell'astinenza (Kocherlakota, 2014; Deren, 1986). Inoltre, i neonati con questa sindrome hanno un tasso maggiore di probabilità di essere ricoverati in emergenza e di riospedalizzazione (West et al., 2023), e un rischio tre volte superiore di mortalità rispetto ai figli di madri non tossicodipendenti (Deren, 1986).

Gli studi riportano importanti effetti anche nel lungo termine: a distanza di 8 settimane, i neonati che sono stati esposti alla cocaina mostrano un aumento della frequenza cardiaca se esposti a stimoli sociali (Bard et al., 2000), mentre i figli di madri che denunciano l'abuso di cocaina, alcol e cannabis ricevono a 6 mesi punteggi inferiori nella valutazione dello sviluppo cognitivo rispetto ai bambini non esposti (Chasnoff et al., 1992). L'intensità dell'esposizione prenatale alla cocaina sembra essere collegata anche ad un peggioramento delle prestazioni linguistiche nella fascia d'età che va dai 3 ai 5 anni (Bandstra et al., 2004).

In molti casi i bambini figli di madri con tossicodipendenza si caratterizzano per aspetti critici, quali alterazioni del ritmo sonno-veglia (Pinto et al., 1988), problemi alimentari, tendenza all'iperattività (Stocco et al., 2012), difficoltà nell'attenzione (Deren, 1986) e nella regolazione degli affetti, difficoltà di regolazione di stato, di abitudine, di consolazione, così come una tendenza alla sovraeccitazione (Frank et al., 2001). Diversi studi hanno evidenziato problemi di iperattività, disattenzione, impulsività e aggressività nei bambini in età prescolare nati da madri con dipendenza da eroina e, in particolare, i maschi sono maggiormente a rischio di diagnosi di ADHD (Barnard & McKeganey, 2004).

## **2.5 Impatto dell'uso di sostanze sulla qualità dei comportamenti genitoriali**

Il Disturbo da Uso di Sostanze può interferire con l'esplicarsi della funzione genitoriale materna, sia a causa dell'effetto teratogeno diretto, sia per gli aspetti di difficoltà che caratterizzano a livello psicologico e sociale queste madri (Parolin & Simonelli, 2016). L'abuso e la dipendenza da sostanze vengono considerati aspetti individuali che

influiscono sulle capacità dell'adulto di prendersi cura del bambino, interferendo sulle modalità di parenting (Flykt et al., 2012), le competenze relazionali (Berlin, Shanahan & Camordy, 2013) e le capacità di accudimento del neonato (Kandel, 1990).

A tal proposito, alcune ricerche hanno constatato come le madri con DUS presentino delle difficoltà di varia entità e gravità circa l'esplicazione del proprio ruolo genitoriale come, ad esempio, difficoltà nell'interpretare e rispondere in modo adeguato ai segnali del neonato (Sloan et al., 2017; Salo et al., 2010), difficoltà nell'espressione degli affetti e nel comportamento adattivo (Siqueland et al., 2014) e una minore disponibilità e sensibilità emotiva (Fraser et al., 2010). Altri studi riportano, inoltre, la presenza di deficit e compromissioni in diversi domini relazionali quali, ad esempio, l'alimentazione, il gioco, e gli insegnamenti (De Palo, Simonelli & Parolin, 2015).

A livello neurobiologico, il meccanismo di azione delle droghe riguarda sia il sistema dopaminergico, sia quello noradrenergico, implicati non solo nei processi legati alla motivazione, alla ricompensa e alla regolazione di stress e paura, ma anche nella facilitazione dei comportamenti di parenting e, quindi, nella costruzione di un legame di attaccamento tra il genitore e il bambino (Simonelli, 2014; Strathearn, 2011).

I ricercatori hanno riportato conseguenze anche a carico del meccanismo della tolleranza verso la sostanza che comporta la necessità di assumere quantitativi sempre maggiori della droga in questione per poter ottenere le sensazioni di piacere desiderate. Infatti, questo può comportare che attività naturalmente gratificanti, come ad esempio l'interazione con il proprio bambino, non risultino abbastanza sufficienti a innalzare il tono dell'umore e le sensazioni di piacere (George, Le Moal & Koob, 2012).

Inoltre, l'inibizione della produzione di ossitocina sembra essere causa di una ridotta sensibilità materna al pianto del bambino e alla stimolazione tattile e olfattiva, alterando in tal modo la percezione dei segnali comunicativi del neonato che sembrano risultare meno salienti per le madri con DUS (Simonelli, 2014).

Il ruolo materno viene caratterizzato, così, dalla tendenza a ignorare o sminuire i segnali del bambino, ad esperire sentimenti negativi dominati dalla paura e ad assumere un comportamento incoerente, ambivalente (Parolin & Simonelli, 2016; Silva et al., 2012) e scarsamente sensibile (Flykt et al., 2012).

Diversi studi hanno rilevato nelle madri con DUS una prevalenza di uno stile di parenting di tipo autoritario, caratterizzato da rigidità, basso livello di tolleranza e un maggior

utilizzo di punizioni fisiche e strategie disciplinari spaventanti (Parolin & Simonelli, 2016). Questa tipologia può alternarsi con comportamenti passivi, atteggiamento permissivo e mancanza di controllo e supervisione durante le attività del bambino (Flykt et al., 2012; Miller, Smyth & Mudar, 1999).

Il comportamento delle madri che fanno uso di sostanze può essere definito anche in termini di iper-coinvolgimento (Fava Vizziello, Bullo & Simonelli, 1997) e può essere associato alla tendenza a rifiutare eventuali sostegni esterni e all'accelerazione dell'autonomia del bambino (Parolin & Simonelli, 2016). In questo modo, il bisogno del bambino di soddisfare le aspettative dell'adulto insieme all'incapacità del genitore di esperire un'adeguata funzione genitoriale, comportano il rischio di un'inversione di ruoli (Strathearn & Mayes, 2010).

In alcuni casi, gli studi hanno riscontrato nelle madri che fanno uso di sostanze una percentuale significativa di comportamenti caratterizzati da negligenza nella cura infantile (Dunn et al., 2002): tra il 43% e il 79% dei bambini vittime di maltrattamenti risultano avere un genitore che fa uso di sostanze (Hans, 2002) e le madri che abusano di una droga hanno un rischio due o tre volte maggiore di mettere in atto condotte violente sul proprio figlio (Donohue, Romero & Hill, 2006).

Inoltre, durante l'interazione madre-bambino, gli studi hanno riscontrato dei pattern comportamentali frequenti nelle madri con tossicodipendenza, le quali mostrano spesso una sensibilità e un coinvolgimento estremamente ridotti, e una presenza consistente di affettività piatta o passività durante il gioco (Sloan et al., 2017; Salo et al., 2010) o, al contrario, si riscontrano un'alta intrusività e ostilità (Flykt et al., 2012). Esse sembrano avere una più bassa capacità di comprendere i problemi del bambino considerando la fase di sviluppo di quest'ultimo, oltre ad una scarsa riflessività in merito alle esperienze emozionali e cognitive del minore (Murphy & Rosenbaum, 1999).

Inoltre, come affermato nel paragrafo precedente, al di là degli effetti teratogeni esercitati dalle sostanze di abuso e alle difficoltà riscontrate nelle madri con DUS, i figli di madri con tossicodipendenza spesso si caratterizzano per aspetti che li rendono "problematici" (Stocco et al., 2012; Barnard & McKeganey, 2004; Frank et al., 2001; Pinto et al., 1988; Deren, 1986). Queste problematichità, alla luce delle difficoltà che le donne con DUS sperimentano nel proprio ruolo genitoriale, rendono le interazioni diadiche ancora più complesse e spesso disfunzionali, oltre ad innescare cicli transazionali negativi in grado

di esacerbare le difficoltà di entrambi i componenti della diade (Stocco et al., 2012). Infatti, le ricerche che si sono concentrate sui modelli di interazione tra madre e bambino in contesti di tossicodipendenza, hanno riscontrato come tratto caratteristico di questi bambini un atteggiamento passivo durante le interazioni con il proprio caregiver e una difficoltà a rimanere coinvolti durante gli scambi diadici, che si esplica in una più bassa espressività di affetti positivi e sperimentazione di interazioni piacevoli e gratificanti (De Palo et al., 2016).

I dati in letteratura fin ora discussi hanno accertato l'esistenza di effetti diretti delle sostanze che, associati a fattori contestuali e psicologici di rischio, comportano la compromissione dell'adeguatezza dei comportamenti di parenting, tuttavia esistono diverse analisi che evidenziano come, nonostante le evidenti difficoltà incontrate dalle madri con DUS nell'esercitare il proprio ruolo, le sostanze possono non pregiudicare completamente la funzione genitoriale che, se adeguatamente sostenuta, può condurre a traiettorie di sviluppo funzionali (Simonelli, 2014).

Nei capitoli successivi, verranno indagate le possibili associazioni tra il comportamento genitoriale, la sintomatologia psicopatologica materna e le cure genitoriali sperimentate in passato dalle madri con DUS, in quanto, pur essendosi sviluppato negli ultimi anni un forte interesse circa tale tematica, raramente queste variabili sono state considerate congiuntamente.

## Capitolo 3

### IL DISEGNO DI RICERCA

#### 3.1 Obiettivi e ipotesi della ricerca

Nonostante la diffusione del fenomeno dell'uso di sostanze all'interno della società, attualmente non sono ancora molti gli studi che si pongono l'obiettivo di indagare l'impatto del Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e della sintomatologia psicologica ad esso associata sulla qualità del comportamento genitoriale e, tra quelli già presenti in letteratura, emergono spesso risultati contrastanti.

Lo scopo del presente studio è, dunque, quello di contribuire all'ampliamento delle evidenze empiriche attraverso un disegno di ricerca osservativo che si propone di indagare la qualità dei comportamenti genitoriali e dell'interazione madre-bambino, la sintomatologia psicopatologica e la qualità delle cure genitoriali ricevute in madre con DUS.

Di seguito verranno riportati gli obiettivi della ricerca con le relative ipotesi:

1. *Obiettivo*: indagare la qualità dei comportamenti genitoriali in termini di disponibilità emotiva, osservati durante le interazioni tra madri con DUS e i propri bambini, confrontando i risultati con quelli rilevati in un gruppo di diadi madre-bambino reclutate a partire dalla popolazione generale.

*Ipotesi*: in base agli studi presenti in letteratura che hanno indagato la qualità di parenting in madri con DUS (Parolin & Simonelli, 2016; Flykt et al., 2012; Silvia et al., 2012; Miller, Smyth & Mudar, 1999), si ipotizza di riscontrare comportamenti genitoriali disadattivi all'interno del campione clinico rispetto al gruppo di madri a basso rischio. Ci si aspetta, in particolare, di rilevare punteggi più bassi nella valutazione della disponibilità emotiva materna. Ovvero, si ipotizzano un basso livello di sensibilità, una strutturazione incoerente e alti livelli di intrusività da parte delle madri con DUS, e livelli bassi di responsività e coinvolgimento nei rispettivi figli.

2. *Obiettivo*: osservare la qualità delle esperienze di cura vissute dalle partecipanti durante la propria infanzia secondo i criteri di cura e protezione ricevuta rispettivamente da entrambi i genitori, attraverso il confronto delle esperienze riportate dalle madri con DUS e dalle madri appartenenti al campione di controllo.

*Ipotesi*: in linea con gli studi presenti in letteratura (Hakansson et al., 2018; Brown & Shillington, 2017; Kendler, Myers & Prescott, 2000) ci si aspetta di riscontrare differenze significative in riferimento ai livelli di cura e protezione ricevute dalle figure genitoriali nel campione clinico, rispetto a quello rappresentativo della popolazione.

3. *Obiettivo*: valutare l'eventuale presenza di sintomatologia psicopatologica nel campione di madri con DUS e porre i risultati a confronto con quelli emersi dal campione di controllo composto da madri a basso rischio.

*Ipotesi*: sulla base dei dati presenti in letteratura (Jones, 2004; Kelly et al., 2013; Harstad, 2014; Lubman, 2010), si ipotizza di riscontrare più alti livelli di sintomatologia psicopatologica nelle madri con DUS rispetto al campione di controllo.

4. *Obiettivo*: valutare la presenza di associazioni tra la qualità dei comportamenti genitoriali e dell'interazione madre-bambino e la sintomatologia psicopatologica a carico delle madri partecipanti allo studio.

*Ipotesi*: ci si aspetta di individuare una relazione significativa tra la qualità dei comportamenti genitoriali e la sintomatologia psicopatologica, in particolare, si ipotizza che una maggior presenza di sintomatologia psicopatologica sia associata ad una minor qualità dei comportamenti genitoriali.

5. *Obiettivo*: indagare la possibile relazione tra la qualità di cure ricevute in passato dai propri genitori e la qualità dei comportamenti genitoriali messi in atto nei confronti del bambino.

*Ipotesi:* si ipotizza che bassi livelli nella cura e alti livelli di protezione offerte dai propri genitori nella valutazione del legame retrospettivo riportata dalle madri con DUS siano associati a comportamenti genitoriali meno funzionali osservati nell'interazione attuale con il proprio bambino, rispetto al campione di madri a basso rischio.

6. *Obiettivo:* valutare la presenza di associazioni tra le esperienze di cure genitoriali ricevute dalle madri in passato e la sintomatologia psicopatologica riportata dalle stesse.

*Ipotesi:* ci si aspetta che esperienze di cura meno funzionali, caratterizzate da bassa cura e iperprotezione, siano associati a maggiori livelli di psicopatologia riportati dalle madri.

### **3.2 Partecipanti**

Lo studio in questione ha coinvolto un campione di 40 madri, composto da un sottogruppo di 18 madri con diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze (range di età = 22-39, età media = 30.4, DS = 4.64) ed i loro bambini (range di età in mesi = 13-60, età media in mesi = 28.2, DS = 14.57), residenti in un contesto di Comunità Terapeutica (CT) situata nel territorio veneto, e un campione di controllo composto, invece, da un totale di 22 madri a basso rischio (range di età = 27-45, età media = 35.6, DS = 4.62) ed i rispettivi figli (range di età in mesi = 14-75, età media in mesi = 39.0, DS = 16.38), reclutate a partire dalla popolazione generale.

Le donne appartenenti al primo gruppo usufruiscono di un trattamento residenziale intensivo volto al miglioramento della qualità relazionale della diade madre-bambino, che segue un approccio multidimensionale e longitudinale. Esso prevede, infatti, la programmazione e il monitoraggio degli interventi e le evoluzioni sulla genitorialità e lo sviluppo infantile, con osservazione a cadenza trimestrale.

Il modello organizzativo della comunità terapeutica è improntato alla riorganizzazione della vita personale e familiare dei soggetti che ne fanno parte, fino a sviluppare una nuova forma di adattamento alla società e senso di appartenenza ad essa, attraverso cui attuare una completa risoluzione del DUS.

Per poter accedere alla struttura, le madri devono soddisfare i criteri del DUS indicati dai manuali diagnostici (APA, 2013) o di altri disturbi psichiatrici e possono fare richiesta del servizio in questione su base volontaria o a seguito di una segnalazione da parte dei servizi territoriali di pertinenza, quali Ser.D, CSM e Servizi di Tutela Minori.

Ai fini del presente studio sono state coinvolte soltanto le utenti che presentavano DUS, diagnosi che è stata eseguita da clinici esperti sulla base della storia anamnestica delle pazienti, di interviste semi-strutturate e di screening tossicologici.

Per quanto riguarda, invece, il campione di madri a basso rischio, esse non presentano né una storia di diagnosi di DUS, né hanno preso parte a trattamenti in strutture residenziali e territoriali che si occupano del suddetto disturbo o di altri disturbi psichiatrici.

Sia le madri con DUS, sia quelle rappresentative del campione a basso rischio, hanno un bambino di età compresa tra 14 mesi e 6 anni e non presentano i seguenti criteri di esclusione: presenza di disturbi psicotici diagnosticati in fase attiva, presenza di disturbi cerebrali organici che possono impedire la corretta partecipazione alle prove somministrate, presenza di disturbi pervasivi dello sviluppo nel bambino.

### **3.3 Procedura**

Lo studio presente rientra all'interno di un più ampio disegno di ricerca longitudinale volto ad indagare l'efficacia degli interventi sul parenting e ha coinvolto madri con DUS conclamato e madri reclutate a partire dalla popolazione generale: quest'ultime, considerate a basso rischio, hanno aderito alla partecipazione dopo essere venute a conoscenza del progetto, tramite la consegna di volantini o l'utilizzo di piattaforme di social network online.

Per poter partecipare alla ricerca, è stato chiesto ai genitori partecipanti di firmare un modulo riguardante il consenso informato, sia in riferimento alla propria partecipazione, sia a quella dei rispettivi minori.

Lo studio si è poi declinato in due momenti. In particolare, durante un primo incontro di circa un'ora e mezza in assenza del bambino, le madri hanno svolto alcune prove al computer per la valutazione del funzionamento neuropsicologico e hanno compilato alcuni questionari cartacei per l'acquisizione di informazioni socio-anagrafiche, familiari e cliniche e altri test self-report, tra cui Parental Bonding Instrument (PBI) e Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R),



Il secondo incontro programmato, invece, ha previsto la videoregistrazione di un momento di interazione della diade madre-bambino strutturato in tre tempi, di cui un tempo di gioco libero della durata di circa 15 minuti denominato “Free Play”, nel quale, dopo aver fornito una sacca contenente giochi adeguati all’età del minore, è stato chiesto ad entrambi i componenti della diade di giocare come essi sono soliti fare.

La qualità degli scambi interattivi è stata poi valutata e codificata attraverso lo strumento Emotional Availability Scales (EAS, Biringen, 2008).

### **3.4 Strumenti**

Di seguito, verranno riportati gli strumenti presi in esame all’interno dello studio riportato nel presente elaborato.

#### ***3.4.1 Scheda delle variabili socio-anagrafiche e cliniche***

Alle madri partecipanti allo studio è stato richiesto di compilare un questionario finalizzato alla rilevazione di informazioni socio-anagrafiche e cliniche appartenenti alla storia della persona. Nello specifico, sono state richieste:

- Informazioni sulla madre: l’età, la nazionalità, il titolo di studio, lo stato civile, la presenza o assenza di un’attuale relazione sentimentale con padre del bambino, se ha sorelle o fratelli e l’occupazione professionale.
- Storia familiare e personale: viene richiesto alla madre se ha fatto esperienza di alcune situazioni quali, affidamento, adozione, separazione dei propri genitori, malattie organiche, incidenti gravi, perdita di lavoro, difficoltà economiche, conflittualità col partner, lutto, aborti e interruzione volontaria di gravidanza, maltrattamento e/o abuso (fisico, psicologico o sessuale) durante la propria infanzia o in età adulta, presenza di disagi psichici vissuti in prima persona o da parte della madre e/o del padre, assunzione di psicofarmaci e se si è fumatrici.
- Esperienza della gravidanza: si richiede se è stata una gravidanza pianificata e se ha vissuto alcune situazioni, tra cui difficoltà di concepimento, ricorso a tecniche di fecondazione assistita, minacce di aborto, patologie durante la gravidanza. Si

richiede, inoltre, di indicare l'eventuale utilizzo di sostanze durante il periodo prenatale.

- Dati riferiti al momento della nascita: eventuali complicanze, tipo di parto, peso del bambino alla nascita e attuale, allattamento e l'ordine di nascita del bambino partecipante allo studio.
- Informazioni sul bambino: genere, età, presenza di problematiche psicologiche, neurologiche o fisiche e frequenza di ambienti scolastici.

Al gruppo di madri con DUS, oltre ai campi sopra indicati, sono state richieste le seguenti informazioni socio-anagrafiche: tipologia di invio o di ingresso in Comunità (ovvero l'ente che ha predisposto l'invio, se l'ingresso è volontario o come alternativa al carcere o predisposto dal Tribunale per i Minorenni), l'abitazione precedente all'ingresso in Comunità (se con la famiglia di origine, con il partner, da sola, con il figlio/figli, senza fissa dimora o altro), le condizioni di tale abitazione (se buona, discreta, sufficiente, modesta, misera o disagiata) e l'occupazione nei sei mesi precedenti all'ingresso nella struttura terapeutica.

Alle madri con DUS sono state richieste, inoltre, le seguenti informazioni cliniche relative alla storia di abuso e dipendenza da sostanze: la presenza di un DUS o di un disturbo psichico, l'età di esordio del disturbo, l'età di inizio di uso della sostanza, i tentativi di suicidio, la presenza di comportamenti inadeguati o devianti da parte dei genitori, e se questi fossero seguiti dai servizi, la presenza o meno di un pattern di policonsumo, la sostanza di abuso primaria, l'eventuale uso passato o attuale di sostanze da parte del partner, la presenza di episodi di overdose, l'uso di una terapia sostitutiva o l'aver problemi di salute correlati all'uso di sostanze (sieropositività, Epatite B o Epatite C, problemi erosioni dentali o altri), la presenza di precedenti esperienze in comunità, il numero di ricadute durante precedenti tentativi di interruzione dell'uso delle sostanze e i mesi di astinenza dalle sostanze. Infine, viene indagata la presenza di interruzioni di gravidanza passate, l'assunzione di sostanze durante la gravidanza, e se la gravidanza fosse o meno desiderata.

### ***3.4.2 Valutazione della qualità dell'interazione diadica: Emotional Availability Scales (EAS)***

Le interazioni delle diadi madre-bambino videoregistrate durante il secondo incontro programmato, sono state osservate in un secondo momento per valutare il costrutto della disponibilità emotiva, che si riferisce “alla capacità della diade di creare una connessione emotiva, ovvero di esprimere e condividere un’ampia gamma di affetti, e di provare piacere all’interno di una relazione funzionale e mutualmente appagante” (Porreca et al., 2015; Biringen, Easterbrooks, 2012). Essa è stata valutata attraverso la quarta edizione delle Emotional Availability Scales (EAS), uno strumento elaborato da Biringen e colleghi (2008) col fine di osservare e misurare diverse dimensioni che caratterizzano la qualità dell’interazione tra adulto e bambino.

Le sei dimensioni che lo compongono possono essere utilizzate durante diverse fasi dello sviluppo che vanno dall’infanzia fino all’adolescenza del bambino, e prevedono la valutazione dei comportamenti e dei segnali di entrambi i partner e della loro influenza reciproca (Porreca et al., 2022).

Nel dettaglio, le prime quattro scale prendono in analisi la disponibilità emotiva del genitore nei confronti del bambino (scala della Sensibilità, scala della Strutturazione, scala della Non Intrusività, scala della Non Ostilità). Le ultime due, invece, fanno riferimento alla disponibilità emotiva del bambino nei confronti del proprio genitore (scala della Responsività del bambino, scala del Coinvolgimento dell’adulto).

Durante la valutazione, a ciascuna dimensione viene attribuito un punteggio da 1 a 7 su Scala Likert: i punteggi più alti indicano una prestazione ottimale e funzionale mentre quelli più bassi indicano la presenza di carenze o difficoltà all’interno della relazione diadica.

In particolare, l’attribuzione di un punteggio compreso tra 5.5 e 7 significa che la diade è coinvolta in un’interazione ottimale ed è emotivamente disponibile, i punteggi intorno al 4 si riferiscono a comportamenti interattivi complessivamente adeguati ma non del tutto funzionali, i punteggi intorno al 3 si riferiscono a interazioni inconsistenti che evidenziano alcune complicanze e, infine, i punteggi inferiori o pari a 2 indicano che si è in presenza di interazioni altamente problematiche.

Lo strumento in questione ha mostrato soddisfacenti proprietà psicometriche per la misurazione di variabili implicate nella qualità dell'interazione diadica all'interno di gruppi clinici e normativi. (Biringen et al., 2014).

Di seguito, si descrivono in breve le scale che compongono lo strumento EAS.

#### *Scala della Sensibilità dell'adulto*

Analizza la capacità dell'adulto di riuscire a leggere e a rispondere in modo adeguato ai segnali e alle richieste del bambino, oltre a considerare la capacità del genitore di sintonizzarsi emotivamente con esso. In particolare, un adulto sensibile si mostra affettuoso, interessato e coinvolto in un'interazione genuina e autentica, che è formata da sorrisi caldi, contatto oculare e fisico confortante ed equilibrato.

Le sottodimensioni considerate all'interno di questa scala implicano l'osservazione dell'appropriatezza delle risposte del genitore ai segnali del bambino, siano essi verbali o non verbali, di un'adeguata regolazione emotiva, oltre alla consapevolezza del timing e all'uso di creatività e flessibilità in accordo con le richieste della situazione di gioco. L'adulto è, quindi, coinvolto in un'interazione che appare come una danza sincronizzata, nella quale anche gli eventuali conflitti vengono adeguatamente gestiti e risolti.

#### *Scala della Strutturazione dell'adulto*

Valuta la misura in cui il genitore è in grado di facilitare, supportare e organizzare le attività del bambino. Un genitore con un alto punteggio in questa scala si pone come una guida e una cornice supportiva, capace di fornire informazioni utili per l'esplorazione del bambino. Un buon livello di strutturazione indica l'uso di suggerimenti proattivi, la capacità dell'adulto di fornire limiti e regole in maniera preventiva e proattiva, e la capacità di mantenere un ruolo di guida durante l'interazione senza mai cadere in una situazione di assenza di monitoraggio o passività.

#### *Scala della Non Intrusività dell'adulto*

Prende in analisi la capacità dell'adulto di essere emotivamente presente e disponibile per il bambino, senza risultare eccessivamente stimolante e invadere l'autonomia di esso. Implica la capacità del genitore di seguire la conduzione del bambino, incentivando ulteriori scambi armoniosi e di non rendere brusche le transizioni durante il gioco.

Al contrario, un adulto intrusivo risulta essere iper-stimolante, arrivando a precludere lo spazio di autonomia del proprio bambino attraverso un eccessivo controllo o protezione fino ad arrivare a misure punitive di tipo fisico.

#### *Scala della Non Ostilità dell'adulto*

Misura la capacità dell'adulto di sapersi rivolgere al bambino con modalità piacevoli e rilassate, regolando adeguatamente le emozioni negative e senza mostrare in modo esplicito o velato comportamenti irrispettosi e impazienti. In particolare, l'ostilità può emergere in modo celato attraverso segnali di noia, irritazione, oppure in modo marcato e visibile. La non ostilità fa riferimento all'assenza di negatività, derisioni, minacce di separazione, comportamenti ridicolizzanti o spaventanti, oltre a tematiche di gioco ostili e violente.

#### *Scala della Responsività del bambino*

Valuta la misura in cui il bambino è sereno durante l'interazione con l'adulto e mostra desiderio di interagire con esso. Nella responsività sono implicati aspetti tra cui, la qualità degli affetti esperiti durante il gioco, la regolazione emotiva e l'organizzazione degli affetti e dei comportamenti. Un bambino responsivo in maniera ottimale mostra la positività degli affetti esperiti attraverso lo sguardo e il posizionamento fisico, le risposte consistenti fornite a seguito di suggerimenti da parte del genitore, oltre a esprimere tentativi verso la propria autonomia appropriati per l'età. Nei punteggi più alti, sono assenti inversioni di ruolo, iper-responsività, evitamento ed eccessivo orientamento al compito.

#### *Scala del Coinvolgimento dell'adulto*

Misura l'interesse del bambino ad includere e coinvolgere l'adulto durante l'interazione diadica ed a richiamarlo per renderlo partecipe dell'attività in svolgimento. Indica, cioè, una presa di iniziativa da parte del bambino, sia essa semplice o elaborata, che viene rivolta al genitore attraverso l'uso di diversi canali (verbale, visivo o corporeo). Al contrario, i punteggi più bassi implicano un coinvolgimento disturbato o inappropriato, lungo i versanti di ipo-coinvolgimento o iper-coinvolgimento.

### **3.4.3 Valutazione dell'esperienza di cure passate: Parental Bonding Instrument (PBI)**

Lo strumento denominato Parental Bonding Instrument (PBI) è stato sviluppato da Parker e collaboratori (1979) col fine di misurare il comportamento genitoriale percepito durante la propria infanzia e come esso contribuisce nell'attuale relazione tra genitore e figlio.

La misurazione avviene attraverso la compilazione da parte dei partecipanti di un questionario self-report suddiviso in due sezioni: una prima parte formata da 25 item riguardanti la figura materna e una seconda parte con 25 item riferiti alla figura paterna. Nello specifico, si richiede alla persona di ricordare il proprio genitore in riferimento ai primi 16 anni di vita per poi procedere in una valutazione su scala Likert da "molto probabile" a "improbabile" di alcuni comportamenti genitoriali elencati.

Lo strumento permette di ottenere punteggi riferiti a due dimensioni fattoriali bipolari:

- Accudimento/cura: scala composta da 12 item e definita da un polo composto da affettività, calore emotivo, empatia e vicinanza e dal polo opposto caratterizzato da freddezza emotiva, indifferenza e trascuratezza/abbandono (Parker & Gladstone, 1996).
- Iperprotezione: scala formata da 13 item e definita da un lato da controllo, iperprotezione, prevenzione dell'indipendenza e intrusività, e dall'altro da autonomia e indipendenza (Parker & Gladstone, 1996).

I cut-off che vengono utilizzati dallo strumento per discriminare il livello di Accudimento e Iperprotezione sono i seguenti:

Accudimento materno = 24, iperprotezione materna = 13.5;

Accudimento paterno = 27, iperprotezione paterna = 12.5.

Sulla base dei livelli riscontrati nelle due scale fin ora descritte, Parker e colleghi (1979) hanno identificato quattro tipi di stili genitoriali:

1. Genitorialità ottimale (alta cura e bassa iperprotezione);
2. Costrizione affettuosa (alta cura e alta iperprotezione);
3. Controllo senza affetto (bassa cura e alta iperprotezione);
4. Genitorialità negligente (bassa cura e bassa iperprotezione).

L'utilizzo di tale strumento di screening permette di identificare le madri che hanno sperimentato nel proprio vissuto una scarsa assistenza genitoriale da parte di uno dei due genitori o di entrambi durante la propria infanzia. Diversi studi hanno, infatti, dimostrato

che una scarsa qualità di cure genitoriali è associata a dinamiche di abuso e al rischio di insorgenza di psicopatologie a carico della persona (Parker, 1990; Parker, Tupling & Brown, 1979).

Infine, lo strumento in questione è risultato avere buone proprietà psicometriche (Safford, Alloy & Pieracci, 2007; Wilhelm et al., 2005; Parker, 1990).

#### ***3.4.4 Valutazione della sintomatologia psicopatologica genitoriale: Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)***

L'eventuale presenza di sintomatologia psicopatologica nelle madri partecipanti allo studio è stata valutata attraverso un questionario self-report denominato Symptom Checklist-90-Revised e messo a punto nel 1983 da Derogatis e collaboratori (Derogatis & Savitz, 1999).

In particolare, l'autore ha creato questo strumento ponendosi i quattro principali obiettivi di seguito elencati (Calvo & Battistella, 2005):

- Individuare la presenza di sintomatologie nei partecipanti,
- Valutare gli eventuali cambiamenti specifici e/o generali nella sintomatologia,
- Costituire la base per previsioni e prognosi cliniche,
- Aiutare il clinico a formulare una corretta diagnosi in accordo al DSM, tramite una valutazione del profilo fattoriale della persona.

La SCL-90-R consente, dunque, di valutare un ampio spettro di problemi psicologici, misurando sia i sintomi internalizzanti (depressione, ansia, somatizzazione), sia i sintomi esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) (Felipe-Castaño, Leon-del Barco & Lopez-Pina, 2014; Derogatis, 1977).

La versione italiana dello strumento è composta da 90 item complessivi che rispondono a nove sotto-scale riguardanti le dimensioni sintomatologiche primarie. Il test richiede circa 15 minuti per la compilazione, all'inizio della quale viene chiesto alla persona di indicare con quale intensità ha sofferto delle condizioni elencate durante gli ultimi 7 giorni. Il partecipante può rispondere scegliendo un punteggio da 1 a 5, dove 1 equivale a "per niente" e 5 a "moltissimo".

Oltre alla valutazione dei sintomi esperiti nell'ultima settimana secondo le nove dimensioni sintomatologiche, lo strumento considera anche un indice globale (Prete et al., 2011; Derogatis, 1977).

Il cut-off utilizzato dallo strumento è  $T= 55$ : al di sopra di questo punteggio viene rilevata una sintomatologia psicopatologica con una rilevanza clinica.

Di seguito verrà descritta brevemente ognuna delle dimensioni prese in esame nella SCL-90-R.

- *Somatizzazione (SOM)*: prende in analisi il disagio causato dalla percezione di disfunzioni nel proprio corpo, come sintomi focalizzati sugli apparati cardiovascolari, gastrointestinali, respiratori e altri sistemi con mediazione autonoma (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977);
- *Ossessività-Compulsività (OBS)*: include sintomi caratteristici della sindrome clinica ossessiva-compulsiva, come pensieri, impulsi e azioni sperimentati come persistenti e irresistibili, di natura egodistonica o indesiderata (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977);
- *Ipersensibilità interpersonale (IS)*: valuta sintomi di inadeguatezza e inferiorità in confronto ad altre persone, tra cui autosvalutazione, dubbi su di sé, marcato disagio nelle interazioni interpersonali, aspettative negative riguardo ai comportamenti (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977);
- *Depressione (DEP)*: riflette uno spettro rappresentativo di manifestazioni caratteristiche del quadro sintomatologico depressivo, nonché di sintomi riguardanti l'umore e gli affetti disforici, come, ad esempio, l'esperienza di un ritiro di interesse nella vita, l'assenza di motivazione, la perdita di energia vitale, sentimenti di disperazione, pensieri suicidari e altri correlati cognitivi e somatici della depressione (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977);
- *Ansia (ANX)*: include segni caratteristici dell'ansia come nervosismo, tensione, tremori, panico, paura e apprensione (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977);
- *Ostilità (HOS)*: comprende pensieri, sentimenti o azioni caratteristici di uno stato affettivo negativo di rabbia, tra cui aggressività, irritabilità, rabbia e rancore (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977);
- *Ansia fobica (PHOB)*: è definita come una persistente reazione di paura a una persona/luogo/oggetto/situazioni specifici ed è riconosciuta come irrazionale o sproporzionata rispetto allo stimolo, oltre a condurre alla messa in atto di comportamenti di evitamento o di fuga (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977);



- *Ideazione paranoide (PAR)*: include modalità tipiche del pensiero paranoide, caratterizzato da pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità, paura di perdita dell'autonomia e deliri (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977);
- *Psicoticismo (PSY)*: comprende item indicativi di uno stile di vita introverso e isolato, attribuibili ad un quadro sintomatologico di tipo schizoide, così come sintomi relativi alla schizofrenia quali allucinazioni e disturbi del controllo del pensiero (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977);
- *Other*: racchiude sette item addizionali che valutano la presenza di disturbi nella sfera dell'alimentazione e del sonno.

In aggiunta alle precedenti sottodimensioni, la valutazione viene eseguita considerando anche un indice globale, ossia il *Global Severity Index (GSI)*, che misura il livello dell'intensità o della profondità del disturbo lamentato dal soggetto (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977). Esso permette al test di avere una maggiore flessibilità nella comprensione complessiva dello stato psicopatologico del partecipante e consente di disporre indicatori di gravità sintomatologica e disagio psichico.

I punteggi grezzi possono essere convertiti in punteggi T in modo da poter confrontare i dati con i valori normativi di riferimento e identificare, pertanto, la percezione di una sintomatologia "normativa" o la percezione di un malessere clinicamente significativo, ossia al di sopra della norma. La validità dello strumento è stata misurata attraverso l'applicazione del coefficiente alfa di Cronbach, il quale ha riportato risultati da buoni a soddisfacenti sia per le singole sotto-scale che per gli indici globali (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977).

### **3.5 Elaborazione statistica dei dati**

I dati che verranno presentati in questa elaborato sono stati analizzati attraverso l'utilizzo del software statistico Jamovi 2.2.5.

Per ottenere le informazioni preliminari sulle caratteristiche di base dei due campioni oggetto di studio e delle variabili di interesse, sono state calcolate le statistiche descrittive (medie, deviazioni standard, frequenze percentuali). Successivamente, sono state effettuate analisi più specifiche allo scopo di indagare gli obiettivi e le ipotesi dello studio descritte in precedenza.

In dettaglio, si è utilizzato il test U di Mann-Whitney (McKnight & Najab, 2010) al fine di confrontare i due gruppi di soggetti indipendenti tra loro. Infatti, questo test rappresenta un'alternativa non parametrica al test t di Student per il confronto delle medie di due gruppi tra loro indipendenti, e viene usato quando le assunzioni per effettuare i test parametrici non sono soddisfatte, ossia quando le variabili, su scala ordinale o continua, non sono distribuite normalmente e la numerosità campionaria è ridotta. Il test U di Mann-Whitney permette di mettere a confronto due gruppi indipendenti e di verificare la possibile presenza di differenze significative nelle medie: il grado di significatività, per convenzione, viene posto con  $p \leq 0.05$ , ossia se  $p$  è minore o uguale a .05 viene rilevata una differenza statisticamente significativa tra le medie dei campioni presi in esame.

Tra gli altri strumenti utilizzati per esaminare i dati rilevati vi è il test del Chi-Quadrato, il quale comprende un insieme di tecniche parametriche che rendono possibile il confronto delle medie dei due campioni per comprendere se la differenza osservata è reale o dovuta al caso e come esse si distribuiscono rispetto ai cut-off indicati nei test somministrati. Esso permette, cioè, di saggiare le differenze tra valori osservati e valori teorici e di effettuare un'inferenza sul grado di scostamento fra i due. L'ipotesi nulla ( $H^0$ ) prova l'assenza di relazione statistica tra le due variabili, al contrario dell'ipotesi di ricerca ( $H^1$ ) che sostiene l'esistenza della relazione. Come in precedenza, anche in questa misurazione statistica il grado di significatività assunto è  $p \leq 0.05$ .

Infine, la rilevazione della possibile correlazione tra i dati raccolti è stata esaminata attraverso il coefficiente di correlazione  $\rho$  (rho) di Spearman (Artusi et al., 2002), il quale rappresenta una valida alternativa non parametrica del coefficiente di correlazione di Bravais-Pearson, che permette di valutare la forza del rapporto tra due variabili quando le assunzioni per il modello di correlazione parametrica non sono soddisfatte; ossia quando la distribuzione delle variabili X e Y non risulta normale. Questo coefficiente si basa sui ranghi invece che sui punteggi, richiede che le variabili siano almeno su scala ordinale e può assumere valori tra  $-1$  e  $+1$ , indicando nel segno e nel valore il tipo e la forza della correlazione. Nello specifico, rispetto al segno rilevato, il segno  $+$  indica una correlazione direttamente proporzionale, mentre il segno  $-$  una correlazione inversamente proporzionale. Per quanto riguarda i valori di rho, invece,  $\rho = 1$  indica una correlazione perfetta, mentre  $\rho = 0$  indica una correlazione nulla. Trattandosi di un test d'ipotesi, viene fissata un'ipotesi nulla e un valore soglia  $\alpha$  (per convenzione solitamente  $\alpha = 0.05$ ),

che indica il livello di significatività del test. Se viene formulata preliminarmente solo un'ipotesi di correlazione, ovvero di non indipendenza senza specificarne il segno, il valore di rho è significativo se  $p \leq \alpha$ ; questo significa che l'evidenza empirica è fortemente contraria all'ipotesi nulla che deve essere, quindi, rifiutata. In tal caso è possibile dire che i dati osservati sono statisticamente significativi.



## Capitolo 4

### I RISULTATI DELLA RICERCA

#### 4.1 Analisi descrittive

All'interno di questo paragrafo verranno riportati i risultati ottenuti dalle statistiche descrittive per quanto riguarda le informazioni socio-anagrafiche e cliniche delle madri partecipanti allo studio, la qualità delle cure genitoriali vissute durante la propria infanzia, la presenza di sintomatologia psicopatologica delle madri e la qualità del funzionamento genitoriale all'interno dell'interazione diadica madre-bambino.

##### *4.1.1 Informazioni socio-anagrafiche e cliniche*

Le partecipanti sono distribuite nello studio in due gruppi distinti: un gruppo composto da madri con DUS di età compresa tra 22 e 39 anni ( $M = 30.4$  anni,  $DS = 4.64$ ) e i loro rispettivi bambini ( $M = 28.2$  mesi,  $DS = 14.57$ ) di cui circa il 53% è di sesso maschile e il 57% è di sesso femminile.

Il secondo gruppo è composto da madri a basso rischio reclutate a partire dalla popolazione generale, ed è formato da 22 madri di età compresa tra 27 e 45 anni ( $M = 35.6$  anni,  $DS = 4.62$ ) e i loro figli ( $M = 39$  mesi,  $DS = 16.38$ ), i quali sono nel 59% dei casi di sesso maschile e nel 41% di sesso femminile.

Circa il 90% delle donne di entrambi i campioni sono di nazionalità italiana.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, la metà delle madri con DUS ha conseguito il titolo scolastico di media inferiore (50%), nessuna di esse risulta in possesso di una laurea di secondo livello o di un dottorato e il 78% di esse ha abbandonato il proprio percorso scolastico prima di aver portato a termine gli studi; nel campione a basso rischio, invece, il 29% delle madri ha concluso le scuole superiori, il 29% possiede una laurea di secondo livello e il 29% ha conseguito un dottorato o una specializzazione.

Dal punto di vista relazionale, la maggior parte delle donne con DUS riporta di essere nubile (61%) e solo il 17% è sposato, a differenze del gruppo a basso rischio in cui vi è una maggior quantità di donne sposate (59%) o conviventi (32%), mentre solo il 9%

riferisce di essere nubile. Inoltre, il 91% del campione di controllo riferisce di essere ancora in relazione col padre del bambino, mentre circa il 56% del campione clinico non lo è più.

Dal punto di vista lavorativo, invece, la totalità delle partecipanti al gruppo di controllo risulta essere attualmente occupata, mentre circa il 28% delle madri con DUS è disoccupata al momento in cui ha preso parte allo studio.

Per quanto riguarda le esperienze di gravidanza, il 50% delle madri cliniche ha avuto un'interruzione di gravidanza, mentre solo il 4.5% del campione di controllo ha vissuto lo stesso evento. La pianificazione della propria gravidanza risulta essere più frequente nelle madri a basso rischio (82%) rispetto alle madri con DUS, le quali nel 61% dei casi riportano di non averla pianificata in precedenza.

L'analisi socio-anagrafica e clinica ha permesso di indagare anche altre esperienze vissute, tra cui l'aver subito maltrattamenti: in base a questa variabile, infatti, la metà delle madri con DUS (50%) ha vissuto episodi di violenza, mentre il 9% circa del campione a basso rischio ha vissuto maltrattamenti durante la propria infanzia e/o in età adulta. In riferimento alla tipologia, nel campione clinico circa il 22% delle donne che ha riferito maltrattamenti subiti ha vissuto violenza psicologica, la stessa percentuale ha vissuto violenza fisica, mentre il rimanente 56% delle donne in questione, riporta maltrattamenti di due o più tipologie (psicologico, fisico, sessuale, sfruttamento).

Osservando, invece, i dati riportati sulle figure genitoriali delle madri con DUS, emerge che, rispetto alla figura paterna, circa il 44% dei padri ha una dipendenza da sostanze e circa il 28% mette in atto condotte devianti, mentre, rispetto alla figura materna, circa il 33% ha sviluppato una dipendenza da sostanze, il 22% soffre di disagi psichici e il 17% ha attuato comportamenti devianti. Mentre il 28% delle madri delle donne con DUS ha usufruito di servizi, solo l'11% dei padri vi ha fatto ricorso.

Rispetto alla salute mentale, la quasi totalità delle madri del campione a basso rischio non assume/non ha assunto psicofarmaci (95.5%), mentre nel gruppo clinico, la metà delle madri (50%) segue una terapia farmacologica e circa il 56% usufruisce di una terapia sostitutiva.

Infine, dal punto di vista clinico, l'età media di uso nelle madri con DUS è 14.4 anni con un inizio della dipendenza all'età media di 17.8 anni: la maggior parte di esse ha utilizzato più di una tipologia di sostanza (78%), il 28% ha avuto un episodio di overdose, il 39%

ha riportato problemi di salute legati all'assunzione e il 17% ha affermato di aver tentato il suicidio durante la propria vita. L'utilizzo di sostanze è proseguito nell'83% dei casi durante il periodo di gravidanza, con una prevalenza di uso di oppioidi (50%) e di cannabis (17%). L'ingresso nella comunità terapeutica è avvenuto per il 39% delle donne in modo consensuale e nel 61% dei casi a seguito della segnalazione da parte dei servizi territoriali di pertinenza.

#### **4.1.2 Qualità delle interazioni diadiche madre-bambino**

Di seguito vengono presentate e commentate le statistiche descrittive relative alla qualità delle interazioni diadiche madre-bambino, valutate mediante le scale della disponibilità emotiva (EAS).

La tabella 1 riporta media (M) e deviazione standard (DS) dei punteggi ottenuti dal gruppo di madri con DUS e dal gruppo di madri a basso rischio a ciascuna delle sei scale.

Scale EA	Gruppo con DUS	Gruppo a basso rischio
	M (DS)	M (DS)
<b>Adulto</b>		
<i>Sensibilità</i>	3.35 (0.68)	5.12 (1.19)
<i>Strutturazione</i>	3.62 (0.67)	4.74 (1.27)
<i>Non intrusività</i>	3.97 (0.96)	5.10 (1.29)
<i>Non ostilità</i>	5.35 (1.03)	5.69 (1.43)
<b>Bambino</b>		
<i>Responsività</i>	3.82 (0.98)	4.76 (1.30)
<i>Coinvolgimento</i>	4.18 (1.18)	4.55 (1.18)

Tabella 1. Valori medi ottenuti dal gruppo con DUS e dal gruppo a basso rischio nelle sei scale EA

Dai punteggi medi ottenuti è possibile osservare come, dal punto di vista qualitativo, essi siano inferiori in tutte le scale EA nel campione clinico rispetto al campione a basso rischio.

Più in generale, i risultati ottenuti dalle madri con DUS che oscillano tra i valori medi 3.35 e 4.18, implicano la presenza di un'inconsistenza nel funzionamento diadico, mentre l'unico valore che si avvicina ad un livello funzionale è riscontrabile nella scala della Non Ostilità materna (M=5.35).

Nel campione di madri a basso rischio, invece, i valori medi del comportamento materno si avvicinano maggiormente ad un buon funzionamento durante l'interazione, presentando una lieve inconsistenza solo nella scala della Strutturazione (M=4.74).

Per quanto riguarda invece, la responsività e il coinvolgimento del bambino durante il gioco, entrambi i campioni non raggiungono in media un funzionamento ottimale, collocandosi in una fascia intermedia-bassa.

#### ***4.1.3 Qualità delle cure genitoriali ricevute nelle partecipanti***

Attraverso l'analisi descrittiva del questionario Parental Bonding Instrument emerge che il 45% delle donne del gruppo a basso rischio e il 65% delle madri con Disturbo da Uso di Sostanze ha riportato che la propria madre ha avuto un comportamento caratterizzato da alto accudimento. Al contrario, il 55% del gruppo a basso rischio e il 35% del gruppo ad alto rischio hanno percepito bassi livelli di accudimento da parte della propria figura genitoriale materna.

Per quanto riguarda la seconda scala dello strumento, invece, si osserva che il 23% delle madri a basso rischio e il 12% delle madri con DUS ha percepito bassi livelli di iperprotezione da parte della propria madre, a differenza del 77% del campione a basso rischio e dell'88% del campione clinico che ha riferito un atteggiamento caratterizzato da alta iperprotezione materna.

Bassi livelli di accudimento rispetto alla figura paterna sono stati, invece, percepiti dal 73% delle madri a basso rischio e dall'83% delle madri cliniche, mentre un livello alto di accudimento paterno è stato riportato dal 27% del campione a basso rischio e dal 18% del campione ad alto rischio.

Infine, rispetto alla variabile dell'iperprotezione paterna, nel campione a basso rischio il 27% ha riferito un livello di iperprotezione basso e il restante 73% un livello di



iperprotezione alto, a differenza del campione clinico che ha riportato nel 41% dei casi bassa iperprotezione e nel 59% dei casi alta iperprotezione.

Nella tabella 2 riportata di seguito, vengono mostrate medie (M) e deviazioni standard (DS) dei punteggi ottenuti alle scale del PBI da parte di entrambi i gruppi.

Scale PBI	Gruppo con DUS	Gruppo a basso rischio
	M (DS)	M (DS)
<b>Madre</b>		
<i>Accudimento</i>	19.4 (6.32)	22.5 (8.04)
<i>Iperprotezione</i>	16.1 (8.76)	18.0 (7.87)
<b>Padre</b>		
<i>Accudimento</i>	16.7 (10.79)	19.8 (9.24)
<i>Iperprotezione</i>	15.3 (9.68)	15.2 (7.11)

Tabella 2. Valori medi ottenuti dal gruppo con DUS e dal gruppo a basso rischio nelle scale di *Accudimento* e *Iperprotezione* (PBI).

#### 4.1.4 Livello di sintomatologia psicopatologica genitoriale

Di seguito vengono riportate e commentate le statistiche descrittive relative all'eventuale presenza di psicopatologia nelle madri con DUS al momento del loro ingresso nello studio e nelle madri appartenenti al gruppo a basso rischio reclutate a partire dalla popolazione, valutata attraverso il test SCL-90-R.

Nella tabella 3 vengono riportati media (M) e deviazione standard (DS) dei punteggi ottenuti sia dal campione a basso rischio, sia dal campione ad alto rischio, in ognuna delle dieci scale (nove dimensioni più un indice globale) di cui è composto lo strumento e la distribuzione in percentuale dei soggetti in base al cut-off che permette di distinguere i punteggi nella norma dai punteggi clinici.

Variabili SCL-90-R	Gruppo con DUS		Gruppo a basso rischio	
	M (DS)	% valore clinico	M (DS)	% valore clinico
<i>Somatizzazione</i>	49.9 (9.12)	26.7%	45.3 (7.79)	9.1%
<i>Ossessività- compulsività</i>	47.5 (8.19)	20.0%	45.8 (8.51)	18.2%
<i>Ipersensibilità interpersonale</i>	48.1 (9.75)	13.3%	48.6 (8.06)	13.6%
<i>Depressione</i>	52.1 (9.36)	26.7%	48.1 (9.60)	13.6%
<i>Ansia</i>	50.5 (7.61)	33.3%	46.6 (8.88)	13.6%
<i>Ostilità</i>	47.9 (6.36)	20.0%	46.8 (9.26)	9.1%
<i>Ansia fobica</i>	47.1 (5.19)	6.7%	46.6 (4.70)	13.6%
<i>Ideazione paranoide</i>	48.2 (8.59)	13.3%	47.3 (8.64)	22.7%
<i>Psicoticismo</i>	51.7 (9.28)	20.0%	50.5 (9.79)	22.7%
<i>GSI</i>	49.7 (8.14)	20.0%	47.3 (9.35)	18.2%

Tabella 3. Punteggi ottenuti in ciascuna delle scale della SCL-90-R;  
GSI = Global Severity Index.

I risultati delle statistiche descrittive relative ai punteggi rilevati dal test SCL-90-R mostrano una distribuzione prevalentemente maggiore all'interno del punteggio considerato normativo sia per quanto riguarda le madri con DUS, sia per le madri reclutate dalla popolazione generale.

Tuttavia, dal punto di vista qualitativo, il campione di partecipanti ad alto rischio ha riportato una maggiore sintomatologia psicopatologica all'interno delle variabili prese in analisi rispetto alle partecipanti appartenenti al campione a basso rischio, eccetto nelle scale di Ideazione Paranoide e Psicoticismo.

In particolare, considerando il gruppo a basso rischio, si può osservare come le variabili che raggiungono una percentuale più alta di punteggio clinico siano, in ordine decrescente, Psicoticismo (22.7%), Ideazione Paranoide (22.7%) e Ossessività-Compulsività (18.2%).

Osservando, invece, il campione di madri con DUS le frequenze dei punteggi che si configurano come clinici sono più elevate nel caso delle variabili Ansia (33.7%), Somatizzazione (26.7%) e Depressione (26.7%).

Infine, le percentuali dei punteggi clinici più bassi sono state rilevate nelle variabili Somatizzazione (9.1%) e Ostilità (9.1%) in riferimento al campione a basso rischio, e nella variabile Ansia Fobica (6.7%) per quanto riguarda il campione clinico.

## **4.2 Confronto tra gruppi**

Nei seguenti sottoparagrafi, verranno riportati i risultati ottenuti dall'analisi statistica attraverso il test U di Mann-Whitney e il test Chi-Quadrato, i quali permettono il confronto tra gruppi e la rilevazione delle significatività statistiche.

### ***4.2.1 Informazioni socio-anagrafiche e cliniche: confronto tra gruppi***

Dai dati è emerso che vi è una differenza statisticamente significativa tra la media dell'età delle madri dei due gruppi [U=85.5, p=.002]: in particolare, la media dell'età delle mamme a basso rischio risulta più alta della media dell'età delle madri con DUS. Dai dati si evince che vi è anche una differenza statisticamente significativa tra l'età dei bambini dei due gruppi [U=113.5, p=.038]: in particolare, la media dell'età dei bambini di madri a basso rischio è più alta rispetto all'età dei bambini di madri con DUS.

### ***4.2.2 Qualità delle interazioni diadiche madre-bambino: confronto tra gruppi***

Dal confronto dei punteggi ottenuti nei due campioni attraverso l'utilizzo del test statistico U di Mann-Whitney emerge una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi rispetto alla variabile Sensibilità [U=30.5, p<.001]: le madri del gruppo a basso rischio presentano livelli di sensibilità significativamente superiori durante le interazioni di gioco.

Si rileva una seconda differenza statisticamente significativa tra i gruppi rispetto alla variabile Strutturazione [U=91.0, p=.009], per cui durante lo scambio diadico le madri del gruppo a basso rischio mostrano livelli di strutturazione del gioco significativamente superiori rispetto alle madri con DUS.

Una terza differenza statisticamente significativa tra i campioni è stata rilevata in relazione alla variabile Non Intrusività [U=86.0, p=.006]: nell'interazione le madri a basso rischio risultano mostrare un minor livello di intrusività durante il gioco.

Infine, si è rilevata una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi rispetto alla variabile Responsività [U=101.0, p=.023]: nello scambio diadico osservato, i figli di madri con DUS mostrano un livello di responsività inferiore.

Il test U di Mann-Whitney non ha evidenziato, invece, differenze significative tra i due gruppi rispetto alle variabili Non-Ostilità della madre [p>.05] e Coinvolgimento del bambino [p>.05].

#### ***4.2.3 Qualità delle cure genitoriali ricevute nelle partecipanti: confronto tra gruppi***

Dall'analisi attraverso i test statistici U di Mann-Whitney e Chi-Quadrato non si osservano differenze statisticamente significative tra i due gruppi rispetto alle variabili prese in esame né dal punto di vista del valore ottenuto alle scale [p>.05], né riguardo la distribuzione dei due gruppi al di sopra o al di sotto dei valori di cut-off [p>.05].

#### ***4.2.4 Livello di sintomatologia psicopatologica genitoriale: confronto tra gruppi***

Dal confronto dei punteggi ottenuti nei due campioni al test SCL-90-R attraverso l'utilizzo del test statistico U di Mann-Whitney emerge una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi rispetto alla variabile Ansia [U=97.0, p=.035]: le madri del campione clinico presentano livelli di sintomatologia psicopatologica ansiosa significativamente superiori rispetto alle madri appartenenti al campione reclutato dalla popolazione.

Dal test U di Mann-Whitney non emergono, invece, differenze statisticamente significative tra i gruppi rispetto alle altre variabili [p>.05]: Somatizzazione, Ossessività-compulsività, Impersensibilità interpersonale, Depressione, Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide, Psicoticismo, GSI.

Invece, dall'analisi del test statistico Chi-Quadrato non si sono rilevate differenze statisticamente significative riguardo la distribuzione dei due gruppi al di sopra o al di sotto dei valori di cut-off [p>.05].

### 4.3 Correlazioni

Nei seguenti sottoparagrafi, verranno riportati i risultati ottenuti dall'analisi statistica attraverso il coefficiente di correlazione  $\rho$  (rho) di Spearman, al fine di osservare la presenza di possibili correlazioni tra le variabili prese in esame dallo studio.

#### *4.3.1 Correlazione tra qualità delle interazioni madre-bambino e sintomatologia psicopatologica materna*

Nell'indagare la presenza di possibili correlazioni tra i punteggi ottenuti alle scale EA e le scale del test psicométrico SCL-90-R è emersa una correlazione inversa statisticamente significativa tra la variabile Strutturazione (EAS) e Ideazione Paranoide (SCL-90-R) [ $r(34) = -.340, p=.049$ ]: all'aumentare del livello di ideazione paranoide rilevato nelle madri diminuisce il livello di strutturazione materna durante l'interazione col proprio bambino.

Inoltre, sono state rilevate correlazioni inverse statisticamente significative tra la variabile Non Ostilità (EAS) e le seguenti variabili della SCL-90-R:

- Depressione [ $r(34) = -.415, p=.015$ ]: all'aumentare del livello di sintomatologia depressiva riportata dalla madre diminuisce il livello di non ostilità di quest'ultima;
- Ideazione Paranoide [ $r(34) = -.468, p=.005$ ]: al crescere del livello di ideazione paranoide riferito dalla madre corrisponde una diminuzione della non ostilità materna nell'interazione;
- Psicoticismo [ $r(34) = -.339, p=.050$ ]: all'aumentare della sintomatologia psicotica nella madre decresce il livello di non ostilità materna;
- Global Severity Index [ $r(34) = -.356, p=.039$ ]: all'aumento del livello di intensità o di profondità del disturbo lamentato dalla madre corrisponde una diminuzione del livello di non ostilità materna;

Non sono state riscontrate, invece, correlazioni statisticamente significative tra le variabili Sensibilità e Non Intrusività della madre (EAS) e le variabili SCL-90-R [ $p>.05$ ].

Per quanto riguarda le scale del bambino, si sono osservate correlazioni inverse statisticamente significative tra la variabile Responsività (EAS) e le seguenti variabili della SCL-90-R:

- Ideazione Paranoide [r (34) = -.456, p=.007]: all'aumentare del livello di ideazione paranoide nella madre diminuisce la responsività del bambino durante gli scambi diadici;
- Psicoticismo [r (34) = -.439, p=.009]: all'aumento della sintomatologia psicotica nella madre corrisponde una diminuzione del livello di responsività del bambino nell'interazione;
- Global Severity Index [r (34) = -.301, p=.084]: all'aumentare del livello di intensità o di profondità del disturbo lamentato dalla madre diminuisce la responsività del bambino.

Infine, sono state rilevate correlazioni inverse statisticamente significative tra la variabile Coinvolgimento del bambino (EAS) e le seguenti variabili della SCL-90-R:

- Ideazione Paranoide [r (34) = -.396, p=.020]: all'aumentare del livello di coinvolgimento del bambino diminuisce il livello di ideazione paranoidea riferito dalla madre;
- Psicoticismo [r (34) = -.526, p=.001]: al crescere del livello di coinvolgimento del bambino decresce il livello di sintomatologia psicotica materna.

Non si rilevano ulteriori significatività statistiche tra le altre variabili misurate [p>.05].

#### ***4.3.2 Correlazione tra qualità delle interazioni madre-bambino e cure genitoriali ricevute***

È stata indagata la presenza di possibili correlazioni tra i punteggi ottenuti alle scale EA e le variabili del test PBI, al fine di osservare la correlazione tra la qualità dell'interazione diadica genitore-figlio e la cura genitoriale paterna e materna vissuta in passato. Tuttavia, dal calcolo del coefficiente di correlazione di Spearman non si sono evidenziate correlazioni statisticamente significative tra le variabili prese in esame [p >.05].

#### ***4.3.3 Correlazioni tra sintomatologia psicopatologica materna e cure genitoriali ricevute***

È stata indagata la presenza di possibili correlazioni tra i punteggi ottenuti alle scale del PBI e alle variabili del test SCL-90-R, al fine di osservare la correlazione tra la cura genitoriale vissuta in passato e la presenza di sintomatologia psicopatologica materna.

In particolare, dall'analisi statistica sono emerse correlazioni inverse statisticamente significative tra la variabile Iperprotezione materna (PBI) e le seguenti variabili della SCL-90-R:

- Ossessività-Compulsività [ $r(35) = -.396, p=.019$ ]: all'aumentare del livello di Iperprotezione materna ricevuta dalla madre durante la propria infanzia diminuisce il livello di sintomatologia ossessivo-compulsiva esperito;
- Ipersensibilità Interpersonale [ $r(35) = -.351, p=.039$ ]: al crescere del livello di Iperprotezione materna vissuta durante l'infanzia decresce la sintomatologia di ipersensibilità interpersonale riportata;
- Depressione [ $r(35) = -.384, p=.023$ ]: all'aumentare del livello di Iperprotezione materna ricevuta diminuisce il livello di sintomatologia depressiva nelle partecipanti;
- Ideazione Paranoide [ $r(35) = -.451, p=.007$ ]: al crescere del livello di Iperprotezione della madre in passato decresce l'ideazione paranoidea sperimentata;
- Global Severity Index [ $r(35) = -.365, p=.031$ ]: all'aumento del livello di Iperprotezione materna percepita nell'infanzia corrisponde una diminuzione del livello di intensità o di profondità del disturbo lamentato dal soggetto.

Infine, non sono state rilevate correlazioni statisticamente significative tra le variabili della SCL-90-R e le scale del PBI Iperprotezione paterna [ $p>.05$ ], Accudimento materno [ $p>.05$ ], Accudimento paterno [ $p>.05$ ].





## Capitolo 5

### LA DISCUSSIONE DEI RISULTATI

#### 5.1 Discussione dei risultati

La diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) rappresenta un fattore di rischio rilevante in grado di incidere sul funzionamento e sul benessere psico-fisico e sociale della persona. Tale diagnosi assume una rilevanza clinica ancora maggiore se riguardante un genitore, in particolare una madre, poiché l'assunzione di sostanze implica importanti conseguenze non solo sul benessere individuale, ma anche sull'adeguato sviluppo fisiologico e psicologico del proprio bambino (Simonelli, 2014; Strathearn, 2011).

Infatti, gli effetti teratogeni delle sostanze risultano evidenti sin dal periodo perinatale (Denny, Coles & Blitz, 2017; Pulvireti et al., 2016; Huestis & Choo, 2002), comportando ripercussioni per la salute del feto, del neonato e, in periodi successivi, del bambino, oltre ad implicare comportamenti genitoriali spesso non adeguati (Strathearn & Mayes, 2010).

I pochi studi in letteratura, inoltre, hanno riportato come il DUS possa presentarsi in comorbidità con altre sintomatologie psicopatologiche e come, congiuntamente, essi possano portare a comportamenti genitoriali disfunzionali (Parolin & Simonelli, 2016; Dunn et al., 2002), caratterizzati da una ridotta sensibilità e responsività materna, ed una minor connessione emotiva tra madre e figlio (Sloan et al., 2017; Salo et al., 2010).

Inoltre, è stato dimostrato come le madri che soffrono di una psicopatologia, tra cui il DUS, riportino più spesso di aver vissuto nella propria infanzia basse esperienze di cura materna e paterna ed alti livelli di iperprotezione genitoriale (Hakansson et al., 2018; Brown & Shillington, 2017; Kendler, Myers & Prescott, 2000).

A partire da questi dati nasce il presente studio osservativo, con l'obiettivo di indagare la presenza di possibili associazioni tra i comportamenti genitoriali attuali, le esperienze di cura passate vissute in infanzia e la sintomatologia psicopatologica materna.

L'indagine è stata condotta su un campione composto da un gruppo di madri con diagnosi di DUS e un gruppo di madri a basso rischio reclutato a partire dalla popolazione generale.

Ad entrambi i gruppi del campione è stata richiesta la compilazione di questionari cartacei riguardanti informazioni socio-anagrafiche e cliniche e alcuni test self-report; tra questi, vi è il Parental Bonding Instrument (PBI; Parker et al., 1979), che analizza il livello di cura e protezione ricevuto dai genitori durante la propria infanzia, e la Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis & Savitz, 1999), che permette di valutare il livello di sintomatologia psicopatologica delle partecipanti.

La qualità delle interazioni madre-bambino è stata, invece, valutata attraverso lo strumento Emotional Availability Scales (EAS; Biringen, 2008), il quale consente di osservare e valutare il comportamento genitoriale considerando il contributo di entrambi i componenti della diade.

Dalle analisi socio-anagrafiche e cliniche si è potuto osservare che la metà delle madri con DUS ha vissuto nella propria vita maltrattamenti di vario tipo (psicologico, fisico, sessuale, sfruttamento) e ha continuato ad assumere sostanze anche durante la propria gravidanza, comportando complicazioni ostetriche (Vucinovic et al., 2008; Huestis & Choo, 2002) e condizioni cliniche significative per il feto (Huestis & Choo, 2002; Chasnoff et al., 1985).

### ***5.1.1 Comportamenti genitoriali***

Rispetto al primo obiettivo posto dal presente studio, ossia indagare la qualità dei comportamenti genitoriali in termini di disponibilità emotiva effettuata attraverso le scale EA, i risultati statistici ottenuti confermano l'ipotesi iniziale secondo la quale le madri con diagnosi di DUS mettono in atto alcuni comportamenti non del tutto funzionali all'interno dell'interazione col proprio bambino rispetto alle madri a basso rischio.

In particolare, ci si aspettava che le madri con DUS ottenessero punteggi inferiori rispetto a quelli del gruppo a basso rischio nelle scale riguardanti la Sensibilità materna, la Strutturazione e la Non Intrusività, mentre si erano ipotizzati livelli più bassi di Responsività e Coinvolgimento da parte dei figli di madri con DUS rispetto al campione a basso rischio.

Osservando i confronti statistici tra i due gruppi di partecipanti e i risultati ottenuti alle scale EA, emerge come il campione di madri con DUS presenti punteggi significativamente più bassi rispetto al campione a basso rischio nelle variabili Sensibilità, Strutturazione e Non Intrusività. Ciò indica che le madri appartenenti al

gruppo a basso rischio presentano una maggiore disponibilità emotiva, risultando, quindi, più sensibili verso il proprio bambino e meno intrusive durante l'interazione diadica, la quale viene strutturata dalle stesse in modo più coerente.

Per quanto riguarda, invece, le scale EA del bambino, si è rilevata una differenza statisticamente significativa rispetto alla Responsività di quest'ultimo, ma non rispetto al suo Coinvolgimento; ciò implica che, considerati i livelli di disponibilità del genitore, i figli delle madri a basso rischio risultano essere maggiormente responsivi durante lo scambio diadico.

Nel dettaglio, attraverso l'osservazione delle analisi descrittive, è possibile notare che i punteggi medi ottenuti dal gruppo clinico si collocano su una fascia intermedia-bassa (da 3.35 a 5.35) su tutte le scale dello strumento, indicando una disponibilità emotiva materna e una sintonizzazione del bambino non funzionali in modo ottimale.

Infatti, i bassi livelli di sensibilità genitoriale indicano che le madri con DUS mostrano difficoltà consistenti a leggere e a rispondere in modo adeguato ai segnali del proprio bambino, e a sintonizzarsi emotivamente con quest'ultimo.

Anche la modalità di strutturazione dello scambio diadico non rispecchia pienamente le richieste e i bisogni del bambino: infatti, le madri con DUS sembrano non supportare e organizzare adeguatamente le attività di gioco, rivelandosi in alcuni casi sovra-stimolanti, proponendo, cioè, tempi di interazione troppo rapidi e mutevoli che non promuovono l'autonomia del bambino e il rispetto delle sue tempistiche.

Al contrario, in altri casi, esse sono risultate essere poco stimolanti o passive durante lo scambio diadico, ossia non hanno ricoperto un ruolo guida efficace per il proprio bambino, non sono state in grado di strutturare l'ambiente in modo adeguato e hanno mostrato difficoltà a fornire limiti e confini proattivi e preventivi, spostandosi così su un versante di assenza di monitoraggio.

Inoltre, molte delle madri con DUS sono sembrate essere particolarmente intrusive verso il proprio figlio sia dal punto di vista verbale, dimostrandosi troppo direttive, che fisico, manipolandone il corpo e limitandone la possibilità di esplorazione dell'ambiente.

Tuttavia, pur mostrando le difficoltà descritte sin ora, le madri con DUS hanno ottenuto in media il punteggio più alto nella scala della Non-Ostilità ( $M= 5.35$ ): esse, cioè, sembrano avere un comportamento genitoriale generalmente non caratterizzato da

ostilità, mostrando talvolta segnali di noia, impazienza o frustrazione, ma senza risultare apertamente ostili o spaventanti verso il proprio bambino.

Per quanto riguarda, invece, i punteggi ottenuti dai figli di madri con DUS alle scale della Responsività ( $M = 3.82$ ) e del Coinvolgimento ( $M = 4.18$ ) del bambino, questi risultano essere in linea con i punteggi riscontrati nelle scale EA della madre: si tratta cioè, di bambini che mostrano una connessione emotiva col proprio genitore non funzionale o sicura, spostandosi verso una chiusura emotiva. Sebbene questi bambini possano mostrare in alcuni momenti di divertirsi durante lo scambio diadico, si evidenziano una ridotta autonomia ed esplorazione dell'ambiente, oltre ad una compromissione nella regolazione delle emozioni.

Anche il coinvolgimento dei figli di madri con DUS sembra evidenziare complicazioni, in quanto essi hanno mostrato in molti casi di coinvolgere l'adulto con modalità negative (pianto, lamentele, agiti) e attraverso comportamenti che suggeriscono che il bambino si stia assumendo gran parte della responsabilità di mantenere il contatto con la propria madre; talvolta, le iniziative che egli mette in atto sono poche e mantiene un posizionamento fisico rispetto all'adulto non ottimale.

Osservando, invece, il gruppo di madri a basso rischio, è emerso come queste ultime abbiano ottenuto in media punteggi complessivamente più alti, soprattutto nelle scale materne di Sensibilità ( $M = 5.12$ ), Non-Intrusività ( $M = 5.10$ ) e Non-Ostilità ( $M = 5.69$ ). Infatti, esse mostrano una sensibilità maggiore rispetto alle madri con DUS, seppur non sempre in maniera ottimale; generalmente, si è osservata una comunicazione emotiva piuttosto positiva, ma con alcuni affetti miti o neutri che solo in alcuni casi si spostano su un versante di inconsistenza dei comportamenti materni. Nel complesso, le madri del campione a basso rischio si avvicinano ad un modello genitoriale sufficientemente buono. Allo stesso modo, queste madri sono generalmente non intrusive durante lo scambio diadico, seppur mostrino alcune forme benigne di intrusività, ad esempio forme di sovra-accudimento o iper-protezione, apparendo così come un adulto troppo buono. In alcuni casi si osservano, invece, forme di intrusività benigna più marcate, in cui la madre insegna e monitora troppo l'interazione per fini benevoli, senza lasciare guidare il bambino. Inoltre, esse sono nella maggior parte dei casi non ostili e solo in alcuni casi si notano segni di noia o impazienza, che vengono, però, adeguatamente regolati. In riferimento, invece, alla strutturazione, le madri a basso rischio si sono rivelate essere nella maggior

parte dei casi moderatamente strutturanti, ossia presentano un livello di disponibilità emotiva inferiore rispetto a quella ottimale strutturando l'interazione un po' troppo o un po' poco, mentre in altri casi si sono osservati livelli di strutturazione inconsistenti, per cui la madre crea una cornice supportiva, ma poi lascia il bambino con un supporto non sufficiente.

I figli di madri a basso rischio sembrano essere in media affettivamente responsivi o mostrare una qualità più neutra di responsività, e solo in alcuni casi hanno utilizzato modalità negative per richiamare la connessione materna o si è osservato un posizionamento fisico non del tutto ottimale durante lo scambio diadico. Infine, rispetto alla variabile del Coinvolgimento, essi non sembrano avere differenze rispetto ai figli di madri con DUS.

La difficoltà genitoriale rilevata nelle donne con DUS può essere attribuita in parte agli effetti diretti delle sostanze assunte e in parte a caratteristiche individuali, come, ad esempio, la propria storia passata (Cecil et al., 2017; Veijola et al., 2008). Infatti, come analizzato nei capitoli precedenti, esse riportano spesso vissuti traumatici di maltrattamento o di scarsa cura genitoriale ricevuta (Kendler, Myers & Prescott, 2000; Torresani, Favaretto & Zimmermann, 2000), i quali si ripercuotono, non solo a livello individuale sulla propria autostima e sulla capacità di autocontrollo degli impulsi (Sanavio, 2016), ma anche sul modello genitoriale utilizzato verso il proprio figlio nell'attualità (Belsky, Conger & Capaldi, 2009; George & Solomon, 2008; Natoli, 2006). Inoltre, la ridotta disponibilità emotiva materna può essere causata dalle sostanze stesse, in quanto comportano importanti alterazioni a livello neurobiologico a carico dei sistemi dopaminergico e noradrenergico, implicati nei comportamenti genitoriali e nella costruzione di un legame di attaccamento sicuro tra la madre e il bambino (Simonelli, 2014; Strathearn, 2011). La sensibilità genitoriale viene intaccata anche a causa di sintomi del DUS quali la tolleranza e l'astinenza: causando, infatti, nella persona una ricerca continua della sostanza, questi sintomi fanno sì che attività gratificanti come gli scambi diadici col proprio figlio non risultino essere abbastanza sufficienti a innalzare il tono dell'umore, compromettendo, di conseguenza, le sensazioni di benessere e piacevolezza della madre durante l'interazione (George, Le Moal & Koob, 2012).

L'assunzione delle sostanze durante la gravidanza implica l'esposizione del feto e la compromissione della salute e dello sviluppo del bambino. I figli di madri con DUS,

infatti, presentano difficoltà nella regolazione emotiva e una tendenza alla sovraeccitazione (Stocco et al., 2012; Frank et al., 2001) e altri aspetti che rendono più difficoltosa l'interazione (Stocco et al., 2012; Pinto et al., 1988), esacerbando, così, le difficoltà della propria madre a gestire lo scambio diadico.

Infine, l'assenza di differenze statisticamente significative rispetto alla scala del bambino del coinvolgimento potrebbe far pensare che, al di là degli aspetti di difficoltà discussi in precedenza, i figli di madri con DUS mettano in atto anche degli aspetti di risorsa comunicativa ed interattiva nel momento in cui interagiscono con il proprio adulto di riferimento, così come accade nei bambini di madri a basso rischio. Ci si chiede, dunque, se tali aspetti possano essere legati ad un effetto "ammortizzatore" operato dalla struttura residenziale, la quale può intervenire come fattore protettivo, o se si tratti, invece, di aspetti di resilienza del minore. Tali possibilità dovrebbero essere approfondite in studi futuri.

### ***5.1.2 Cure genitoriali ricevute in passato***

Rispetto al secondo obiettivo che ci si è posti, ovvero indagare nelle partecipanti le cure genitoriali ricevute nella propria infanzia, i dati statistici ottenuti non hanno confermato l'ipotesi iniziale, secondo la quale le madri con DUS riporterebbero livelli di cura e protezione genitoriale differenti rispetto alle madri senza il suddetto disturbo. L'assenza di differenze statisticamente significative tra i due gruppi presi in esame riguarda sia il livello di cura, sia il livello di protezione: infatti, le partecipanti ad entrambi i gruppi hanno riferito nella maggior parte dei casi di aver sperimentato iperprotezione genitoriale e basso accudimento paterno, mentre il 55% del gruppo a basso rischio e il 35% del gruppo ad alto rischio hanno riportato bassi livelli di accudimento materno.

Gli studi presenti in letteratura che si sono occupati di indagare la relazione tra queste due variabili non sono molti; tuttavia, la maggior parte di essi ha evidenziato, diversamente da quanto rilevato nel presente studio, che i soggetti con diagnosi di DUS hanno vissuto, in misura maggiore rispetto ai soggetti senza tale diagnosi, mancanza di calore emotivo e rifiuto da parte della propria figura paterna, e iperprotezione e eccessivo controllo da parte della propria figura materna (Icick et al., 2013; Suchman et al., 2005; Heeres, 1988).

Secondo questi studi, l'ambiente familiare delle donne con DUS è spesso contraddistinto da regole disfunzionali, inversione o distorsione dei ruoli genitoriali (Suchman et al.,

2005) ed esse percepiscono, nella maggior parte dei casi, i propri genitori come emotivamente distanti e controllanti (Suchman et al., 2005). Inoltre, nelle donne con DUS sono frequenti esperienze di vita avverse durante la propria infanzia e adolescenza come, ad esempio, l'aver subito maltrattamenti e/o abuso, o altri eventi traumatici (Cecil et al., 2017; Veijola et al., 2008).

Il contrasto tra i risultati ottenuti dal presente studio e quelli rilevati dalle ricerche già presenti in letteratura, permette di riflettere sulla modalità di valutazione del costrutto di cure genitoriali vissute. Ci si chiede, cioè, se l'utilizzo del questionario self-report sia stato, in questo caso, poco funzionale alla rilevazione di tale variabile nelle madri con DUS.

Per valutare ciò, sarebbe utile in futuro replicare lo studio utilizzando metodi valutativi differenti, in quanto le madri con DUS potrebbero avere difficoltà nelle capacità introspettive e retrospettive che permettono di riportare obiettivamente le cure genitoriali vissute in passato, compromettendo la compilazione di un questionario self-report.

Nello specifico, infatti, i dati rilevati attraverso i questionari socio-anagrafici hanno evidenziato la presenza di importanti fattori di rischio, tra cui maltrattamenti subiti nella propria infanzia e/o in età adulta, presenza di disturbi psichici e/o di condotte devianti a carico di uno o di entrambi i genitori delle madri con DUS; tali dati vengono riportati dalle partecipanti nel momento in cui viene loro richiesto il dato obiettivo in termini di presenza/assenza della variabile indagata, ma non nel momento in cui si chiede di soffermarsi sulla qualità delle cure genitoriali vissute, per la compilazione dello strumento self-report. Ci si domanda, quindi, se le difficoltà nella rilevazione siano legate solo ad aspetti di desiderabilità sociale, o anche ad una possibile difficoltà delle madri con DUS di accedere alle caratteristiche emotive legate a ricordi specifici relativamente alla storia delle esperienze di cura genitoriale passata.

### ***5.1.3 Sintomatologia psicopatologica***

Rispetto al terzo obiettivo del presente studio, ossia valutare la presenza di sintomatologia psicopatologica nella madre, i dati statistici ottenuti hanno in parte confermato l'ipotesi iniziale secondo la quale le madri con DUS riporterebbero livelli di psicopatologia più elevati rispetto alle madri a basso rischio.

Infatti, osservando i risultati derivati dal confronto tra i due gruppi, è emersa una differenza significativa relativamente al livello di ansia sperimentato, ovvero, le madri con DUS vivono più frequentemente rispetto alle madri del campione a basso rischio sintomi caratteristici del disturbo d'ansia, tra cui nervosismo, elevata tensione, tremori, panico, paura e una maggiore apprensione (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977).

Dall'osservazione delle analisi descrittive, seppur la maggioranza del campione di madri con DUS si sia distribuito al di sotto della soglia clinica prevista dal test SCL-90-R, è possibile notare che le sintomatologie psicopatologiche maggiormente riportate da queste donne riguardano, oltre alla già citata sintomatologia ansiosa, la dimensione della somatizzazione (26.7%), la quale implica disfunzioni nel proprio corpo con sintomi riguardanti diverse parti anatomiche, e quella della depressione (26.7%), che comprende affetti disforici, un ritirato interesse per la vita, la perdita di energia vitale fino ad arrivare a pensieri suicidari di diversa gravità (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977).

Inoltre, una parte delle madri con DUS (20%) ha riportato livelli clinici di altre sintomatologie misurate: tra queste vi sono sintomi ossessivo-compulsivi, sintomi di ostilità, ossia stati affettivi intensi di rabbia, irritabilità e aggressività, e sintomi psicotici, ossia la conduzione di uno stile di vita introverso e isolato associabili ad un quadro sintomatologico di tipo schizoide, oltre a disturbi del controllo e del pensiero (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977).

Infine, in alcune madri con DUS (20.0%) si è riscontrato un livello elevato di intensità e di profondità del disturbo lamentato da esse.

Questi risultati confermano, dunque, la possibilità di riscontrare nelle madri con DUS un disturbo altro in aggiunta rispetto a quello già diagnosticato, in particolare una sintomatologia psicopatologica ansiosa. I disturbi dell'umore si presentano, infatti, con un'elevata frequenza in comorbidità col DUS, non solo poiché le donne sono maggiormente soggette allo sviluppo di disturbi internalizzanti, ma anche perché la presenza di una psicopatologia a carico del tono dell'umore implica un rischio maggiore di sviluppare il DUS (Macchia et al., 1990). Inoltre, come dimostrato dagli studi, la presenza di un disturbo d'ansia può influenzare la scelta della tipologia di sostanza assunta, la quale risulta essere connessa al desiderio di controllare e limitare i propri stati ansiosi o le alterazioni dell'umore, seppur in alcuni casi al termine dell'effetto della



sostanza si possa sperimentare un peggioramento degli stati emotivi (Macchia et al., 1990).

Il DUS e la psicopatologia ansiosa influenzano l'uno la gravità dell'altro e interagiscono tra di loro in una relazione causale reciproca: l'ansia può intensificare l'uso di sostanze e, allo stesso tempo il DUS può generare intensi affetti negativi e ansiosi (Swendsen & Merikangas, 2000).

In conclusione, la presenza di sintomatologia psicopatologica in associazione al DUS evidenzia l'importanza di conoscere in tutti i suoi aspetti il quadro clinico e psicopatologico di queste persone, al fine di comprendere al meglio le esigenze di esse e migliorare l'efficacia dei servizi a loro rivolti. La maggiore attenzione alla complessità sintomatologica della persona permette di orientare il target d'intervento per le madri con DUS e di promuovere il benessere psico-fisico di queste ultime, aspetto che incide sulla qualità del comportamento genitoriale e sulla connessione emotiva verso il proprio figlio.

#### ***5.1.4 Associazioni tra comportamenti genitoriali e sintomatologia psicopatologica***

Per quanto riguarda il quarto obiettivo, ovvero indagare la presenza di associazioni tra la qualità dei comportamenti materni, l'interazione madre-bambino e la presenza di sintomatologia psicopatologica nelle madri partecipanti, le analisi statistiche hanno in parte confermato l'ipotesi iniziale secondo la quale si ci aspettava che una maggior presenza di psicopatologia materna fosse associata a comportamenti genitoriali meno funzionali e, di conseguenza, una ridotta qualità dell'interazione diadica.

Infatti, l'analisi delle correlazioni attraverso il coefficiente di Spearman ha evidenziato associazioni inverse tra alcune forme di psicopatologia e le scale materne EA di Strutturazione e Non Ostilità ed entrambe le scale del bambino (Responsività e Coinvolgimento).

Nel dettaglio, è emerso che quanto più una madre riporta livelli alti di pensiero paranoide caratterizzato da sospettosità, grandiosità o deliri, tanto più diviene compromessa la sua capacità di strutturare adeguatamente l'interazione diadica, mettendo in atto comportamenti di guida non pienamente funzionali e non fornendo un adeguato scaffolding al proprio bambino.

Invece, l'ostilità genitoriale durante le interazioni diadiche sembra aumentare quanto più si aggravano i sintomi della madre di depressione, di ideazione paranoide o sintomi di

tipo psicotico: non solo in presenza di questa sintomatologia psicopatologica le madri sembrano essere più ostili verso il proprio bambino, ma, con l'aumento dell'intensità o della gravità del disturbo sperimentato, i livelli di ostilità possono esacerbarsi fino a compromettere gravemente i comportamenti genitoriali, i quali possono diventare persino spaventati verso il bambino, fino ad arrivare a segni di punizione fisica o a chiare manifestazioni di rabbia e svalutazione verso il proprio figlio.

Per quanto riguarda, invece, il funzionamento infantile all'interno dello scambio diadico, si è potuto osservare che alla diminuzione delle sintomatologie psicopatologiche materne di ideazione paranoide e psicoticismo corrisponde un aumento della responsività e del coinvolgimento del bambino. Ossia, quanto meno si evidenziano pensieri ostili, sospettosi, grandiosi e/o uno stile di vita introverso o sintomatologia schizoide nella madre, tanto più si osservano nel bambino caratteristiche quali, la disponibilità e il piacere a stare con la propria madre durante l'interazione, una qualità affettiva positiva e un equilibrio tra il gioco autonomo e il richiamo dell'adulto.

Al contrario, all'aumento dell'intensità e della profondità del disturbo psichico lamentato dalla madre corrisponde una diminuzione della responsività del bambino durante l'interazione.

Questi dati risultano in linea con le ricerche presenti in letteratura che hanno identificato la psicopatologia genitoriale come un importante fattore di rischio in grado di compromettere la qualità del comportamento di parenting (Tambelli, 2017; Landry et al., 1997). Le madri che riportano sintomi psicopatologici sono generalmente più centrate sui propri obiettivi e hanno difficoltà a dare priorità alle esigenze del bambino (Erel et al., 2023); esse, inoltre, tendono ad esprimere emozioni tendenzialmente di tipo negativo, tra cui la rabbia e l'irritabilità, e livelli più bassi di calore affettivo ed espressioni positive, necessarie ad un adeguato sviluppo infantile (Erel et al., 2023).

La presenza di sintomatologia psicopatologica materna può impattare non solo sulla qualità del proprio comportamento genitoriale, ma anche sul benessere infantile durante l'interazione e, allo stesso tempo, i comportamenti del bambino durante l'interazione diadica sono in grado di migliorare o, al contrario, esacerbare la sintomatologia materna. Questo meccanismo di reciprocità pone enfasi sull'importanza del benessere materno tanto quanto quello infantile, poiché entrambi i componenti della diade sono in grado di influire sul benessere dell'altro.

### ***5.1.5 Associazioni tra cure genitoriali ricevute in passato e comportamenti genitoriali***

In riferimento al quinto obiettivo del presente studio, ossia indagare la possibile relazione tra la qualità di cure genitoriali ricevute durante l'infanzia nelle madri partecipanti e la qualità dei comportamenti genitoriali attuali messi in atto nei confronti del bambino, i risultati statistici rilevati non hanno confermato l'ipotesi iniziale, secondo la quale bassi livelli di cura e alti livelli di protezione genitoriale sperimentate in passato dalle madri sarebbero associati a comportamenti genitoriali meno funzionali osservati nell'interazione attuale col proprio bambino. Nel dettaglio, la cura e la protezione vissute durante l'infanzia da parte di entrambe le figure genitoriali non risulta essere associata a nessuna delle variabili EAS prese in esame e, quindi, all'attuale comportamento genitoriale messo in atto verso il proprio figlio.

Questi risultati sono in contrasto con gli studi presenti in letteratura, i quali hanno più volte affermato che i modelli genitoriali vengono trasmessi nel passaggio tra le generazioni, sia in riferimento a stili caratterizzati da rigidità o negligenza, sia a comportamenti tipici di una buona genitorialità (Natoli, 2016; Belsky, Conger & Capaldi, 2009). Queste ricerche hanno dimostrato come coloro che hanno sperimentato in età infantile e adolescenziale aspetti di parenting positivo, ossia una buona comunicazione interpersonale, partecipazione familiare, disciplina coerente e accettazione, sembrano mettere in atto un costrutto di genitorialità simile nel momento in cui loro stessi assumono il ruolo genitoriale (Belsky, Conger & Capaldi, 2009). Al contrario i genitori che hanno percepito uno stile di parenting caratterizzato da iper-controllo e autoritarismo, mostrano minori livelli di sensibilità e disponibilità emotiva verso il proprio figlio (Natoli, 2006). Tuttavia, parte degli studi citati ha adottato, ai fini della rilevazione, metodi osservativi o di intervista clinica, e non hanno previsto l'uso di test self-report, in modo da limitare i bias legati alla desiderabilità sociale e all'acquiescenza.

In tal senso, se da una parte questo risultato inatteso ha avvallato l'ipotesi di partenza, dall'altro lato evidenzia la necessità di approfondire queste variabili in studi futuri attraverso l'uso di strumenti di assessment in grado di limitare le suddette distorsioni, come, ad esempio, le interviste condotte dal clinico.

### ***5.1.6 Associazioni tra sintomatologia psicopatologica materna e cure genitoriali ricevute***

Rispetto al sesto ed ultimo obiettivo dello studio, ovvero la rilevazione di possibili associazioni tra le esperienze di cure genitoriali vissute durante l'infanzia dalle madri e la presenza di sintomatologia psicopatologica materna attuale, i dati statistici ottenuti non hanno confermato l'ipotesi iniziale. Quest'ultima prevedeva che l'aver vissuto esperienze di cura genitoriali meno funzionali nel proprio passato, caratterizzate da basso accudimento e iperprotezione, sarebbe stato associato a maggiori livelli di psicopatologia riportata dalle madri stesse.

Infatti, dall'uso del coefficiente di correlazione di Spearman è emerso che all'aumentare della percezione delle madri della propria figura materna come iperprotettiva diminuiscono alcune delle sintomatologie psicopatologiche prese in esame.

In particolare, ad alti livelli di iperprotezione materna vissuti nella propria infanzia, ossia comportamenti materni iper-controllanti e che limitano la propria autonomia, corrispondono bassi livelli di sintomi ossessivo-compulsivi, di depressione e di ideazione paranoidea.

Inoltre, ad un'alta iperprotezione materna sembrano corrispondere anche bassi livelli di ipersensibilità interpersonale, intesa come sentimenti di inadeguatezza e inferiorità nel confronto con gli altri, dubbi su di sé, disagio marcato nelle relazioni interpersonali e aspettative future negative (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977).

All'aumento del livello dei comportamenti protettivi materni durante la propria infanzia, sembrerebbero corrispondere una diminuzione del livello di intensità o di profondità del disturbo lamentato dalle madri.

La rilevazione di questi risultati, non solo disconferma l'ipotesi di partenza, ma risulta essere in forte contrasto con gli studi presenti in letteratura, secondo i quali alti livelli di iperprotezione e di controllo aumentano il rischio di sviluppare una psicopatologia (Kendler, Myers & Prescott, 2000). In particolare, alcuni studi hanno rilevato che bassi livelli di accudimento materno e paterno, tra cui esperienze di trascuratezza e indifferenza, sono frequentemente associati ai disturbi dell'umore (Heider et al., 2006), mentre alti livelli di iperprotezione genitoriale possono portare a sintomi tipici dell'ansia (Parker et al., 1997). Per quanto riguarda, invece, coloro che hanno una dipendenza da sostanze, essi sembrano riportare con più frequenza vissuti di trascuratezza ed un

eccessivo controllo materno (Kendler, Myers & Prescott, 2000; Torresani, Favaretto & Zimmermann, 2000), fino a percepire la propria madre come una figura dominante e controllante (Heeres, 1988).

Tuttavia, gli studi che hanno preso in esame queste variabili non sono molti in letteratura, e alcuni di essi risalgono a tempi non recenti; questo dovrebbe porre l'accento sull'importanza di condurre ulteriori approfondimenti futuri in modo da far luce sulla relazione esistente tra le cure genitoriali sperimentate in passato e la psicopatologia presente. Allo stesso tempo, i dati rilevati presentano un'ampia variabilità; in tal senso, non è possibile affermare a priori che alti livelli sulla scala della protezione genitoriale facciano riferimento a modalità disfunzionali, ma potrebbero indicare semplicemente un aumento delle attenzioni rivolte dall'adulto all'area della protezione. Tale aspetto andrà considerato e indagato in modo più approfondito in futuro.

## **5.2 Limiti della ricerca e prospettive future**

Nel presente studio sono presenti alcuni limiti metodologici che dovrebbero essere tenuti in considerazione nell'indagine delle variabili prese in esame e che possono essere utilizzati per orientare le ricerche future. Un primo limite riguarda la numerosità campionaria, la quale permette una riflessione sul campione oggetto di studio e rende possibile la generalizzazione dei risultati. A tal proposito, la numerosità campionaria utilizzata dallo studio non risulta essere eccessivamente ridotta, ma in studi futuri potrebbe essere implementata al fine di aumentare la replicabilità e la generalizzabilità. La possibilità di includere un maggior numero di partecipanti nello studio potrebbe aiutare ad indagare ulteriormente i risultati ottenuti nel presente studio, i quali non sempre sono risultati essere in linea con le ricerche presenti in letteratura.

Un secondo limite riguarda l'utilizzo di strumenti self-report per l'analisi dei due costrutti presi in esame, ossia le cure genitoriali ricevute in passato dalle partecipanti e la sintomatologia psicopatologica di queste ultime; l'impiego di tali misure comporta il rischio di bias, quali la desiderabilità sociale e l'acquiescenza. Inoltre, non solo si potrebbero verificare risposte date secondo ciò che viene ritenuto socialmente e culturalmente accettabile e desiderabile, ma potrebbero esservi difficoltà nelle partecipanti a riportare oggettivamente nel questionario gli elementi presi in esame a causa di una bassa capacità introspettiva e/o di vissuti e sintomi non adeguatamente

accettati. Pertanto, negli studi futuri potrebbero essere impiegati metodi osservativi, tra cui interviste e colloqui clinici, al fine di valutare il funzionamento in questi due domini. Una migliore affidabilità è stata, invece, ottenuta per la valutazione dei comportamenti genitoriali e della qualità dell'interazione madre-bambino attraverso l'uso di un metodo osservativo.

Un terzo limite riguarda l'eterogeneità delle età dei bambini che hanno preso parte allo studio; le ricerche future dovrebbero distinguere l'impatto del DUS in base a fasce d'età più specifiche oppure coinvolgere un range di età meno ampio, al fine di poter generalizzare i risultati ottenuti rispetto al ruolo che l'età può esercitare sulla capacità del bambino di rispondere e coinvolgere l'adulto durante gli scambi diadici. La scelta di utilizzare come strumento le scale EA ha in parte ovviato a tale limite, in quanto esso permette di codificare i comportamenti osservati in base a diverse fasce d'età del bambino, che vanno dalla prima infanzia alla preadolescenza.

Infine, una quarta limitazione riguarda, invece, la rilevazione di un'eventuale presenza di sintomatologia psicopatologica nel bambino: considerando la reciprocità diadica, sarebbe importante che le future ricerche tenessero in considerazione anche questa variabile al fine di analizzare più nel dettaglio non solo il contributo della psicopatologia materna, ma anche di quella infantile sulla qualità dell'interazione diadica.

### **5.3 Riflessioni conclusive**

Dagli studi presenti in letteratura, la condizione di DUS nelle madri costituisce un importante fattore di rischio per i comportamenti genitoriali e la qualità dell'interazione madre-bambino (Capra et al., 2014; Parolin & Simonelli, 2014) e la presenza di un'ulteriore sintomatologia psicopatologica (Swendsen & Merikangas, 2000; Macchia et al., 1990) e qualità di cure genitoriali passate disfunzionali (Hakansson et al., 2018; Brown et al., 2018; Brown & Shillington, 2017) possono essere elementi che aggravano le difficoltà sperimentate nella genitorialità.

Il presente studio si è proposto, dunque, di indagare la qualità della relazione diadica e dei comportamenti genitoriali nelle donne con diagnosi di DUS e le possibili relazioni tra tale variabile e la cura genitoriale vissuta in passato dalle madri in riferimento sia alla figura materna, sia a quella paterna, e la possibile presenza di sintomatologia psicopatologica della madre. A tale scopo, è stato reclutato un campione suddiviso in un

primo gruppo composto da madri con DUS residenti in una Comunità Terapeutica madre-bambino, ed un secondo gruppo formato da madri considerate a basso rischio e reclutate a partire dalla popolazione generale.

In riferimento alla qualità delle interazioni diadiche, dalla valutazione della disponibilità emotiva della diade sono state riscontrate alcune difficoltà nelle madri DUS che sono significativamente più elevate rispetto al gruppo di madri a basso rischio. In particolare, le maggiori disfunzionalità sono state osservate nelle dimensioni della sensibilità, della strutturazione e dell'intrusività per quanto riguarda il funzionamento materno, e nel coinvolgimento dell'adulto relativamente al bambino.

Tuttavia, la presenza di queste difficoltà non rende completamente compromessa la relazione.

Inoltre, il confronto tra gruppi ha confermato maggiori livelli di sintomatologia psicopatologica di tipo ansioso nelle madri con DUS, le quali riportano più frequentemente rispetto alle madri del campione a basso rischio sintomi caratteristici del disturbo d'ansia, tra cui nervosismo, elevata tensione, tremori, panico, paura e una maggiore apprensione (Preti et al., 2011; Derogatis, 1977). Lo studio ha confermato la psicopatologia della madre come un fattore di rischio per la qualità dell'interazione diadica: infatti, alti livelli di ideazione paranoide corrispondono a comportamenti materni di ostilità e a difficoltà nella strutturazione del gioco, oltre a più bassi livelli di responsività e coinvolgimento del bambino; la presenza di sintomi psicotici sembra incidere, invece, sull'ostilità materna e sulle dimensioni del bambino della responsività e del coinvolgimento ed, infine, alti livelli di sintomatologia depressiva corrispondono ad un maggior livello di ostilità materno.

Tuttavia, in contrasto con gli studi di letteratura, il presente studio non ha rilevato differenze significative in merito alle cure genitoriali sperimentate in passato dalle madri con DUS, in quanto entrambi i gruppi partecipanti hanno riportato di aver vissuto bassi livelli di accudimento paterno e iperprotezione genitoriale. Allo stesso modo, non sono state confermate associazioni tra la qualità dell'interazione diadica e le cure sperimentate nella propria infanzia dalle partecipanti, mentre, diversamente da quanto riscontrato in letteratura (Kendler, Myers & Prescott, 2000; Torresani, Favaretto & Zimmermann, 2000), l'aver vissuto comportamenti materni di iperprotezione risulta associato a bassi livelli di alcune delle sintomatologie psicopatologiche prese in analisi, tra cui sintomi

ossessivo-compulsivi e depressivi, bassi livelli di ipersensibilità interpersonale e di ideazione paranoide.

In conclusione, ciò che sembra essere certo è che la presenza di DUS e di psicopatologie in aggiunta a tale disturbo può rendere le interazioni madre-bambino e i comportamenti genitoriali meno funzionali e che le cure genitoriali vissute nell'infanzia possono avere un'influenza sulla sintomatologia psicopatologica attuale. Tuttavia, ancora oggi non sono state del tutto chiarite le associazioni tra i suddetti domini di indagine e, a tale scopo, è importante implementare e orientare le ricerche future.

Dall'osservazione di risultati come quelli ottenuti in questo studio possono essere tratte alcune considerazioni cliniche necessarie per la ricerca e per l'elaborazione di strategie di intervento più adeguate ed efficaci, al fine di intervenire in modo funzionale sulla salute individuale e relazionale sia genitoriale, sia infantile.



## Bibliografia

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. 1978. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Aktas, S., & Calik, K. Y. (2015). Factors Affecting Depression During Pregnancy and the Correlation Between Social Support and Pregnancy Depression. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(9).

Atkinson, L., Goldberg, S., Raval, V., Pederson, D., Benoit, D., Moran, G., Poulton, L., Myhal, N., Zwiers, M., Gleason, K., & Leung, E. (2005). On the relation between maternal state of mind and sensitivity in the prediction of infant attachment security. *Developmental Psychology*, 41, 42–53.

Avenevoli, S., & Merikangas, K.R. (2006). Implications of High-Risk Family Studies for Prevention of Depression. *American Journal of Preventive Medicine*, 126-135.

Bandstra, E.S., Vogel, A.L., Morrow, C.E., Xue, L. & Anthony, J.C. (2004), Severity of Prenatal Cocaine Exposure and Child Language Functioning Through Age Seven Years: a Longitudinal Latent Growth Curve Analysis. *Substance Use and Misuse*, 39(1), 25-59.

Bard, K.A., Coles, C.D., Platzman, K.A. & Lynch, M.E. (2000), The Effects of Prenatal Drug Exposure, Term Status, and Caregiving on Arousal Modulation of 8-week-old Infants. *Developmental Psychobiology*, 36, 194-212.

Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The Impact of Parental Problem Drug Use on Children: What is the problem and what can be done to help? *Society for the Study of Addiction*, 99, 552-559.

Bastianoni, P. (2009), *Funzioni di cura e genitorialità*. Rivista Italiana di Educazione Familiare, n. 1 - 2009, pp. 37-53.

Bastianoni, P., & Taurino, A. (2007). Famiglie e genitorialità oggi: nuovi significati e prospettive. Milano: Unicopli.

Beck, C.T. (1998). The Effects of Postpartum Depression on Child Development: A Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 12-20.

Beck, C.T. (2006). Postpartum Depression. *American Journal of Nursing*, 106(5), 40-50.

Beebe, B., & Lachmann, F. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 305-337.

Beebe, B., & Lachmann, F.M. (2002). Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni. Milano: Raffaello Cortina.

Behnke, M., & Smith, V. C. (2013). Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus. *American Academy of Pediatrics*, 31 (3).

Belsky J., Conger R.D., & Capaldi D.M. (2009). The intergenerational transmission of parenting: introduction to the special section. *Development Psychology*, vol. 45, 5, 1201-1204.

Berlin, L. J., Shanahan, M., & Carmody K. A. (2013). Promoting Supportive Parenting in New Mothers with Substance-Use Problems: a Pilot Randomized Trial of Residential Treatment Plus an Attachment-Based Parenting Program. *Infant Mental Health Journal*, 35(1), 81-85.

Biringen, Z. (2008). Emotional Availability (EA) Scales; 4th Edition, penultimate draft.

Biringen, Z., Brown, D., Donaldson, L., Green, S., Kremerik, S. & Lovas, G. (2000). Adult attachment interview: Linkages with dimensions of emotional availability for mothers and their pre-kindergarteners. *Attachment and Human Development*, 2, 188–202.

Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). “Emotional Availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications”, *Developmental Review*, 34 (2),114-167.

Biringen, Z., & Easterbrooks, A. E. (2012). Emotional availability: Concept, research, and window on developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology*, 24(2), 1-8.

Bornstein, M. H., & Venuti P. (2013). Genitorialità: fattori biologici e culturali dell’essere genitori. Bologna: Il Mulino.

Brown S., Victor, B. G., Dayton, C., J., & Tracy, E. M. (2018). Maternal and paternal warmth impact recovery support and social network composition for substance dependent African American and non-African American women, *Addiction Research & Theory*.

Brown, S. M., & Shillington, A. M. (2017). Childhood adversity and the risk of substance use and delinquency: The role of protective adult relationships. *Child Abuse & Neglect*, 63, 211-221.

Buonanno, C., Capo, R., Romano, G., Di Giunta, L., & Isola, L. (2010). Caratteristiche genitoriali e stili di parenting associati ai disturbi esternalizzanti in età evolutiva. *Psichiatria e Psicoterapia*, 176-189.

Calvo, V., & Battistella, M. (2005). “Aspetti di validazione della versione italiana della scala SCL-90-R applicata a studenti universitari”, *the Congresso Nazionale AIP. Sezione di Psicologia Clinica*, Cagliari.

Capra, N., De Palo, F., Parolin, M., & Merlin, P. (2014). La dipendenza da sostanze. In A. Simonelli (Ed.), *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia*, 275–298. Milano, Italia: Raffaello Cortina Editore.

Cardinali, F., & Guidi, G. (1991). “Per un ambiente familiare sufficientemente buono. Clinica e prevenzione: un’integrazione possibile. L’intervento nella coppia in gravidanza”. In Andolfi, M., & Saccu, C. (a cura di), *La famiglia tra patologia e sviluppo*. R.D.E., Roma.

Caretti, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (2008). “Psicodinamica delle dipendenze patologiche”. In La Barbera, D., & La Cascia C. (a cura di), *Nòos: aggiornamenti in Psichiatria. Nuove dipendenze. Eziologia, clinica e trattamento delle dipendenze “senza droga”*, vol. 14 (2).

Carolyn, L.D. (2018). Maternal sensitivity, its relationship with child outcomes, and interventions that address it: a systematic literature review. *Early Child Development and Care* 190(2), 1-24.

Cecil, C. A., Viding, E., Fearon., P., Glaser, D., & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 63, 106-119.

Chasnoff, I. J., Burns, W. J., Schnoli, S. H., & Burns, K. A. (1985). Cocaine Use in Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 313 (11).

Chasnoff, I.J., Griffith, D.R., Freier, C., & Murray, J. (1992), Cocaine/Polidrug Use in Pregnancy. *Pediatrics*, 89, 284-289.

Cosmi, E. V., Maranghi, L., Cosmi, E., Gojnic, M., & Salernitano, D. (2002). Droghe e gravidanza. *Annali dell’Istituto Superiore di Sanità*, 38(3): 265-270.

Cummins, L. (2019). A Ghost in Contemporary Theory: Selma Fraiberg's Social Work Identity and Her Contributions to Modern Psychoanalysis. *Clinical Social Work Journal*.

Dayan, J., & Guillery, B. (2011). Conduites adolescentes et développement Cerebra. *Psychanalyse et neurosciences*. *Adolescence* 29:479-515.

Denny L., Coles, S., & Blitz, R. (2017). Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *American Family Physician*, 96(8), 516-522.

De Palo, F., Simonelli, A., & Parolin, M. (2015). Addicted babies: an assessment protocol of development in children born and grown in a therapeutic community context. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*.

Deren, S. (1986). Children of Substance Abusers: A Review of the Literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3: 77-94.

Derogatis, L.R. (1977). SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Medicine, *Clinical Psychometrics Research Unit*.

Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, 679-724.

De Wolff, M. S. & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infants' attachment. *Child Development*, 68, 571-591.

Donohue, B., Romero, V., & Hill, H.H. (2006). Treatment of Co-occurring Child Maltreatment and Substance Abuse. *Aggression and Violent Behavior* 11, 626-640.

Dunn, M. G., Tarter, R. E., Mezzich, A. C., Vanyukov, M., Kirisci, L., & Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review* 22, 1063-1090.

Emmelkamp P. M. G., & Heeres, H. (1988). Drug Addiction and Parental Rearing Style: A Controlled Study. *The International Journal of the Addiction*, 23 (2), 207-216.

Erel, S., Alsancak-Akbulut, C., & Berument, S.K. (2023). Intergenerational transmission of psychopathology: the mediating role of maternal self-expressiveness and child emotion regulation. *Current Psychology*.

Fagan, J., & Barnett, M. (2003). The relationship between maternal gatekeeping, paternal competence, mothers' attitudes about the father role, and father involvement. *Journal of family issues*, 24, 1020- 1043.

Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E., & Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, 200, 148–155.

Fava Vizziello, G.M. (2003), *Psicopatologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.

Fava Vizziello, M. G., Bullo, P., & Simonelli, A. (1999). I genitori tossicodipendenti e i loro figli. In: Fava Vizziello MG, Stocco P, editors. *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*. Milano: Masson, 103–20.

Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 48(9), 919-927.

Felipe-Castaño, E., Leon-del-Barco, B., & Lopez-Pina, J. A. (2014). Symptom CheckList-90-R: Proposed Scales in a Probability Sample of Adolescents from the General Population. *Spanish Journal of Psychology*, 17, e107, 1-8.

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33, 1-6.

Flykt, M., Punamaki, R. L., Belt, R., Biringen, Z., Salo, S., Posa, T., & Pajulo, M. (2012). Maternal Representations and Emotional Availability Among Drug-Abusing and Nonusing Mothers and Their Infants. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 123–138.

Fonagy, P., Steele, M., & Steele, H. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict infant-mother attachment patterns at one year. *Child development* 62, 891-905.

Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghost in the Nursery. A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships. *Journal of American Academy of Child*.

Frank, D. A., Augustyn, M., Grant Knight, W., Pell, T., & Zuckerman, B. (2001). Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure. *Journal of the American Medical Association*, 285(12), 1613– 1625.

Fraser, J. G., Harris-Britt, A., Thakkallapalli, E. L., Kurtz-Costes, B., & Martin, S. (2010). Emotional availability and psychosocial correlates among mothers in substance-abuse treatment and their young infants. *Infant Mental Health Journal*, 31, 1-15.

Gabbard, G.O. (2014). *Psichiatria psicodinamica*. Quinta edizione basata sul DSM-5. Milano: Raffaello Cortina Editore.

George, O., Le Moal, M., & Koob, G. F. (2012). Allostasis and addiction: role of the dopamine and corticotropin-releasing factor systems. *Physiology & behavior*, 106(1), 58-64.

George, C. & Solomon, J. (2008). The caregiving behavioral system: A behavioral system approach to parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application* (2nd edn., pp. 833–856). New York: Guilford Press.

Guiducci, V., & Cavanna, D. (2009). La regolazione affettiva: un compito di sviluppo congiunto per adolescenti e genitori. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 501-511.

Hakansson, U., Watten, R., Soderstrom, K., Skarderud, F., & Oie, M. G. (2018). Adverse and adaptive childhood experiences are associated with parental reflective functioning in mothers with substance use disorder. *Child Abuse & Neglect*, 18, 259-273.

Hans, S. L. (2002). Studies of prenatal exposure to drugs: focusing on parental care of children. *Neurotoxicology and Teratology*, 24, 329–37.

Hansell, N., & Willis, G. L. (1977). Outpatient Treatment of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1082-1086.

Heider, D., Matschinger, H., Bernert, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., 2006. Relationship between parental bonding and mood disorder in six European countries. *Psychiatry Research* 143, 89–98.

Heleniak, C., Jenness, J. L., Vander Stoep, A., McCauley, E., & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: A transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 394–415.

Helzer, J. E., & Pryzbeck, T. R. (1988). The Co-Occurrence of Alcoholism with other Psychiatric Disorders in the General Population and Its Impact on Treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49: 219-224.



Heradstveit, O., Mowatt Haugland, B.S., Nilsen, S.A., Bøe, T., Sivertsen, B., & Hysing, M. (2023). Parental Mental Illness as a Risk Factor for Adolescent Psychiatric Disorders: A Registry-Based Study of Specialized Child and Adolescent Health Services, *Child & Youth Services*, 44:1, 48-71.

Huestis, M. A., & Choo, R. E. (2002). Drug Abuse's Smallest Victims: in Utero Drug Exposure. *Forensic Science International* 128, 20-30.

Iannitelli, A., Castra, R., & Antenucci, M. (2002). Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e osservazioni cliniche. *Ann Ist Sanità*, 38(3):233-239.

Icick, R., Lauer, S., Romo., L., Dupuy, G., Lépine, J-P., & Vorspan, F. (2013). Dysfunctional parental styles perceived during childhood in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Research* 210, 522-528.

Kandel, B. D. (1990). Parenting Styles, Drug Use, and Children's Adjustment of Young Adults. *Journal of Marriage and the Family* 52, 183-196.

Kanter, J. (2020). Selma Fraiberg: A Life Journey in Psychoanalytic Social Work, *Psychoanalytic Social Work*, 27:2, 119-138.

Kendler, K.S., Myers, J., & Prescott, C.A. (2000). Parenting and adult mood, anxiety and substance use disorders in female twins: an epidemiological, multi-informant, retrospective study. *Psychological Medicine* 30, 281–294.

Kennerley, H., & Gath, D. (1989). Maternity Blues. Detection and Measurement by Questionnaire. *Journal of Psychiatry*, 155, 356-362.

Khantzian, E.J. (1997). The Self-medication Hypothesis of Substance Use Disorders: a Reconsideration and recent Applications. *Harvard Review Psychiatry*, 4, 231-44.

- Khantzian, E. J. (2013). Addiction of a Self-regulation Disorder and the Role of Self-medication. *Society for the Study of Addiction*, 108(4), 66-674
- Khoshroo, S., & Mousavi, P.S.S. (2022). Parental Reflective Functioning as a Moderator for the Relationship Between Maternal Depression and Child Internalizing and Externalizing Problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 53: 1319-1329.
- Kilbride, H., Castor, C., Hoffman, E. & Fuger, K. (2000). Thirty-six Months Outcome of Prenatal Cocaine Exposure for Term- or Near-Term Infants. *Journal of Developmental Behavior and Pediatrics*, 21, 19-26.
- Knauer, D. (2012), “Introduzione, Manuale di psicoterapia centrato sulla genitorialità”. Milano: Cortina, 7-15.
- Kocherlakota, P. (2014). Neonatal Abstinence Syndrome. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 134 (2), e547-e561.
- Kring, A. M., Jonhson, S. L., Davison G. C., & Neale, J. M. (2017). Psicologia clinica. Zanichelli.
- Lefkovics, E., Baji, I., Rigò, J. (2014). Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal*, 35(4), 354-365.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2018). Manuale Diagnostico Psicodinamico – Seconda Edizione (PDM-2). Milano: Raffaello Cortina.
- Loi, A., Delitala, L., Meloni, F. M., Defraia, L., Ferri, F., & Curto., M. (2013). L’ottica di genere nelle dipendenze. Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Italian Journal on Addiction*, 3(1).
- Macchia, T., Mancinelli, R., Bartolomucci, G., & Avico, U. (1990). Cocaine Misuse in Selected Areas: Rome. *Annali dell’Istituto Superiore di Sanità*, 26(2): 189-196.

Malagoli Togliatti, M., Mazzoni, S. (1993). *Maternità e Tossicodipendenza*. Milano: Giuffrè.

McElwain, N. L. & Booth-LaForce, C. (2006). Maternal sensitivity to infant distress and non-distress as predictors of infant-mother attachment security. *Journal of Family Psychology*, 20, 247–255.

McWhirter, A.C., McIntyre, L.L., Kosty, D. B., & Stormshak E. (2023). Parenting Styles, Family Characteristics, and Teacher-Reported Behavioural Outcomes in kindergarten. *Journal of Child and Family Studies* 32, 678-690.

Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C., & Gemmill, A. W. (2019). Social Support - A Protective Factor for Depressed Perinatal Women?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(8), 1426.

Miller, A. B., Smyth, N. J., & Mudar, P. (1999). Mothers' Alcohol and Other Drug Problems and Their Punitiveness toward their Children. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 60, 632–42.

Mitchell, R. E., & Trickett, E. J. (1980). Task force report: Social networks as mediators of social support: An Analysis of the Effects and Determinants of Social Networks. *Community Mental Health Journal*, 16(1), 27-44.

Mueser, K. T., Bellack, A. S., & Blanchard, J. J. (1992). Comorbidity of Schizophrenia and Substance Abuse: Implications for Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 845-856.

Murphy, S., Rosenbaum, M. (1999). *Pregnant Woman on Drugs: Combating Stereotypes and Stigma*, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 45-52.

Nace, E.P., Davis, C.W., Gaspari, J.P. (1991). Axis II: comorbidity in substance abusers. *American Journal of Psychiatry*. 148, 118-120.

Narkowicz, S., Plotka, J., Polkowska, Z., Biziuk, M., & Namiesnik J. (2013). Prenatal Exposure to Substance of Abuse: A Worldwide Problem. *Environment International*, 54, 141-163.

Natoli, S., Batini, F., & Toti, G. (2016). Uguali e diversi: un'indagine comparativa tra generazioni sulle attese e le percezioni relative alla genitorialità. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 49-70.

Nicol-Harper, R., Harvey, A.G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior & Development*, 30 (1), 161-167

Ojo, K.O., Snead, R., Burrell, L., Crowne, S.S., O'Neill, K.M.G., & Duggan, A.K. (2021). Sensitive and Harsh Parenting of Infants: Associations with Maternal Depression, Generalized Anxiety, and Empathic Concern. *Journal of Child and Family Studies*, 30: 2925–2937.

Parker, G. (1990). The Parental Bonding Instrument: A decade of research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25: 281-282.

Parker, G., & Gladstone, G. L. "Parental Characteristics as Influences on Adjustment in Adulthood", in *Handbook of Social Support and the Family*, a cura di Pierce, G. R., Sarason, B. R., & Sarason I. G., (Springer New York, NY, 1996), 195-196.

- Parker, G., Roussos, J., Hadzi-Pavlovic, D., Mitchell, P., Wilhelm, K., Austin, M.P., 1997. The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychological Medicine* 27, 1193–1203.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Parolin, M., & Simonelli, A. (2016). Attachment Theory and Maternal Drug Addiction: The Contribution to Parenting Interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 152 (7), 1-14.
- Pellissier, B., & Jones, N. (2006). Differences in Motivation, Coping Style, and Self-Efficacy among Incarcerated male and Female Drug Users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30: 113-120.
- Pinto, F., Torrioli, M. G., Tempesta, E., & Fundarò, C. (1988). Sleep in Babies Born to Chronically Heroin Addicted Mothers. A Follow Up Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 21, 43-47.
- Porreca, A., Simonelli, A., De Carli, P., Barone, L., Filippi, B., Rigo, P., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2022). A randomized wait-list controlled trial to investigate the role of cognitive mechanisms in parenting interventions on mothers with substance use disorder. *Trials* 23, 588.
- Preti, E., Prunas, A., Sarno, I., & Madeddu, F. (a cura di) (2011). Adattamento italiano. SCL-90-R, Symptom Checklist-90-R di Derogatis (1977). Giunti OS.
- Pulvirenti, R. M., Righi, F., & Valletta, E. (2016). Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza II. La donna, il feto e il neonato. *Quaderni acp*, Vol. 23 (6), 262-265.
- Raval, V., Goldberg, S., Atkinson, L., Benoit, D., Myhal, N., Poulton, L. & Zwiars, M. (2001). Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. *Infant Behavior and Development*, 24, 281–304.

Righetti-Veltima, M., Bousquet, A., & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry* 12: 75-83.

Rollings, B.C., Thomas, D.L. (1979). Parental support, power, and control techniques in the socialization of children. *Contemporary theories about the family: Research-based theories*, 317-364. Free Press, New York.

Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Gersten, M., Hirshfeld, D. R., Meminger, S. R., Herman, J. B., Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia. A controlled study. *Archives of General Psychology*, 45, 463-470.

Rothbaum, F., & Weisz, J.R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behaviour in nonclinical samples: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 1, 55-74.

Safford, S. M., Alloy, L. B., & Pieracci, A. (2007). A Comparison of Two Measures of Parental Behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 16 (3), 375-384.

Salo, S., Politi, J., Tupola, S., Biringen, Z., Kalland, M., Halmesmuki, E., Kahila, H., & Kivittie-Kallio, S. (2010). Early Development of Opioid-Exposed Infants Born to Mothers in Buprenorphine-Replacement Therapy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, 161-179.

Salvini, A., & Dondoni, M. (2011). *Psicologia clinica e dell'interazione e psicoterapia*. Firenze: Giunti Editore.

Sanavio, E. (2016). *Manuale di psicopatologia e psicodiagnostica*. Bologna: Il Mulino.

Sette, G., Coppola, G., & Cassibba, R. (2015). The transmission of Attachment Across Generations: The State of Art and New Theoretical Perspectives. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(3), 315-326.

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., & Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246.

Silva, S. A., Pires, A. P., Guerreiro, C., & Cardoso, A. (2012). Balancing Motherhood and Drug Addiction: The Transition to Parenthood of Addicted Mothers. *Journal of Health Psychology*, 18(3), 359-367.

Siqveland, T. S., Haabrekke, K., Wentzel-Larsen, T., & Moe, V. (2014). Patterns of Mother-infant Interaction from 3 to 12 months among Dyads with Substance Abuse and Psychiatric Problems. *Infant Behavior & Development*, 37(4), 772-786.

Siqveland, T. S., & Moe, V. (2014). Longitudinal Development of Mother-Infant Interaction During the First Year of Life Among Mothers with Substance Abuse and Psychiatric Problems and Their Infants. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(4), 408-421.

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P.K. (2017). Emotion regulation as a Transdiagnostic Treatment Construct across Anxiety, Depression, Substance, Eating and Borderline Personality Disorders: A systematic Review. *Clinical Psychology Review*. 57, 141-163.

Stern, D. (1987). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.

Stern, D.N. (2004), *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina.

Stocco, P., Simonelli, A., Capra, N., & De Palo, F. (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: new perspectives. *Addictions -From Pathophysiology to Treatment*, ed D. Belin (InTech), 425–452.

Strathearn, L., & Mayes, L. C. (2010). Cocaine Addiction in Mothers: Potential Effects on Maternal Care and Infant Development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1187, 172–83.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2022). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health. *Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.

Suchman, N. E., McMahon, T. J., Slade, A., & Luthar, S. S. (2005). How Early Bonding, Depression, Illicit Drug Use, and Perceived Support Work Together to Influence Drug-Dependent Mothers' Caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (3), 431-445.

Swendsen, J. D., & Merikangas K. R. (2000). The Comorbidity of Depression and Substance Use Disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(2): 173-189.

Tambelli, R., (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: Il Mulino.

Tancred, E., & Greeff, A. (2015). Mothers' parenting styles and the association with family coping strategies and family adaptation in families of children with ADHD. *Clinical Social Work Journal*, 43(4), 442–451.

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.

Torresani, S., Favaretto, E., & Zimmermann, C. (2000). Parental Representations in Drug-Dependent Patients and Their Parents, *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 123-129.

Vakrat, A., Apter-Levy, Y., & Feldman, R. (2018). Sensitive Fathering Buffers the Effects of Chronic Maternal Depression on Child Psychopathology. *Child Psychiatry & Human Development*.



Van den Bergh, B. R., Mulder, E. J., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237-258.

Van der Voort, A., Juffer, F., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2014). Sensitive parenting is the foundation for secure attachment relationships and positive social-emotional development of children. *Journal of Children's Services*, Vol. 9, 2, 165 – 176.

Veijola, J., Läärä, E., Joukamaa, M., Isohanni, M., Hakko, H., Haapea, M., Pirkola, S., & Mäki, P., 2008. Temporary parental separation at birth and substance use disorder in adulthood. A long-term follow-up of the Finnish Christmas Seal Home Children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43, 11–17.

Vucinovic, M., Roje, D., Vucinovic, Z., Capkun, V., Bucat, M., & Banovic, I. (2008). Maternal and Neonatal Effects of Substance Abuse during Pregnancy: Our Ten-year Experience. *Yonsei Medical Journal*, 49(5), 705-713.

West, K. D., Ali, M. M., Blanco, M., Natzke, B., & Nguyen, L. (2023). Prenatal Substance Exposure and Neonatal Abstinence Syndrome: State Estimates from the 2016-2020 Transformed Medicaid Statistical Information System. *Maternal and Child Health Journal*.

West, A.E., & Newman, D.L. (2003). Worried and Blue: Mild Parental Anxiety and Depression in Relation to the Development of Young Children's Temperament and Behavior Problems. *Parenting. Science and Practice*, 3:2, 133-154.

Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The Stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychological Medicine*, 35(3), 387-393.

Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The Behavior of Anxious Parents: Examining Mechanisms of Transmission of Anxiety from Parent to Child. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31:3, 364-374.

Zaharah Abu Bakar, P Margaret Brown & Maria D Remine (2010) Sensitivity in Interactions between Hearing Mothers and their Toddlers with Hearing Loss: The Effect of Cochlear Implantation, *Deafness & Education International*, 12:1, 2-15.