



# **Tossicodipendenza e genitorialità: fattori di rischio e programmi di intervento**

di Sara Bellucci

## **Introduzione**

Parlando di tossicodipendenza sono moltissime le problematiche sia fisiologiche sia psicologiche che negli ultimi decenni hanno interessato i ricercatori e ne farò una breve esposizione, definendo il concetto stesso di tossicodipendenza.

Mi concentrerò sui particolari legami di attaccamento che si sviluppano tra la diade madre-bambino, spiegando in breve la teoria dell'attaccamento e le varie classificazioni del tipo di legame che sono state proposte durante gli anni, sia studiando il pattern di attaccamento che il bambino mostra nell'infanzia, sia osservando come questo legame viene percepito nell'età adulta. Questo impianto teorico sarà alla base di tutto il mio lavoro e ci aiuterà a capire l'importanza fondamentale dei rapporti affettivi precoci tra genitori e bambino per lo sviluppo di una personalità sana ed equilibrata nell'età adulta.

Tratterò poi quello che è il vero e proprio tema centrale di questa tesi: la nascita di un figlio in una coppia tossicodipendente. Negli ultimi anni, infatti, è apparso sempre più chiaro agli operatori dei dipartimenti e dei Servizi per le tossicodipendenze che molte persone dipendenti da sostanze sono

anche genitori e come tali dovrebbero essere assistiti.

Descriverò le conseguenze della dipendenza genitoriale sul legame di attaccamento, facendo una riflessione su quelli che sono i fattori di rischio a cui un bambino viene esposto in una famiglia con problemi di dipendenza. Mi soffermerò in particolare sugli studi che riguardano la trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento. Tali studi suggeriscono che è molto probabile che un soggetto instauri col proprio figlio lo stesso tipo di legame che i suoi genitori hanno stabilito con lui quando era piccolo.

Risulta chiaro, quindi, come sia molto importante poter capire se ed in che modo il modello di attaccamento generalmente sviluppato con i genitori tossicodipendenti influenzi la probabilità del minore di diventare a sua volta tossicodipendente o di sviluppare comportamenti devianti.

Ho ritenuto opportuno dedicare l'ultima parte del mio lavoro all'analisi dei programmi di prevenzione e di aiuto pubblici e privati destinati alle famiglie con problemi di tossicodipendenza.

Ritengo sia fondamentale pensare ed attuare interventi specifici per questa situazione, in modo da offrire ai genitori tossicodipendenti sia un aiuto concreto nella gestione ed eventuale risoluzione della dipendenza, sia un sostegno alla genitorialità, con progetti di formazione continuativi che aiutino i soggetti nella cura dei figli. E' importante tenere sempre ben presente che al centro di questi progetti deve comunque esserci il benessere e la protezione del minore, poiché sia in termini di costi sanitari che prettamente criminologici e psicologici è innegabile che un efficace intervento preventivo sia nettamente preferibile ad un intervento di aiuto successivo allo sviluppo di una dipendenza o di comportamenti devianti.

## **La Tossicodipendenza**

Il concetto di dipendenza di per sé non ha un significato negativo. Di fatto, la vita di ognuno di noi appare continuamente pervasa da relazioni di dipendenza più o meno intense con oggetti, persone, comportamenti o attività nostre e altrui. Tutte queste relazioni di dipendenza tendono ad essere vissute come un mezzo per soddisfare bisogni, desideri e obiettivi (Couyoumdjian et al, 2006).

E' interessante anche riflettere sul fatto che molti processi educativi della nostra società prendono il via da un insieme di valori che potremmo definire "valori della dipendenza". Quello che conta nelle moderne società sono i risultati, viene insegnato a non dare importanza ai processi che li determinano, né alla riflessione sul proprio percorso di crescita personale. Le persone imparano a considerare gli altri soltanto in base a ciò che hanno e non a ciò che sono, viene meno il rispetto

reciproco e le relazioni finiscono per esistere solo in funzione dell'uso e consumo dell'altro (Marianella, 2011).

Questa riflessione ci aiuta a capire come la trasmissione familiare e sociale dei valori possa essere in qualche modo legata allo sviluppo di una dipendenza, e come molto spesso questo termine venga utilizzato senza cognizione di causa, al solo scopo di farci sentire al riparo da questa problematica.

L'accezione negativa associata alla "dipendenza" deriva, quindi, da una definizione in qualche modo moralistica di una relazione problematica e invalidante tra un individuo e una sostanza psicoattiva.

La definizione più recente del concetto di dipendenza ci dice che :

*“La tossicodipendenza non è una scelta, ma una malattia cronica recidivante che si basa fundamentalmente sull'annullamento della volontà del soggetto, mediante precisi meccanismi neuropsicologici legati direttamente all'effetto delle sostanze e alle caratteristiche di vulnerabilità individuali ed ambientali della persona malata”* (Sussmann, 2011).

Sebbene i fattori che contribuiscono all'instaurarsi della tossicodipendenza siano molteplici e di varia natura, è ormai chiaro che questa condizione è primariamente legata alle specifiche proprietà farmacologiche delle droghe, ed in seguito favorita da specifici meccanismi motivazionali e di gratificazione che diventano fondamentali per il tossicodipendente e che ne guidano il comportamento (Di Chiara, 2004).

Molte teorie e modelli psicologici nel corso degli ultimi decenni hanno provato a chiarire quelle che potrebbero essere questi meccanismi, e quindi le cause dello sviluppo di una dipendenza psicologica da sostanza.

L'*approccio psicoanalitico* alla tossicodipendenza tende a considerare una serie di eventi concatenati ricercando il senso o la causa della condizione in atto in qualcosa che è accaduto "prima": la genesi della tossicodipendenza è rintracciata in altri problemi, precedenti e sottostanti, che avrebbero un significato strutturale, mentre essa è considerata generalmente un epifenomeno o addirittura semplicemente un sintomo o una forma espressiva del disturbo psicopatologico.

Le spiegazioni della tossicodipendenza proposte in ambito psicanalitico fino agli anni '60 condividevano l'idea che essa costituisce un disturbo della personalità caratterizzato da fissazione orale, disturbi maniaco-depressivi-narcisistici e salienza degli istinti distruttivi. In questa prospettiva la condotta tossicomane era soprattutto interpretata come conseguenza di una fissazione ad una fase pregenitale (ovvero orale) dello sviluppo psico-sessuale e proprio da quest'ultima derivava il carattere coatto della ricerca del piacere da parte del tossicomane e la sua incapacità di dilazionarne nel tempo la soddisfazione (Bignamini, 2003).

- Nelle opere di Freud (ad es. “Tre saggi sulla teoria sessuale” del 1905) sono presenti osservazioni isolate che rimarcano le caratteristiche regressive delle condotte tossicomane: i tossicodipendenti sono ritenuti vittime di una fissazione alla fase orale, che li rende incapaci di staccarsi da un oggetto d’amore che li nutre e placa il dolore derivante dalla mancata soddisfazione dei bisogni primari. Come esempi del fatto che la tossicodipendenza e' abitualmente affrontata “come se” fosse qualcosa d'altro, all'interno del panorama psicoanalitico, si possono citare:

- Rado (“The psychic effects of intoxication: attempts at a psychoanalytic theory of drug addiction” in International Journal of Psycho- Analysis, VII, 1926), in accordo con la posizione espressa da Freud, definisce la tossicomania come una specie di “*orgasmo alimentare*” associato a disturbi di tipo maniaco-depressivo e che ha soprattutto una funzione di barriera contro la sofferenza;

- Rosenfeld (“Psychotic state”, London, The Hogart Press, 1965), riferendosi al ciclo maniaco depressivo, sostiene che il tossicodipendente ricorre alla droga per difendersi, tramite una reazione maniacale, da una sofferenza di tipo depressivo. Secondo questo autore la tossicodipendenza si associa all’esistenza di un trauma precoce che influenza lo sviluppo della personalità del bambino, impedendogli di raggiungere una relazione oggettuale;

- Kohut, (“Narcisismo e analisi del sé”, Boringhieri, 1976) inquadra la tossicodipendenza nell'ambito dei disturbi narcisistici, per cui la droga e' *“una sostituzione di una funzione che l'apparato psichico non può svolgere, non un sostituto di un oggetto d'amore o da cui essere amati”*. La droga è vista quindi come oggetto inanimato e controllabile che allontana il senso di inadeguatezza e consente di affrontare la realtà della crescita, con le connesse frustrazioni inevitabili;

- Bergeret, (“Chi è il tossicomane. Tossicomania e personalità”, Dedalo, 2001) sostiene che il tossicodipendente ha riportato delusioni precoci e ripetute nelle relazioni precoci fondamentali, e queste fanno sì che i suoi desideri siano degradati a semplici bisogni, soddisfatti attraverso il comportamento mediante il passaggio all’atto e non entrino nel campo dell’immaginario per l’incapacità dell'individuo di usare il registro fantasmatico e simbolico. L’autore distingue tre tipologie di tossicomani: a struttura nevrotica (con comportamenti tendenzialmente autoaggressivi e masochisti), a struttura psicotica (che assumono droga o per contrastare l’eventualità che il loro immaginario possa straripare o per giustificare tale straripamento), e a struttura depressiva (soggetti immaturi, che non hanno superato con successo la fase adolescenziale e che appaiono indecisi, oscillanti e dipendenti dagli altri);

- Olievenstein (“Il destino del tossicomane”, Borla, 1984), allievo di Lacan, e' forse l'unico tra questi autori citati che dedica una parte significativa della sua attività non solo di ricerca, ma anche

di cura, ai tossicodipendenti, e conduce osservazioni su circa 12.000 casi seguiti presso il Centro Medico Marmottan di Parigi. Pur individuando uno specifico meccanismo psicologico per descrivere la genesi della dipendenza (la teoria della *"fase dello specchio infranto"*, per la quale il rituale tossicomano trae origine dall'esperienza di una simultaneità del riconoscimento del Sè e della sua frattura ed è basato sulla ricerca ad ogni costo di provare nuovamente, tramite la sostanza, quella prima esperienza d'incontro riuscito con l'immagine del Sè precedentemente solo intravista) definisce la droga come equivalente allo sprofondarsi nell'arcaico, nel pregenitale, rimettendosi nella posizione del bambino piccolo e annullando la frattura;

- Adler, (*"Prassi e teoria della Psicologia Individuale"*, Astrolabio, Roma, 1967; *"Il temperamento nervoso"*, Astrolabio, Roma, 1971) sostiene che l'individuo che fa uso di sostanze vuole cancellare il proprio sentimento di inferiorità; la sostanza viene quindi usata per non dover affrontare i problemi che la realtà impone e assumerla dà una percezione fittizia del mondo, che però viene percepita "come se" fosse reale. Secondo l'autore anche le relazioni infantili con le figure genitoriali hanno un ruolo molto importante nello sviluppo delle tossicodipendenze. Adler ritiene che i meccanismi che stanno alla base della dipendenza siano gli stessi delle nevrosi, delle difficoltà educative e delle perversioni. Questa impostazione rende difficile (da una prospettiva psicoanalitica) la comprensione della tossicodipendenza come patologia: il "vero problema" sarebbe sempre da ricercare altrove e la tossicodipendenza sarebbe solo una particolare forma di quel problema;

- Una critica di Kernberg (Kernberg, 1985) riguardo l'applicazione rigidamente astratta delle teorie psicologiche potrebbe essere adattata al caso della tossicodipendenza: *"l'applicazione senza adattamenti della medesima tecnica psicoanalitica a pazienti con ogni grado di psicopatologia...riflette sul piano clinico la tendenza a sottovalutare l'importanza dei fattori ambientali e a sopravvalutare invece l'importanza della presunta intensità innata delle pulsioni...le interpretazioni comportano il rischio di indottrinare intellettualmente i pazienti"*.

Spesso il "vero problema" è da ricercare altrove e la tossicodipendenza diventa effettivamente una particolare forma di quel problema. Sicuramente questa condizione può essere verificata solo in alcune circostanze, ma è altrettanto vero che in altre è indimostrabile o addirittura fuorviante per la trattazione del caso (Bignamini, 2003).

Oggi, i ricercatori psicoanalitici contemporanei vedono il comportamento tossicomano come un meccanismo adattivo e difensivo (Khantzian, 1986,1997; Wurmser, 1974) e come un riflesso della carenza della capacità di prendersi cura di sé. Questa ridotta capacità può essere pertanto collegata al passato del soggetto, in particolare ad un'inadeguata interiorizzazione delle figure genitoriali: il tossicodipendente non acquisisce lo strumento dell'auto-protezione.

Secondo Cancrini (1994) l'abuso di sostanze costituisce per l'individuo un tentativo di fronteggiare da solo livelli di sofferenza percepiti come intollerabili. Le tossicodipendenze rappresentano un insieme disomogeneo di situazioni, che sembrano accumulate soprattutto dal tipo di soluzione scelta per affrontarle. L'autore le classifica in 4 tipologie.

Alla tossicodipendenza di tipo A o della nevrosi traumatica si riconducono quei comportamenti tossicomani che si situano in relazione ad un lutto di fronte al quale il soggetto è incapace di elaborare difese sufficienti e di trovare, entro il suo orizzonte relazionale, un interlocutore adatto e rassicurante.

Le tossicodipendenze di tipo B e che si collocano nell'area della nevrosi hanno a che fare con i problemi di individuazione del sé tipici del periodo adolescenziale, rappresentano cioè, la copertura di alcune patologie psichiche adolescenziali.

La tossicodipendenza di tipo C, associata a un forte disturbo di personalità, riguarda soggetti che utilizzano in modo massiccio meccanismi di difesa basati sulla scissione, sul diniego, su diverse forme di identificazione proiettiva e che evidenziano scarse capacità di sperimentare stati di piacere e di benessere. Il fattore predisponente sembra essere una strutturazione incompleta della personalità di questi soggetti, quindi una loro assoluta immaturità e incapacità di condurre investimenti affettivi stabili e di stabilire relazioni oggettive affidabili.

Infine con la tossicodipendenza di tipo D o sociopatica si ha a che fare con disturbi sociopatici della personalità. Si tratta di soggetti che hanno la tendenza ad esprimere i conflitti attraverso comportamenti di acting out e che assumono la droga in modo distratto e anaffettivo, con un carattere di sfida.

Partendo da questi approcci molti studiosi hanno cercato di creare un profilo psicologico del tossicodipendente "tipo". Queste ricerche hanno mostrato che la maggioranza dei tossicodipendenti, pur non rientrando in un'unica entità nosografica, soffre di un sottofondo depressivo, precedente l'abuso (Cirillo et al., 1996). Spesso viene riferito da queste persone come senso di noia, di sfiducia verso il futuro, per cui il tossicodipendente non riesce a prefissarsi degli obiettivi e non riesce a provare piacere nel realizzarli durante il quotidiano. Inoltre, altra caratteristica che si può riscontrare nel vissuto della persona dipendente è la sua scarsa autostima (Borgioni, 2007).

A livello psicologico il potere di attrazione che le droghe esercitano sulle persone è strettamente collegato alle credenze e alle aspettative che gli individui hanno in quel momento riguardo ai possibili effetti delle sostanze (Ravenna 1997). Perché un individuo decida di assumere una droga è necessario che abbia elaborato un orientamento favorevole al consumo e che consideri l'eventualità

di provare un'esperienza in grado di rispondere a bisogni e ad aspettative per lui rilevanti in rapporto a diversi ambiti: esperienza di sé, relazione con gli altri, stile di vita, tutti in rapporto alla fase di vita in cui si trova.

## **L'attaccamento dall'infanzia all'età adulta**

L'attaccamento è uno specifico aspetto della relazione tra bambino e genitore ed ha come scopo il tenere il bambino al sicuro, in salute e protetto. E' considerato un processo essenziale sia per la sopravvivenza del neonato sia per il suo sviluppo fisico e mentale. Il neonato, infatti, pur essendo competente in molte cose, non può vivere senza un adulto che lo nutre e lo protegge dai pericoli ambientali (Belsky, 2002). Il bambino, quindi, tramite l'attaccamento utilizza il caregiver primario come base sicura che gli permette di esplorare il mondo circostante in serenità e, quando necessario, di ricevere conforto.

La teoria dell'attaccamento, concepita da John Bowlby (1969, 1973,1980) in un contesto evolucionistico, afferma che i bambini nascono già con un set di meccanismi comportamentali selezionati per aumentare le loro possibilità di sopravvivenza. Il sistema regolatorio diadico (madre-bambino) e i comportamenti associati ad esso sono attivati normalmente dalla percezione di pericoli esterni e da stati di stress interni, come malattie o stanchezza. La particolarità di questa teoria è la sua focalizzazione sulla selettività delle relazioni personali che garantiscono la protezione e la sicurezza emozionale del bambino.

La relazione di attaccamento si forma nel corso dell'interazione con i caregivers, tramite cui i bambini accumulano informazioni rispetto alla disponibilità, alla qualità e alla affidabilità delle risposte degli altri e, circa alla fine del primo anno di vita, si formano delle specifiche rappresentazioni sui caregivers, su se stessi e sulla natura di queste relazioni. Secondo questa teoria, nel corso del tempo, tra le interazioni con le persone che accudiscono il bambino vengono estrapolate quelle più frequenti che, riprodotte più volte e ricordate, diventano relazioni. Le relazioni costituiscono quindi una sorta di modello mentale, una struttura schematica di conoscenza, che ognuno di noi possiede e che può evocare e "ripetere".

Si formano così i Modelli Operativi Interni (MOI), cioè contenuti mentali che hanno la funzione fondamentale di prevedere alcuni aspetti della relazione con l'altro, consentendo all'individuo di organizzare il proprio comportamento di conseguenza. L'utilità di questi modelli non consiste nel fatto che contengono tutte le informazioni sulle relazioni sperimentate dal bambino, ma nel fatto

che si strutturano come una forma di conoscenza autobiografica generalizzata, "schematica", sulla realtà interattiva e relazionale vissuta nel corso della crescita (Bretherton, 1995). In altre parole, l'individuo sviluppa nel corso delle interazioni ripetute un modello estremamente complesso della figura di attaccamento e, parallelamente, un modello complementare di sé stesso: queste due parti compongono una rappresentazione della relazione tra i protagonisti. Un bambino, quindi, che ha costruito un modello operativo della figura di attaccamento come sensibile, disponibile e attenta ai suoi bisogni, interiorizzerà un modello complementare di sé come degno e meritevole di cure e di protezione.

La possibilità di sperimentare relazioni sicure e coerenti nel corso della vita e specialmente della prima infanzia sembra quindi consentire al bambino e poi all'adulto la capacità di costruirsi un mondo rappresentazionale che diventi anche uno spazio di pensiero, un contenitore di affetti, emozioni e pensieri ripetibili in futuro e connotati da caratteristiche di sicurezza, supporto e continuità.

L'ontogenesi del sistema di attaccamento può essere suddivisa in tre fasi:

- *Prima fase: 0-6 mesi. Orientamento e pattern di riconoscimento.* I bambini appena nati non sono in grado di distinguere una persona dall'altra, ma reagiscono intensamente al contatto umano. Verso la quarta settimana rispondono con un sorriso al volto umano, evocando negli altri un sorriso di rispecchiamento, per cui quanto più la madre risponde con un sorriso tanto più il bambino continuerà a sorridere. Stern (1985) considera lo sguardo reciproco tra madre e bambino come l'elemento chiave nello sviluppo del mondo interno del bambino. L'invariabilità del viso della madre dà al bambino un senso primitivo di "storia", di continuità attraverso il tempo che è indispensabile per la costruzione del senso del sé. Oltre al guardare è anche importante il tenere. A questo proposito Bowlby fa un esplicito riferimento al concetto di "holding" elaborato da Winnicott (1971) il quale intendeva connotare con questo termine non solo il sostegno fisico, ma anche l'intero sistema psicofisiologico di protezione, sostegno, cura e contenimento che circonda il bambino e senza il quale egli non sopravviverebbe né fisicamente, né emotivamente. Intorno al terzo mese diventa evidente come abbia inizio una relazione di attaccamento: il bambino discrimina in modo più sicuro gli altri mentre guarda e ascolta, inoltre reagisce diversamente alla voce di sua madre, piange in modo diverso se lei se ne va o se si allontanano altre persone, la saluta diversamente e comincia ad alzare le braccia verso di lei per essere preso in braccio. La madre ovviamente risponde a questi segnali e si stabilisce



così un sistema reciproco di feedback e di omeostasi, che porta ad una reciproca conoscenza, elemento centrale per una relazione di tipo sicuro.

- *Seconda fase: 6 mesi-3 anni. Attaccamento “set-goal” (scopo programmato).* Verso i 7-8 mesi il bambino comincia a mostrare “l’ansia per l’estraneo” (Spitz, 1958), facendosi silenzioso e aggrappandosi alla madre in presenza di una persona estranea. Bowlby descrive l’attaccamento di questo periodo come basato su set-goal. Il set-goal per il bambino è mantenersi abbastanza vicino alla madre: usarla come base sicura per le esplorazioni (questo è il periodo in cui inizia infatti la locomozione) quando la minaccia ambientale è al minimo, ed esibire proteste per la separazione o segnali di pericolo quando ce n’è bisogno. Il sistema è ovviamente a feedback, il comportamento di attaccamento è una relazione reciproca, crea modelli operativi interni che rappresentano la collocazione del sé e della figura di attaccamento.
- *Terza fase: dai 3 anni in poi: La formazione di una relazione reciproca.* Con l’inizio della produzione del linguaggio sorge un pattern molto più complesso, che non può essere descritto in termini di semplice comportamento. Il bambino può ora cominciare a pensare ai genitori come a persone separate da lui, con propri scopi e progetti, ed escogitare modi diversi per influenzarli. Attaccamento e dipendenza rimangono comunque attivi lungo tutto il ciclo di vita, sebbene nella vita adulta non siano evidenti allo stesso modo che nei bambini piccoli.

Una prima classificazione degli stili di attaccamento è stata formulata da Mary Ainsworth attraverso la Strange Situation (1978), una innovativa tecnica di osservazione della relazione madre-bambino, ottimo strumento diagnostico, oltreché di ricerca, attualmente ancora molto utilizzato. La Strange Situation è stata messa a punto per illustrare il funzionamento del sistema comportamentale di attaccamento nei bambini di un anno, esponendoli a situazioni combinate di lieve pericolo (in un ambiente sconosciuto, dal quale la madre si allontana per un breve tempo). La Strange Situation consiste in una sequenza standard di episodi della durata di tre minuti in un laboratorio attrezzato per il gioco in cui il genitore lascia due volte il bambino (una volta in compagnia di un estraneo e una volta da solo) per poi ritornare.

La Ainsworth ha sviluppato un sistema di classificazione suddiviso in tre categorie (A,B,C) per descrivere il modello di risposta del bambino al genitore insieme al quale è osservato. L’autrice ha

riscontrato uno stretto legame tra la modalità di risposta del bambino alla separazione e alla riunione con la madre durante il test, e l'interazione madre-figlio nella situazione domestica.

I bambini le cui madri si erano dimostrate sensibili ai loro segnali durante gli episodi di alimentazione, di pianto, di sostegno e di interazione faccia a faccia a casa durante i primi tre mesi di vita, accoglievano con gioia il ritorno delle loro madri dopo una breve separazione nella Strange Situation. Le avvicinavano cercando l'interazione o il contatto stretto, si tranquillizzavano abbastanza rapidamente e tornavano poi a giocare. Questi bambini venivano classificati come **sicuri (gruppo B)**. In generale il bambino con attaccamento Sicuro manifesta quello che è stato definito un comportamento di base sicura, nel senso che da un lato appare relativamente autonomo nell'esplorazione dell'ambiente, soprattutto quando il genitore è presente, dall'altro appare in grado di segnalare con chiarezza i propri bisogni di attaccamento e consolarsi e rassicurarsi alla presenza dell'adulto di riferimento. Possiamo quindi definire l'attaccamento Sicuro come un'organizzazione comportamentale e relazionale nella quale vi è un corretto bilanciamento fra esplorazione dell'ambiente e attaccamento nei confronti del genitore, ovvero tra indipendenza/autonomia e dipendenza.

Invece i bambini di madri insensibili ai loro segnali durante le interazioni quotidiane evitavano la mamma al suo ritorno, rimproverandola, guardando lontano, voltandosi o allontanandosi, oppure rifiutavano le offerte di interazione (**insicuri-evitanti o gruppo A**). In senso più generale nei bambini con attaccamento Insicuro-Evitante il bilanciamento tra esplorazione dell'ambiente e attaccamento nei confronti del genitore è spostato in favore della prima: il loro comportamento enfatizza gli aspetti di indipendenza, autonomia e autosufficienza affettiva nei confronti della figura di riferimento. La caratteristica distintiva di questi bambini è data dal fatto che tendono a inibire la manifestazione dei propri bisogni psicologici di confronto e protezione rispetto alla figura di attaccamento, enfatizzando uno stile relazionale di autonomia e indipendenza.

Altri bambini rispondevano in maniera ambivalente quando la madre tornava: essi cercavano il contatto fisico ravvicinato, ma mostravano anche comportamenti di rabbia e resistenza. I bambini classificati in questo gruppo, detto **insicuro-ambivalente (gruppo C)**, volevano essere presi in braccio, ma erano troppo stressati per avvicinarsi alla madre. Tendenzialmente, questi bambini manifestano fin da subito una minore capacità di esplorare l'ambiente in modo autonomo e di interagire con la figura estranea, un notevole disagio durante la separazione, accompagnato anche da una minore capacità di recupero nei momenti di ricongiungimento. Nei bambini Ambivalenti, il bilanciamento tra esplorazione e attaccamento è in disequilibrio a favore del secondo, appaiono

dipendenti e centrati sul genitore, con pochi aspetti di autonomia, e con la tendenza a mettere in atto forti manifestazioni di attaccamento, caratterizzate da sentimenti di rabbia o da passività, che non si placano anche quando il loro fine (ottenere la presenza della figura di attaccamento) viene raggiunto (Di Donna, 2012).

Esiste poi un quarto gruppo di bambini chiamati **insicuri-disorganizzati (gruppo D)** il cui comportamento non corrisponde a nessuna delle tre categorie individuate dalla Ainsworth, ma che venne classificato da Mary Main e Judith Solomon solo verso la fine degli anni '80 (Main e Solomon, 1986). Le caratteristiche complessive più evidenti rilevati in questa categoria sono la contraddittorietà di alcuni movimenti osservati, che fanno dedurre una sottostante contraddittorietà nelle intenzioni o nei piani comportamentali del bambinoe/o la sensazione che il piccolo abbia una perdita di orientamento nell'ambiente circostante. Nel complesso, il bambino con attaccamento Insicuro-Disorganizzato ha un comportamento apparentemente simile a quello dei bambini Sicuri, Evitanti o Ambivalenti, ma in alcuni momenti sembra privo di una strategia coerente nella relazione con il genitore. La mancanza di coerenza nella strategia si può manifestare tramite momenti di disorganizzazione del comportamento (in cui sono presenti comportamenti tra loro contraddittori) o momenti di disorientamento (in cui il bambino non sembra del tutto consapevole rispetto a quanto succede). L'aspetto rilevante è che i comportamenti disorganizzati si verificano solamente quando il genitore è presente e, soprattutto, nei momenti di riunione dopo la separazione, come se non si trattasse di una caratteristica del bambino, ma di un tratto definitorio della relazione.

Numerosi studi longitudinali hanno rilevato una tendenza alla coerenza e alla stabilità tra i pattern di attaccamento infantili e quelli adulti, alcune ricerche più recenti hanno tuttavia evidenziato come le strategie di attaccamento possano andare incontro nel corso dello sviluppo individuale a riorganizzazioni e a trasformazioni evolutive anche ampie e significative, riconducibili sia ai meccanismi di crescita e di maturazione cognitiva che alla disponibilità di nuove significative esperienze di attaccamento (Crittenden, 1997).

Negli anni '80 Main, Kaplan, Cassidy cercarono di valutare l'attaccamento adulto attraverso un'intervista clinica (Main et al, 1985): l'Adult Attachment Interview (AAI). L'AAI si propone di raccogliere le narrative dei soggetti intervistati circa l'attaccamento che da bambino metteva in atto nei confronti dei genitori e degli altri significativi. Rende quindi la fotografia di quella persona rispetto all'attaccamento. L'assunto fondamentale di questo strumento è che la qualità del suo discorso rifletta la modalità con cui le esperienze di attaccamento sono state organizzate nella mente del soggetto (Calvo & Fava Vizziello, 1997).

Le categorie alle quali è possibile pervenire attraverso la codifica della Adult Attachment Interview sono le seguenti (Calvo & Fava Vizziello, 1997; Simonelli & Calvo, 2002):

- **Attaccamento Autonomo:** Modello di Sé positivo e dell'Altro positivo. Basso esitamento, bassa ansia. Alta coerenza, alta fiducia in se stesso, approccio positivo con gli altri, alta intimità nelle relazioni. Il modello positivo dell'individuo autonomo lo porta ad avere fiducia in se stesso e ad apprezzare gli altri, dai quali viene considerato come tipo positivo. Le sue relazioni di coppia sono caratterizzate da intimità, rispetto, apertura emotiva ed i conflitti con il partner si risolvono in maniera costruttiva.
- **Attaccamento Coinvolto:** Modello di Sé negativo e dell'Altro positivo. Il modello negativo che l'individuo coinvolto ha di sé lo porta ad avere una bassa autostima tendente alla dipendenza dal giudizio altrui. Invece, il modello positivo che ha dell'altro lo porta alla continua ricerca di compagni e di attenzione. Necessita continuamente di intimità nelle relazioni tanto da far allontanare gli altri. Le sue relazioni sentimentali sono costellate di passione, rabbia, gelosia e ossessività. Tende ad iniziare conflitti con il partner rimandando, però, la rottura del legame.
- **Attaccamento Distanziante:** Modello di Sé positivo, dell'Altro negativo. Il modello positivo dell'individuo distanziante lo porta ad avere alta fiducia in se stesso senza interessarsi del giudizio degli altri anche se pensa di essere considerato arrogante, furbo, critico, serio e riservato. Il modello negativo che ha dell'altro lo porta a dare l'impressione di non apprezzare molto le altre persone, appare cinico o eccessivamente critico. Svaluta l'importanza delle relazioni e sottolinea l'importanza dell'indipendenza, della libertà e dell'affermazione. Le sue relazioni di coppia sono caratterizzate dalla mancanza dell'intimità, tendendo a non mostrare affetto nelle relazioni. Preferisce evitare i conflitti e si sente rapidamente intrappolato o annoiato dalla relazione.
- **Attaccamento con Lutti o Traumi non risolti:** Modello di Sé negativo, dell'Altro negativo. Il modello negativo che l'individuo ha di se stesso lo porta ad avere bassa autostima e molte incertezze verso se stesso e verso gli altri. Il modello negativo che ha dell'altro lo porta ad evitare le richieste d'aiuto, evita i conflitti ed ha difficoltà a fidarsi degli altri. È difficile trovarlo coinvolto in una relazione sentimentale e quando vi si trova assume un ruolo passivo. In tali relazioni è dipendente ed insicuro. Tende ad autocolpevolizzarsi per gli eventuali problemi di coppia ed ha difficoltà a comunicare

apertamente ed a mostrare i propri sentimenti al partner.

Main e collaboratori (1985), utilizzarono l'AAI in uno studio volto a dimostrare una correlazione tra gli stili di attaccamento degli adulti, valutati con l'Adult Attachment Interview, e gli stili di attaccamento dei figli, valutati con la Strange Situation. Paragonando il tipo di attaccamento del bambino, definito nell'ambito della Strange Situation all'età di 1 anno, con la categoria della madre definita cinque anni dopo sulla base dei risultati dell'intervista, la Main poté verificare una classificazione incrociata in cui risultava che le madri autonome (parlano delle loro esperienze da bambini in modo aperto e coerente, riconoscendo sia gli eventi e le emozioni positivi che quelle negativi) tendevano ad avere bambini sicuri, quelle rifiutanti (sembrano volersi dissociare dalle caratteristiche emotive dell'infanzia, non ammettendo in modo particolare le esperienze negative e il loro significato), avevano bambini evitanti, le madri preoccupate (sono troppo coinvolte dai loro ricordi e ne sono così sopraffatte da diventare incoerenti e confuse durante l'intervista), avevano bambini resistenti.

Il valore di correlazione (0,61) ottenuto dalla Main non indica certo una coincidenza perfetta, e sembra quindi che entrino in gioco altri fattori. Tuttavia, questo valore è sufficientemente elevato da suggerire un qualche legame tra le due classificazioni.

### **Tossicodipendenza e genitorialità**

Questa cornice teorica ci fa capire in modo molto chiaro come sia fondamentale per il nostro equilibrio psicofisico ed emozionale aver avuto nella prima infanzia un caregiver capace di sostenerci con affetto e sensibilità, di darci attenzione e riconoscimento.

La genitorialità può essere considerata come un momento di crisi individuale che comporta l'elaborazione di una serie di cambiamenti, di perdite e di angosce collegate alle vicissitudini della realtà esterna e del mondo interno. E' interessante sottolineare che nella genitorialità, e quindi nell'espressione di affetto e nel dare punti di riferimento, si possono individuare due diversi livelli di coinvolgimento presenti normalmente nel padre e nella madre in proporzione diverse. In particolare, il divenire genitori richiede alla madre la capacità di stabilire inizialmente un rapporto a due col bambino, la cosiddetta relazione simbiotica o duale, ed in un secondo momento di inserire un terzo, cioè il padre, all'interno della relazione. La funzione paterna è rappresentata, essenzialmente, dal fatto che il padre costituisce una sorta di protezione della diade madre-bambino e nel contempo

l'elemento intermediario tra questa e la realtà esterna e che successivamente entra nella diade creando la possibilità di separazione (Vaccari, 2002).

Molte ricerche ci dicono che il comportamento dei figli può venire influenzato da quello dei genitori, chiarendo come la famiglia sia uno dei fattori protettivi più efficaci nella vita dei figli per prevenirne l'avvicinamento alle droghe. Le famiglie, infatti, sono in grado di proteggere i figli da molti comportamenti a rischio e problemi di salute mentale, compresa la tossicodipendenza, fornendo loro sicurezza emotiva ed economica, un giusto orientamento, ponendo limiti precisi, supervisionandoli, soddisfacendo i bisogni di base, di sicurezza, stimolando lo sviluppo e la stabilità (Vaccari, 2002).

Parlando di famiglie con problemi di dipendenza da sostanze il primo dato che emerge dalla letteratura è l'iniziale scarsa visibilità del problema: il problema della genitorialità nelle persone tossicodipendenti fino ad un certo momento non viene visto dagli operatori dei servizi, probabilmente nascosto dalla patologia più manifesta del genitore, ma anche a causa di una visione del tossicodipendente che lo considera più come figlio che come genitore a sua volta.

Soltanto agli inizi degli anni '80 comincia una riflessione su queste tematiche: dal riconoscimento della negazione del problema da parte degli operatori dei vari servizi, inizia un percorso di ricerca e di formazione indirizzato a cercare di comprendere l'entità del fenomeno e di ampliare le conoscenze da un punto di vista biologico, psicologico e sociale. Da questo percorso nasce anche un diverso approccio alla persona tossicodipendente, più complesso ed articolato, che lo vede meno schiacciato nel ruolo di figlio dei propri genitori e con più responsabilità verso i propri figli.

Nella maggior parte dei paesi europei si è registrato un aumento del numero di donne consumatrici di sostanze, di cui molte risultano essere madri o donne incinte.

Le caratteristiche maggiormente riscontrate nelle madri tossicodipendenti sono:

- una certa rigidità delle rappresentazioni mentali di sé, del bambino, del partner e dei propri genitori che sembra essere indice di resistenza al cambiamento da parte di queste donne;
- un comportamento anomalo del bambino, che sembra comportarsi in modo da appagare i desideri e i bisogni di completezza della madre;
- per quanto riguarda la rappresentazione di sé come donna, nelle madri tossicodipendenti appare l'esistenza di due differenti rappresentazioni: da un lato si percepiscono in modo abbastanza negativo come donne, mostrando una scarsa stima di se stesse, dall'altro esiste un aspetto di idealizzazione del sé come madre legata probabilmente al desiderio di voler realizzare, attraverso la maternità, un senso del proprio sé maggiormente gratificante;

- la tendenza a costruire l'immagine di sé come madre attraverso un'opposizione particolarmente marcata alla propria madre;
- una significativa difficoltà nei processi di identificazione e di separazione che conducono al costituirsi dell'identità materna;
- la tendenza da parte ad investire il bambino del proprio progetto di "riscatto" dal passato. Il minore sembra svolgere una funzione vicariante rispetto ai bisogni della madre, colmando con la propria nascita il senso di vuoto esistenziale e relazionale, arricchendo il futuro di una progettualità positiva, ma essendo anche, fin dall'inizio, invischiato nella problematica materna;
- la difficoltà a rinunciare al progetto costruito in gravidanza e quindi a riconoscere il bambino reale, la madre resta ancorata al bambino idealizzato durante la gestazione;
- la relazione con il partner è caratterizzata spesso dal rifiuto e dall'ambivalenza, viene spesso descritto con toni negativi e considerato incapace di fornire sostegno economico ed affettivo, altre volte è presente una tendenza all'idealizzazione soprattutto nel periodo precedente al parto, mentre dopo emerge la delusione delle aspettative che il partner sembra disattendere.

### **Tossicodipendenza e attaccamento**

La genitorialità è parte fondante della personalità di ogni individuo e inizia a formarsi nell'infanzia quando, a poco a poco, vengono interiorizzati i comportamenti, i messaggi verbali e non verbali, le aspettative, i desideri, le fantasie dei propri genitori (Scabini & Cigoli, 2000).

La genitorialità rappresenta il momento evolutivo più maturo della dinamica affettiva in cui confluiscono tutte le rappresentazioni, le esperienze, le convinzioni, i ricordi, i modelli comportamentali e relazionali, le angosce, le fantasie ed i desideri della propria storia affettiva.

L'incapacità di svolgere in modo adeguato la funzione genitoriale non è quindi semplicemente la mancata capacità di rispondere in modo adatto ai bisogni dei figli, ma coinvolge delle dinamiche psicologiche più profonde, legate all'identità personale e alla qualità delle relazioni che hanno segnato il proprio percorso di crescita (Ghezzi & Vadilonga, 1996).

Sappiamo che la situazione di tossicodipendenza può comportare una condizione esistenziale totalizzante, tale da escludere ogni altra motivazione, interesse, relazionalità, che non sia connessa alla sostanza, e che può togliere la possibilità e la capacità di dono di sé all'altro. In tale situazione

diventa difficile, se non impossibile, fare emergere, sostenere, valorizzare aspetti e risorse genitoriali. Non solo, ma questo percorso è molto spesso soggetto ad alti e bassi, miglioramenti e ricadute che provocano profondi disagi.

Cirillo (1996) sostiene che la trascuratezza genitoriale dei tossicodipendenti non è semplicemente un effetto diretto dell'assunzione di droga, ma rappresenta invece il drammatico segnale di un blocco evolutivo. L'incapacità genitoriale sarebbe dovuta al fatto che il mondo interiore del genitore è così condizionato delle relazioni affettive insoddisfacenti, sperimentate in qualità di figlio, che non riesce ad assumere un ruolo adulto, né a dirigere le proprie energie emotive verso il proprio figlio. La qualità del mondo relazionale interno del genitore tossicodipendente deve quindi essere considerata come una parte integrante della costruzione e dell'interiorizzazione dell'attaccamento del figlio, all'interno del sistema diadico genitore-bambino.

Numerosi studi condotti su famiglie con problemi di dipendenza hanno messo in luce come questi genitori possano avere un rischio più alto, rispetto a genitori non tossicodipendenti, di sviluppare uno stile genitoriale povero, e i loro figli di avere conseguenze psicosociali negative derivate da questo tipo di relazione con loro (Knight, 2007).

La teoria dell'attaccamento ci spiega che le relazioni primarie stabiliscono il contesto in cui avviene lo sviluppo delle capacità di regolazione emotionale e auto-regolazione del bambino. Quando però il caregiver è poco sensibile e responsivo verso le richieste di cura e benessere del bambino, quest'ultimo può interiorizzare un modello rappresentativo dell'altro come sprezzante, respingente e inconsistente, e di sé come non degno di amore. Questo modello generalizzato di relazione meno sicuro si pensa che abbia importanti implicazioni, sia come prototipo per le seguenti relazioni del bambino, sia come precursore di disadattamento psicologico (Sroufe, 1999).

Un attaccamento sicuro è una risorsa importante che aiuta a gestire le esperienze in modo positivo, ad elaborare strategie di coping efficaci contro lo stress, ed a migliorare la propria capacità di adattamento. I comportamenti materni sensibili durante l'interazione col figlio sono considerati una componente cruciale nel promuoverlo.

Al contrario, l'attaccamento insicuro, sia evitante sia ambivalente sia disorganizzato, può essere visto come un potenziale fattore di rischio che nei periodi di stress potrebbe ostacolare la resilienza individuale, portando ad utilizzare strategie di coping inadeguate o comportamenti non adattivi (Mikulincer & Florian, 1999). Questo tipo di attaccamento aumenta, quindi, la probabilità di futuri disadattamenti comportamentali e socio-affettivi del bambino. Un pattern di attaccamento insicuro-disorganizzato è considerato come il più preoccupante, perché è spesso associato con alto stress,



aggressività, comportamenti problematici di esternalizzazione e sintomatologia psichiatrica nella tarda infanzia.

Le madri che diventano dipendenti da droghe (come eroina e cocaina) rischiano di sviluppare un'ampia gamma di deficit nella genitorialità, che influenzeranno le loro interazioni con i figli dalla prima infanzia fino a quando non arrivano all'età scolare e agli anni dell'adolescenza. (Mayes, 1995).

Osservando molte diadi madre-bambino sono risultati chiari pattern comportamentali in cui le madri tossicodipendenti mostrano una sensibilità e una capacità di risposta alle emozioni dei bambini estremamente ridotte, contrapposte ad un'aumentata attività fisica, provocatorietà e intrusività (Burns, Chethik, Burns, e Clark, 1997; Hans, Bernstein, e Henson, 1999; Mayes et al., 1997; Rodning, Beckwith, & Howard, 1991). Le madri tossicodipendenti, inoltre, hanno mostrato una grave incapacità nel comprendere i problemi di base nello sviluppo dei bambini, sentimenti ambivalenti verso il desiderio di avere e tenere con sé i propri figli, ed una scarsa capacità di riflessione riguardo le esperienze emozionali e cognitive dei minori (Levy, Truman, e Mayes, 2001; Mayes, 1995; Murphy e Rosenbaum, 1999). Comportamenti auto-riportati dalle madri tossicodipendenti hanno anche rivelato uno stile genitoriale duro, minaccioso, troppo coinvolto e autoritario, contrapposti a permissività, negligenza, scarso coinvolgimento, bassa tolleranza alle richieste e agli eccessi dei bambini, e inversione di ruolo padre-figlio (Bauman e Dougherty, 1983; Harmer, Sanderson, e Mertin, 1999; Mayes, 1995; Suchman & Luthar, 2000).

I genitori tossicodipendenti, in generale, sembrano essere più predisposti nell'esibire aggressività verbale e fisica verso i loro figli e hanno punteggi più alti nelle misurazioni del potenziale rischio di commettere un abuso sui figli, rispetto ai genitori non tossicodipendenti (Ammerman, 1999).

Le madri con dipendenza sembrano essere vulnerabili alla disregolazione emozionale nel loro ruolo di genitore, questo le porta quindi ad avere una scarsa capacità di auto-mentalizzazione e le rende incapaci nel dare senso alle loro emozioni negative. Queste donne hanno una scarsa abilità genitoriale che impedisce loro di mostrare emozioni positive durante le interazioni con i figli e di evitare comportamenti troppo duri, o punitivi, con loro (Boffo, 2011).

Studi di neuroimaging hanno chiarito che le regioni neurali associate alla motivazione e alla ricompensa (prefrontale, amigdala) sono anche quelle che si attivano quando un genitore percepisce e/o interagisce con i segnali del bambino (Rutherford, 2011). I circuiti neurali che si attivano quando vengono processati le facce e i pianti del bambino sono risultati alterati nelle madri tossicodipendenti, rendendole meno reattive ai segnali emotivi dei loro figli.

Uno dei possibili interventi di aiuto alla genitorialità verso le madri e i padri tossicodipendenti potrebbe essere il loro inserimento in network sociali più supportivi e soddisfacenti, poiché si è scoperto che ricevere un sostegno sociale attivo e responsivo nei primi anni di vita del bambino gioca un importante ruolo protettivo nei processi genitoriali (Cochran, Niego, 1995). Il supporto sociale (ad esempio avere qualcuno che fornisce incoraggiamento e supporto nei momenti di stress emozionale), in particolare, è stato identificato come un elemento critico per i genitori che stanno attraversando un momento con molte avversità sociodemografiche (povertà, stigma sociale, accesso a risorse limitate) nella loro vita quotidiana.

Gli studi fatti su molti adulti tossicodipendenti (incluso dipendenti da eroina, da cocaina, e dipendenti da più sostanze) sui loro rapporti con i caregivers nelle loro famiglie di origine hanno caratterizzato i loro genitori come emozionalmente distanti e ipercontrollanti (Bernardi, Jones, e Tennant 1999). Diagnosi di disordini affettivi (Hans, 1999), disturbi d'ansia e di personalità (Beckwith, Howard, Espinosa, & Tyler, 1999) sono comuni nelle madri dei tossicodipendenti. Gli effetti estremamente deleteri della depressione materna sulle relazioni madre-figlio delle donne svantaggiate e sullo sviluppo comportamentale e emozionale dei figlio sono stati ben documentati (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000).

Tutte queste riflessioni ci aiutano quindi a capire che la trascuratezza dei tossicodipendenti adulti nei confronti dei figli rappresenta la conseguenza inevitabile di un pesante retaggio di carenze di attenzione subite nell'infanzia, in genere non riconosciute, che ne limitano le competenze genitoriali.

Secondo Zeanah (1996), i figli dei tossicodipendenti, spesso trascurati, tendono a sviluppare stili di attaccamento di tipo evitante, caratterizzati dall'inversione di ruoli, assumendosi quindi responsabilità normalmente affidate ai genitori. Secondo Crittenden (1994) questi bambini tendono ad essere passivi, insensibili agli stimoli ambientali, chiusi verso i coetanei, disorganizzati e a volte aggressivi, oscillando tra il polo della depressione a quello dell'iperattività. Van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, e Frenkel (1992) hanno condotto studi su famiglie con problemi di dipendenza e dalla loro metanalisi dei problemi del bambino o dei genitori sullo sviluppo dell'attaccamento durante il primo anno di vita sono emersi risultati molto interessanti. Studiando l'attaccamento tramite la Strange Situation (Ainsworth, 1978) gli autori hanno dimostrato che i bambini con genitori tossicodipendenti, rispetto a bambini con genitori non tossicodipendenti, sviluppano in una minor percentuale un tipo di attaccamento sicuro (B), mentre in una maggior percentuale un tipo di attaccamento disorganizzato (D).

La maggior parte dei bambini con genitori tossicodipendenti, quindi, sembra avere un attaccamento insicuro con i propri caregivers, in particolar modo con un pattern insicuro-disorganizzato. Sviluppare un pattern di attaccamento di questo tipo implica che il minore si crei un'aspettativa negativa riguardo le risposte ai propri bisogni. Le interazioni precoci che generano paura di abbandono e di non essere amati proseguono nell'età adulta, e si manifestano nelle difficoltà relazionali che possono avvicinare la persona all'utilizzo di sostanze come tentativo di ridurre o gestire questi affetti negativi. Infatti la mancanza di fiducia negli altri rende impossibile la gestione delle situazioni difficili attraverso il supporto familiare/sociale, sfociando spesso nell'uso della sostanza come "automedicazione" (Scavo, 2004). In accordo con quanto già riportato in letteratura (Cuomo et al., 2008) sono state trovate relazioni tra dipendenza, storie di abuso e trascuratezza nell'infanzia.

Questi dati ci aiutano a capire quanto sia importante offrire programmi di aiuto e di sostegno a tutti i genitori tossicodipendenti, sia con l'obiettivo di rafforzare e sviluppare le loro capacità genitoriali, abbassando quindi le probabilità che i loro figli vengano dati in affidamento o fatti vivere in comunità lontani da loro, sia in un'ottica di prevenzione verso questi stessi bambini, che hanno gli stessi diritti dei loro coetanei con genitori non tossicodipendenti di vivere nella loro famiglia di origine, in un ambiente affettivo sereno ed adeguato ai loro bisogni, e di venire protetti dai fattori di rischio a cui vengono esposti dalla tossicodipendenza dei loro genitori.

### **Interventi di supporto, aiuto e prevenzione rivolti alle famiglie con problemi di tossicodipendenza**

L'incapacità genitoriale dei tossicodipendenti è il segnale di uno stallo evolutivo che a sua volta può connettersi all'abuso di sostanze. Tossicodipendenza e trascuratezza genitoriale vengono così a rappresentare due sintomi di una stessa sofferenza psicologica (Gardner, 2006).

I Servizi, quindi, negli ultimi anni hanno capito che è necessario rapportarsi ai tossicodipendenti genitori sviluppando attenzione, sostegno e modalità di ascolto che permettano di intervenire opportunamente nei momenti di crisi.

I genitori che si trovano ad affrontare problemi legati all'uso di sostanze stupefacenti subiscono l'azione di molti fattori che influenzano le loro abilità genitoriali, quali la mancanza di sicurezza, di fiducia e di calore nelle relazioni genitori-figli, l'assenza di una vita familiare strutturata, di una disciplina adeguata, possono esporre i figli ad una condizione di rischio per lo sviluppo di problemi

comportamentali, di tossicodipendenza e di disturbi mentali successivi (Webster-Stratton, 2001).

I programmi di formazione sulle abilità familiari si sono dimostrati efficaci nel prevenire molti di questi comportamenti a rischio, compreso l'uso di sostanze stupefacenti. Gli studi confermano che la formazione sulle abilità di caregiving produce risultati migliori rispetto ai programmi che forniscono ai genitori soltanto semplici informazioni sulle sostanze stupefacenti. Ancora meglio, i programmi che includono la formazione riguardo le abilità genitoriali, i figli e famiglie stesse, possono essere adottati a partire dall'infanzia e per l'intera durata dell'adolescenza, e si sono rivelati efficaci nel modificare il funzionamento familiare e le pratiche genitoriali in modo durevole. Tutto ciò permette di sviluppare ambienti più sani e supportivi per la crescita e lo sviluppo dei figli (Kumpfer, 2002; Sanders, 2000; Petrie, 2007) .

Quando i genitori abusano di sostanze, i figli hanno maggiori possibilità di essere esposti a conflitti e a violenze familiari, inclusi l'abuso fisico e verbale, e ad alcol e droghe. Le famiglie con problemi di dipendenza tendono a isolarsi dal punto di vista sociale per proteggersi dall'identificazione, dalla censura sociale e dall'azione criminale. Un effetto collaterale che ne deriva è che anche i bambini si isolano e sviluppano scarse relazioni sociali. In genere, i programmi per l'acquisizione di competenze familiari mirano a rafforzare i fattori protettivi della famiglia, ad esempio, possono includere esercizi per aumentare la comunicazione, la fiducia, le abilità di risoluzione dei problemi e dei conflitti, oppure possono includere opportunità per genitori e figli di trascorrere del tempo insieme in modo positivo quali modalità per rafforzare il legame e l'attaccamento tra genitori e figli (Dishion, 1996; Taylor, 1998; Porter, 2004).

Partendo dall'ipotesi che “se i tossicodipendenti sono stati bambini trascurati, una volta divenuti genitori tendono a riproporre le stesse modalità trascuranti” (Vetere, 2004), obiettivo per il Ser.T diviene l'operare al fine di interrompere questo ciclo e considerare come suo target non solo il tossicodipendente, ma anche il bambino, fare quindi acquisire visibilità, al di là delle emergenze, a questi bambini “invisibili”; individuare, se possibile, indicatori di rischio per i minori che costituiscano la base di un intervento coordinato tra Ser.T e Servizi Consultoriali; pensare a una situazione in cui il Ser.T si fa carico anche di valenze e problemi genitoriali (rapporto genitori e figli) e i Servizi per la famiglia si fanno anche carico della sofferenza dei genitori all'interno di una dimensione di scambio, collaborazione e coevoluzione fra Servizi.

Questo tipo di approccio integrato dei servizi è favorito dalla condivisione di un modello interpretativo fondato sulla matrice sistemica della teoria dell'attaccamento che permette di comprendere, nella sua complessità, sia il disagio dei genitori che quello dei figli, e inquadrare

meglio le difficoltà di un paziente che è contemporaneamente tossicodipendente e genitore.

La ricerca dimostra che i programmi integrati rivolti alle donne (trattamento farmacologico + supporto psicologico + assistenza alla genitorialità) sono più efficaci rispetto al solo trattamento farmacologico nello spezzare il ciclo intergenerazionale della dipendenza e migliorare le capacità genitoriali delle madri tossicodipendenti (Niccols et al., 2012).

Il bisogno fondamentale di una donna tossicodipendente (o per l'esattezza il bisogno che si traduce in una domanda di assistenza rivolta ai servizi) è quello di essere accompagnata verso una ricostruzione di sé, che accentui gli elementi di autonomia, di responsabilità verso se stessa, e quindi di cura di sé. Particolare attenzione va portata al concetto di responsabilità, troppo spesso (per le donne più che per gli uomini) identificato esclusivamente con la responsabilità verso l'altro/a. Cruciale è anche il concetto di autonomia: va messa in discussione la falsa emancipazione dell'assunzione di sostanze come trasgressione, che si traduce in "dipendenza"; ma va analizzata anche la dipendenza affettiva dal partner come strada verso la dipendenza dalle sostanze assunte (Rapporto di ricerca Parsec, 2004).

I servizi dovrebbero essere in grado di stimolare e sostenere nelle donne la capacità di avere cura di sé, della propria salute, di essere capaci di autostima e di autonomia; la capacità di affrontare la maternità come scelta, scelta che spetta sostanzialmente (e nella nostra legislazione anche formalmente) alla donna (vale per una donna tossicodipendente quello che vale per ogni donna: porsi di fronte alla maternità come scelta e non come destino); la capacità (della madre) di "prendersi cura" del bambino in modo differenziato a seconda delle proprie effettive possibilità, capacità che va sostenuta in tutti i suoi aspetti; la capacità di accettare/utilizzare l'apporto e il sostegno di altre persone, in ordine di "priorità": il partner/padre, la famiglia di origine propria e/o di entrambi, le reti amicali esterne al circuito della tossicodipendenza, i servizi sociali territoriali.

Nelle strategie di prevenzione della tossicodipendenza la famiglia assume un ruolo fondamentale. Molta importanza va attribuita alla comunicazione, che per essere corretta ed autenticamente pedagogica deve essere coerente. La coerenza è lo strumento fondamentale di trasmissione di comportamenti e indicazioni.

Una educazione ai valori è una cultura fondata sulla tolleranza alle frustrazioni, sulla comprensione che a volte è necessario attendere per avere una gratificazione, sulla convinzione che la felicità si costruisce e non si compra. Se nessuno me lo avrà insegnato, io diventerò una persona che non è in grado di tollerare la frustrazione. Una delle cose che vengono più spesso descritte dai tossicodipendenti è proprio il fatto che la somministrazione della sostanza produce loro una felicità

immediata ed estrema, una sensazione di benessere esclusivo ed immediato, almeno quanto effimero. Uno stile educativo adeguato costruisce una relazione intrafamiliare adeguata, che è a sua volta il modello fondamentale di ogni altra relazione interpersonale.

Negli ultimi decenni è stato necessario quindi mutare prospettiva e guardare gli aspetti relazionali e di benessere degli individui, orientando gli interventi allo sviluppo dell'identità unica di ciascuno, e caratterizzandoli per un'attenzione alla capacità genitoriale che viene vista come essenziale tra i principi di tutela del minore.

Per tutte queste ragioni gli interventi di prevenzione sviluppati per i minori che vivono all'interno di famiglie in cui entrambi o uno dei genitori sono tossicodipendenti hanno la caratteristica di avere, mediamente, una durata superiore all'anno, con sessioni settimanali o bisettimanali, e con percorsi genitori-figli sia separati sia integrati. I genitori apprendono, da una parte, le competenze genitoriali per migliorare il ruolo educativo e, dall'altra, i figli stessi partecipano a sessioni di gruppo dove vengono stimolate diverse abilità sociali, la gestione dello stress e la capacità di saper resistere alle pressioni del gruppo. I genitori vengono stimolati a migliorare l'osservazione dei comportamenti dei propri figli, a fornire supporto emotivo e a ricompensarli quando questi si comportano nel modo desiderabile.

Secondo Euticchio (2000) i fattori che delineano una presa in carico adeguata delle persone tossicodipendenti sono:

1. Una presa in carico di tutto il nucleo familiare e non più del singolo soggetto tossicodipendente come condizione per un intervento non settorializzato, isolato e dunque scarsamente efficace: il che implica la possibilità per l'operatore di utilizzare strumenti informativi e comunicativi adeguati a raccogliere le informazioni necessarie ad intervenire con conoscenza di causa;
2. Una presa in carico interprofessionale quale requisito necessario per poter intervenire sui diversi aspetti: aspetti psicologici, ma anche sociali, economici, neuropsichiatrici, educativi, il che implica la necessità di costituire dei momenti di raccordo e di confronto tra le diverse Istituzioni, Servizi e professionalità coinvolte al fine di riuscire a coordinare i diversi interventi sul medesimo caso familiare;
3. La necessità di una maggiore promozione delle reti sociali di riferimento quale momento indispensabile di una strategia di valorizzazione delle capacità residue presenti nel nucleo familiare e nella rete sociale di appartenenza, a partire da una attenta valutazione di tali potenzialità e delle competenze genitoriali delle persone alle cui cure il bambino è affidato:

il che implica l'utilizzo di strumenti adeguati che consentano all'operatore di ricostruire quella genealogia dell'esclusione che in molti casi caratterizza l'ambiente di riferimento del bambino; in secondo luogo, la promozione di eventuali momenti di sostegno che favoriscano sia il processo di risocializzazione genitoriale che il suo rapporto con l'ambiente circostante

## **Conclusioni**

Capire quali sono le problematiche legate alla dipendenza da sostanze che possono impedire alle persone tossicodipendenti di essere genitori sufficientemente buoni è stato lo scopo iniziale di questo lavoro. Riflettere su quali sono i fattori di rischio e quelli protettivi ai quali vengono esposti quotidianamente i minori che vivono in queste famiglie problematiche è stato il passo successivo che ha guidato tutta la mia ricerca.

Al centro del mio lavoro è stata posta la figura del "Minore", come individuo più debole e fragile da tutelare e proteggere all'interno della famiglia. Ritengo che la famiglia infatti debba essere un "luogo" di accoglienza, una realtà fisica e psichica in cui sentirsi capiti, accettati e soprattutto sicuri. Per questo è essenziale, in un ottica di prevenzione, dedicare cure e assistenze speciali alle famiglie con problemi di dipendenza da sostanze, pensando ed organizzando specifici programmi di supporto sia per i genitori che per i figli, calibrati secondo le esigenze particolari della loro situazione.

Per comprendere quelle che sono le dinamiche affettive espresse dai genitori tossicodipendenti all'interno dell'ambito familiare è essenziale capire quelle che sono state le caratteristiche delle loro relazioni precoci con i rispettivi genitori, inquadrare quindi lo stile di attaccamento che hanno sviluppato nei primi mesi della loro vita e capire in che modo questi patterns influenzano il loro rapporto quotidiano con i loro figli.

Sviluppare uno stile di attaccamento sicuro con i propri genitori costituisce quindi un importante predittore per l'instaurarsi di future relazioni genitoriali positive con i propri figli, e questo a sua volta può diventare un fattore protettivo per il minore e lo allontanerà dal rischio di sviluppare comportamenti devianti (come la tossicodipendenza stessa).

Riuscire ad essere una madre e un padre sufficientemente buoni deve perciò essere l'obiettivo da raggiungere anche per le persone tossicodipendenti che hanno figli e che desiderano proteggerli il più possibile dal rischio di intraprendere la loro stessa strada verso la dipendenza da sostanze.

I risultati di questo lavoro di ricerca nella letteratura più recente ci dicono che c'è un alto rischio per questi genitori tossicodipendenti di sviluppare con i figli uno stile di attaccamento insicuro o comunque non sufficientemente buono. La dipendenza sembra catalizzare tutte le attenzioni dei genitori, rendendo le interazioni madre-bambino e padre-bambino estremamente povere e inadeguate, esponendo così il minore al rischio di sviluppare disadattamenti comportamentali e socio-affettivi.

Tuttavia studiando molti possibili programmi di intervento e di prevenzione destinati a queste particolari famiglie si è visto che c'è una buona possibilità di riuscire a migliorare e incrementare le abilità genitoriali delle madri e dei padri tossicodipendenti e che, attivando precocemente questi interventi di supporto e di aiuto alla genitorialità, si può riuscire a diminuire l'influenza dei fattori di rischio verso il minore.

Le ricerche ci dicono che inserire i genitori tossicodipendenti in programmi di supporto specifici affiancondoli alle loro abituali terapie di contrasto alla dipendenza (farmacologiche e psicologiche) aumenta esponenzialmente l'efficacia di questi interventi e di conseguenza li rende più capaci nella gestione del loro ruolo e nelle loro interazioni con i figli.

Questi programmi dovrebbero avere un'attenzione particolare riservata allo sviluppo di solide capacità genitoriali, concentrandosi sulle relazioni affettive tra genitori e figli (tentando di favorire l'instaurarsi di un attaccamento sicuro) e cercando di fornire un aiuto specifico rispetto ai diversi ruoli genitoriali. La difficoltà maggiore è senza dubbio quella di riuscire a conciliare tutti questi obiettivi con quelli dei trattamenti già in atto contro la dipendenza.

L'interesse degli operatori dei Ser.T e dei Servizi per i Minori deve essere sempre rivolto al tossicodipendente non come individuo isolato, ma come persona inserita in un determinato contesto sociale e familiare, con specifici bisogni e necessità. Attenzioni speciali devono essere principalmente dedicate ai bambini e al loro diritto a trascorrere l'infanzia con i propri genitori all'interno di un ambiente familiare il più possibile sereno e accogliente.

Aiutare una persona tossicodipendente a sconfiggere la propria patologia non significa solo somministrargli le dosi quotidiane di farmaci, ma deve presupporre tutta una serie di interventi coordinati tra loro, che lo portino a rivalutare le proprie scelte, a capire i propri trascorsi e magari a modificare comportamenti e pensieri in modo positivo e costruttivo per il futuro, con un occhio puntato verso il benessere del proprio figlio.

La prevenzione, quindi, diventa l'obiettivo primario di ogni intervento destinato alle famiglie con problemi di dipendenza, poiché coinvolgere tutti i componenti della famiglia e non solo la singola



mamma o il singolo papà tossicodipendente significa aiutarli a costruire insieme un nuovo percorso di vita.

Essere tossicodipendente non è una condanna definitiva né deve diventare un'etichetta indelebile, si può uscire dalla dipendenza e si può tornare ad avere una vita “normale”, una famiglia, un lavoro, delle relazioni interpersonali positive, e soprattutto si può essere buoni genitori.

Tutto questo però può accadere soltanto se è possibile per queste famiglie trovare un buon livello di supporto sia a livello sociale sia a livello di istituzioni, quindi tramite i Ser.T, i consultori familiari e persino le scuole.

## Bibliografia

Ainsworth M. D. S., Blehar M. C., Waters E., Wall S. (1978), *Patterns of attachment. a psychological study of the strange situation*, Laurence Erlbaum, Hillsdale, NY.

Ammerman R. T., Ott P. J., Tarter R. E. (1999), *Prevention and societal impact of drug and alcohol abuse*, England.

Bauman P. S., Dougherty F. E. (1983), *Drug-addicted mothers' parenting and their children's development*, International Journal of the Addictions; 18:291–302.

Beckwith L., Howard J., Espinosa M., Tyler R. (1999), *Psychopathology, mother-child interaction, and infant development: Substance abusing mothers and their offspring*. Development and Psychopathology 11, 715– 725.

Belsky J. (2002), *Influenza delle interazioni e del contesto sulla sicurezza dell'attaccamento*, in J. Cassidy, P.R. Shaver (Eds.), *Manuale dell'attaccamento* (pp. 279-296), Roma, Fioriti Editore.

Bernardi E., Jones M., Tennant C. (1989), *Quality of parenting in alcoholics and narcotic addicts*, British Journal of Psychiatry, 154, 677-682.

Bignamini E, Bombini R, (2003), *Considerazioni sul pensiero e sul linguaggio delle "tossicodipendenze"*, Medicina delle Tossicodipendenze, anno XI n.38.

Boffo A. (2011), *Relazioni educative, tra comunicazione e cura: autori e testi*, Apogeo, Milano.

Borgioni, M., (2007), *L'impasse nella relazione d'aiuto con la persona tossicodipendente*, in Da Persona a Persona – Rivista di Studi Rogersiani, Novembre 2007, pp. 47-62.

- Bowlby J. ([1969]-1982), *Attachment and loss. Vol 1. Attachment*, New York, Basic Books (Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 1. L'attaccamento alla madre*, Torino, Bollati Boringhieri, 1972).
- Bowlby J. (1973), *Attachment and loss. Vol 2. Separation*, New York, Basic Books (Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 2. La separazione dalla madre*, Torino, Bollati Boringhieri, 1975).
- Bowlby J. (1980), *Attachment and loss. Vol. 3. Loss*, New York, Basic Books (Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 3. La perdita della madre*, Torino, Bollati Boringhieri, 1983).
- Bretherton I. (1995), *A communication perspective on attachment relationships and Internal working models*, in E. Waters, B. E. Vaughn, G. Posada, K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: new growing points of attachment theory and research* (pp. 310-329). Monograph of the Society for the Research in "Child Development", n. 60.
- Burns K. A., Chethik L., Burns W. J., Clark R. (1997), *The early relationship of drug abusing mothers and their infants: An assessment at eight to twelve months of age*, *Journal of Clinical Psychology*; 53:279–287.
- Calvo V., Fava Vizziello G.M. (1997), *La valutazione dell'attaccamento nel bambino e nell'adulto: Strange Situation e Adult Attachment Interview*, in Del Corno F., Lang M. (a cura di.), *La diagnosi testologica*, Milano, Franco Angeli, pp. 480 – 512.
- Cancrini L. (1994), “Tipologia e trattamento delle tossicomanie”, in Onnis L., Galluzzo W.: “La terapia relazionale e i suoi contesti”, NIS, Roma.
- Cirillo, S., Berrini R., Cambiaso, G., Mazza, R., (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cochran M., Niego S. (1995), *Parenting and social networks*. In M. Bornstein (Ed.). *Handbook of parenting. Vol. 3 Status and social conditions of parenting*. New York: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Couyoumdjian A., Baiocco R., Del Miglio C., (2006), *Adolescenti e nuove dipendenze*, Editori Laterza, Bari.
- Crittenden P. M. (1999), *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*, Trad. Cionini (2005).
- Di Chiara G.e altri (2004), *Dopamine and drug addiction: the nucleus accumbens shell connection*, "Neuropharmacology", 47, 2004, pp. 227-241.

Dishion T. J., Patterson S. G. (1996), *Preventive Parenting with Love, Encouragement and Limits: the Preschool Years*; Eugene, Oregon, Castalia Publishing.

Euticchio R. (2000), *Tossicodipendenza e genitorialità: tra compulsione e libertà*, Atti convegno “Genitorialità e dipendenza”, Adria (RO).

Gardner F., Burton J. e Klimes I., (2006), “Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, No. 11, pp. 1123-1132.

Ghezzi D., Vadilonga F. (1996), *La tutela del minore*, Raffaele cortina editore.

Hans L. L., Bernstein V. J., Henson L. G. (1999), *The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women*, *Development and Psychopathology*; 11:957–977.

Harmer A. L. M., Sanderson J., Mertin P. (1999), *Influence of negative childhood experiences on psychological functioning, social support, and parenting for mothers recovering from addiction*. *Child Abuse and Neglect*; 23:421–433.

Kernberg O. (1985), *Change in the nature of psychoanalytic training, structure of training, and standards of training*, Walleistein RS ed.

Khantzian E. J. (1985), *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroine and cocaine dependence*, *American Journal of Psychiatry*, 142.

Knight C. (2007), *A resilience framework: perspective for educators*, *Health Education*, Vol. 107 Iss: 6, pp.543 – 555.

Kumpfer K. L. e al. (2002), “Effectiveness of school-based family and children’s skills training for substance prevention among 6-8 year old rural children”, *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 16, No. 4, pp. S65-S71.

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

Lovejoy M. C., Graczy P. A., O’Hare E., Neuman G. (2000), *Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review*. *Clin Psychol Rev.*; 20(5): 561-92.

Main M., Solomon J. (1986), *Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior*. In Brazelton T., Youngman M., *Affective Development in Infancy*. Ablex, Norwood, NJ.

Marianella M. (2011), *Psicologia della tossicodipendenza*, [http://psicologia.univaq.it/uploads/tx\\_avvisi/dispense\\_fin.pdf](http://psicologia.univaq.it/uploads/tx_avvisi/dispense_fin.pdf)

- Mayes L. C. (1995), *Exposure to Cocaina: Behavioral Outcomes in Preschool and School-Age Children*.
- Mayes L.C., Bornstein M.H., Chawarska K. and Granger R.H. (1995), *Information processing and developmental assessments in three month-old infants exposed prenatally to cocaine*. *Pediatrics* 95:539-545.
- Mayes L. C., Feldman R., Granger R. H., Haynes O. M., Bornstein M., Schottenfeld R. (1997), The effects of polydrug use with and without cocaine on mother–infant interaction at 3 and 6 months, *Infant Behavior and Development*; 20:489–502.
- Mikulincer M., Florian V. (1999), *The association between spouses' self-reports of attachment styles and representations of family dynamics*, *Family Process* 38: 69–83.
- Murphy S., Rosenbaum M. (1999), *Pregnant women on drugs: Combating stereotypes and stigma*, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Niccols A., Milligan K., Sword W., Thabane L., Henderson J., Smith A. (2012), *Integrated programs for mothers with substance abuse issue: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes*, *Harm Reduction Journal*, 9:14.
- Petrie J., F. Bunn F., Byrne G. (2007), “Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review”, *Health Education Research*, vol. 22, No. 2, pp. 177-191.
- Porter L. e Porter B. (2004), “A blended infant massage-parenting enhancement program for recovering substance-abusing mothers”, *Pediatric Nursing*, vol. 30, pp. 363-401.
- Rapporto di ricerca PARSEC (2004), *Valutazione di programmi di assistenza rivolti alle donne tossicodipendenti e ai loro figli*, Ministero della Salute.
- Ravenna M. (1997), *Aspetti della psicologia: Aggiornamenti*, Bologna, Il Mulino.
- Rodning C., Beckwith L., Howard J. (1991), *Quality of attachment and home environments in children prenatally exposed to PCP and cocaine*, *Development and Psychopathology*; 3:351–366.
- Rutherford H. J. V., Mayes L. C. (2011), *Primary maternal preoccupation: Using neuroimaging techniques to explore the parental brain*. *Psyche*, 65:973-988.
- Sanders M. R. (2000), “Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse”, *Addictive Behaviors*, vol. 25, No. 6, pp. 929-942.
- Scabini E., Cigoli V. (2000), *Il familiare. Legami, simbi e transizioni*, Raffaele Cortina Editore.
- Scavo M. C. (2004), *Le “colpe” dei genitori ricadono sui figli?*, in “Quaderni di Itaca”, n°10, pp. 38-49.

- Spitz R. (1958), *Il primo anno di vita del bambino*, Giunti.
- Sroufe L. A., Egeland B., Carlson E. (1999), *One social world: The integrated development of parent-child and peer relationships*, In W. A. Collins & B. Laursen (Eds.), *Relationships as developmental context: The 30th Minnesota symposium on child psychology* (pp. 241-262). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 241-262.
- Stern D. N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant: a view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*, Trad. "Il mondo interpersonale del bambino" (1987), Bollati Boringhieri.
- Suchman N. E., Luthar S. S. (2000), *Maternal addiction, child maladjustment, and sociodemographic risks: Implications for parenting behaviors*, *Addiction*; 95:1417–1428.
- Sussman S., Sussman A. N. (2011), *Considering the Definition of Addiction*, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 8, 4025-4038.
- Taylor T. K., Biglan A. (1998), "Behavioral family interventions for improving child-rearing: a review of the literature for clinicians and policy makers", *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 1, No. 1, pp. 41-60.
- Vaccari S. (2002), "Minori e genitori a rischio", in *Salute e Territorio* Settembre-Ottobre, pp. 266-276.
- Van IJzendoorn M. H., Goldberg S., Kroonenberg P. M., & Frenkel O. J. (1992), *The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A metaanalysis of attachment in clinical samples*. *Child Development*, 63, 840-858.
- Vetere M., Dal Medico A. (2004), *L'approccio sistemico relazionale nella cura delle dipendenze da sostanze*, in "Modelli teorici e clinici a confronto nella cura delle dipendenze da sostanze" a cura di Carraio I. e Ricci G., Tipolitografia Canova Dolo.
- Webster-Stratton B., Taylor T. (2001), "Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years)", *Prevention Science*, vol. 2, No. 3, pp. 165-192.
- Winnicott D.W. (1971), *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications .
- Zeanah C. H. (1996), *Beyond insecurity: a reconceptualization of attachment disorders of infancy*, *J Consult Clin Psychol*, 64(1): 42-52.