

Maternità e dipendenze: una revisione critica della letteratura

Rosa Giannini*, Gaia Cassese**

SUMMARY

■ *Literature and clinical practice have extensively dealt with the topic of addictions.*

However, there are still few studies that have systematically investigated parenting and the use or abuse of narcotics.

Most focused mainly on the consequences and safety of the children involved.

Aware of the need for a rigorous knowledge of the challenges, expectations and difficulties faced by the user in responding adequately to the parental role, the aim of this work is to retrace and integrate, with a critical approach, the main theoretical contributions of the last decade with a specific focus on the maternal role.

We therefore argued the need for systemic care of the user starting from pregnancy, which arises as a highly stressful event that puts a strain on a woman's therapeutic path.

The most recent contributions will then be explored in order to understand and explain the variability of parental responses in addictive behavior according to the neurobiological approach to the mother-infant relationship.

Finally, we will mention the environmental and social correlates related to the use of substances and how these can selectively affect particular parenting skills, such as the ability to provide consistent and constant caregiving over time.

The path traced up to now pushes us to the awareness of the need for a deep knowledge of the complexity of the phenomenon and a careful analysis of the needs prior to the conception of a therapeutic path.

The main predictor of treatment failure in this target user is, in fact, the lack of specific intervention programs, which consider individual differences. ■

Keywords: *Family and Addictions, Parenting, Addiction Services, Literature Review.*

Parole chiave: *Famiglia e dipendenze, Genitorialità, Servizi delle Dipendenze, Revisione della letteratura.*

Introduzione

In letteratura è ormai ben noto il ruolo della famiglia nelle dipendenze, soprattutto per quanto riguarda i fattori di rischio e i fattori traumatici familiari che possano contribuire, insieme certamente a caratteristiche individuali, a portare l'utente a cercare nella sostanza la propria strategia regolativa o compensatoria.

Nonostante questa consapevolezza, sono ancora poco approfondite le sfide che vengono richieste dalla genitorialità nella tossicodipendenza. Quella che c'è rivolge principalmente la propria attenzione alla sicurezza del minore implicato, nonché al rischio che questo stesso sviluppi a propria volta una dipendenza.

Inoltre, nonostante la ormai crescente attenzione rivolta al sistema dell'utente, con la relativa ideazione di linee guida per programmi rivolti alla genitorialità dai servizi territoriali (Dipartimento politiche antidroga, 2009), si percepisce ancora una notevole difficoltà nella presa in carico sinergica del paziente e della propria famiglia.

La maggior parte dei servizi presenti inoltre si sono spesso rivolti a madri tossicodipendenti in gravidanza, o con bambini molto piccoli, o ancora a genitori che cercano di riacquisire, in seguito all'allontanamento dei figli dalla famiglia, le competenze genitoriali.

* *Psicologa Psicoterapeuta, terapeuta EMDR, formazione DBT e TMI, consulente presso ASL Napoli 3 Sud, Pomigliano D'Arco.*

** *Psicologa e Psicodiagnosta in formazione.*

Madri con bambini più grandi, o figli che hanno un padre tossicodipendente, sono spesso rimasti *invisibili* agli occhi dei servizi.

È certamente presente un insieme di barriere che rende difficile dare avvio ad un "pensare" sulla genitorialità nelle dipendenze e, in questo caso, sulla maternità.

Come viene sottolineato in letteratura, l'utente tossicodipendente viene spesso "infantilizzato", considerato in una visione diffusa che lo vede più come figlio che come genitore a sua volta, nonostante gran parte di essi arrivi ai servizi con uno o più figli.

Inoltre, la maggior parte delle madri che fanno uso di sostanze interiorizzano una cattiva percezione del sé, e i fortissimi sentimenti di vergogna e senso di colpa per il non riuscire a tenere testa alle aspettative circa il ruolo materno, ne scoraggiano l'accesso ai servizi (Suchman, Paulo, Mayes, 2013).

Inoltre, i servizi tradizionali offerti dal territorio richiedono spesso grossi sforzi in termini di tempo e una lontananza fisica continuativa da casa (pensiamo ad esempio ai percorsi residenziali di comunità), che spesso non è compatibile con le esigenze del ruolo materno e con le risorse del sistema famiglia dell'utente.

Infine, inutile citare la difficoltà nel chiedere aiuto al territorio nel timore che possano perdere la custodia dei figli.

Risulta quindi imprescindibile partire da un'analisi dei bisogni del target così individuato nelle madri tossicodipendenti.

Con questo contributo, presenteremo una revisione critica della letteratura degli ultimi 10 anni sul tema della maternità nelle dipendenze, con l'intento di individuare e sistematizzare le caratteristiche di questo particolare tipo di utenza.

Metodologia

Gli articoli che sono entrati a far parte del presente lavoro di revisione, sono stati reperiti sui motori di ricerca di PsycInfo e GoogleScholar. Sono state impostate le seguenti parole chiave: "Motherhood or Parenting" and "Dependence or dependent or dependency" and "Addiction or substance abuse or drug abuse".

Abbiamo impostato un periodo temporale che va dal 2012 al 2022.

Degli articoli così ottenuti abbiamo escluso quelli che non parlano specificamente delle madri, quelli che non parlano di dipendenza da sostanze, quelli che assumono un punto di vista medico concentrandosi sui rischi prettamente fisici dell'uso di sostanze per il feto in donne incinte.

Il fenomeno

La dipendenza è un fenomeno ancora oggi in ampia diffusione.

Nel 2020 i servizi in Italia hanno assistito complessivamente 125.428 soggetti dipendenti da sostanze (su un totale di 198.497 contatti) di cui circa il 24% è di genere femminile.

Per gli utenti totali le classi di età più frequenti sono quelle comprese tra i 35 e i 54 anni (classe modale 45-49 anni), mentre nei nuovi utenti le età più rappresentate sono quelle tra i 20 e i 39 anni (classe modale 30-34 anni).

Il 27,3% delle utenti di genere femminile, inoltre, sono madri.

Tuttavia, solamente poco più della metà (57%) degli utenti globali abita con i loro figli (Report Politiche Antidroga 2020).

Per quanto riguarda invece la tipologia di domanda di trattamento, il 63,9% degli utenti è in trattamento per uso di oppiacei.

L'eroina, rimane la sostanza primaria più usata dall'insieme degli utenti in trattamento; tuttavia la proporzione di persone sul totale dei trattati che la scelgono come sostanza di elezione, diminuisce nel corso degli anni.

Infine, nel tempo è aumentata la proporzione di persone che richiedono un trattamento per uso di cocaina, in particolare tra i nuovi utenti per i quali rappresenta in assoluto il problema principale.

Il ruolo materno

La genitorialità ha una funzione simbolica per l'individuo prima ancora che esso venga al mondo.

È nell'immaginario individuale di un figlio futuro, dal sogno di una coppia, nel progetto di emancipazione (o meno) dalla famiglia di origine (Andolfi, 1987), dal percorso di somiglianza-differenza dal proprio vissuto personale, che prende già forma quel bagaglio affettivo e di aspettative che fungerà da risorsa per l'individuo lungo l'arco della vita, e che colora il mondo interno del futuro nascituro (Freud).

Non c'è bisogno di scomodare i più classici degli autori per descrivere quanto il mandato sociale rivolto al ruolo materno sia legato a principi di cura, sostegno e sacrificio per l'altro.

Basta attingere al proprio vissuto personale per provare a ricordare quanto lo sguardo materno abbia guidato le nostre scelte (in continuità o in contrasto) e posto le basi per la formazione della nostra identità.

Oltre il senso comune, tuttavia, per poter trattare clinicamente la funzione della maternità nelle tossicodipendenze necessitiamo di accorciarci circa una definizione comune del ruolo, per evitare che quello degli operatori sanitari sia una valutazione guidata dalla propria idea soggettiva, spesso anche rigida, del ruolo genitoriale, da vissuti ed ideali che possono dar vita a diversi tipi di bias e setting poco accoglienti che non permettono di poter intercettare e agganciare efficacemente l'utenza.

Ci rivolgiamo piuttosto ad una madre "sufficientemente buona", per dirlo in termini winnicottiani (1974):

Non madri infallibili, quanto piuttosto individui che con le proprie ansie, i propri vissuti e i propri errori possano tuttavia mostrarsi come genitori capaci di autentica vicinanza, attenzione e riconoscimento dei bisogni del bambino, e che possano cioè creare un ambiente in cui il bambino possa sentirsi amato e al sicuro.

Non meno importante, inoltre, parliamo di madri capaci comunque di mantenere la propria identità personale, «rispettando dunque i bisogni del bambino, ma anche i propri» (Freda, 2008).

Infine un'ultima questione insita nell'argomento è chiarire che effettivamente la tossicodipendenza non coincide con la sicurezza di un fallimento necessario e lineare del ruolo materno: oltre il sintomo, fattori di protezione individuali, sociali e ambientali permettono alla famiglia di adempiere ad una funzione contenitiva.

I colleghi del gruppo di lavoro FeDerSerD Lombardia "Genitorialità e differenze di genere" fanno notare che un genitore tossicodipendente non coincide assolutamente con un genitore maltrattante. Analogamente a questo, l'intera visione terapeutica si è giustamente spostata dalla ricerca del sintomo all'alleanza delle risorse e della parte sana dell'utente.

La gravidanza nelle dipendenze

Le giovani madri con un disturbo di dipendenza non sono oggi al centro dell'attenzione di alcun approccio terapeutico.

Nella regione Campania, programmi isolati e finanziati dal territorio come i dipartimenti di sanità locale, i servizi per il lavoro e la famiglia, centri di salute mentale, chiese, sono basate su di un modello medico della dipendenza.

In base a questo approccio, si affronta la patologia sulla base degli squilibri chimici e della componente genetica (Volkow, Koob, McLellan, 2016).

Ne deriva il primato dell'intervento farmacologico, come Suboxone e Metadone, e l'offerta di gruppi di supporto spesso implementati nella stessa sede del trattamento medico.

Il sentimento diffuso caratterizzante questo approccio è che "queste persone scelgono di usare" (Stewart, 2021) e ancora poca attenzione è data all'esplorazione e al lavoro sull'ambiente di vita dell'individuo.

In un modello sinergico di intervento, la presa in carico dell'utente dovrebbe prestare particolare attenzione già al momento della gravidanza.

Comunemente accolto come un momento di gioia nella comunità, si potrebbe incorrere nell'errore di considerarlo a prescindere come un fattore motivazionale su cui premere per porre fine al comportamento di dipendenza.

Ci si aspetta, cioè, che il solo fatto che una donna sia incinta basti a far leva per sposare automaticamente il ruolo di "(brava) madre", che lucidamente riflette sui danni che potrebbe provocare al feto e agisce di conseguenza, attraverso un modello cognitivo sorprendentemente lineare quanto utopico.

Non si pone piuttosto l'attenzione al garantire uno spazio di significazione che affronti la gravidanza con i forti connotati emotivi e biologici che la caratterizzano.

Sappiamo infatti che l'evento gravidanza comporta fisiologicamente un arresto nello sviluppo della donna, una necessità di ripiegamento in se stessa che permetta di ripensare alla propria storia, al proprio vissuto da bambina, da figlia a propria volta.

La letteratura conferma che le utenti in cura per tossicodipendenza hanno subito significativi traumi infantili, compresi abusi sessuali, abuso fisico, abuso emotivo, violenza domestica, uso familiare di droghe e alcol, carcerazione e morte di familiari.

Immaginiamo cosa possa quindi significare un ritorno fisiologico a questi vissuti infantili.

Alcuni studi (Delker, Fisher, 2017) hanno infatti dimostrato che, in donne che fanno uso di alcol, l'abuso psicologico subito durante l'infanzia, in un ambiente familiare di origine che consentiva e perpetuava l'abuso, era fortemente associato ad un sentimento di "tradimento familiare". Quest'ultimo, a sua volta, prediceva sintomi legati ad un disturbo depressivo o a stress post-traumatico, ciascuno dei quali prediceva una diminuzione delle ricompense genitoriali, ovvero di quell'insieme di feedback positivi endogeni ed esogeni che rende la genitorialità un evento gratificante.

L'abuso materno infantile da parte dei caregiver è quindi risultato essere indirettamente associato ad interruzioni delle ricompense sociali all'interno della relazione di attaccamento, con potenziali conseguen-

ze intergenerazionali per la relazione madre-bambino e lo sviluppo del nascituro.

Anche quando invece non avviene questa significazione dell'evento "maternità" potrebbe esserci un danno significativo nella relazione, con una nascita che non è stata elaborata e desiderata, che può assumere connotati negativi o, addirittura, per la quale non si è fatto spazio dentro e al di fuori di sé.

La gravidanza è quindi una potentissima fonte di stress che può facilitare il ricorso al consumo di sostanze.

Donne incinte sentono di aver bisogno di più supporto per restare sobrie durante la gravidanza (Kahn *et al.*, 2017), specialmente se quest'ultima si pone come fattore cumulativo, nell'ambiente dell'utente, agli altri fattori personali e contestuali che determinano il mantenimento della dipendenza.

Le madri che abusano di droghe durante la gravidanza, inoltre, si interrogano sulla loro capacità di essere in grado di mantenere i propri bambini adeguatamente nutriti, di soddisfare i loro bisogni emotivi e di imparare ad amarsi e rispettarsi abbastanza da vedersi come madri adeguate e amorevoli (Suchman *et al.*, 2013).

I forti sentimenti di vergogna e il senso di colpa che possono emergere nell'aver fatto uso di sostanze durante la gravidanza allontana le madri dalla possibilità di chiedere un supporto.

Infine, la gravidanza è un evento anche comunitario, in quanto la nascita di un figlio necessita di una ridefinizione degli spazi e dei ruoli familiari che determina un cambio generazionale da genitori a nonni, e da figli a genitori.

La famiglia gioca un fortissimo ruolo nei vissuti positivi legati alla nascita e può, al contrario, presentarsi come un forte fattore di stress.

Un buon sistema familiare è la chiave per il successo terapeutico.

Un sistema famiglia sano è fondamentale per offrire assistenza all'infanzia, supporto emotivo, modelli di comportamento sobrio e buon consiglio e a promuovere nell'ambiente del nascituro sentimenti di gentilezza, affetto e comprensione.

Una presa in carico familiare o, laddove non possibile, la promozione e il lavoro costante sulla ricerca di un capitale sociale supportivo (gruppo di pari, individuazione di figure di riferimento), diventano indispensabili per il buon fine del trattamento.

La relazione madre-bambino: la prospettiva neurobiologica sull'impatto delle dipendenze sulla genitorialità

Tutti conosciamo l'importanza della relazione madre-bambino per lo sviluppo fisico ed emotivo del nascituro.

La teoria della socializzazione delle emozioni di Eisenberg postula che le risposte o le reazioni dei caregiver ai bisogni emotivi dei bambini influenzano significativamente la comprensione e l'esperienza emotiva degli stessi, nonché lo sviluppo di adeguate strategie alla regolazione delle emozioni e il più ampio funzionamento socioemotivo (Eisenberg *et al.*, 1998; Eisenberg, 2020).

I più recenti sforzi di comprendere e spiegare la variabilità delle risposte genitoriali nel comportamento di dipendenza utilizzano un approccio neurobiologico.

Mentre infatti i segnali infantili sono generalmente gratificanti per la madre, e definiti come ricompense genitoriali, l'uso di sostanze potrebbe invece influenzare negativamente la sensibilità agli stessi e compromettere la responsabilità nella diade.

Studi che hanno utilizzato l'fMRI (Kim *et al.*, 2017) hanno mostrato che le madri che fanno uso di sostanze dimostrano ridotte risposte ipotalamiche e mesocorticolimbiche agli stimoli legati al sistema di ricompensa naturale nella relazione con i propri neonati.

Il modello di Rodent afferma che estrogeni e progesterone aumentano costantemente durante la gravidanza, mentre il progesterone decade velocemente prima del parto.

C'è un'alta sensibilità all'ossitocina (OT) come risultato della decrescita della produzione dei suoi recettori.

L'area preottica mediale dell'ipotalamo, una regione ricca di recettori per l'ossitocina, monitora il livello dei cambiamenti ormonali durante

la gravidanza e stimola l'inizio del comportamento materno al parto attraverso l'interazione con il circuito mesolimbico motivazionale.

L'area mediale preottica proietta sull'area ventrale tegmentale, sul ventrale striato e sulla corteccia prefrontale mediale induce il rilascio di dopamina nella via dopaminica mesocorticolimbica.

In quanto via chiave dei circuiti modulatori materni, il ventrale striato integra gli input corticolimbici e proietta sul ventrale pallido, per dirigere la responsabilità della madre agli stimoli del bambino.

L'interconnessione tra le strutture mesolimbiche e ipotalamiche stabilisce l'insieme dell'attenzione, organizzazione e sequenza dei comportamenti materni.

Differenti attivazioni di queste aree comportano differenze individuali riguardo lo stile di attaccamento materno e quindi diverse risposte durante la relazione madre-bambino.

Con l'abuso di sostanze la via dopaminica mesocorticolimbica potrebbe essere sovraeccitata dai comportamenti di dipendenza: la soglia di ricompensa dopaminica può essere ricalibrata attraverso la ricerca della sostanza, per cui il sistema di ricompensa cerca gratificazione nell'uso della sostanza piuttosto che orientando la propria attenzione verso ricompense naturali, quali abbiamo visto essere il sorriso del bambino.

Questo significa che le madri mostrano una risposta di ricompensa neurale attenuata ai segnali positivi del neonato: tale meccanismo è stato visto, infatti, in particolare per le risposte agli stimoli visivi di felicità del bambino, ma non nell'input visivo di bambino triste.

Analogamente, altri autori hanno mostrato di come madri reclutate in una struttura di ricovero per il trattamento delle dipendenze mostrasse una risposta ridotta nelle regioni cerebrali della ricompensa (corteccia prefrontale mediale ventrale, ipotalamo, e striato ventrale) quando osservano il viso sorridente del proprio bambino rispetto al viso sorridente di un bambino sconosciuto (Kim *et al.*, 2017).

Altri studi (Lowell *et al.*, 2020) mostrano che le madri che fanno uso di sostanze sono maggiormente responsive agli stimoli neutri del volto del bambino, ambigui, piuttosto che a quelli apertamente angosciati o felici.

È quindi possibile che le madri che fanno uso di sostanze stiano impiegando maggiori risorse di attenzione in risposta a segnali neutri (che generano, per la loro ambiguità, forti quote di ansia), o stiano esercitando uno sforzo maggiore per comprendere o determinare la valenza dei volti neutri. Le madri che fanno uso di sostanze hanno anche dimostrato una risposta neuronale significativamente ritardata a tutti i piani infantili, suggerendo che possano elaborarne il suono in modo meno efficiente rispetto alle madri che non fanno uso di sostanze.

Questo comporta una mancata sincronizzazione da parte della madre con il volto del bambino e una scarsa valutazione affettiva dei suoi bisogni di angoscia o di serenità.

L'ipotesi più attuale che cerca di spiegare questo eterogeneo corpus di ricerche è quella che riconosce un caregiving compromesso nei genitori con disturbo di sostanze come secondario ad una disregolazione esistente nei circuiti neurali della dipendenza, così come spiegato nel modello di "disregolazione ricompensa-stress della dipendenza e genitorialità" (Rutherford, Mayes, 2017).

Inoltre, i cambiamenti che possono verificarsi all'interno del circuito della dipendenza indotti dall'uso prolungato e cronico delle sostanze, possono promuovere comportamenti di ricerca della sostanza volti ad alleviare lo stress e il disagio sperimentati durante i periodi di astinenza: i segnali da parte del figlio nella relazione madre-bambino, che abbiamo visto stimolare questo circuito della ricompensa, potrebbero non essere percepiti più come gratificanti quanto invece mettere a dura prova la resistenza al craving.

In risposta a tale stress, di nuovo, si intensifica il desiderio della sostanza.

Tali livelli di stress vanno ad intensificarsi anche con lo stigma che le madri incontrano nei loro ruoli, esacerbate da sentimenti di vergogna e colpa associati alle ripercussioni percepite delle loro dipendenze sul loro comportamento.

Questo comporta inoltre sentimenti di ambivalenza nei confronti del piccolo.

Tutto ciò che abbiamo detto potrebbe avere due conseguenze: o una mancanza di attivazione di accudimento all'angoscia del bambino, o

un comportamento eccessivamente intrusivo, in quanto si attiva una risposta anche in concomitanza con i volti neutri del bambino, nel tentativo di dare una risposta che, come abbiamo visto, implica anche forti livelli di ansia e angoscia nella madre stessa.

A questo proposito sarebbe interessante notare di come l'uso specifico di determinate sostanze potrebbe influenzare un comportamento materno invischiante rispetto ad un comportamento materno evitante.

Uno studio del 2021 (Jaques *et al.*, 2021) è stato mirato a fare chiarezza su quale tipo di risposta le madri dipendenti da alcol possono mostrare quando si risponde al disagio del proprio figlio.

In particolare confermano una risposta di disimpegno e rifiuto da parte delle madri al disagio emotivo dei figli, piuttosto che comportamenti intrusivi e ipercontrollanti.

L'ipotesi + è che ciò avvenga a causa di una scarsa attivazione neurale prefrontale della madre agli stimoli del bambino, e quindi una erronea traduzione dei bisogni del piccolo.

Inutile dire che, di conseguenza, il bambino non riesce ad interiorizzare e apprendere adeguate strategie di regolazione emotiva, o al contrario, con madri che rispondono con comportamenti invischianti, emergono elevatissimi livelli di ansia.

È interessante, nella programmazione di un intervento, valutare quale tipo di risposta materna viene stimolata dall'uso di sostanze.

Ulteriori barriere alla genitorialità

È chiaro che, in un'ottica che legge l'individuo come costantemente interagente con i contesti circostanti, non possiamo che citare anche altre barriere che possano rendere la genitorialità un'esperienza fortemente stressante.

Innanzitutto, le madri con disturbo di dipendenza potrebbero essere spesso assenti per periodi di tempo prolungati durante i momenti di consumo, impegnati nella ricerca della sostanza o anche per il tempo trascorso in comunità residenziali, in carcere o ospedalizzate.

Ancora, sono gli stessi figli ad essere allontanati dalle famiglie per periodi di tempo molto lunghi. Tale indisponibilità cronica spesso incide ed interrompe i rituali familiari, come gli eventi festivi e le routine quotidiane, che sappiamo essere fondamentali alla creazione e al mantenimento di una identità personale, familiare, nonché nella costruzione di un senso di appartenenza.

È evidente, da quanto abbiamo detto finora, che il genitore potrebbe avere difficoltà a sintonizzarsi con i bisogni del figlio anche quando usciamo dalla diade madre-bambino e ci rivolgiamo ad un ragazzo più grande, che affronta fasi di vita e momenti di sviluppo differenti.

Non dimentichiamo che il genitore con disturbo di dipendenza non è solo impegnato fisicamente ma anche emotivamente nella ricerca della sostanza, ampliando la propria indisponibilità anche alla sensibilità emotiva.

È stato notato che cala la qualità dell'attenzione offerta ai propri figli all'aumentare del coinvolgimento con la droga.

Una caratteristica molto importante del caregiving nell'improntare un'educazione gentile, efficace ed amorevole con il proprio figlio è la coerenza.

Più che parlare di quantità, quello che è un forte fattore di pericolo è piuttosto l'incostanza, la saltuarietà del nutrimento offerto da madri con disturbo da sostanze.

Il fattore di rischio non è l'indisponibilità in sé, quanto l'imprevedibilità della stessa.

Ci basta anche solo pensare a come può variare la risposta e la disponibilità del genitore nei periodi di uso e abuso della sostanza rispetto ai periodi di inutilizzo e a come la stessa emotività può variare da momenti di forte energia ed esplosività a momenti di depressione e letargia.

Anche gli stili genitoriali ne risentono.

Per anni gli studi sono stati volti a sancire se i genitori con disturbo da uso di sostanze fossero più severi e punitivi con i propri figli, o se al contrario fossero più lascivi e assenti, senza imposizione di regole.

C'è un forte disaccordo a riguardo, ma il senso è proprio questo, l'incoerenza dello stile genitoriale adoperato.

Si passa da entrambi questi stili spesso a seconda delle fasi della dipendenza affrontate, piuttosto che a seconda del bisogno del contesto

e del bambino stesso, creando incostanza sia nella dimensione di nutrimento (cioè calore e supporto) che in quella di controllo (supervisione e disciplina).

È chiaro che il bambino che, all'interno della relazione, non riesce a prevedere quale sarà la risposta del genitore alle sue richieste, potrebbe sviluppare uno stile di attaccamento insicuro se non addirittura disorganizzato.

Non dimentichiamo inoltre che gli effetti di alcune sostanze vanno ben oltre l'interruzione dell'uso della stessa: anche dopo aver raggiunto l'astinenza stabile, alcuni genitori riportano alti livelli di disagio psicologico per una vasta gamma di sintomi come ostilità, depressione e psicotismo.

Citiamo molto velocemente i fattori socio relazionali, contestuali e personali che certamente non possono essere separati dai punti precedenti se non compiendo una forzatura, quali: le interazioni familiari negative, con una carenza di risorse di problem solving e la messa in atto di coping disfunzionali; la presenza di conflitti con il coniuge o con la famiglia di origine; lo status socio-economico; l'altissima comorbilità con altri disturbi di personalità.

Infine, il senso di colpa e vergogna da parte del genitore, che abbiamo più volte citato ma che merita un'ulteriore attenzione.

Molti studi hanno mostrato una scarsa fiducia, da parte sia di madri che di padri, nelle loro stesse capacità di fornire nutrimento emotivo ai propri figli ed una generale incompetenza autoriferita nel ruolo genitoriale.

Questa condizione si lega ad un forte sentimento di colpa e rimpianto per i vissuti a cui sono stati esposti i figli in episodi di uso di sostanza.

Questi genitori mostrano una scarsa fiducia del sé, vivono la propria dipendenza spesso come un fallimento personale ed una debolezza, piuttosto che come una concausa di fattori personali, familiari e contestuali. Tendono ad attribuirsi la responsabilità esclusiva delle carenze nella qualità delle cure fornite ai propri figli.

Tutti questi vissuti vanno a gravare sullo stress percepito nel ruolo genitoriale, che spesso tali utenti associano a percezioni o vissuti depressivi.

Sappiamo inoltre che tali sentimenti di colpa e insicurezza sono associati all'indisponibilità emotiva fornita al bambino (Troester, 2011) andando quindi ad alimentarsi vicendevolmente.

Allo stesso tempo, i genitori percepiscono i loro figli come molto esigenti.

Questo ha il potenziale di provocare un sovraccarico precario sui genitori e, quindi, gravare ulteriormente sul rapporto genitore-figlio.

Quindi, fattori di stress e vissuti di inadeguatezza e di vergogna come quelli che si verificano nel ruolo genitoriale devono essere considerati come potenziali fattori di rischio di ricaduta se le richieste e le emozioni non possono essere affrontate in modo funzionale (Chaplin, Sinha, 2013). Tale autostigma inoltre è un fortissimo ostacolo all'accesso dell'utente e della famiglia agli interventi stessi, quindi è fondamentale riconoscerlo e in contesto clinico prestarci molta attenzione. Sono inoltre spesso sentimenti di vergogna che hanno un'origine nell'infanzia del genitore stesso, e nel rapporto di questi con i propri genitori a sua volta, rendendo necessario l'acquisizione di un punto di vista almeno trigerazionale al trauma.

Le limitazioni fisiche all'intervento

È stato dimostrato che il principale fattore predittivo del fallimento di trattamento in questo target è la mancanza di un intervento specializzato per madri tossicodipendenti.

In particolare, la mancanza di un programma che prenda in considerazione la diversità di età, provenienza, status socioeconomico, presenza/assenza di una famiglia di origine, età dei figli.

Ma ancor di più parliamo dell'assenza di un'analisi dei bisogni che sia totalitaria e comunitaria, che parta cioè da un tentativo di inclusione generale che prenda in considerazione anche le barriere fisiche al raggiungimento del servizio, come potrebbe essere la messa a disposizione di servizi di babysitting, l'assicurarsi la possibilità di poter usufruire dei mezzi di collegamento, l'ideazione di programmi

che vengano incontro alle esigenze di prossimità fisica delle donne ai propri figli: insomma, un vero e proprio movimento di inclusione comunitario.

Punti critici

Nella discussione della letteratura, potrebbe essere presente un bias di generalizzazione che non tiene adeguatamente conto delle differenze culturali dei contesti di riferimento degli studi.

Inoltre, è presente una forte eterogeneità di sostanze prese in considerazione nei diversi articoli.

Non abbiamo, infine, trattato gli interventi presenti in letteratura dedicati a questo target, con l'intento di prestare e restituire la giusta attenzione alla fase preliminare di profonda comprensione del fenomeno.

Conclusioni

Lo scopo del presente lavoro è quello di spiegare e discutere gli eterogenei contributi in letteratura che hanno tentato di approcciarsi e di comprendere il fenomeno complesso delle madri nella tossicodipendenza.

Il principale fattore predittivo del fallimento del trattamento in questo target di utenti è la mancanza di programmi di intervento specifici per queste donne, che compia prima di tutto una sistematica analisi dei loro bisogni fisici, genetici, psicologici e sociali.

Madri con figli di età diverse hanno ad esempio bisogni diversi.

Ad oggi, tuttavia, i programmi di intervento sono saltuari, ad iniziativa del singolo servizio, e volti per lo più alla tutela dei minori.

Abbiamo cercato di affrontare la complessità di tutti quei fattori che influiscono sulle caratteristiche della genitorialità di chi fa uso e abuso di sostanze.

Non è infatti immediata e lineare l'associazione tra dipendenza ed incapacità genitoriale.

Tuttavia è necessario anche il superamento di un'ottica buonista che valuta la presenza dei figli come fattore di per sé positivo e motivazionale.

Abbiamo infatti visto che i segnali di ricompensa genitoriale non vengono codificati allo stesso modo e non assumono pertanto la stessa valenza gratificante per tutte le madri.

Piuttosto, abbiamo posto attenzione agli stimoli stressanti che quella relazione porta con sé.

Sebbene quindi siamo in accordo con il considerare la relazione con il figlio e il ruolo materno come centrale nel processo di terapia, è anche vero che questo deve seguire ad una profonda fase di comprensione, esplorazione ed assessment.

Riferimenti bibliografici

- Ahluwalia H., Chand P.K., Suman L.N. (2020). *Therapeutic Focus for Women With Substance Use Disorders: Views of Experts and Consumers in a Tertiary Hospital in India*.
- Andolfi M., Angelo C. (1987). *Tempo e mito nella psicologia familiare*. Roma: Bollati Boringhieri.
- Dawe S., Harnett P., Gullo M.J., Eggins E., Barlow J. (2021). Moderators and mediators of outcomes of parents with substance use problems: further evaluation of the Parents under Pressure programme. *Society for the study of addiction*, 16(11): 3206-3218.
- Delker B. (2017). *Relationships without Reward: The Role of Childhood Abuse History in Maternal Addiction, Mental Health, and Parenting*. Department of Psychology, University of Oregon.
- Dyba J., Moesgen D., Klein M., Leyendecker B. (2019). Mothers and fathers in treatment for methamphetamine addiction – Parenting, parental stress, and children at risk. *Child & Family Social Work*, 24: 106-114.
- Freda M.F. (2008). Narrazione e intervento in psicologia clinica: costruire, pensare e trasformare narrazioni tra logos e pathos. *Psicologia clinica e lavoro istituzionale*. Napoli: Liguori.
- Jacques D.T., Sturge-Apple M.L., Davies P.T., Cicchetti D. (2021). *Parsing Alcohol-Dependent Mothers' Insensitivity to Child Distress: Longitudinal Links With Children's Affective and Anxiety Problems*. Department of Psychology, University of Rochester 2 Institute of Child Development, University of Minnesota.
- Kim S., Iyengar U., Mayes L.C., Potenza M.N., Rutherford H.J.V., Strathearn L. (2017). Mothers with Substance Addictions Show Reduced Reward Responses When Viewing Their Own Infant's Face. *Human Brain Mapping*, 38: 5421-5439.
- Kyte D., Jerram M., Di Biase R. (2020). Brain Opioid Theory of Social Attachment: A Review of Evidence for Approach Motivation to Harm. *American Psychological Association*, 6(1): 12-20.
- Lowell A.F., Maupin A.N., Landi N., Potenza M.N., Mayes L.C., Rutherford H.J.V. (2020). Substance use and mothers' neural responses to infant cues. *Infant Ment Health J.*, 41: 264-277.
- Navarra A. (2021). *Le origini traumatiche della tossicodipendenza*. Kimerik: Patti.
- Raynor P.A., Mueller M., Pope C., York J., Smith G. (2019). A feasibility study exploring self-care and parenting for adults recovering from addictive substances. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(2): 155-163.
- Rutherford H.J.V., Mayes L.C. (2019). Parenting stress: A novel mechanism of addiction vulnerability. *Neurobiology of Stress*, Volume 11.
- Stewart C.R. (2021). *Experiences of Social Workers in Outpatient Treatment with Young Mothers*. Walden University.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2009). *Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe*. Dipartimento politiche antidroga.
- Winnicott D. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, trad. Alda Bencini Bariatti. Roma: Armando.

FeDerSerD/FORMAZIONE E RICERCA

A Bergamo il XII Congresso nazionale di FeDerSerD

Il 25, 26 e 27 ottobre 2023 si terrà a Bergamo il XII Congresso nazionale di FeDerSerD, la Federazione italiana degli operatori dei Servizi e dei Dipartimenti delle Dipendenze.

L'evento congressuale nazionale si tiene nella città capitale della cultura con Brescia a sottolineare come scienza e cultura siano profondamente intrecciate.

Nel corso della tre giorni di convention i partecipanti affronteranno gli innumerevoli temi della disciplina scientifica da

un punto di vista medico, psicologico, sociale, legale, organizzativo, di politica sanitaria nella consueta logica multidisciplinare che contraddistingue la mission della Federazione nell'affrontare il tema della dipendenza e dei consumi pericolosi.

Il Congresso sarà affiancato da eventi culturali e ricreativi nella cornice della bella città.