

Psicopatologia e genitorialità: progetto di trattamento del Disturbo Borderline di Personalità rispetto alle competenze di parenting

Chiara Riso¹

¹ Psicoterapeuta cognitivo - comportamentale, Roma

Riassunto

Il presente lavoro prende in esame diversi contributi sulla psicopatologia genitoriale e le competenze di parenting, approfondendo in particolare come la presenza di una diagnosi materna di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) possa incidere sulla rappresentazione di sé come genitore, del figlio e della relazione.

I riscontri clinici suggeriscono che queste madri affrontano con intenso stress le sfide legate alla genitorialità, mostrandosi scarsamente responsive ai bisogni dei loro figli, esposti a importanti rischi evolutivi. Ciò nonostante, la ricerca che ad oggi si è occupata di indagare nello specifico la relazione tra genitori con DBP e i figli e di strutturare azioni trattamentali è scarsa, soprattutto se confrontata con la mole di dati riguardo ai possibili interventi nel caso di altri quadri psicopatologici genitoriali.

Tenendo conto delle conoscenze sul funzionamento di queste pazienti, viene qui presentata una proposta di trattamento finalizzata a promuovere comportamenti genitoriali indipendenti dall'instabilità emotiva, maggiormente sensibili ai vissuti e ai bisogni dei loro bambini, favorendo una relazione genitore-figlio più prevedibile e coerente.

Summary

This paper reviewed the different contributions on parental psychopathology and parenting skills, analyzing particularly how the presence of a maternal diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) may influence the perception of self, of the son and of the parent-infant interaction.

Clinical findings suggest that these mothers confront with intense stress the challenges of parenting, showing poorly responsive to the needs of their children, exposed to significant risks of developing. However, researches has dealt specifically investigate the relationship between parents and children with BPD and structuring therapeutic actions is poor, especially when they are compared with the amount of data regarding possible actions in case of other parental psychopathological diagnosis.

Considering the knowledge of the functioning of these patients, is presented a proposal for a treatment aimed at promoting parental behaviours independent of emotional instability, more sensitive to the experiences and needs of their children, supporting a parent-child relationship more predictable and consistent.

Chiara Riso, Psicopatologia e genitorialità, N. 11, 2013, pp. 71-111

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiininformazione.it

Introduzione

Quello della *competenza genitoriale* è un costrutto complesso, il cui sviluppo avviene nel corso del tempo come esito di un'interazione di parametri individuali, cognitivi, emotivi e relazionali, che incidono sul processo di accudimento. Con esso intendiamo l'insieme di comportamenti che rendono il caregiver capace di mantenere una relazione caratterizzata da protezione e sostegno adeguati ad accompagnare la crescita del proprio figlio.

Greco e Maniglio (2009), facendo riferimento al modello cibernetico di finalismo comportamentale (Castelfranchi & Miceli, 2002), descrivono il genitore come *colui che ha internalizzato lo scopo (posto da natura e società) di prendersi cura (nutrire, proteggere, dare affetto e sostegno emotivo, educare, favorire l'autonomia e l'indipendenza) e lo persegue attraverso la formulazione autonoma e personale di sottoscopi interni contingenti*. Gli autori, inoltre, presentano la capacità genitoriale come: *concreta*, perché riferita a quel genitore, con quel figlio, in quel determinato contesto; *composita*, implicante abilità personali e risorse ambientali correlate ai bisogni e alle necessità del bambino; *dinamica*, poiché legata ad un processo di interazione tra condizioni soggette a cambiamento; *stimabile*, perché valutabile in termini sia qualitativi che quantitativi (Greco & Maniglio, 2009).

La qualità delle cure genitoriali incide sulla crescita del figlio: una presenza amorevole, competente e rispettosa e condizioni ambientali favorevoli sostengono, infatti, lo sviluppo della sua personalità.

L'incidenza di psicopatologia negli adulti implica che molti bambini crescano insieme a un genitore con sofferenza psichica, solo a volte circoscrivibile a un periodo limitato nel tempo.

Negli Stati Uniti si riscontra che il 68% delle donne e il 57% degli uomini con psicopatologia (schizofrenia, disturbo depressivo maggiore o disturbo bipolare) sono genitori (Nicholson et al., 2004). Nel Regno Unito, il 10-15% dei figli vive, nel 28% dei casi esclusivamente, con un genitore con patologia mentale (Cleaver et al., 1999; Parker et al., 2008; Crosier et al., 2007). Un recente studio australiano mostra che il 23.3% dei bambini cresce in famiglie in cui è presente almeno un genitore con malattia mentale (Maybery et al., 2009). Allo stato attuale non risultano indagini sistematiche in grado di riferire l'entità del fenomeno in Italia; la dimensione dei rilevamenti sopra riportati rende tuttavia opportuna una riflessione sulle eventuali ripercussioni della patologia mentale rispetto alle capacità genitoriali, così da impostare strategie terapeutiche che tengano conto anche di quest'aspetto.

Se anche in circostanze ottimali il parenting può essere stressante per molti genitori, la presenza di psicopatologia rappresenta una variabile che rischia di riflettersi negativamente sulla capacità di

adattarsi ai cambiamenti legati alla crescita di un bambino, rendendo maggiormente difficoltosa la relazione e la capacità di incontrare i suoi bisogni. A tal riguardo, alcune ricerche hanno evidenziato che l'arrivo di un figlio tende a ridurre il funzionamento precedente del genitore affetto da psicopatologia, comportando un disagio tale da richiedere frequentemente un aiuto terapeutico (Sands et al., 1995; Apfel & Handel, 1993). Non sempre, tuttavia, gli interventi disponibili nei servizi e nei centri deputati alla salute mentale prendono in considerazione le difficoltà legate alla genitorialità e la complessa articolazione attraverso cui vengono esercitate le competenze di parenting (Mowbray et al., 2001).

La letteratura è concorde nel ritenere che il funzionamento mentale dei genitori con psicopatologia abbia un impatto negativo sulla salute e il benessere dei bambini (Mowbray et al., 2004; Oyserman et al., 2004; Reupert et al., 2007), i quali sembrano avere, rispetto al gruppo di controllo, il doppio delle possibilità di sviluppare un disturbo psichico durante l'infanzia (Göpfert et al., 2004), l'adolescenza e l'età adulta (Farrell et al., 1999; Cowling, 2004; Maybery & Reupert, 2006). Diverse ricerche di follow-up rilevano che i due terzi di questi figli manifestano problemi comportamentali ed emotivi spesso gravi e persistenti, quali: condotte aggressive, fallimenti scolastici, bassa autostima e difficoltà relazionali, frequentemente inquadrabili in veri e propri quadri clinici ansioso - depressivi (LaRoche, 1987; Vostanis et al., 2006). Una storia genitoriale di depressione, di bipolarità o di schizofrenia sembrerebbe inoltre aumentare sino a tre volte il rischio che il bambino sia vittima di abuso e trascuratezza (Walsh et al., 2002; Göpfert et al., 2004; Barth, 2009). Un intervento specifico sulla genitorialità potrebbe pertanto rappresentare anche un'azione di prevenzione in tal senso.

E' necessario sottolineare tuttavia che l'esistenza di una diagnosi psichiatrica non implica inevitabilmente l'esercizio di una genitorialità problematica (Kohl et al., 2011); il fattore di rischio determinante è rappresentato, infatti, dal comportamento del genitore nel quotidiano (Reader & Duncan, 2003). Inoltre, le modalità attraverso cui si esplica la genitorialità non sono connesse solo a caratteristiche del singolo genitore, ma dipendono dall'interazione con altri fattori, tra i quali: l'isolamento, l'assenza di reti di supporto e i rapporti affettivi conflittuali, rappresentano quelli maggiormente in grado di aumentare la probabilità che si verifichino conseguenze problematiche (Procaccia, 2005). A modulare l'effetto della patologia genitoriale sull'equilibrio familiare contribuiscono anche il vissuto e la rappresentazione del bambino riguardo la malattia del caregiver, nonché le strategie che egli è in grado di attivare per farvi fronte (Göpfert et al., 2004).

Per una valutazione effettiva delle competenze di parenting non basta individuare la diagnosi e la gravità della malattia; è fondamentale invece identificare lo stato mentale del genitore rispetto

all'accudimento del figlio, nonché la costellazione di fattori che ruotano intorno alla malattia e che, influenzando la relazione genitore-bambino, aggravano o riducono i possibili esiti negativi.

Nel lavoro con il genitore, è importante che il clinico si domandi in che modo e/o con quale entità il disturbo incida sulle abilità di parenting. Frequentemente padri e madri con psicopatologia grave sentono i compiti parentali come un peso particolarmente gravoso, mostrando, nell'interazione con il bambino, una scarsa sintonizzazione con i suoi bisogni e con gli obiettivi di crescita, nonché la difficoltà a fornire stimolazioni appropriate all'età di sviluppo. Questi genitori falliscono ripetutamente nel riconoscere le necessità evolutive e nel risignificare gli stati d'animo del bambino, nonché nella capacità di contenere e regolare le sue espressioni emotive (Giamundo & Riso, manoscritto non pubblicato).

Non va trascurato che i diversi disturbi psichici possono avere un effetto sulla genitorialità e conseguenze sul minore anche in relazione alla gravità, al carattere di transitorietà o di cronicità degli stessi, nonché al tempo di esposizione e alla fase di sviluppo del bambino. L'epoca di comparsa della patologia genitoriale si configura, infatti, come un importante fattore da considerare, così come la pervasività e la comorbilità con altri quadri psicopatologici. La letteratura evidenzia che più precocemente si manifestano i sintomi della malattia e quanto più si inscrivono in quadri complessi e multisintomatici, tanto più saranno minate le basi per la costruzione di una relazione positiva genitore-bambino. Un'interessante ricerca longitudinale che ha coinvolto 123 figli di madri con psicopatologia, ha evidenziato che le difficoltà nello sviluppo psicofisico dei bambini sono correlate tanto alla diagnosi del genitore in sé, quanto all'insorgenza precoce della malattia e al grado di compromissione che essa esercita sulle capacità relazionali e sociali della madre (Seifer et al., 1996).

L'ipotesi di partenza qui discussa è che le competenze parentali siano suscettibili di cambiamento e che una maggior comprensione del funzionamento mentale del paziente e delle specifiche criticità presentate nell'area della genitorialità possa rappresentare uno strumento per la messa a punto di proposte trattamentali mirate a sostenere la relazione con il figlio e a modificare la rappresentazione che il genitore ha di sé, del bambino e della relazione.

Inoltre, diversi contributi sostengono che i genitori che soffrono di una patologia mentale richiedono frequentemente un aiuto per le proprie capacità di parenting e che questo campo di intervento possa costituire una forte motivazione per il trattamento (Sands, 1995; Mowbray, et al. 1995). Un'azione in tale area, oltre ad avere delle indiscutibili ricadute in positivo sulla qualità di vita del paziente, può inoltre rappresentare un intervento preventivo rispetto allo strutturarsi di quadri clinici nel bambino. Sebbene la tendenza a sviluppare alcune malattie mentali gravi sia in

parte favorita dal corredo genetico (Leverson, 2003), un peso sostanziale riguarda, infatti, le esperienze ambientali. Il genitore con disturbo psichico, attraverso schemi mentali e cicli interpersonali maladattivi, facilita la possibilità che il figlio costruisca credenze distorte, aspettative irrealistiche e scopi disfunzionali circa se stesso, gli altri e il mondo, aspetto che rappresenta sicuramente un fattore di vulnerabilità per il suo sviluppo.

Seguirà una sintetica trattazione delle ricerche riguardanti alcuni aspetti critici della genitorialità, quando i pazienti soffrono di un disturbo mentale. C'è da specificare che molti degli studi in tale ambito si basano su dei campioni di numerosità scarsa (Nicholson et al., 2001) e utilizzano strumenti self report per la diagnosi. Inoltre, al di là di poche eccezioni (Lewin & Abdrbo, 2009; Mowbray et al., 2002), le ricerche non differenziano tra le diagnosi, che vengono aggregate spesso in una singola categoria, assumendo che gli effetti sulle capacità di parenting siano sovrapponibili (Lewin & Abdrbo, 2009).

La depressione e la schizofrenia sono oggetto del maggior numero di ricerche in quest'area, mentre i disturbi d'ansia e i disturbi di personalità hanno ricevuto a oggi un'attenzione molto limitata. Maggior spazio sarà dedicato proprio all'impatto che il funzionamento dei genitori con disturbi di personalità può avere sulla genitorialità, approfondendo in particolare la relazione tra le difficoltà nel parenting e la presenza di un disturbo di personalità borderline nel genitore. Verrà infine descritto un modello di trattamento ad oggi in fase di sperimentazione.

Genitorialità e psicopatologia in asse I

Sebbene i disturbi mentali possano riscontrarsi prima dell'arrivo del figlio o manifestarsi in epoche successive, il rischio maggiore di insorgenza si verifica soprattutto durante la gravidanza e nei mesi successivi al parto (Greco & Maniglio, 2008), comportando, in entrambi i casi, inevitabili ripercussioni sulla relazione coniugale e su quella genitore-figlio. E' stato evidenziato, ad esempio, che nel puerperio il rischio di depressione nella donna è di tre volte superiore rispetto ad altri momenti della vita (Cox et al., 1993), mentre quello di psicosi è da venti a trenta volte superiore (Murray & Cooper, 1997). Un episodio depressivo maggiore interessa tra il 7% e il 26% delle donne durante la gravidanza e tra il 10% e il 20% delle mamme nei 24 mesi successivi al parto (Gaynes et al., 2005). Una percentuale compresa tra lo 0.1% e lo 0.4% delle donne nei tre mesi dopo la nascita del bambino soffre invece di psicosi post-partum, di natura depressiva o, più spesso, maniacale e mista (Moses-Kolko & Roth, 2004).

La presenza di depressione aumenta il rischio di parenting coercitivo e ostile e di punizioni fisiche (Chung et al., 2004; Lovejoy et al., 2000; Lyons-Ruth et al., 2002; Shin & Stein, 2008).

Queste madri sembrerebbero in difficoltà sia nell'offrire assistenza e sostegno emotivo, attraverso atteggiamenti affettuosi e incoraggianti, sia nel creare un contesto favorevole alla relazione. Complessi risulterebbero, inoltre, il riconoscimento e la negoziazione delle richieste d'indipendenza, nonché la promozione di autonomie appropriate all'età, dello sviluppo dell'identità personale e delle competenze sociali (Di Blasio, 2005).

Una serie di studi ha evidenziato che durante la gravidanza e il puerperio, i disturbi depressivi compaiono spesso in concomitanza con i disturbi d'ansia. Questi ultimi sono particolarmente frequenti tra le donne a una prima esperienza di maternità (Alehagen et al., 2001; Lilliecreutz, C. 2011). Si riscontra inoltre un'elevata prevalenza di disturbo da stress post-traumatico legato ad angoscia o paura durante la gravidanza e il parto (Ballard et al., 1995; Ryding et al., 2003).

In generale, i disturbi d'ansia correlano con uno stile educativo caratterizzato da minor calore emotivo, maggior criticismo e più alti livelli di controllo (Moore et al., 2004); queste mamme appaiono anche più disimpegnate rispetto a quelle del campione normativo (Woodruff-Borden, et al., 2002).

La qualità delle interazioni tra mamme affette da schizofrenia e i loro bambini si contraddistingue spesso per scarsi responsività e coinvolgimento emotivo rispetto a quello mostrato sia dalle mamme del gruppo di controllo che da quelle depresse (Goodman & Brumley, 1990). I genitori affetti da un disturbo psicotico possono inoltre essere molto pericolosi, soprattutto nel caso in cui il figlio sia coinvolto nelle loro allucinazioni e nei deliri.

Alcune review evidenziano che le madri con disturbi del comportamento alimentare appaiono talmente assorbite dalle preoccupazioni e dai pensieri riguardanti il cibo e il proprio corpo da defocalizzare la loro attenzione da altri stimoli presenti nell'ambiente, quali la capacità di cogliere i bisogni dei figli e provvedere alla loro cura (Park et al., 2003; Patel et al., 2002).

In generale, i genitori che fanno uso di alcol e droghe sembrano manifestare importanti difficoltà a comprendere le necessità e le intenzioni comunicative dei propri figli, a causa di una carenza nella capacità di decodifica dei segnali di richiesta e della tendenza a sovrastimare le competenze dei loro bambini (Seagull et al., 1996; Shankaran et al., 2007). Essi pongono su questi ultimi aspettative irrealisticamente elevate e sono portati a interpretare i loro errori o comportamenti indesiderati come intenzionali o addirittura provocatori. Ciò si accompagna spesso alla messa in atto di strategie parentali disciplinari di tipo punitivo e/o violento. E' intuitivo, oltre che dimostrato da studi empirici, come uno stile di vita caotico e disorganizzato, soprattutto se centrato sul soddisfacimento del bisogno primario di assumere la sostanza, incida sul funzionamento sociale e lavorativo e danneggi, in particolar modo, la capacità di prendersi cura di se stessi e dei propri figli. I fallimenti

sperimentati nell'esercizio della funzione genitoriale possono inoltre comportare un ulteriore ricorso alle sostanze, determinando un circolo vizioso che alimenta e mantiene il problema del genitore e la condizione di rischio per il minore (Giamundo & Riso, manoscritto non pubblicato).

Sebbene la maggior parte delle ricerche abbia approfondito soprattutto la condizione delle mamme (Styron et al, 2002), evidenze empiriche crescenti indicano che i padri che vivono una condizione di monogenitorialità hanno una probabilità quattro volte superiore di avere una patologia mentale rispetto agli altri uomini (Cooper et al, 2009).

Alcuni studi dimostrano, in particolare, che la depressione paterna abbia un ruolo nella genesi precoce dei problemi comportamentali ed emotivi dei bambini (Kane et al. 2004). I risultati delle ricerche condotte sull'argomento (Ballard et al., 1996) evidenziano una prevalenza di questa diagnosi nei neo-papà intorno al 5%; altri dati, estrapolati da una ricerca condotta su un campione di 5089 famiglie (Paulson et al., 2006), riportano una percentuale del 10% di neo-padri con sintomi depressivi, contro un 14% delle neo-mamme. Un dato rilevante, quello dei padri, soprattutto se esaminato rispetto alla popolazione generale di uomini con diagnosi di depressione, che si attesta intorno al 5%. Un risultato ulteriormente interessante della ricerca riguarda gli effetti della depressione paterna sulla genitorialità, evidenziando l'associazione tra questa condizione psicopatologica e pratiche di accudimento caratterizzate da inadeguatezza e da povertà di interazioni positive (Giamundo & Riso, in stampa). Ramchandani e il suo gruppo di ricerca (Ramchandani et al., 2005) hanno condotto un'ampia indagine su un campione di 8431 neo-padri con tratti depressivi, esaminati mediante l'utilizzo dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), somministrata all'ottava settimana di vita del figlio. È emerso che la depressione paterna nel periodo postnatale risulta associata ai disturbi emotivi e comportamentali che il bambino manifesterà successivamente, all'età di 3 anni e mezzo.

Programmi di intervento

Diversi interventi psicoeducativi, per lo più di gruppo, mostrano la loro efficacia nel supporto dei genitori con disturbi mentali e dei loro familiari (Dvir, 2012; Diaz-Caneja & Johnson, 2004).

In tale area di intervento, Il Parenting and Mental Illness Group Program (Ruth, 2006) è un interessante progetto pilota, rivolto a 19 genitori (con diagnosi in Asse I) di bambini tra i 2 e i 10 anni ($X = 4.75$; $SD = 2.7$), finalizzato a identificare e ridurre l'impatto della patologia mentale sul parenting. La metodologia prevede un intervento di gruppo della durata di 6 settimane secondo il programma del *Positive Parenting Program (Triple P)*¹, cui fanno seguito 4 settimane di Home

¹ Il Programma *Triple P-Positive Parenting*, elaborato all'Università del Queensland in Australia, ed applicato in molti Paesi, fra cui gli Stati Uniti, consiste in un intervento familiare a orientamento comportamentale, volto a indurre dei

Visiting. Gli incontri settimanali (ciascuno della durata di 2 ½ - 3 ore) hanno come oggetto una riflessione sul Positive Parenting, un modulo dedicato all'impatto della patologia mentale sulle capacità genitoriali, all'acquisizione di strumenti a sostegno di una relazione positiva con il bambino, alla promozione del suo sviluppo e alla gestione dei suoi comportamenti disfunzionali. I quattro interventi domiciliari hanno come obiettivo la costruzione di nuove skills e il miglioramento delle strategie di gestione delle difficoltà e delle attività di routine. La somministrazione dell'Eyeberg Child Behaviour Inventory (Eyeberg et al., 1999)² e del Parenting Scale (Arnold et al., 1993)³ permette la misura della percezione genitoriale dei cambiamenti legati alle competenze e al senso di efficacia. I risultati preliminari indicano che il programma ha un effetto positivo sui comportamenti problematici dei bambini e sulle pratiche di parenting, aumentando l'autoefficacia genitoriale e la capacità di gestione delle situazioni quotidiane.

Protocolli psicoeducativi rivolti ai familiari di persone con grave psicopatologia in asse I, affette soprattutto da Schizofrenia (McFarlane et al., 2003), Disturbo Bipolare (Honig et al., 1997) e Depressione (Goldstein, 1995), hanno ricevuto un ampio supporto empirico per la prevenzione delle ricadute e la riduzione del carico emotivo e dello stress familiare. Inoltre, poiché un alto livello di emotività espressa in famiglia, ovvero, di criticismo, ostilità o ipercoinvolgimento emotivo, correla positivamente con la ricaduta del paziente, uno degli obiettivi della psicoeducazione familiare è quello di ridurre la sua intensità, aumentando le capacità di coping dei familiari (Hatfield, 1994).

Una review del 2012 (Reupert et al., 2012) descrive alcuni dei programmi di intervento pensati nel caso in cui il caregiver soffra di disturbi dell'umore o d'ansia (Compas et al., 2011; Valdez et al., 2011; Solantaus et al., 2010). Il più interessante è il Family Talk (Beardslee et al., 2003; 2007), indirizzato a famiglie in cui il genitore ha una diagnosi di disturbo depressivo maggiore o di disturbo bipolare, con figli tra gli 8 e i 15 anni, mai trattati per un disturbo dell'umore. La proposta segue un approccio cognitivo comportamentale e prevede da sei a dieci sessioni, alcune delle quali dirette ai genitori, altre ai bambini e altre ancora alla famiglia. Ad un follow-up di quattro anni e mezzo, i figli mostrano di possedere strumenti validi per la comprensione del disturbo del genitore, un buon funzionamento e una riduzione della sintomatologia internalizzante. Nell'insieme, i programmi che coinvolgono la famiglia hanno l'obiettivo di minimizzare le disfunzioni relazionali,

cambiamenti nei comportamenti problematici del bambino attraverso la modifica dell'ambiente che contribuisce al loro mantenimento e rafforzamento (Sanders, 2008; Matsumoto et al 2010; Moharreri et al., 2008; Heidenreich, 2008).

massimizzando le competenze del bambino e la rete di supporto attorno a lui. Sebbene siano molto rigorosi dal punto di vista metodologico, sarebbe importante realizzare azioni di intervento che considerino anche altri quadri psicopatologici o situazioni di comorbilità.

Le proposte di supporto tra pari stanno dando alcuni risultati interessanti, che necessitano tuttavia di maggior rigore metodologico e chiarezza sulle misure d'esito. Sono indirizzate a bambini di età compresa tra i 7 e i 18 anni e hanno lo scopo, spesso con l'aiuto del peerleader, di aumentare le loro conoscenze circa la patologia mentale del genitore, sviluppando, al contempo, relazioni funzionali con i pari e strategie di adattive coping (Hargreaves et al., 2008; 2005; Goodyear et al., 2009).

La componente comune a tutti i programmi riguarda l'opportunità di fornire informazioni a carattere psicoeducativo sulla patologia mentale ai familiari e, in particolare, ai bambini. Sono necessarie ricerche che vadano a comparare l'efficacia dei diversi programmi, per definire con maggior puntualità quale sia l'intervento più indicato nelle diverse condizioni psicopatologiche.

Genitorialità e Psicopatologia in Asse II

Il Ritardo Mentale

I genitori con ritardo mentale, presentando significative limitazioni sia nel funzionamento intellettivo che nel comportamento adattivo, rappresentano una popolazione a rischio per una genitorialità problematica. A seconda del grado di compromissione cognitiva e della frequente comorbilità con altri disturbi mentali (Feldman et al., 2002; McGaw et al., 2007), possono infatti mostrare difficoltà a comprendere i bisogni evolutivi dei figli e ad organizzare la loro vita nel rispetto di tali necessità (ad esempio, le attività scolastiche e sociali). L'assenza di un adeguato supporto sociale aumenta fortemente il rischio che il genitore si senta impotente davanti ai compiti parentali e che si instauri una relazione inappropriata, stereotipata e impoverita con il bambino, aumentando inoltre il rischio di maltrattamento e trascuratezza (Cleaver & Nicholson, 2007).

L'allontanamento dei figli ha, per questi genitori, importanti conseguenze sul loro equilibrio psicologico; viceversa, l'attuazione di interventi psicosociali mirati potrebbe favorire una genitorialità più adeguata. I programmi di prevenzione primaria dovrebbero pertanto partire dalla presa in carico degli aspetti organizzativi della vita quotidiana, per facilitare la possibilità di far riferimento alla rete assistenziale esterna, e includere, parallelamente, interventi volti a sostenere l'interazione diadica genitore-figlio.

Gli studi sull'efficacia delle azioni di recupero della genitorialità condotte su padri e madri con ritardo mentale evidenziano che questi ultimi possono migliorare la capacità di far fronte agli aspetti

pratici delle problematiche quotidiane, nonché quella di comunicare e scambiare affetto (Lyons-Ruth et al., 1990; Keltner et al., 1992; Shaw et al., 2006; Dowdney et al., 1993; Feldman et al., 1994, 2002). E' opportuno che vengano fornite loro occasioni di apprendimento, attraverso strategie di insegnamento appropriate alle potenzialità mentali e rinforzate dalla pratica, affiancato al sostegno costante da parte di figure capaci di fornire un supporto quotidiano (Greco et al., 2009).

I Disturbi di Personalità

I pazienti che soffrono di un disturbo di personalità (DP) presentano intense difficoltà di adattamento, mantenute da peculiari stili di pensiero e di comportamento che permangono rigidi e tendenzialmente immutati nel tempo e nei diversi contesti. Le difficoltà ad adottare ruoli diversi e stili interpersonali flessibili, rappresentano aspetti critici che si ripercuotono sui rapporti significativi e, inevitabilmente, sulla relazione genitore-figlio.

Un limitato, ma informativo, corpo di ricerche ha esaminato gli effetti dei Disturbi di Personalità (DDP) su questo dominio interpersonale. Uno dei primi lavori ad aver approfondito nel tempo le pratiche di parenting dei genitori con disturbi di Asse II e gli outcome sul bambino è il "Children in the Community Study - CIC" (Cohen; 1996, 2005). Sia questo studio a disegno longitudinale che altri, alcuni dei quali hanno analizzato in particolare gli esiti relativi alla tarda infanzia e all'adolescenza, mettono in luce che la presenza di un DP nei caregiver si associa ad una genitorialità critica e a traiettorie di sviluppo a rischio per i bambini (Berg-Nielsen et al, 2002; Johnson et al, 2006; Henshaw et al., 2011). Il parenting problematico risulta inoltre predittivo di diagnosi in Asse II nei figli (Bezirgianian et al., 1993; Cohen, 1996; 2005; Johnson et al., 1999; 2001 2002; 2006).

Diversi lavori, utilizzando strumenti self-report, hanno evidenziato che il DP nei genitori si associa ad una varietà di comportamenti educativi tipici, tra cui punizioni dure, incoerenza disciplinare e scarsa supervisione (Ehrensaft et al, 2003; Johnson et al, 2004; 2006). Metodologie di osservazione della relazione genitore-figlio, seppur usate meno frequentemente e prevedendo spesso tempi di gioco limitati, mettono in evidenza scarsa sensibilità e comportamenti raramente affettuosi (Cassidy et al., 1996; DeGarmo, 2010; Eiden et al., 2009; Finger et al, 2010;. Hans et al., 1999). In particolare, Conroy e colleghi (2009) hanno reclutato un campione di 200 madri, a distanza di 8 settimane dal parto, per un'osservazione e valutazione domiciliare. Gli autori riscontrano una correlazione significativa tra le diagnosi di depressione o di disturbi di personalità e le pratiche di cura dei neonati, anche dopo aver controllato l'irritabilità infantile, suggerendo che le

donne sofferenti di tali quadri psicopatologici mostrano coinvolgimento e sensibilità scarsi e minori risorse da impiegare nella cura del bambino.

Gli studi che hanno suddiviso i disturbi di personalità in cluster, o che li hanno considerati nello specifico, sono scarsi (Hans et al., 1999; Millon et al., 2004; Johnson et al., 2006), sebbene forniscano importanti elementi a favore del fatto che alcuni quadri clinici siano più legati a genitorialità disfunzionale (ad esempio, il Disturbo Borderline di Personalità e il Disturbo Antisociale di Personalità) rispetto ad altri (ad esempio, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità). Le mamme con Disturbo Antisociale di Personalità, ad esempio, tendono ad instaurare relazioni caratterizzate da scarso coinvolgimento con i figli (Simons et al., 1993), i quali risultano sei volte più a rischio del gruppo di controllo di essere vittime di abuso (Walsh et al., 2002).

Un recente studio osservativo di Wilson & Durbin (2012) ha esaminato gli effetti dei sintomi genitoriali dei DP sul dominio interpersonale, valutando la relazione madre/padre-figlio in un campione di 145 diadi. Le autrici descrivono i disturbi di personalità come varianti patologiche all'interno di una teoria generale della personalità normale, descritta in termini di tratti, ovvero di dimensioni continue. I risultati evidenziano, nei genitori con più alti livelli di Disturbo di Personalità Antisociale e Paranoide (in particolare, in entrambi i casi, le madri), Borderline e Istrionico, minor sensibilità verso i figli. Questo risultato risulta coerente con le precedenti ricerche riguardo agli effetti della personalità patologica sulla genitorialità e sul sistema di accudimento, offrendo una buona evidenza al fatto che, anche quando i tratti si manifestano a livelli relativamente contenuti, si riscontra una relazione genitore-figlio problematica.

Il disturbo Borderline di Personalità (DBP) e la sfida della genitorialità

Un'indagine esplorativa che ha coinvolto 68 servizi francesi di tutela della salute infantile e adolescenziale e valutato 1.030 bambini, ha evidenziato che il 39% degli utenti ha un genitore sofferente di disturbi mentali. Di questi genitori, il 48% delle madri e il 30% dei padri hanno un Disturbo di Personalità, nella maggior parte dei casi, un DBP (Laporte, 2007).

Nonostante i riscontri clinici, la ricerca che ad oggi si è occupata di indagare specificamente la relazione tra genitori affetti da DBP e i figli e di strutturare azioni trattamentali, è scarsa, soprattutto se confrontata con la mole di dati disponibili nel caso di altri quadri psicopatologici genitoriali, ad esempio la depressione materna.

Crescenti evidenze sperimentali suggeriscono tuttavia che i genitori con DBP, le mamme in particolare, affrontano con intenso stress le sfide legate alla genitorialità e appaiono scarsamente responsive ai bisogni dei loro figli, esposti a importanti rischi evolutivi (Newman et al., 2007).

Nel primo studio di questo tipo, Crandell riporta che queste madri sono intrusive e insensibili durante l'interazione e il gioco con i loro bambini di due mesi (Crandell et al., 2003). In risposta al paradigma dello still face, i figli assumono sguardi attoniti ed evitanti il contatto visivo del genitore, mostrando successivamente un tono dell'umore maggiormente depresso. Hobson (2005) confronta, in tre setting diversi, 10 coppie di mamme con diagnosi di DBP e bambini di 12 mesi con un gruppo di controllo composto da 22 diadi. Nel primo, il bambino è messo di fronte a uno sconosciuto inizialmente non responsivo, che successivamente cerca di coinvolgerlo in uno scambio relazionale; nel secondo, il bambino viene valutato attraverso la procedura standard della Strange Situation; nel terzo, si chiede alla madre di giocare insieme a lui con dei pupazzetti e con un trenino giocattolo. Davanti allo sconosciuto i bambini di donne con DBP mostrano più bassi livelli di disponibilità ad un'interazione positiva, scarsa organizzazione emotivo-comportamentale e limitati sguardi positivi diretti alla relazione. Un'alta proporzione di bambini, tra quelli appartenenti al gruppo clinico (8 su 10, a differenza di 6 su 22 nel caso di figli di madri senza diagnosi psicopatologica), vengono categorizzati come disorganizzati o mostrano segni di disorganizzazione (le restanti due diadi). Le mamme con DBP risultano più intrusive e insensibili verso il bambino nel compito educativo.

L'ipotesi degli autori è che le donne con DBP siano a rischio di rapportarsi ai figli con uno stile comunicativo caratterizzato da particolare intensità, incoerenza e orientamento verso di sé. I risultati di questo interessante studio evidenziano come le problematiche interpersonali caratteristiche del DBP si manifestino soprattutto quando a queste madri è richiesto di avvicinarsi emotivamente ai loro bambini a disagio e potenzialmente bisognosi di aiuto durante la procedura della Strange Situation. Una significativa proporzione di donne con disturbo borderline (85%) mostra, in tale situazione, modalità comunicativo-relazionali distruttive, rispetto a quanto riscontrato in donne con diagnosi di depressione o senza psicopatologia (Hobson, 2009). Inoltre, queste madri risultano significativamente più a rischio di manifestare risposte di paura e disorientamento davanti ad una situazione che sollecita l'attivazione del sistema di attaccamento nel bambino e, reciprocamente, del sistema di accudimento nel genitore. Tali pattern appaiono inoltre fortemente associati alla disorganizzazione dell'attaccamento (Hesse & Main, 2006; Abrams et al., 2006). I risultati supportano la prospettiva secondo cui individui con DBP che manifestano impulsività, comportamenti distruttivi e instabilità affettiva, esibiscono anche schemi di comunicazione affettiva problematici, soprattutto nell'interazione con i figli (Ainsworth et al., 1978).

Una ricerca del 2007 (Newman et al., 2007) ha confrontato un gruppo clinico di diadi madre-bambino con uno di controllo, con l'obiettivo di approfondire la comprensione dei pattern interattivi delle madri con DBP con i loro figli e di esplorare la percezione di sé come genitore. I risultati

evidenziano, nel campione clinico, interazioni scarsamente strutturate, caratterizzate da minor sensibilità e responsività. La capacità di tener conto degli interessi e delle proposte del bambino e del suo grado di coinvolgimento, rappresenta una cornice necessaria per creare uno spazio protetto, che faciliti al tempo stesso i tentativi di autoregolazione del bambino; la sensibilità e responsività materna sono inoltre considerati i precursori più importanti per lo sviluppo di un attaccamento sicuro e fattori protettivi per la crescita socio-emotiva del bambino (Biringen, 1998).

I bambini del campione clinico mostrano attenzione, interesse ed entusiasmo scarsi durante l'interazione; le mamme si percepiscono più stressate, meno competenti e soddisfatte rispetto al gruppo di controllo. Da questi risultati si evidenzia l'opportunità di strutturare interventi precoci che promuovano la sensibilità materna e la percezione di competenza.

Un altro studio ha confrontato 35 donne con DBP e 35 appartenenti al gruppo di controllo e valutato la loro interazione con i bambini di età compresa tra i 4 e i 7 anni (Devan Trupe, 2010). Si riscontrano correlazioni importanti tra le componenti significative del disturbo e la disponibilità emotiva diadica. In particolare, i risultati suggeriscono che madri con più alti livelli di instabilità affettiva, disturbi dell'identità, delle relazioni e comportamenti autolesivi, instaurano legami caratterizzati da minore disponibilità emotiva. Più i sintomi sono pervasivi, più la relazione è contraddistinta da intrusività e ostilità, espresse attraverso comportamenti interferenti, controllanti, eccessivamente direttivi e iperstimolanti. I dati indicano inoltre che, tra le componenti del disturbo, solo l'instabilità affettiva e i disturbi delle relazioni hanno un impatto sulla qualità della comunicazione emotiva, poiché risultano significativamente correlati alla sensibilità materna, a misure di calore e coinvolgimento infantile. Le mamme mostrano infatti sia difficoltà di lettura dei segnali emotivi del bambino, sia di risposta adeguata, pronta ed empatica. I bambini, d'altro canto, presentano comportamenti caratterizzati da evitamento, chiusura e oppositività.

I risultati evidenziano quindi le difficoltà di queste madri a costruire e mantenere dei confini emotivi appropriati nella relazione con i figli, sia in termini di capacità di fare un passo indietro, riconoscendo e accettando i bisogni di autonomia ed esplorazione dei bambini, sia di modulare le proprie risposte emotive negative. E' opportuno pertanto che gli interventi prevedano, tra gli obiettivi, la costruzione di una vicinanza emotivamente armonica con i bambini, così da facilitare il loro sviluppo sociale ed emotivo.

Il coinvolgimento e il calore affettivo giocano infatti un ruolo cruciale nella regolazione delle interazioni sociali e preparano il bambino ad essere un partecipante attivo delle proprie relazioni. La ricerca suggerisce che i figli di mamme con DBP siano a rischio di intense esperienze di rottura

relazionale e di sviluppare pattern interattivi maladattivi, mostrando difficoltà nella regolazione delle proprie risposte emotive e ottenendo, verosimilmente, minor calore e vicinanza dagli altri.

Un'altra linea di ricerca evidenzia che le persone con DBP appaiono spesso confuse, spaventate e sopraffatte, se richiamate alle loro relazioni infantili (Patrick et al., 1994). Mostrano capacità limitate nella funzione riflessiva e disorganizzazione narrativa quando raccontano di perdite affettive o di eventi traumatici (Barone et al., 2003). Descrivono inoltre i loro caregiver in termini di svalutazione globale, presentando stati mentali HH, di impotenza e di ostilità (Lyons-Ruth et al., 2005; 2007). Tutti questi aspetti assumono una rilevanza particolare nel momento in cui si trovano ad interagire con i loro figli; si riscontra, a tal riguardo, un'alta prevalenza di attaccamento disorganizzato nei figli di madri con DBP (Hobson et al., 2005).

La disorganizzazione dell'attaccamento prefigura inoltre la presenza di problematiche esternalizzanti nell'infanzia (Van IJzendoorn et al., 1999) e la distruttività materna predice lo sviluppo di dissociazione nella prima età adulta dei figli (Dutra et al., 2009).

Più in generale, la letteratura rileva che i figli di madri con DBP sono più a rischio di esiti psicopatologici, rispetto a quelli di genitori sofferenti di altri disturbi mentali. In particolare, mostrano punteggi inferiori al CGAS, maggior prevalenza di DPB, ADHD, e disturbi dello spettro impulsivo (Johnson et al., 2006; Weiss et al., 1996). Barnow e colleghi (2006) confermano frequenti difficoltà di attenzione e comportamenti ostili; questi bambini sembrano inoltre presentare più spesso ansia, depressione e bassa autostima rispetto a quelli con madri affette da disturbi dell'umore, da altri disturbi di personalità di Cluster C e con assenza di psicopatologia. Manifestano inibizione, sensibilità alla vergogna e maggior bisogno di incoraggiamento; tendono ripetutamente ad agire intensamente ai segnali degli stimoli avversivi, così come ad inibire i comportamenti che possono rappresentare potenziali pericoli, evitando, quindi, novità e punizioni. I bambini percepiscono le madri come solite ad assumere condotte di ipercontrollo e iperprotezione, spesso incoerenti e scarsamente rispettose dei loro bisogni.

Uno studio del 2008 (Herr et al., 2008) ha valutato, in un campione di madri e figli adolescenti ($n = 354$), l'esistenza di un'associazione tra sintomatologia borderline e funzionamento interpersonale di questi ultimi. I risultati (tenendo sotto controllo i sintomi depressivi sia della madre che degli adolescenti) evidenziano che i sintomi di DBP correlano con esiti negativi nell'autopercezione e nelle capacità psicosociali degli adolescenti, oltre a paura per le cognizioni legate all'attaccamento, stress cronico nella relazione genitore-figlio e ostilità materna (Herr et al., 2008).

Un lavoro recente di Macfie & Swan (2009) ha confrontato un gruppo di 30 figli (tra i 4 e i 7 anni) di madri con DBP con uno normativo e valutato, attraverso il completamento di storie, la regolazione emotiva, le rappresentazioni del sé e della relazione caregiver-bambino. I risultati (controllando l'eventuale comorbilità con il disturbo depressivo maggiore) evidenziano: frequente inversione di ruolo genitore-figlio, intensa paura dell'abbandono e aspettative negative nella relazione madre/padre-figlio; rappresentazioni di sé maggiormente contraddittorie e sensibilità alla vergogna; scarsa regolazione emotiva, caratterizzata da confusione tra realtà e fantasia, bassa coerenza narrativa e intrusione di temi traumatici. Nel campione, la relazione maladattiva genitore-figlio si associa al disturbo materno dell'identità e all'autolesionismo; la rappresentazione incoerente del sé all'autolesionismo; la scarsa regolazione emotiva al disturbo dell'identità, alle relazioni problematiche e all'autolesionismo. Tali risultati appaiono importanti nell'ottica di strutturare interventi di prevenzione e di individuare i segni precursori di psicopatologia nei figli e, più in particolare, dello sviluppo di DPB.

Rimane da evidenziare il ruolo e il peso delle caratteristiche temperamentali del bambino nelle interazioni con il genitore. A tal riguardo, in linea con il modello dialettico o transazionale (Sameroff & Chandler, 1975; Linehan, 1993; Chess & Thomas, 1986), si suppone che l'individuo e il suo ambiente si trovino in un rapporto di continua e reciproca interazione, rappresentando un sistema che concorre a definire e determinare le proprie parti, essendo da esse a sua volta definito e determinato. Oltre a sottolineare la bidirezionalità delle reciproche influenze, il modello transazionale mette in evidenza la condizione di costante evoluzione e cambiamento del sistema individuo-ambiente e la continuità degli scambi tra i due termini (Linehan, 1993).

Sameroff spiega che la relazione è fatta di un contributo reciproco del genitore e del bambino e rappresenta *il risultato dell'azione reciproca tra il bambino e il contesto nel tempo, in cui lo stato dell'uno influenza il successivo stato dell'altro, in un processo dinamico continuo* (Sameroff, 1993). La predisposizione genetica a sviluppare un dato disturbo, potrebbe, in alcuni casi, avere un peso intrinseco di gran lunga superiore ad altri fattori ambientali protettivi o vantaggiosi. Non possiamo tuttavia sottovalutare gli effetti e le conseguenze di una situazione ambientale altamente sfavorevole o stressante sul comportamento della maggior parte degli individui ad essa sottoposti. Il ripetersi di interazioni altamente problematiche durante specifiche fasi dello sviluppo psicobiologico può provocare inoltre modificazioni stabili delle reti neurali coinvolte nel compito di regolazione delle emozioni (Shore, 2009). In particolare, per quanto riguarda il DBP, sebbene ci sia una mutua influenza tra le caratteristiche materne e quelle infantili, la ricerca sembra propendere verso un maggior contributo dell'adulto a queste interazioni disregolate (Hobson et al., 2009).

Metodologie di intervento

Malgrado da quanto finora esposto appaia evidente la complessità delle implicazioni che la condizione clinica del DPB nel genitore possa avere sulla rappresentazione di sé, sulla salute del bambino e sulla relazione, non risultano interventi progettati specificamente per le madri con DPB e i loro figli, neppure nel caso in cui essi manifestino disagi emotivi e comportamentali (Stepp, 2011).

Alcuni autori hanno formulato raccomandazioni generali basate sulla teoria dell'attaccamento, indirizzate per lo più a bambini in età prescolare (Macfie et al., 2008) e interventi psicoeducativi rivolti ai familiari delle persone con disturbo di personalità (Gunderson et al., 1997). Altri (Dumas, 2005; Kabat-Zinn, 1997) promuovono un modello di trattamento individuale basato sulla mindfulness, finalizzato ad aiutare i genitori a considerare i propri comportamenti e quelli dei loro figli senza giudizio, a prendere le distanze dalle emozioni negative, ridurre le reazioni automatiche e sviluppare obiettivi di parenting accompagnati a piani di azione motivati.

Interventi basati sulla teoria dell'attaccamento

Gli interventi basati sull'attaccamento sono generalmente volti alla prevenzione della trasmissione dell'attaccamento insicuro e/o disorganizzato dal genitore al bambino, attraverso due modalità:

- *la psicoterapia individuale con la madre* (Lieberman & Zeanah, 1999; Lieberman et al., 2000; Toth et al., 2006), con l'obiettivo di costruire un'esperienza di attaccamento correttiva attraverso la relazione terapeutica. Durante la terapia individuale, il genitore è incoraggiato a parlare sia del bambino che delle personali esperienze infantili ed è aiutato a creare un collegamento progressivo tra queste ultime e la sua attuale relazione con il figlio, così da acquisire consapevolezza del perpetrarsi dei cicli di attaccamento insicuro e/o disorganizzato;

- *la psicoterapia con la diade madre bambino*. Anche in questo caso, la madre è invitata a discutere la sua storia di vita in termini di interazioni ed esperienze con i caregiver. Il terapeuta, inoltre, osserva la relazione tra genitore e bambino, così da facilitare il collegamento tra le esperienze passate della madre, il suo stile di attaccamento e quello che accade nel rapporto attuale con il figlio. Gli interventi "WWW - Watch, Wait and Wonder" (Muir et al., 1999), "PPP - Preschooler- Parent Psychotherapy" (Cicchetti et al., 2000) e "COS - Circle of Security" (Marvin et al., 2002) rappresentano esempi codificati di tale metodologia.

Newman e Stevenson (2008) hanno applicato il programma WWW nella sua forma originale su 20 madri con diagnosi di DBP. Questo studio, che non ha previsto una valutazione di efficacia dell'intervento sul miglioramento della relazione genitore-figlio, rappresenta l'unico lavoro che

descrive un trattamento specifico rivolto alle madri affette da DPB. L'intervento si svolge nell'arco di cinque mesi e prevede 12-14 incontri. Nelle le prime sedute il terapeuta invita il genitore a osservare il bambino nel gioco. Successivamente si discute con la madre circa le attività avviate dal figlio e la comprensione dei suoi comportamenti durante la sessione ludica. Gli autori descrivono le difficoltà espresse dai genitori rispetto al parenting, ad esempio nella regolazione dell'alimentazione e del ritmo sonno/veglia, decidendo tuttavia di non intervenire nella risoluzione di queste problematiche, ma di attenersi strettamente alla metodologia, che vede nell'osservazione di quello che accade uno strumento utile per migliorare la sensibilità e la responsività materna, la regolazione emotiva e la relazione diadica. Newman e Stevenson ritengono che il programma possa rappresentare un aiuto per i bambini nel lungo termine, poiché i genitori, più che acquisire delle tecniche di parenting, sviluppano la capacità di monitoraggio degli stati mentali propri e del figlio.

Le conclusioni circa l'efficacia di questi interventi nel migliorare la sicurezza dell'attaccamento sono eterogenee (Lieberman & Zeanah, 1999) e la grande variabilità di strumenti impiegata nei diversi studi non facilita la possibilità di un valido confronto. I risultati di una metanalisi (van Ijzendoorn et al., 1995) hanno dimostrato che gli interventi basati sull'attaccamento incrementano la sensibilità materna verso i bambini, ma hanno uno scarso impatto sulla sicurezza dell'attaccamento della madre o del bambino.

Recentemente, diversi autori hanno proposto di manualizzare queste metodologie, specialmente per le diadi. Ciò ha portato più prove a sostegno della loro efficacia nel migliorare la sicurezza dell'attaccamento. In particolare, "PPP" per le madri depresse (Cicchetti et al., 2000) e bambini maltrattati (Toth et al., 2002), "COS" per le diadi genitore-bambino (soprattutto in età prescolare) svantaggiate (Hoffman et al, 2006;. Marvin et al., 2002), come pure il protocollo "WWW" applicato a diadi ad alto rischio (Cohen et al., 2002), hanno tutti dimostrato la loro validità nel miglioramento della sicurezza e/o dell'organizzazione dell'attaccamento nei bambini.

Anche se stanno aumentando i tentativi di codifica degli interventi basati sull'attaccamento e le ricerche sembrano dimostrare l'efficacia di queste metodologie di trattamento per le diadi ad alto rischio, l'utilità di questi interventi, se pensati specificamente per le madri con DPB e i loro figli, potrebbe essere parziale (Stepp et al., 2011). L'osservazione clinica, sostenuta dai risultati di diverse ricerche che hanno come oggetto le competenze genitoriali (Conroy et al., 2009; Newman et al, 2007; Stepp et al., 2011), evidenzia, infatti, che gli interventi basati sulla teoria dell'attaccamento necessitano di essere integrati ad azioni specifiche, finalizzate all'esplicito supporto delle capacità genitoriali. I cambiamenti nelle rappresentazioni del caregiver e della relazione, che rappresentano

alcuni tra i principali meccanismi sottostanti al cambiamento osservato, inoltre, non sono stati ancora identificati (Lyons Ruth, 2012).

In particolare, risulta improbabile che genitori che soffrono di un DBP possano migliorare la loro capacità di garantire ai figli il reale soddisfacimento dei loro bisogni, senza che il trattamento preveda l'integrazione di interventi psicoeducativi e di parent training.

Interventi basati sulla mindfulness

Già nel 1997 Myla and Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 1997) promuovono la pratica quotidiana del mindful parenting, con l'obiettivo di sostenere la capacità genitoriale di comprendere e tener conto delle esigenze di sviluppo del bambino lungo il suo percorso di crescita. Successivamente Dumas (2005) sviluppa un modello di trattamento individuale finalizzato ad aiutare i genitori a individuare e a interrompere le interazioni maladattive automatizzate (automatized transactional procedures - ATP), descritte dall'autore come .. *strategie di coping relazionale agite con scarsa consapevolezza, stabilità e alta resistenza al cambiamento*. Le ATP esacerbano il conflitto familiare e sono rinforzate dagli affetti negativi; il training basato sulla mindfulness viene proposto per aiutare i genitori a considerare i propri comportamenti e quelli dei loro figli senza giudizio, a prendere le distanze dalle emozioni negative, ridurre le reazioni automatiche e sviluppare piani di azione finalizzati al raggiungimento dello scopo di essere un buon genitore.

Sono scarsi gli studi che hanno valutato gli effetti dei programmi mindful sulle pratiche di parenting. Un lavoro condotto su 64 famiglie australiane, con i genitori in terapia metadonica e i figli di età compresa tra i 2 e gli 8 anni (Dawe & Harnett, 2007), ha previsto un intervento domiciliare intensivo (svolto nell'arco di 10 sessioni) che includeva sia un training mindful, progettato per migliorare la regolazione degli affetti durante la relazione genitore-figlio, che un modulo di prevenzione delle ricadute. I partecipanti allo studio, un trial clinico randomizzato controllato, hanno mostrato un significativo miglioramento nel funzionamento familiare e una riduzione del rischio di maltrattamento, mantenuti al follow up a 3 e 6 mesi.

Dopo 8 settimane di training basato sulla mindfulness, che ha coinvolto genitori e figli adolescenti con sintomi esternalizzanti, i ragazzi hanno riportato una riduzione sintomatologica significativa e i genitori hanno riferito un miglioramento nel raggiungimento dei loro obiettivi educativi (Bögels et al., 2005).

Dumas (2005) sostiene che per gestire i conflitti tra genitori e figli, le strategie di parenting basate sulla mindfulness possano aiutare i membri delle famiglie a *defondersi* dai propri pensieri ed emozioni.

Con l'obiettivo di fornire un più costante supporto ai loro bambini, le madri con DBP possono trarre beneficio da strategie di mindfulness. La consapevolezza di sé potrebbe aiutarle a mantenere una sufficiente distanza nelle situazioni difficili, in particolare quando il bambino sta vivendo, o suscitando, un'intensa emozione. L'autoconsapevolezza aumenterebbe anche l'abilità di riconoscimento dei propri limiti e di quando chiedere aiuto, migliorando così la capacità di garantire un ambiente stabile, accogliente e caldo.

Aspetti del funzionamento genitoriale e comportamenti di parenting specifici delle madri con DBP: una proposta di trattamento

E' bene sottolineare che molte delle problematiche evidenziate dalla letteratura sono potenzialmente riscontrabili anche in altre condizioni psicopatologiche. Tuttavia, integrando i riscontri sopra sintetizzati alle conoscenze legate alle caratteristiche di funzionamento dei pazienti con DBP, possiamo iniziare ad isolare delle aree problematiche specifiche, che riguardano le rappresentazioni della relazione, del bambino e di sé nel ruolo di caregiver.

Le ricerche disponibili sull'argomento ci permettono di ipotizzare che le strategie genitoriali specifiche di queste mamme siano caratterizzate dall'oscillazione tra iper e ipoco coinvoglimento, tra la messa in atto di comportamenti intrusivi e ritirati. L'incoerenza che ne deriva caratterizza la relazione diadica (Stepp, 2011). Un intervento mirato dovrebbe, da un lato, aiutare le madri a modificare i pattern relazionali negativi, contenendo l'instabilità affettiva e la confusione circa la propria immagine di sé, dall'altro, esporre i figli a genitori più sensibili e responsivi ai loro bisogni e vissuti, nonché a scambi interattivi maggiormente prevedibili e coerenti.

Le madri con DBP possono incontrare peculiari difficoltà nello svolgimento dei compiti parentali e nella relazione con i loro figli, in parte anche alla luce della mancanza di autoefficacia che esse sentono di avere come genitori. La scarsa percezione di controllo sugli eventi può alimentare la probabilità che la madre assuma atteggiamenti rinunciatari o di delega nell'educazione del figlio, oppure, diversamente, che agisca modalità educative coercitive e controllanti, in quanto uniche strategie per fronteggiare le difficoltà nella relazione.

⁴ Questo costrutto riguarda la credenza riguardo la capacità di mettere in atto con successo un determinato comportamento in una specifica situazione (Bandura, 1977).

Il fatto che le madri con DBP sperimentino scarsa soddisfazione rispetto alle competenze genitoriali ed elevati livelli di stress nel ruolo di caregiver, facilita reazioni di rabbia e disperazione (Newman et al., 2007), aumentando drammaticamente il rischio di abuso e maltrattamento (Bandelow et al., 2005; Bornovalova et al., 2006).

Le vulnerabilità genetiche e ambientali pongono i bambini di madri con DBP al rischio per lo sviluppo di patologia borderline e altre forme di disagio. Tra i fattori ambientali, la genitorialità rappresenta senz'altro una variabile importante di cui tener conto.

Le oscillazioni tra forme estreme di ipercoinvolgimento e controllo e ipocoinvolgimento e passività, determinano intensi stati di tensione nel bambino, che sperimenta un'evidente difficoltà a prevedere e ad anticipare il comportamento genitoriale, nonché a comprenderne il significato.

Si ritiene che un intervento specificamente rivolto alle capacità genitoriali possa favorire il miglioramento della prevedibilità nella relazione madre-bambino, con conseguente riduzione delle difficoltà del genitore e dei fattori di rischio per lo sviluppo del figlio.

Zalewski e Lengua (2012) e Newmann e colleghi (2007) suggeriscono che un parent-training comportamentale, integrato ad un intervento che faciliti la regolazione delle emozioni, possano essere particolarmente utili per questi genitori, i quali percepiscono alti livelli di disagio specificamente intorno ai problemi legati alla relazione con i figli.

La motivazione ad intraprendere un lavoro volto alla riduzione della sofferenza legata alla genitorialità potrebbe quindi essere un valido elemento utile a promuovere un clima collaborativo e la compliance del paziente al trattamento.

L'aspetto essenziale della definizione del DBP, secondo il DSM-IV-TR (APA, 2000) è rappresentato dall'instabilità e dall'influenza che essa esercita sull'immagine di sé, sulle relazioni interpersonali, sulla regolazione affettiva e sul controllo dell'impulsività.

Per stare in una relazione e mantenere la vicinanza emotiva è necessario che la persona possieda uno stabile senso della propria identità e la capacità di esprimere spontaneamente quello che prova. I rapporti interpersonali richiedono anche una appropriata autoregolazione delle proprie risposte emotive, nonché di saper padroneggiare i comportamenti impulsivi e di tollerare, entro certi limiti, le situazioni che generano disagio. E' verosimile che il genitore con DBP, in mancanza di queste competenze, manifesti comprensibili difficoltà nel mantenere una certa stabilità nel rapporto con il figlio (Linehan, 1993).

Probabilmente i comportamenti inappropriati che il genitore con DBP mette in atto in risposta ad un'intensa stimolazione emotigena, aumentano l'intensità dell'emozione stessa e la realizzazione di conseguenze tali da provocare nel paziente ulteriori emozioni indesiderate. Bisogna inoltre

considerare che le percezioni delle persone tendono a distorcersi in condizioni di alta emotività, anche se ciò non vuol dire che le emozioni siano di per sé il risultato di percezioni distorte.

La strutturazione di strategie di intervento finalizzate al miglioramento della gestione delle reazioni emotive rappresenta quindi un tassello importante perché il paziente possa sentirsi maggiormente soddisfatto di sé come genitore e progredire così verso il suo percorso esistenziale; l'acquisizione di comportamenti più adeguati ed equilibrati nell'interazione con il figlio faciliterà, nel medio e nel lungo termine, la riduzione dello stress e finirà con il suscitare emozioni e stati d'animo piacevoli legati al parenting, arginando la vulnerabilità emotiva caratteristica dei pazienti borderline.

L'esposizione alle emozioni esperite durante gli scambi relazionali con il bambino e l'aumento della consapevolezza e della capacità di tollerarle, insieme all'acquisizione di strategie comportamentali più funzionali al raggiungimento dello scopo di prendersi cura del figlio, rappresenta l'opposto dei comportamenti impulsivi legati allo stato emotivo del soggetto e induce il paziente ad avere una nuova e diversa percezione di sé.

Una linea generale di intervento potrebbe pertanto essere quella di promuovere comportamenti di parenting indipendenti dall'instabilità emotiva e strutturare un intervento psicoeducativo circa lo sviluppo evolutivo del bambino.

Per questi genitori potrebbe essere particolarmente utile la strutturazione di interventi focalizzati, brevi e mirati (Fruzzetti et al., 2012), volti all'acquisizione di specifiche abilità nell'ambito della sfera comportamentale, cognitiva ed emotiva.

Si delineano di seguito i punti della procedura di intervento qui proposta, ad oggi in fase di sperimentazione, pensati per la mamma e il bambino:

1) Colloqui di assessment, con particolare attenzione all'individuazione delle situazioni problematiche e alle rappresentazioni del genitore circa sé, il bambino e la relazione. Somministrazione del *Parenting Stress Index*⁵ e del *CBCL*⁶.

⁵ Lo strumento (Abidin, 1985; 2008) si basa sull'ipotesi secondo cui lo stress che un genitore sperimenta sia riconducibile tre elementi: alle caratteristiche del bambino, a quelle del caregiver e a quelle del contesto. Il questionario misura, in particolare, la percezione che il genitore ha di essere inadeguato, stressato/preoccupato; di avere un figlio difficile da gestire (per temperamento, disobbedienza, comportamenti richiestivi e di sfida); di avere una relazione disfunzionale e non rispondente alle proprie aspettative, caratterizzata dalla sensazione di essere estraneo, rifiutato o respinto dal figlio.

⁶ La Child Behavior Check List (Achenbach, 1992) è una procedura di indagine clinica standardizzata che, attraverso la valutazione dei genitori, esplora le aree dell'adattamento e del funzionamento quotidiano, nonché i problemi emotivo - comportamentali del bambino.

2) Videoregistrazione di sedute di interazione genitore – bambino in diverse situazioni relazionali (di gioco, volte ad attivare il sistema di attaccamento - accudimento, didattiche ed educative), a cadenza quindicinale. Gli ultimi minuti della seduta sono dedicati a fornire al genitore un breve spazio di ascolto per accogliere le impressioni a caldo e ricostruire gli ABC problematici (Giamundo & Isola, 2007). Le sedute videoregistrate si alternano a colloqui individuali con il caregiver, volti all'osservazione e alla discussione di quanto avvenuto nell'incontro precedente, con l'aiuto della visione dell'interazione. Si prevede la messa a punto di strategie e modalità di comportamento maggiormente funzionali, che il genitore sperimenterà poi concretamente nel quotidiano e nella successiva interazione con il bambino. Questo ha lo scopo di promuovere le capacità di osservazione del genitore, di tollerare e regolare le proprie reazioni emotive, aumentando la percezione di autoefficacia e fornendo, al tempo stesso, al bambino un aumento progressivo della prevedibilità nella relazione.

3) Intervento psicoeducativo, con l'obiettivo di fornire al paziente delle informazioni che possono, da un lato, aiutarlo a sviluppare aspettative più realistiche circa lo sviluppo evolutivo del bambino, dall'altro, iniziare a dare un senso alla natura delle sue problematiche attuali.

4) Colloqui con il genitore a cadenza settimanale, volti a lavorare sulla rappresentazione che il paziente ha di sé in quanto genitore. In questo modulo si procede ad affrontare le pregresse esperienze infantili problematiche correlate alle attuali risposte critiche nell'area della genitorialità, a monitorare la messa in pratica dei piani di gestione delle situazioni problematiche e la generalizzazione delle capacità apprese nel tempo e in un contesto non terapeutico.

5) Modulo di chiusura della terapia, all'interno del quale si prevede la rivalutazione dell'interazione, una misura d'esito (somministrazione degli strumenti proposti in fase di assessment) e uno spazio dedicato alla prevenzione delle ricadute.

Alcuni elementi di cui tener conto durante l'assessment

All'interno del processo di assessment sarà importante indagare specificamente il modo in cui il paziente esercita il proprio ruolo materno (o paterno) e fa fronte alle situazioni di stress, identificando le situazioni problematiche, le emozioni e le azioni ad esse connesse, nonché le valutazioni cognitive sottostanti. Si individueranno così i contenuti mentali, ovvero i pensieri e il dialogo interno che danno significato agli eventi, così da identificare il sistema di scopi e convinzioni, connesso all'idea di sé, del figlio e della relazione con lui, che influisce sulle aspettative del caregiver stesso, regolando, di conseguenza, le strategie parentali.

Credenze distorte o irrealistiche possono favorire, per esempio, aspettative esageratamente positive o negative nei confronti del figlio o della genitorialità. Qualora poi queste siano disattese, possono indurre nel genitore delusioni e frustrazioni tali da generare modalità educative disfunzionali (Giamundo & Riso, manoscritto non pubblicato). Altresì importante sarà anche identificare il ruolo che gli schemi, costruiti nel corso della vita, hanno nell'orientare stabilmente il significato personale che il paziente dà agli eventi e le dinamiche interattive con il figlio.

L'autorappresentazione del paziente con DBP tende ad organizzarsi intorno all'idea di sé come indegno e inaccettabile. La persona si comporta come se fosse irrimediabilmente sbagliata e mancante ed esprime il proprio senso di indegnità con autocritica e sentimenti di rabbia e disprezzo (Fiore & Semerari, 2003; Beck & Freeman, 1990).

In considerazione di questo aspetto, su un umore di base disforico, attraverso il mood congruity effect, dobbiamo tenere conto che il paziente, nel descrivere le difficoltà legate alla genitorialità e nell'analisi delle situazioni problematiche, può facilmente accedere al ricordo di esempi di fallimenti e di inadeguatezza, all'interno dei quali difetti e limiti, più o meno reali, vengono ingigantiti e riportati come prove evidenti della propria indegnità.

In fase di assessment, pertanto, sarà necessario identificare i processi interni e interpersonali che contribuiscono a confermare gli schemi e le convinzioni disfunzionali della persona, ovvero i meccanismi di mantenimento della sofferenza.

Altro nucleo psicopatologico alla base dell'autorappresentazione del paziente con DBP è il *sé vulnerabile*. Egli si percepisce costantemente indifeso davanti agli altri (Beck & Freeman, 1990), rappresentati come pericolosi e malvagi. Questo stato mentale determina una costante vigilanza, con conseguente attenzione selettiva ai segnali di minaccia e alimenta la visione del mondo come pericoloso e la percezione di sé come debole. La rappresentazione di sé come indegno in una condizione di pericolo fa sì che il paziente sperimenti paura in una condizione di solitudine assoluta. A tal riguardo, uno dei modi in cui è possibile gestire il senso di minaccia consiste nel rovesciamento dei ruoli, ottenendo, nel trasformarsi da aggredito ad aggressore, un senso di sicurezza seppur momentaneo (Fiore & Semerari, 2003).

La sensazione di essere totalmente impotente e incapace di tollerare e modulare le proprie risposte emotive aumenta ulteriormente la probabilità che, nella relazione con il figlio, il paziente reagisca alla percezione di pericolo (ad esempio una critica del bambino interpretata come umiliante) con l'inibizione e l'evitamento delle risposte affettive, aspetto che potrà poi esitare facilmente nella messa in atto di comportamenti impulsivi disfunzionali che non fanno altro che innescare nuovi motivi di crisi.

Il paziente oscilla quindi tra momenti in cui si mostra estremamente vulnerabile alle crisi e situazioni in cui tende ad inibire tutte le esperienze emotive legate alle crisi stesse. Il bambino è, pertanto, inevitabilmente esposto a frequenti cambiamenti degli stati mentali del genitore, che può assumere comportamenti che vanno dal controllo ostile al ritiro, dall'invadenza alla freddezza.

E' opportuno tener conto che le inadeguate e insufficienti competenze interpersonali di questi pazienti determinano una certa quota di stress relazionale, limitando la possibilità di affrontare e risolvere molti dei problemi relazionali.

Tutto ciò rende critica la possibilità di mantenere un equilibrio tra la strutturazione di regole e limiti e l'incoraggiamento all'esplorazione, necessario per favorire la crescita dei figli.

La scarsa flessibilità nel modificare le strategie in risposta alle diverse esigenze di sviluppo del bambino, sulla base dei cambiamenti evolutivi, dei diversi contesti e delle sue caratteristiche individuali, può costituire un altro aspetto problematico per un efficace esercizio della genitorialità. Costrutti cognitivi maladattivi e strategie di coping e di problem-solving disfunzionali aumentano, per esempio, la probabilità di innalzare i livelli di frustrazione e di limitare la capacità di elaborare le informazioni in situazioni di stress, accrescendo il rischio di mettere in atto comportamenti critici, invadenti o spaventanti, oppure contraddistinti da confusione e inversione di ruolo (Macfie et al., 2008).

Pensiamo ad esempio ad un genitore che si trova nello stato mentale di sé come vulnerabile e indifeso. Verosimilmente leggerà gli atteggiamenti reattivi o i comportamenti ribelli del figlio come ostili e intenzionali, attribuendogli finalità aggressive e provocatorie. La difficoltà a riconoscere nel comportamento del bambino significati diversi, quali, il tentativo di autoaffermazione, una richiesta di attenzione o la comunicazione di un altro bisogno, conduce ad un'interazione altamente conflittuale che, per via della disregolazione emotiva potrà esprimersi con discontrollo della rabbia, fino ad arrivare ad atti di aggressività eterodiretta, con conseguenze importanti sulla relazione genitore-figlio.

E' importante anche tener conto del fatto che il bambino, con le proprie caratteristiche temperamentali, cognitivo-emotive e relazionali, contribuisce attivamente a determinare la qualità dell'interscambio comunicativo. Sia in fase di assessment con il genitore che durante le sedute con il figlio, è pertanto opportuno individuare e analizzare tali variabili, per stabilire in che modo esse possono influenzare le abilità genitoriali.

Bisogna inoltre considerare che almeno alcune delle caratteristiche legate all'ambiente invalidante, che hanno contribuito allo sviluppo del DBP nella madre e ne mantengono la sintomatologia, sono presumibilmente ancora attuali nel contesto di crescita del bambino. Questo

potrebbe far sì che egli cresca con uno scarso numero di rapporti significativi capaci di dare sostegno e validazione emotiva, meno risorse e, in generale, un ambiente relazionale caotico. Tale aspetto potrebbe rappresentare un fattore di mantenimento interpersonale delle problematiche dell'adulto e del bambino e andrebbe analizzato durante l'assessment.

Alcune caratteristiche della condizione clinica di questi pazienti possono creare un ambiente relazionale che, direttamente o indirettamente, espone il figlio a diversi rischi evolutivi e allo sviluppo di scarse abilità sociali. Sembra che i comportamenti genitoriali maggiormente critici per il bambino siano: il timore dell'abbandono, l'umore depresso, gli elevati livelli di ansia e il focus su di sé, le limitate abilità di gestione e regolazione emotiva (Fruzzetti, 2012).

In particolare, sulla base della teoria della Linehan, si può ipotizzare che le madri con DBP, a causa delle loro difficoltà capire i propri sentimenti, la scarsa capacità di gestire le proprie emozioni e la storia infantile di invalidazione, siano ad alto rischio di invalidare, a loro volta, le emozioni dei figli. Questo può complicare l'adattamento del bambino e avere un effetto sullo sviluppo dei suoi sistemi di elaborazione delle emozioni e delle strategie di gestione delle stesse.

Intervento psicoeducativo

Come descritto nel paragrafo precedente, schemi distorti e biases di ragionamento rischiano di compromettere la capacità del genitore di rispondere e provvedere adeguatamente ai bisogni evolutivi del bambino. E' frequente che i comportamenti di quest'ultimo vengano male interpretati (letti, ad esempio, come intenzionalmente negativi o come propri del suo temperamento) e che questo aspetto contribuisca al mantenimento degli scambi interpersonali disadattivi.

Spesso, inoltre, il caregiver ha scarsa familiarità con le tappe dello sviluppo e può avere difficoltà a decodificare e interpretare i comportamenti del bambino, nonché a farvi fronte. E' opportuno pertanto strutturare un intervento psicoeducativo volto ad aiutare il genitore ad accedere ad una serie di informazioni relative alle acquisizioni progressive dei figli.

Aspettative irrealistiche e una lettura che tenga scarsamente in considerazione le effettive competenze del bambino possono alimentare lo stress del genitore e la probabilità di esperire emozioni intense e di mettere in atto comportamenti scarsamente equilibrati, aumentando l'esposizione a fallimenti continui circa la propria percezione di competenza genitoriale. I genitori possono fare previsioni incongrue per l'età del bambino circa la sua capacità di provvedere a se stesso autonomamente o di assumere la prospettiva dell'altro e comprendere ciò che l'adulto prova e pensa, cosa che può favorire l'intensificarsi di interazioni problematiche con il figlio. E' certo, inoltre, che lo sviluppo di aspettative ragionevolmente fondate sullo stato attuale di sviluppo possa

contribuire al riconoscimento dei segnali di crescita del figlio e ad una valutazione individualizzata dei suoi bisogni e necessità. Questo favorisce l'acquisizione di una maggior percezione di autoefficacia nell'affrontare le sfide future e nel seguire il bambino lungo la sua traiettoria di crescita. Un genitore può, ad esempio, credere che le grida del suo figlio neonato riflettano il fatto che egli è un cattivo genitore. Alcuni interventi finalizzati a conoscere i bisogni effettivi del neonato possono modificare queste convinzioni e favorire una relazione più sintonica (Stepp, 2011).

E' un obiettivo dell'intervento psicoeducativo anche il fatto che le madri imparino a dare significato alle problematiche attuali, riconoscendo come le proprie esperienze di attaccamento rappresentino verosimilmente una trappola che le porta a riproporre le strategie apprese con il bambino, anche se inefficaci. Questo consente un iniziale contenimento delle emozioni disturbanti e di iniziare ad esaminare criticamente gli assunti negativi su di sé, soprattutto se legati al ruolo genitoriale. Successivamente alla stabilizzazione comportamentale, il genitore avrà lo spazio per discutere ed elaborare questi aspetti (vedi modulo dei colloqui con il caregiver).

Feldman e colleghi (1995) rilevano che i figli (tra i 4 e i 18 anni) di madri con DBP sono, rispetto a quelli di caregiver con altre diagnosi di disturbi di personalità, frequentemente esposti a instabilità ambientale (ripetuti cambiamenti di casa e scuola, esposizione a tentativi di suicidio), evidenziando la difficoltà di questi genitori nel garantire al figlio un ambiente stabile e coerente. La ricerca suggerisce inoltre che queste madri possono avere difficoltà nella pianificazione giornaliera e nel garantire un'alimentazione e un ritmo sonno-veglia adeguati (Conroy et al., 2009). Il bambino ha bisogno di ritrovare una certa regolarità negli orari della giornata e nei comportamenti suoi e di chi si prende cura di lui; dall'abitudine e dalla ripetitività trae un senso di sicurezza e fiducia, che lo aiutano anche a pensare al suo ambiente domestico come ad un luogo stabile e protetto (Murphy et al., 2009). E' importante pertanto che la madre sia aiutata a comprendere l'opportunità e il significato di assicurare al figlio un ambiente familiare caratterizzato da consuetudini e tempi regolari e stabili.

Interazione madre- bambino e colloqui con il caregiver

In questo modulo della terapia il genitore alterna uno spazio esperienziale, durante il quale si relaziona direttamente in seduta con il bambino, ad uno di elaborazione, quando riflette, insieme al terapeuta, sulle dinamiche interattive, mediante la tecnica della visione congiunta dei filmati⁷ e attraverso i colloqui clinici.

⁷ In generale, come evidenziato da Giamundo et al. (2007), la terapia interattiva rappresenta una procedura di intervento volta all'acquisizione di nuovi processi di conoscenza e di diverse rappresentazioni di sé e del bambino, alla modificazione dei comportamenti interattivi e alla realizzazione di cicli interpersonali più funzionali e

La tecnica video consente, da un lato, di effettuare una valutazione più approfondita delle dinamiche relazionali, facilitando l'individuazione di un'ampia varietà di informazioni sul bambino, sul genitore e sulla diade. E' inoltre un prezioso aiuto al raggiungimento degli obiettivi di trattamento, poiché rappresenta un veicolo di discussione e di promozione, nel genitore, del processo di consapevolezza di sé, dei propri comportamenti interattivi con il bambino e di quelli del bambino con il genitore (Giamundo et al., 2007). I colloqui clinici hanno l'obiettivo di mettere in discussione le aspettative negative del paziente su se stesso e sulla relazione, nonché di aiutarlo nel processo di apprendimento e di applicazione di nuovi comportamenti maggiormente coerenti, finalizzati a costruire strategie relazionali prevedibili, anche in circostanze emotivamente difficili per il genitore stesso.

La limitata tolleranza degli affetti, tipica di questi pazienti, rende complessa la gestione dell'ansia, della paura, della rabbia o della frustrazione, proprie delle situazioni relazionali conflittuali, mentre la difficoltà di regolazione emotiva determina l'incapacità nel ridurre l'intensità dei sentimenti provati. La scarsa autoregolazione e l'inadeguato problem solving interpersonale impediscono inoltre di trasformare un conflitto relazionale in un incontro positivo (Linehan, 1993). Poiché l'evitamento del conflitto o la possibilità di sostenerlo dipendono dallo stato affettivo del paziente, piuttosto che dalle necessità imposte dalla situazione, assisteremo a frequenti oscillazioni relazionali.

Il primo obiettivo di trattamento risulta pertanto l'esposizione all'emozione "negativa" in un clima di validazione emotiva, così da ridurre lo stress e le conseguenze secondarie. Si ritiene importante che il genitore arrivi a vivere con consapevolezza quello che accade durante la relazione con il figlio, anziché evitare o interrompere l'emozione sperimentata, aspetto, quest'ultimo che rappresenta un elemento cruciale per spiegare i comportamenti impulsivi (Linehan, 1993).

Durante i colloqui e i compiti di auto-osservazione, il caregiver viene quindi sollecitato a considerare quanto accade nelle interazioni e, progressivamente, ad essere maggiormente capace di riconoscere emozioni e comportamenti, le circostanze da cui scaturiscono e le valutazioni e rappresentazioni ad esse associate, anche, e soprattutto, se provocano disagio o sofferenza.

Il lavoro sulla capacità di osservare la situazione e il proprio stato emotivo, senza pretendere di modificarli, aumenta la finestra di tolleranza della sofferenza mentale e della capacità di stare nella crisi.

adattivi. L'esperienza diretta dei cambiamenti relazionali porterà, a sua volta, il genitore a consolidare le nuove rappresentazioni interpersonali, sostenendo ulteriormente una migliore qualità dello scambio.

Sarà importante che il genitore riesca poi a prestare attenzione al bambino e a rileggere ciò che è accaduto durante l'interazione, integrando le informazioni apprese durante la psicoeducazione con l'esperienza relazionale attuale e quella passata.

La capacità di prestare attivamente attenzione ad un evento richiede una corrispondente capacità di distanziarsi adeguatamente dallo stesso. In tal senso, la visione congiunta delle videoregistrazioni, permettendo al caregiver di osservare se stesso e il figlio dall'esterno, favorisce la distanza critica rispetto alle proprie rappresentazioni, valutazioni ed emozioni, nonché la capacità di differenziare tra l'interpretazione dei fatti e i fatti stessi, facilitando la possibilità di riconoscere eventuali errori nel processo di costruzione della realtà interpersonale (Giamundo et al., 2007).

Il funzionamento dei genitori con DBP aumenta la probabilità che essi interpretino le proprie risposte emotive come eventi catastrofici (se mi arrabbio non sarò mai un buon genitore) e prendano alla lettera i pensieri, confondendoli con i fatti (credo di essere indegno, sono la mamma peggiore che ci possa essere. Sto distruggendo la vita di mio figlio). E' opportuno che il paziente impari ad osservare e descrivere le diverse situazioni, riconoscendo gli eventi esterni come fatti e i pensieri come tali, ovvero come prodotti della mente.

Durante i colloqui verranno ricostruiti gli ABC problematici, dando ampio spazio all'identificazione della propria condizione di base e all'esperienza emotiva, incluse le sensazioni somatiche, i comportamenti associati e gli effetti secondari dell'emozione sul proprio funzionamento. Sarà importante, inoltre, la descrizione del contesto e degli antecedenti all'interno dei quali si manifestano le emozioni. Questo aiuta la comprensione della relazione tra eventi antecedenti e conseguenti e tra questi e i propri comportamenti e rappresenta un passo importante nel processo di regolazione emotiva.

Poiché spesso i pazienti con DBP sono distratti da pensieri e immagini del passato, preoccupazione per il futuro e ruminazione sui problemi, questa metodologia può aiutare il genitore a concentrare la propria attenzione sul presente, su un problema alla volta e ad assumere un atteggiamento mentale di sospensione del giudizio su quanto accade. Può poi essere utile a identificare le oscillazioni tra comportamenti genitoriali controllanti e punitivi, da quelli più permissivi. Permette inoltre di comprendere il significato dei comportamenti e delle emozioni genitoriali e del bambino e di rinforzare le condotte interpersonali adeguate, al fine di sostenere e stimolare un accadimento sensibile e responsivo ai ritmi individuali del figlio, favorendo l'adattamento reciproco.

Le risposte della madre alle espressioni emotive dei figli assumono un ruolo significativo nell'insegnare al bambino come gestire le proprie emozioni (Eisenberg et al, 1996; Morris et al.,

2007). Comportamenti genitoriali coerenti facilitano l'apprendimento di strategie di adattamento e di regolazione emotiva, anche in situazioni sociali. Come accennato in precedenza, alcuni studi suggeriscono che le madri con DBP possano rispondere in modo non supportivo alle manifestazioni affettive dei loro bambini (ad esempio Johnson et al., 2006), invalidare le loro emozioni e utilizzare strategie non adeguate di regolazione emotiva.

Il disagio genitoriale, manifestato attraverso alti livelli di emotività espressa, è stato associato a minori capacità di regolazione emotiva e maggiori comportamenti problematici nei bambini (Lunkenheimer et al., 2007).

Le madri che percepiscono in modo improprio le emozioni del loro bambino sono particolarmente a rischio di essere emotivamente invalidanti nelle risposte alle sue manifestazioni emotive (Gottman et al., 1997). Criticare, beffare o punire un bambino per le sue espressioni emotive può incoraggiare la soppressione delle emozioni e l'uso di strategie di regolazione evitanti o aggressive (Buck, 1984; Eisenberg et al, 1996). La messa in atto di comportamenti evitanti le emozioni lascia i figli in difficoltà nella regolazione delle stesse, cosa che può portarli ad evitare e a non comprendere le loro risposte affettive. Quando questi bambini esperiscono emozioni negative possono imparare a sopprimere l'espressione emotiva, pur vivendo un'intensa eccitazione fisiologica (Gross & Levenson, 1997).

L'alternarsi dell'interazione diadica ai colloqui individuali consente il riconoscimento e l'interruzione dei cicli interpersonali disfunzionali, sia per mezzo dell'invalidazione e la modificazione degli schemi o assunti disadattivi che sono responsabili del loro mantenimento, sia attraverso la facilitazione di nuove esperienze interattive correttive.

Viene inoltre favorita la rilevazione in vivo di alcuni errori nei processi di lettura o nell'interpretazione dei fatti e la possibilità di mettere a punto strategie volte a regolare le emozioni e modificare i comportamenti problematici (Koestner et al, 2006), strutturando un "piano" su come fornire costantemente calore e nutrimento affettivo, anche durante i periodi di personale stress emotivo. Questo permette di sperimentare in seduta un cambiamento emotivo e comportamentale che può innescare, a sua volta, un nuovo processo di elaborazione cognitiva (Giamundo et al., 2007) e garantire al bambino maggior prevedibilità relazionale.

L'osservazione propria e dell'altro e l'acquisizione di nuove modalità di comportamento nella relazione con il figlio aumenta la fiducia del genitore nelle proprie percezioni, nei propri giudizi e decisioni e la possibilità di confidare in esse. Questo aspetto è particolarmente importante per i pazienti con DBP, per via della loro difficoltà (legata all'esperienza invalidante) a ignorare ciò che è giusto in favore di quello che è necessario per il conseguimento concreto dei propri obiettivi.

L'obiettivo ultimo è che il paziente riesca a sviluppare delle abilità di efficacia interpersonale che gli consentano di mantenere, da un lato, il rispetto di sé e, dall'altro, la vicinanza emotiva e relazionale con il figlio, fornendo a quest'ultimo risposte coerenti alle sue manifestazioni emotive e la percezione di una maggior coerenza e prevedibilità nelle risposte.

Colloqui con la madre

Una volta che il paziente ha acquisito un adeguato miglioramento delle abilità comportamentali e una sufficiente stabilizzazione della loro messa in atto a prescindere dallo stato emotivo, si affrontano le pregresse esperienze infantili di perdita, abuso, trascuratezza, o altre circostanze traumatiche correlate alle attuali risposte problematiche nell'area della genitorialità.

La storia di vita, ricostruita durante l'assessment, può rappresentare in questa fase uno strumento utile per analizzare gli schemi e le rappresentazioni di sé, dell'altro e delle relazioni, collegando in che modo la loro costruzione nel passato abbia contribuito a instaurare le problematiche attuali legate al ruolo genitoriale e alla relazione con il figlio.

E' stato teorizzato che il disturbo borderline possa svilupparsi dalla combinazione della vulnerabilità emotiva e di un ambiente emotivamente non supportivo (Heard & Linehan, 1993). Questi pazienti presentano in anamnesi una maggior frequenza di separazione dalle figure di accudimento durante l'età infantile e una più alta prevalenza di abuso e di trascuratezza rispetto a quanto riscontrato in altri quadri psicopatologici. Riportano esperienze di caregiving caratterizzate da sottocoivolgimento emotivo, inversione di ruolo, insensibilità, invalidazione, controllo intrusivo, elevata conflittualità e incoerenza (Fruzzetti et al., 2005; Zanarini, 2000); descrivono i loro genitori come soliti negare i loro pensieri ed emozioni, scarsamente coinvolti e ritirati emotivamente.

E' frequente pertanto che il genitore sia stato, a sua volta, un bambino a cui è stato negato il riconoscimento dei bisogni fisici ed emotivi essenziali, attraverso interazioni che possono essere state caratterizzate tanto da trascuratezza, quanto da comportamenti ostili, critici e maltrattanti delle figure di riferimento.

Appare essenziale, per il raggiungimento degli obiettivi di trattamento qui preposti, un modulo specificamente indirizzato al riconoscimento e alla validazione degli stati mentali, delle reazioni emotive e delle convinzioni del paziente, anche e soprattutto di quelle disfunzionali, mostrando come esse siano comprensibili nell'ottica della propria storia di vita.

Strategie di modificazione cognitiva e di esposizione potranno essere utili con l'obiettivo di correggere le risposte emotive del paziente agli stimoli correlati alla storia infantile e di permettere

una reinterpretazione cognitiva dell'esperienza e delle conseguenti reazioni del paziente. Attraverso la tecnica della scoperta guidata dei contenuti mentali si individuano gli aspetti disfunzionali attuali degli schemi cognitivi, riconoscendone il valore adattivo che hanno avuto durante l'infanzia, quando si sono formati. Questo permette sia di validarli che di identificare gli aspetti potenzialmente patogeni nel presente (Linehan, 1993; Liotti & Farina, 2011).

L'uso delle tecniche immaginative può permettere alla paziente di ricreare nella propria mente una situazione particolare critica del presente, connessa alla genitorialità. Lo scopo è di andare a rivivere ciò che è avvenuto durante un'interazione problematica con il figlio, evidenziando le proprie emozioni, per creare poi un collegamento tra gli stati mentali attuali della paziente e gli eventi del passato. Successivamente, gli esercizi di imagery vengono implementati mediante l'introduzione del rescripting, con l'obiettivo di modificare il significato connesso alle esperienze del passato. Il terapeuta spiega che, pur non essendo possibile cambiare quanto accaduto, è possibile modificare le conclusioni tratte sulla base delle esperienze vissute a quel tempo (Arnz, 2011). Lo scopo è che la paziente scopra che era sbagliata la situazione in cui si è trovata a crescere anziché pensare di essere sbagliata lei stessa. Questo ha l'obiettivo di promuovere un maggior senso di fiducia in sé, costituendo una valida opportunità per sentire i propri stati d'animo e le proprie convinzioni non come radicalmente "sbagliate", ma appropriate alle circostanze di sviluppo e non generalizzabili ad altri contesti interattivi.

Aumenta pertanto la capacità di comprendere la natura dei propri comportamenti problematici e, verosimilmente, la tolleranza alla loro ripetizione senza rimanerne travolto ogni volta. Questo dimostra alla paziente che non si è impotenti ed è possibile ridurre la sofferenza rendendola tollerabile.

Strategie di prevenzione delle ricadute

E' verosimile che i pazienti interpretino le ricadute e gli insuccessi come prova di fallimento totale. Una volta strutturato un piano di gestione, i genitori con DBP possono ad esempio avere l'aspettativa di potervi aderire completamente. E' quindi opportuno formulare insieme piani realistici per gli insuccessi e insegnando loro a sviluppare strategie per accettare le ricadute sospendendo il giudizio, così da limitare gli effetti negativi. È importante anche sottolineare la natura graduale dei cambiamenti comportamentali e la necessità di tollerare gli affetti negativi, in attesa che questi si compiano.

Bibliografia

- Abidin, R. (1995). *Parenting stress index: Professional manual*. (3rd ed.). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Abrams, K.Y., Rifkin, A., & Hesse, E. (2006). Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational period. *Development and Psychopathology, 18*, 345–61.
- Achenbach, T.M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision*. Milano: Masson.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Erlbaum.
- Alehagen, S., Wijma, K., Lundberg, U., Melin, B., & Wijma, B. (2001). Catecholamine and cortisol reaction to childbirth. *International Journal of Behavioral Medicine, 8 (1)*, 50-65.
- Arnold, D.S., O'Leary, S.G., Wolff, L.S., & Acker, M.M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment, 5*, 137–144.
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2011). *Lo schema therapy per il disturbo borderline di personalità*. Milano: Cortina.
- Azar, S., Lauretti, A., & Loding, B. (1998). The evaluation of parental fitness in termination of parental rights cases: A functional–contextual perspective. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*, 77–100.
- Ballard, C. & Davies, R. (1996). Postnatal depression in fathers. *International Review of Psychiatry, 8*, 65–71.
- Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockington, I. F. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry, 166*, 525 – 528.
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research, 134*, 169-179.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H.J., Kessler, C., & Freyberger, H.J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45(8)*, 965-72.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 5*, 64–77.
- Barth, R. P. (2009). Preventing child abuse and neglect with parent training: Evidence and opportunities. *In The Future of Children: Preventing Child Maltreatment, 19(2)*, 95-118.
- Beardslee, W.R., Gladstone, T.R., Wright, E.J., & Cooper, A.B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics, 112*, 119-131.
- Beardslee, W.R., Wright, E.J., Gladstone, T.R., & Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology, 21*, 703-713.
- Beck A.T., & Freeman A. (1993). *Terapia Cognitiva dei Disturbi di Personalità*. Milano: Mediserve.
- Berg-Nielsen, T. S., Vikan, A., & Dahl, A. A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: a descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7 (4)*, 529–552.
- Biringen, Z. (1998). *Emotional availability scales (EA)*. Unpublished coding manual. Colorado, USA: Department of Human Development and Family Studies, Colorado State University.

- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2005). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 193–209.
- Bornovalova, M.A., Gratz, K.L., Delany-Brumsey, A., Paulson, A. & Lejuez, C.W. (2006). Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Personality Disorders, 20*(3), 218–231.
- Buck, R. (1984). *The communication of emotion*. New York: Guilford.
- Cassidy, B., Zoccolillo, M., Hughes, S. (1996). Psychopathology in Adolescent Mother and its effects on mother-infant-interaction: a pilot study, *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 379-84.
- Chess, S. & Thomas, A. (1986). *Temperament in clinical practice*. New York: Guilford
- Chung, E.K., McCollum, K.F., Elo, I.T., Lee, H.J., & Culhane, J.F. (2004). Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics, 113*, 523-9.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (2000). The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*(2), 135–148.
- Cleaver, H., & Nicholson, D. (2007). Parental learning disability and children's needs: Family experiences and effect practice. London: Jessica Kingsley Publishers
- Cohen P. (1996). Childhood risks for young adult symptoms of personality disorder: Method and substance. *Multivariate Behavioral Research, 31*, 121–148.
- Cohen, P., Crawford, T.N., Johnson, J.G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*(5), 466–486.
- Compas, B.E., Forehand, R., & Thigpen, J.C. (2011). Family group cognitive behavioral preventive intervention for families of depressed parents: 18- and 24-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 488-499.
- Cohen, A.N., Glynn, S.M., Murray-Swank, A.B., Barrio, C., Ellen, P., Fischer, E.P., McCutcheon, S.J., Perlick, D.A., Rotondi, A.J., Sayers, S.L., Sherman, M.D., & Dixon, L.B. (2008). The family forum: Directions for the implementation of family psychoeducation for severe mental illness. *Psychiatric Services, 59*, 40–48.
- Conroy, S., Marks, M.N., Schacht, R., Davies, H.A., & Moran, P. (2009). The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(3), 285–92.
- Cooper, G., McLanahan, S., Meadows, S., & Brooks-Gunn, J. (2009). Family Structure Transitions and Maternal Parenting Stress. *Journal of Marriage and Family, 71*(3), 558-574.
- Cowling V. (2004). *Children of Parents with Mental Illness: Personal and Clinical Perspectives*. Melbourne: ACER Press.
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993) A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 163*, 27–31.
- Crandell, L.E., Patrick, M.P.H., & Hobson, R.P. (2003). Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *The British Journal of Psychiatry, 183*, 239–47.
- Crosier, T., Butterworth, P., & Rodgers, B. (2007). Mental health problems among single and partnered mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*, 6–13.
- Dawe, S. & Harnett, P.H. (2007). Improving family functioning in methadone maintained families: Results from a randomised controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*, 381–390.
- DeGarmo, D. S. (2010). Coercive and prosocial fathering, antisocial personality, and growth in children's postdivorce noncompliance. *Child Development, 81*(2), 503-516.
- Diaz-Caneja, A., & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers – a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 472–482.

- Di Blasio P. (a cura di) (2005). *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*. Milano: Unicopli.
- Dimaggio G. & Semerari A. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Dowdney, L. & Skuse, D. (1993). Parenting provided by adults with mental retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(1), 25-47.
- Dumas, J.E. (2005). Mindfulness-based parent training: Strategies to lessen the grip of automaticity in families with disruptive children. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 34, 779–791.
- Duncan, S. & Reder, P. (2000). Children's experience of disorder in their parents. In: P., Reder, M., McClure, & A., Jolley (Eds.). *Family matters: interfaces between child and adult mental health*. London: Routledge.
- Dutra, L., Bureau, J.F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 383–90.
- Dvir, Y. (2012). Parenting and mental illness: a group for mothers. *Frontiers in Psychiatry*, 3-71.
- Ehrensaft, M.K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J.G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 741-753.
- Eiden, R. D., Colder, C., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2009). A longitudinal study of social competence among children of alcoholic and nonalcoholic parents: Role of parental psychopathology, parental warmth, and self-regulation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 36–46.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., & Murphy, B.C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's competence and comforting behavior. *Child Development*, 67, 2227–2247.
- Eyeberg, S.M., & Pincus, D. (1999). *Eyeberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Farrell, G., Handley, C., Hanke, A., Hazelton, M., & Josephs, A. (1999). *The Tasmanian Children's Project Report. The Needs of Children and Adolescents with a Parent/Carer with a Mental Illness*. Launceston: University of Tasmania.
- Feldman, M. A. (1994). Parenting education for parents with intellectual disabilities: A review of outcome studies. *Research in Developmental Disabilities*, 15, 299–332.
- Feldman, M. A. (2002). Children of parents with intellectual disabilities. In R. McMahon & R. DeV. Peters (Eds.), *The effects of parental dysfunction on children* (pp. 205–223). New York: Kluwer Academic.
- Finger B., Eiden R. D., Edwards E. P., & Leonard, K. E. (2010). Marital aggression and child social competence: A comparison of three conceptual models. *Personal Relationships*, 17, 357-376.
- Fiore D., & Semerari A. (2003). Il Disturbo Borderline di Personalità. In G. Dimaggio, & A. Semerari (Eds.), *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Fonagy P. & Target M. (1997). Attaccamento e funzione riflessiva: il ruolo nell'organizzazione del Sé. In P. Fonagy & M. Target. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina.
- Fruzzetti, A.E. (2012). Risk factors affecting children of mothers with borderline personality disorder: Comment on Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell, and Levine (2011). *Department of Psychology, Personality Disorders*, 3, 92-4.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007 – 1030.
- Gaynes, B. N. & N. Gavin. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence report/technology assessment. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 119, 1-101.

- Giamundo, V., Isola, L., & Fabrizi, A. La tecnica video nel trattamento breve genitore-bambino: un modello cognitivo-relazionale. In L. Isola & F., Mancini, (2007). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives General of Psychiatry*, 63 (6), 649-58.
- Goodman, S. & Brumley, H.E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology*, 26, 31-39.
- Goodyear, M., Cuff, R., Maybery, D., Reupert, A. (2009). CHAMPS: A peer support program for children of parents with a mental illness. *Advanced Mental Health*, 8, 296-304.
- Goldstein, M.J. & Miklowitz, D.J. (1994). Family interventions for persons with bipolar disorder. In A., Hatfield, (ed). *New Directions: Interventions with Families of the Mentally Ill* (pp. 23-35). San Francisco: Jossey-Bass.
- Göpfert, M. Webster, J., & Seeman, M.V. (2004). *Parental psychiatric disorder: distressed parents and their families*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Gottman, J.M., Katz, L.F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Greco, O. & Maniglio, R. (2009). *Genitorialità. Profili psicologici, aspetti patologici e criteri di valutazione*. Milano: Franco Angeli.
- Gross, J.J. & Levenson, R.W.(1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (1), 95–103.
- Gunderson, J.G., Berkowitz, C., & Ruiz-Sancho, A. (1997). Families of borderline patients: A psychoeducational approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(4), 446–457.
- Hans, S. L. 1999. Demographic and psychosocial characteristics of substance abusing pregnant women. *Clinics in Perinatology*, 26, 55-74.
- Hargreaves, J., Bond, L., & O'Brien, M. (2008). The PATS peer support program. Prevention/early intervention for adolescents who have a parent with mental illness. *Youth Studies Australia*, 27, 43-51.
- Hargreaves, J., O'Brien, M., & Bond, L.(2005). *Paying Attention to Self (PATS): an evaluation of the PATS program for young people who have a parent with a mental illness*. Melbourne: Centre for Adolescent Health.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1994). *Emotional contagion*. New York: Cambridge University Press.
- Henshaw, C., Adshead, G., & Bende, B. (2011). *Parents as patients: supporting the needs of patients who are parents and their children*. Royal College of Psychiatrists London.
- Hesse, E., Main, M. (2006). Frightened, threatening and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Developmental Psychopathology*, 18, 309–43.
- Herr, N.R., Hammen, C., & Brennan, P.A. (2008). Maternal Borderline Personality Disorder Symptoms and Adolescent Psychosocial Functioning. *Journal of Personality Disorders*, 22 (5), 451-465.
- Hobson, R. P., Patrick, M.P.H., Hobson, J.A. , Crandell, L., Bronfman, E., & Lyons-Ruth, K. (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British of Journal Psychiatry*, 195 (4), 325-30.
- Hobson, R.P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Perez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Developmental Psychopathology* , 17, 329–47.
- Hofberg, K. & Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases, *British Journal of Psychiatry*, 176, 83–5.

- Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E., Buteau, E., Neiditch, E.R., Penney, D., Bruce, M.L., Hellman, F., Struening, E. (2005). Family Connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process, 44*, 217–225.
- Hoffman, K.T., Marvin, R.S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1017–1026.
- Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N., & Deingemans, P. (1997). Psychoeducation in bipolar disorder: Effect on expressed emotion. *Psychiatry Research, 72*, 17–22.
- Howe, D., Batchelor, S. & Bochynska, K. (2009). Estimating consumer parenthood within mental health services: a census approach. *Advanced Mental Health, 8*, 231-241.
- Johnson, J. G., Cohen, P., & Kasen, S. (2006). Maternal psychiatric disorders, parenting, and maternal behavior in the home during the child rearing years. *Journal of Child and Family Studies, 15*, 97-114.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J.S. (2004). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry, 63*, 579–587.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J.S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry, 58*, 453–460.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Smailes, E.M., Skodol, A.E., Brown, J., & Oldham, J.M. (2001). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive Psychiatry, 42*(1), 16–23.
- Kabat-Zinn, J. & Kabat-Zinn, M. (1997). *Everyday Blessings: The Inner Work of Mindful Parenting*. Hyperion.
- Kane, P. & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 24*, 339-360.
- Keltner, B. & Tymchuk, A. J. (1992). Reaching out to mothers with mental retardation. *Maternal Child Nursing, 17*, 136-140.
- Koestner, R., Ryan, R.M., Bernieri, F., & Holt, K. (2006). Setting limits on children's behavior: The differential effects of controlling vs. informational styles on intrinsic motivation and creativity. *Journal of Personality, 52*, 233–248.
- Kohl, P.L., Njeri Kagotho, J., & Dixon, D. (2011). Parenting Practices among Depressed Mothers in the Child Welfare System. *Social Work Research, 35*(4), 215-225.
- Laporte, L. (2007). A serious challenge for youth protection services: intervening with parents suffering from borderline personality disorder (BPD). *Sante Mentale au Quebec, 32*(2), 97-114.
- LaRoche, C., Sheiner, R., & Lester, E. (1987). Children of parents with manic-depressive illness: a follow-up study. *Canadian Journal of Psychiatry, 32*, 563-569.
- Leonard, K.E. & Eiden, R.D. (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*(1), 285–310.
- Leverton, T. (2003). Parental psychiatric illness: the implications for children. *Current Opinion in Psychiatry, 16*, 395-402.
- Lewin, L. & Abdrbo, A. (2009). Mothers with self-reported Axis I diagnoses and child protection. *Archives in Psychiatric Nursing, 23*, 200-209.
- Lieberman, A. F., Silverman, R., & Pawl, J. (2000). Infant-parent psychotherapy: Core concepts and current approaches. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed.,pp. 472-484). New York: Guilford Press.

- Lieberman, A.F., Zeanah, C.H. (1999). Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In: Cassidy, J.; Shaver, P.R., editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 555-574). New York: Guilford Press.
- Lilliecreutz, C. (2011). Blood and Injection Phobia and Anxiety in Pregnancy. *European Obstetrics & Gynaecology*, 6(1), 39-43.
- Linehan M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Milano: Cortina.
- Lovejoy, M. C., Craczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Lyons-Ruth K. (2012). Methodological challenges in identifying parenting behaviors as potential targets for intervention: commentary on Stepp et al. (2011). *Personality Disorders*, 3(1), 95-7.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Patrick, M., & Hobson, R.P. (2007). A controlled study of Hostile Helpless states of mind among borderline and dysthymic women. *Attachment of Human Development*, 9, 1–16.
- Lyons-Ruth, K., Wolfe, R., Lyubchik, A., & Steingard, R. (2002). Depressive symptoms in parents of children under age 3: Sociodemographic predictors, current correlates, and associated parenting behaviors. In N. Halfon & K.T. McLearn (Eds.), *Child rearing in America: Challenges facing parents with young children* (pp. 217–259). New York: Cambridge.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother–infant communication and infant disorganization. *Development of Psychopathology*, 17, 1–23.
- Macfie, J., Fitzpatrick, K., Rivas, E., & Cox, M. J. (2008). Independent influences on mother-toddler role reversal: Infant-mother attachment disorganization and role reversal in mother's childhood. *Attachment and Human Development*, 10, 29-39.
- Macfie, J., & Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver-child relationships and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21, 993-1011.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell B. (2002). The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4(1), 107–127.
- Matsumoto, Y., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2010). Investigation of the effectiveness and social validity of the Triple P Positive Parenting Program in Japanese society. *Journal of Family Psychology*, 24 (1), 87–91.
- Maybery, D.J., Reupert, A.E., & Patrick, K. (2009). Prevalence of parental mental illness in Australian families. *The Psychiatrist*, 33, 22-26.
- Maybery D.J. & Reupert A.E. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 657–664.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 223-45.
- McGaw, S., Shaw, T., & Beckley, K. (2007). Prevalence of psychopathology across a service population of parents with intellectual disabilities and their children. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4(1), 11–22.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Moharreri, F., Shahriar, Z., Tehrani-doost, M., & Mahmoudi-Gharai, J. (2008). Efficacy of the Positive Parenting Program (Triple P) for parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Iran Journal of Psychiatry*, 3, 59–63.

- Moore, P.S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 471-476.
- Moses-Kolko, E.L. & Roth, E.K. (2004). Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *Journal of the American Medical Women's Association, 59(3)*,181-91.
- Mowbray, C. T., Oyserman, D., Bybee, D., MacFarlane, P., & Rueda-Riedle, A. (2001). Life circumstances of mothers with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*, 114-123.
- Mowbray, C., Lewandowski, L., Bybee, D., & Oyserman, D. (2004). Children of mothers diagnosed with serious mental illness: patterns and predictors of service use. *Mental Health Services Research 6*, 167-183.
- Muir, E., Lojkasek, M., & Cohen, N.J. (1999). *Watch, Wait, and Wonder: A manual describing an infant-led approach to problems in infancy and early childhood*. Toronto, ON: Hincks-Dellcrest Institute.
- Murphy, D.A., Marelich, W.D., Herbeck, D.M., & Payne, D.L. (2009). Family routines and parental monitoring as protective factors among early and middle adolescents affected by maternal HIV/AIDS. *Child Development, 80(6)*, 1676-1691.
- Murray, L., & Cooper, P. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of the Disabled Child, 77 (2)*, 99-101.
- Newman, L.K. & Stevenson, C.S. (2008). Issues in infant-parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 13(4)*, 505-514.
- Newman, L.K., Stevenson, C.S., Bergman, L.R., & Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41(7)*, 598-605.
- Nicholson, J., Biebel, K., Hinden, B., Henry, A., & Stier, L. (2001). *Critical issues for parents with mental illness and their families*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services/Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Nicholson, J., Biebel, K., Katz-Leavy, J., & Williams, V.F. (2004) The prevalence of parenthood in adults with mental illness: Implications for state and federal policymakers, programs, and providers. In: *Center for Mental Health Services*. United States: Mental Health.
- Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C., & McFarlane, P. (2002) Positive parenting among African American mothers with a serious mental illness. *Journal of Marriage and the Family, 64*, 65-77.
- Park, R.J., Senior, R., & Stein, A. (2003). The offspring of mothers with eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry, 12*, 110 - 119.
- Parker, G., Beresford, B., & Clarke, S. (2008). *Research reviews on prevalence, detection and interventions in parental mental health and child welfare: summary report*. York: Social Policy Research Unit, University of York, 2008. In: <http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/SCIESummary.pdf>
- Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R.J., & Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5(1)*, 1-19.
- Patrick, M., Hobson, R.P., Castle, D., Howard, R. & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Developmental Psychopathology, 6*, 375-88.
- Paulson, J.F., Dauber, S., & Leiferman, J.A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics, 118*, 659-668.
- Procaccia, P. (2005). Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia. *Maltrattamento e abuso all'infanzia, 17 (2)*, 73-98.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T.G., & The ALSPAC study team. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet, 365*, 2201-05.
- Reder, P. & Duncan, S. (2003). Understanding Communications in Child Protection Networks. *Child Abuse Review, 12*, 82-100.

- Reupert, A., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., van Doesum, K.T.M., & van Santvoort, F. (2012). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. *Medical Journal of Australia*, *1(1)*, 18–22.
- Ruth, P., Lana, L., Deb, H., & Garry, W. (2006). Parenting and Mental Illness: A Pilot Group Programme for Parents. *Australas Psychiatry*, *14 (4)*, 399-402.
- Reupert, A. & Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: a multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77 (3)*, 362–369.
- Ryding, E., Persson, A., Onell, C., & Kvist, L. (2003). An Evaluation of Midwives Counselling of Pregnant Women in Fear of Childbirth, *Acta Obstetrica Gynaecologica Scandinavica*, *82 (1)*, 10-17.
- Sameroff, A. J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution . In W. Kessen (Ed .), History, theories, and methods. In P. H. Mussen (Ed .), *Handbook of child psychology (Vol. 1, pp. 238-94)* . New York: Wiley.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D.
- Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research (Vol. 4, pp. 187–244)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, *22 (3)*, 506–517.
- Sands, R. (1995). The parenting experience of low-income single women with serious mental disorders. *Families in Society*, *76*, 86-96.
- Seetha, S., Lester, B.M., Das, A., Bauer, C.R., Bada, H.S., Lagasse, L., & Higgins, R. (2007). Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* *12*, 143-150.
- Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., & Kaczorowski, J. (2006). McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, *33(3)*, 210-20.
- Shore, L. M., Chung-Herrera, B. G., Dean, M. A., Ehrhart, K. H., Jung, D. I., Randel, A. E., & Singh, G. (2009). Diversity in organizations: Where are we now, and where are we going? *Human Resource Management Review*, *19*, 117-133.
- Simons, R. L., Beaman, J., Conger, R. D., & Chao, W. (1993). Stress, support, and antisocial behavior trait as determinants of emotional well-being and parenting practices among single mothers. *Journal of Marriage and the Family*, *55*, 385– 398.
- Solantaus, T., Paavonen, E.J., Toikka, S., & Punamäki, R.L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children’s psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *19*, 883-892.
- Stepp, S., Whalen, D., Pilkonis, P., Hipwell, A., & Levine, M. (2011). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *3*, 76–91.
- Styron, T. H., Pruet, M. K., McMahon, T. J., & Davidson, L. (2002). Fathers with serious mental illnesses: A neglected group. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *25(3)*, 215–222.
- Toth, S.L., Maughan, A., Manly, J.T., Spagnola, M., & Cicchetti, D. (2002).The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children’s representation models: Implications for attachment theory. *Development and Psychopathology*, *14*:877–908.
- Trupe, R. D. (2010). *Effect of Maternal Borderline Personality Disorder on Emotional Availability in Mother-Child Interactions*. Master's Thesis, University of Tennessee. In: http://trace.tennessee.edu/utk_gradthes/836.

- Valdez, C.R., Mills C.L., & Barrueco, S. (2011). A pilot study of a family-focused intervention for children and families affected by maternal depression. *Journal of Family Therapy*, 33, 3-19.
- van IJzendoorn, M., Juffer, F., & Duyvesteyn, M. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effectiveness of attachment based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 225–248.
- van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225–49.
- Vostanis, P. (2006). Guide to Mental Health for Families and Carers of People with Intellectual Disabilities. *Child and Adolescent Mental Health*, 11 (4), 221.
- Walsh, C., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2002). The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 26 (2), 11–22.
- Weiss, M., Zerkowitz, P., Feldman, R.B., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: a pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(5), 285-90.
- Wilson, S. & Durbin, C.E. (2012). Parental personality disorder symptoms are associated with dysfunctional parent-child interactions during early childhood: A multilevel modeling analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 55-65.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 364–374.
- Zalewski, M., & Lengua, L. J. (2011). Extending research on parenting in mothers diagnosed with BPD: Commentary on Stepp et al. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 101–103.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89-101.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Silk, K.R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274–283.

Chiara Riso

Psicologa – Psicoterapeuta, Roma

Specializzata a Grosseto, Training Gagnani-Perdighe

e-mail: chiarariso@yahoo.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it