

**SOCIETA' DRIRITTO CRIMINE – GIUFFRE' EDITORE 2017**

**ISBN: 9788814221804**

**PSICOPATOLOGIA E CAPACITA' GENITORIALE:  
DEPRESSIONE E CORRELATI PSICOLOGICI**

***Pasquale Romeo, Psichiatra***

Professore a contratto di Psichiatria

Università degli Studi Aldo Moro di Bari

Responsabile di Psichiatria e Psichiatria Forense

Gruppo di ricerca in Scienze Medico- Legali, Sociali e Forensi

Università di Siena

***Paola Tripodi, Psicologa***

***Maria Laura Falduto, Psicologa***

Cultore della materia Psicologia Dinamica Dip. Psicologia

Università degli Studi di Messina

La depressione è uno dei disturbi maggiormente diffusi nella popolazione generale, è presente infatti in tutte le età inclusi gli adolescenti e bambini in età scolare; costituiscono i disturbi psichiatrici a più alta prevalenza (5% dei pazienti nei servizi pubblici di salute mentale, 65% dei pazienti psichiatrici ambulatoriali, 10% di tutti i pazienti visitati in strutture mediche non psichiatriche). La depressione colpisce con un'incidenza doppia le donne rispetto agli uomini; mentre il disturbo bipolare ha incidenza uguale nei due sessi, le forme depressive prevalgono nelle donne mentre quelle maniacali negli uomini; i disturbi monopolari esordiscono, in media, tra i 20 e i 30 anni, tra i 30 e i 40, o tra i 40 e i 50 (Invernizzi, 2006).

Il Ministero della Salute in un ultimo studio del 2013 ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) ci informa che in Italia, la prevalenza della depressione maggiore e della distimia nell'arco della vita è dell'11,2% (14,9% nelle donne e 7,2% negli uomini). Nelle persone ultra 65enni la depressione maggiore e la distimia hanno una prevalenza nell'ultimo anno pari al 4.5% (ma tra le persone istituzionalizzate di questa età la prevalenza è molto più elevata, in alcune casistiche arriva fino al 40%). Da numerose indagini epidemiologiche risulta che il 2% dei bambini e il 4% degli adolescenti ha in un anno un episodio di depressione che dura almeno 2 settimane.

In un rapporto dell'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, annuncia che nel 2020 la **depressione** sarà la seconda causa di decessi e d'invalidità dopo le malattie cardiovascolari.

I disturbi depressivi possono comparire a seguito di un evento scatenante (per esempio un lutto imprevisto e improvviso, un rovescio finanziario, ecc.), ma altre volte senza un motivo apparente. Se, come spesso succede, gli episodi depressivi sono più di uno, il primo episodio di solito inizia dopo un evento o situazione stressante, mentre negli episodi successivi il collegamento con un fattore scatenante può essere meno evidente o apparentemente assente. Nelle donne la depressione può comparire in alcune fasi della vita, quali il periodo post-partum o durante il periodo di transizione verso la menopausa. Alcune malattie come quelle cardio-vascolari e il cancro ed alcuni effetti collaterali di alcuni farmaci possono contribuire alla sua comparsa.

La depressione di solito ha anche conseguenze negative sui familiari e sulle persone che vivono accanto alla persona che ne è affetta; rappresenta una costellazione di sintomi cognitivi, comportamentali, somatici ed affettivi che nel loro insieme sono in grado di diminuire significativamente la capacità di funzionamento di una persona. Viene definita come un disturbo dell'umore poiché le persone depresse si sentono tristi, abbattute ed incapaci di svolgere dei compiti nella vita quotidiana.

Secondo il DSM-5, la più recente pubblicazione del “Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali” dell’American Psychiatric Association, il disturbo depressivo maggiore rappresenta la condizione classica all’interno della categoria diagnostica dei Disturbi Depressivi. **La diagnosi** di Disturbo Depressivo Maggiore può essere posta quando in anamnesi sono rilevabili episodi distinti di almeno due settimane di durata (nonostante nella maggior parte degli episodi abbia una durata considerevolmente maggiore) che comportano nette modificazioni affettive, cognitive e nelle funzioni neurovegetative, e remissioni inter-episodiche. E’ possibile porre la diagnosi con un solo singolo episodio, nonostante nella maggior parte dei casi il disturbo assume un carattere ricorrente. Il disturbo depressivo persistente (nuova diagnosi del DSM V che include le categorie diagnostiche della depressione maggiore cronica e distimia del DSM IV) è una forma di depressione più cronica, viene diagnosticata quando l’alterazione dell’umore ha una durata di almeno 2 anni negli adulti o di 1 nei bambini. La depressione maggiore può precedere il disturbo depressivo persistente ed episodi depressivi maggiori possono verificarsi durante il disturbo depressivo persistente. Sintetizziamo adesso i criteri diagnostici del Disturbo Depressivo Maggiore, essendo questi criteri maggiormente rappresentativi della categoria diagnostica di riferimento.

I criteri per la diagnosi del disturbo **Depressivo maggiore**:

**A. Cinque o più dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e di cui almeno uno di questi sintomi è costituito da 1) umore depresso; 2) perdita d’interesse o piacere):**

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno;
2. Mancanza di interesse o piacere per le attività quasi ogni giorno;
3. Significativa perdita/aumento di peso o dell’appetito senza essere a dieta;
4. Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno;

5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno;
6. Facile affaticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno;
7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi ed inappropriati (che possono essere deliranti);
8. Ridotta capacità di pensare o concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno;
9. Ricorrenti pensieri di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

**B.** I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti;

**C.** I sintomi non sono dovuti ad una condizione medica generale o agli effetti fisiologici diretti di una sostanza.

**D.** Il verificarsi dell'episodio depressivo maggiore non è meglio spiegato dal disturbo schizoaffettivo, dalla schizofrenia, dal disturbo schizofreniforme, dal disturbo delirante o dal disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione

**E.** Non vi è mai stato un episodio maniaco o ipomaniaco.

Il DSM 5 prevede inoltre degli specificatori di gravità/decorso e caratteristiche cliniche (Apa, 2013).

La persona depressa può dimostrarsi apatica, scarsamente motivata e non sentirsi gratificata nelle attività che un tempo gli sembravano piacevoli. Le alterazioni psicomotorie possono includere agitazione o rallentamento; sono comuni riduzione dell'energia, astenia e facile affaticabilità per cui anche i più piccoli compiti possono richiedere un sforzo rilevante percepito dal soggetto. Altri sintomi della depressione

includono alterazioni del sonno ed o inappetenza, compromissione delle funzioni cognitive quali scarsa concentrazione e memoria (soprattutto nei casi di manifestazioni melanconiche o psicotiche). Molti soggetti infatti riferiscono una compromissione delle capacità di concentrarsi, pensare, riflettere e prendere decisioni; queste difficoltà possono incidere non solo sullo svolgimento dei compiti (dimenticanze, scarsa attenzione ecc) e sul ritiro sociale del soggetto, ma anche e soprattutto sulla relazione genitore-figlio o più in generale sul management familiare.

Nei casi più gravi, le persone depresse possono avere pensieri di morte, suicidio e manifestazioni psicotiche quali deliri o, meno frequentemente, allucinazioni. I deliri sono spesso “olotimici” cioè congrui al tono dell’umore (temi di colpa, indegnità, rovina) ma possono in alternativa anche discostarsene (deliri “incongrui” di persecuzione, riferimento, influenzamento). Anche il contenuto del pensiero appare incentrato su tematiche di autosvalutazione, colpa, visione pessimistica del futuro che in genere presentano le caratteristiche di idee prevalenti.

Trasportando in ambito familiare e più strettamente genitoriale, tali caratteristiche cliniche peculiari proprie della psicopatologia appare evidente quanto la compromissione delle abilità emotive e cognitive possano incidere sul sano sviluppo psico-fisico del bambino e sulla relazione genitoriale in genere.

In particolare la depressione materna può gravare sulla capacità di mentalizzare l’altro ovvero sulla capacità di vedere stessi e le altre persone in termini di stati mentali (sentimenti, convinzioni, intenzioni e desideri) e di pensare ai propri ed altrui comportamenti in termini di stati mentali, attraverso un processo che viene normalmente definito riflessione. La maturazione di questa capacità determina non solo la natura della realtà psichica dell’individuo, ma anche la qualità e la coerenza della parte riflessiva del Sé, che si ritiene costituisca il nucleo strutturale.

Secondo Fonagy (1997), uno dei massimi studiosi delle facoltà riflessive, il Sé psicologico si sviluppa attraverso la percezione di Sé come persona che pensa e

prova sentimenti, nella mente di un'altra persona. Genitori che non riescono a riflettere in maniera comprensiva sull'esperienza interna dei figli e non sanno rispondere adeguatamente, negano al bambino una struttura psicologica centrale indispensabile per costruire un vitale senso di Sé. Per Fonagy, il fattore determinante è la capacità della madre di contenere mentalmente il bambino e di rispondergli, in termini di cure fisiche, in un modo che mostra la sua consapevolezza dello stato mentale di questi ed al tempo stesso la capacità di farvi fronte (rispecchiamento del disagio mentre si comunica un affetto incompatibile con il disagio stesso).

Pertanto, nell'ottica di una *reciprocità relazionale funzionale* all'adempimento dei compiti di cura e protezione, è probabile che la depressione della madre si configuri come fattore di rischio o di trasmissione di influenze negative attraverso cui le esperienze e l'identità del bambino si sviluppano.

Inoltre, la mancanza di una "regolazione reciproca", che funga da palcoscenico intersoggettivo attraverso cui madre e bambino possano confrontarsi e sperimentarsi sul piano emotivo, nel contesto di accudimento, può incidere sugli scambi sociali e sulla regolazione degli affetti, determinando interazioni povere, asincrone, disimpegnate, caratterizzate da emozioni negative (Tronick, 1989).

Sul piano psicopatologico, si afferma che la povertà affettiva e comunicativa causata dalla depressione materna può indurre delle modificazioni interattive, che rischiano di stabilizzarsi malgrado l'eterogeneità del disturbo depressivo materno, limitando la disponibilità emotiva della madre verso i segnali inviati dal bambino e compromettendo, dunque, l'evoluzione di un modello di attaccamento sicuro dello stesso. (Dodge, 1990).

Secondo Stern (1998), la "lacuna" affettiva, causata dalla mancanza di responsività prolungata nel tempo della madre depressa, sebbene non determini in modo sistematico e lineare una patologia infantile, risulta comunque in grado di provocare nel bambino una particolare vulnerabilità a tutti gli eventi successivi che implicano l'idea della perdita e della mancanza.

In base alle premesse su riportate appare evidente come, lo stile comunicativo sia un elemento relazionale particolare compromesso nel caso specifico della depressione materna: distorsioni cliniche della relazione possono instaurarsi precocemente quando gli scambi tra la madre e il bambino sono caratterizzati da modalità insensibili, rigide e intrusive, per cui la comunicazione empatica ed affettiva risulta bloccata e nessuno dei due partner riesce a cooperare e a comprendere i compiti evolutivi dell'altro (Anders, 1989).

Inoltre, la percezione di sé negativa ed ipercritica, unita a livelli di autostima bassi, sono all'origine di una percezione di autoefficacia genitoriale negativa, che influisce negativamente sullo sviluppo del bambino (in particolare sullo stile di attaccamento insicuro, sullo sviluppo di una autonomia sana e responsabile). E' infatti assai frequente che la persona depressa si rimproveri di non riuscire ad assumersi responsabilità lavorative e/o interpersonali a causa della sua malattia (sentimenti autosvalutativi e di colpa) proiettando tali vissuti sui figli o sulle figure significative più prossime.

Oltre alle influenze dirette sullo stile relazionale e di parenting, attualmente sia i modelli teorici sia gli studi empirici tendono a ritenere che l'esposizione all'ansia e alla depressione dei genitori renda il bambino più vulnerabile allo sviluppo di problemi internalizzanti.

Il modello sistemico di Cumming e Davies (2002), ipotizza che la depressione materna abbia un'influenza negativa sui conflitti fra coniugi o fra genitori e figli difficili, influenzando fra l'altro negativamente con il funzionamento e la capacità di adattamento del figlio. Gli studi condotti dagli autori evidenziano come le famiglie con un genitore depresso o ansioso tendano a caratterizzarsi per relazioni genitore/figlio e genitore/genitore assai conflittuali, creando un ambiente che di fatto aumenta il rischio che il figlio sviluppi una psicopatologia.

Ancora, i figli di madri depresse tendono ad imitare le loro attitudini e i comportamenti irritabili e depressi, modificando negativamente la relazione con i

genitori (Elgar et al. 2004, Rutter et al. 2006). Inoltre, bambini che, a causa di tale comunicazione inadeguata e della conseguente non disponibilità dei genitori, non possono beneficiare di supporto emotivo e di una guida nella risoluzione di problemi all'interno di esperienze conflittuali, sono maggiormente a rischio di acting out o di sperimentare sentimenti di sopraffazione nella gestione dei loro problemi; questo ovviamente può avere ricadute nello sviluppo di problemi internalizzanti ed esternalizzanti.

Partendo dalle premesse cliniche su riportate, è possibile ipotizzare eventuali ripercussioni su quella che viene definita la *valutazione della genitorialità*, un'attività di diagnosi maturata in un'area di ricerca multidisciplinare che valorizza i contributi della psicologia clinica e dello sviluppo, della neuropsichiatria infantile, della psicologia della famiglia, della psicologia sociale e giuridica e della psichiatria forense. Intesa in senso ampio riguarda due versanti, genitori e bambino, ed ovviamente la loro relazione.

I criteri presenti in letteratura per la valutazione della genitorialità in senso generale relativi ai *parametri individuali e relazionali* relativi ai concetti di *parenting* e di *funzione genitoriale*, trattati ampiamente nella letteratura italiana e internazionale, riguardano lo studio delle abilità cognitive, emotive e relazionali del ruolo e delle funzioni genitoriali ed in particolare la capacità di rispondere alle richieste, la capacità di mantenere un'attenzione focalizzata, la ricchezza del linguaggio, il calore affettivo.

Secondo Visentini (2006) queste possono essere sintetizzate in 8 funzioni:

1) funzione protettiva, 2) funzione affettiva, 3) funzione regolativa, 4) funzione normativa, 5) funzione predittiva, 6) funzione significativa, 7) funzione rappresentativa e comunicativa, 8) funzione triadica.

## **Valutazione del funzionamento psicologico e relazionale del genitore e del funzionamento familiare:**

1) **Capacità riflessive** (capacità di attribuire intenzioni e finalità ai comportamenti degli altri ed in particolare dei figli, identificandosi nei loro bisogni; capacità di riflettere sul significato delle proprie azioni e delle proprie reazioni emotive). Comprende una componente autoriflessiva ed una componente interpersonale.

Come già ampiamente argomentato, tali capacità nel caso specifico della depressione potrebbero risultare alterate, molto scarse, deboli ed insufficienti.

Funzione riflessiva deficitaria o assente si manifesta solitamente con

- ✓ risposte di rifiuto
- ✓ risposte da assenza di integrazione e di elaborazione
- ✓ attribuzioni bizzarre o inadeguate di stati mentali
- ✓ risposte di diniego
- ✓ distorsioni al servizio del Sé
- ✓ risposte ingenuo o semplicistiche
- ✓ risposte iperanalitiche o iperattive.

Nell'analizzare la funzione riflessiva fare attenzione

- Meccanismi di scissione e di proiezione
- Distorsioni al servizio del Sé
- Attaccamento al figlio con modalità fusionali
- Attaccamento ai propri genitori.

2) **Presenza di patologie psichiatriche:** presenza di grave patologia, significativamente compromettente tale da potere a volte incidere sul suo funzionamento psicologico, sociale e adattivo.

3) **Livello di integrazione familiare** (funzionamento della coppia genitoriale in relazione agli indici di collaborazione/coesione interna) con presenza o meno di gravi conflitti, con violenza assistita, integrazione assente ecc.

La capacità di collaborazione soprattutto genitoriale, è strettamente collegata alle abilità riflessive e preventive del genitore capace di cogliere i segnali e le richieste/bisogni del bambino. Venendo a mancare nella depressione tale abilità riflessiva, è probabile che anche lo stile genitoriale collaborativo ne venga compromesso incidendo sull'adozione di stili educativi talvolta contrapposti (ad es. padre stile autorevole - madre stile permissivo/passivo).

### **Valutazione del funzionamento psicologico e relazionale del figlio:**

1) *Qualità del funzionamento psicologico*: presenza di disturbo psichiatrico tale da compromettere pervasivamente/significativamente il funzionamento psicologico, scolastico e sociale, presenza di un disturbo specifico di sviluppo/di apprendimento o di un disturbo comportamentale, presenza di un disturbo di adattamento o reattivo, problemi relazionali lievi, nessun problema/disturbo.

2) *Qualità del pattern di attaccamento*: presenza di un disturbo reattivo dell'attaccamento, attaccamento disorganizzato o confuso, attaccamento insicuro evitante, attaccamento insicuro ansioso, attaccamento sicuro.

A tal proposito un appunto può essere rivolto al tipo di attaccamento insicuro che può scaturire a seguito di un caregiver non adeguatamente responsivo:

- *Insicurezza evitante/distanziante*: l'insicurezza di tipo evitante, fa riferimento ad un'esperienza di accudimento in cui genitore si è mostrato, con atteggiamento poco costante, scarsamente sensibile e responsivo. La scarsa disponibilità emotiva della madre, si associa ad una regolazione emotiva del bambino che impara nel tempo a non sollecitare l'altro, cercando di inibire le emozioni negative, che non possono essere condivise. L'attivazione fisiologica può risultare anche intensa ma ad essa non si collega un adeguato canale espressivo che convogli le emozioni provate verso un altro ritenuto capace o disponibile ad accorglierle. La gestione delle emozioni rispetta così un vincolo importante secondo cui per mantenere il legame d'attaccamento è opportuno non manifestare le proprie emozioni con le proprie vulnerabilità. Il vantaggio

relativo di queste tipologie di funzionamento sarà a favore del mantenimento di un legame con l'altro che offre garanzia di stabilità se non sollecitato sotto questo registro comunicativo. Per esempio da adolescenti ma ancor di più da adulti le strategie di regolazione delle emozioni negative saranno quelle dell'inibizione o comunque della minimizzazione mentre quelle positive verranno enfatizzate. Prevale dunque uno scarso affidamento alla dimensione relazionale a favore di una valorizzazione di sé e delle proprie capacità di far fronte al proprio disagio ed alle emozioni che ad esso si accompagnano senza ricorrere all'altro.

- ***Insicurezza ansiosa/ ambivalente o invischiata***: in questo caso il soggetto ha nella sua storia di vita, un'esperienza di accudimento da parte del genitore che si caratterizza innanzitutto come poco prevedibile. Il suo atteggiamento infatti, non è costante e oscilla tra momenti di intenso coinvolgimento emotivo e momenti di distacco o addirittura di rifiuto attivo del figlio. Così anche la regolazione emotiva del figlio, che si appoggia all'altro per trovare una sua modulazione, avrà un esito in parte fallimentare perché la richiesta di aiuto, il conforto non è lineare, bensì ambivalente del tipo “chiedo aiuto consolazione ma se tu me lo offri io lo rifiuto non l'accetto”. Le emozioni del bambino sono presenti a livello mentale soprattutto nella loro valenza negativa in forma pervasiva, associate alle aspettative di scarsa fiducia e di percezione di inadeguatezza dell'offerta di cura e conforto. La sua costante necessità di monitorare gli stati interni del genitore, per riuscire di conseguenza a controllare anche la disponibilità emotiva, comporta l'abitudine ad adottare una strategia di iper-vigilanza sulle relazioni, con conseguente impoverimento della sfera dell'autonomia individuale. In virtù di questa caratteristica, la qualità della partecipazione allo scambio intersoggettivo ne esce impoverita, in quanto il soggetto non riesce a far proprie fin in fondo le esperienze relazionali cui accede, rimane "invischiato" in una rete relazionale dove le identità dei singoli non trovano spazio di definizione. La tendenza a rimanere "agganciato"

all'altro è indicativo dello scarso senso di autoefficacia, ossia della convinzione di non potercela fare ad affrontare le situazioni facendo riferimento sulle proprie risorse (Barone, 2009).

**3) *Orientamento e desiderio in relazione alla propria collocazione:*** orientamento molto pronunciato in minore capace di discernimento, orientamento moderatamente pronunciato, orientamento fluttuante o presenza di una personalità immatura, orientamento confuso o compromesso da elementi patologici, nessun orientamento.

Alla luce di quanto espresso è possibile affermare che la presenza di psicopatologia nel genitore si pone come un importante fattore di rischio per la capacità genitoriale ed in particolare sulla possibilità che la madre affetta da depressione possa non riconoscere ed accogliere le richieste e le spinte di crescita del figlio reagendo ad esse in modo presumibilmente aggressivo o comunque non congruo (es. adottando stili educativi rigidi scarsamente modulati sul piano affettivo e cognitivo). Ne potrebbe conseguire una compromissione di quella che viene definita in termini tecnici “competenza emotiva”: un'abilità di natura comportamentale, espressiva e interpretativa che consiste nel saper riconoscere le emozioni in maniera appropriata, esprimere e interpretare comportamenti a valenza emotiva, saper controllare l'espressione di comportamenti inadeguati ed infine saper affrontare le emozioni dolorose senza perdere l'organizzazione dei processi mentali e dei comportamenti.

E' assodato che, la mera diagnosi, così come in tutti i casi legati alla psichiatria forense, non è mai di per sé condizione sufficiente ad esprimere delle conclusioni totalizzanti circa la capacità genitoriale occorre valutare, nella fattispecie, la gravità del quadro clinico e le ripercussioni peculiari che questo può avere circa tutti gli elementi sopra citati e tecnicamente connessi alla capacità del genitore di garantire un sano sviluppo psicofisico, spirituale, morale e sociale del minore (la tutela della sua salute, la cura della sua educazione, l'impegno per la sua istruzione, la realizzazione di condizioni ambientali ottimali per la sua crescita individuale). Il

principio del "best interest of the child" è riconosciuto, in particolare, dall'art. 3 della Convenzione ONU sui Diritti del Fanciullo, in cui si afferma che "in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente ". Tale principio guida la legge dell'8 Febbraio 2006, n. 54: "Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli" : l'affidamento condiviso costituisce la regola, e non l'eccezione, regola che può essere disapplicata unicamente attraverso un provvedimento contenente i motivi che rendono tale affidamento pregiudizievole per il figlio. La valutazione dell'organo giudicante dovrà perciò basarsi sulla valutazione del genitore affidatario, ma soprattutto sulle eventuali carenze e sull'inadeguatezza comportamentale di quello escluso a costituire un modello educativo per la prole.

Conformemente al dettato legislativo contenuto nei nuovi artt. 155 e 155 bis c.c., la S.C. attribuisce al principio di bigenitorialità un ruolo prioritario per la disposizione dell'affidamento della prole in caso di disgregazione del nucleo familiare. La dottrina quasi unanime ha fin da subito precisato che l'affidamento esclusivo possa essere disposto solo quando l'affidamento condiviso si riveli concretamente deleterio, perché contrario all'interesse del minore per ciò che concerne il suo sviluppo psicofisico ed educativo. Secondo un'attenta valutazione della condotta quotidiana del genitore, delle proprie attitudini e del proprio stato di salute. Le condizioni ostative che giustificherebbero la disapplicazione del principio di bigenitorialità da parte del giudice, poiché d'ostacolo ad uno sviluppo psicofisico ed educativo sano del minore, fermo restando una prudente valutazione delle circostanze concrete, gli Ermellini individuano tre fattispecie (11): a) anomala condizione di vita; b) insanabile contrasto con il figlio; c) obiettiva lontananza.

## **STRUMENTI DI SUPPORTO AL CLINICO PER LA VALUTAZIONE DELLA GENITORIALITA'**

**APS-I: Assessment of Parental Skills Interview** (Camerini, Volpini, Lopez, 2014). Si configura come uno strumento utile non solo per effettuare le opportune valutazioni e per assumere decisioni in ambito giudiziario, ma anche per indirizzare gli interventi di supporto e di Parent Training in funzione dei punti di forza e di debolezza che sono stati individuati. Il test può essere utilizzato in tre aree di applicazione:

- ✓ Situazioni di pregiudizio
- ✓ Situazioni di abbandono
- ✓ Separazione dei genitori ed affidamento dei figli

Lo strumento prevede la somministrazione al genitore di una serie di domande 24, le quali esplorano capacità relative a tre diverse aree di funzionamento:

- A) Supporto sociale e capacità organizzativa
- B) Protezione
- C) Calore ed empatia (care)

Per ogni item possono essere assegnati cinque diversi punteggi su una scala Likert a 5 punti:

5. Capacità/funzione non esercitata o esercitata scorrettamente. **Punteggio 5:** condizioni di grave trascuratezza/abuso psicologico: quando l'assenza delle

necessarie e sufficienti capacità genitoriali nel comportamento in questione configura una situazione di pregiudizio per la salute psicofisica del minore e/o per le sue capacità adattive, ovvero una condizione di trascuratezza e/o di abuso fisico e/o sessuale e/o psicologico. Oppure, quando le risposte fornite dal soggetto mostrino una grave carenza di riflessività: totale inconsapevolezza od esplicito rifiuto relativamente alla importanza dell'area da esplorare, ovvero grave e significativa incoerenza tra le risposte del genitore e quelle fornite da altre fonti.

Risposte che denotano una “funzione riflessiva” assente:

- risposte di rifiuto;
- risposte da assenza di integrazione e di elaborazione;
- attribuzioni bizzarre o inadeguate di stati mentali;
- risposta di diniego;
- distorsione al servizio del Sé;
- risposte ingenuie o semplicistiche;
- risposte iperanalitiche o iperattive.;

4. Capacità/funzione esercitata raramente e inadeguatamente. **Punteggio 4:** condizioni di lieve trascuratezza/abuso: modalità di supporto/controllo/protezione/cura insufficienti/inadeguate: quando le capacità genitoriali nel comportamento in questione si pongono ad un livello insufficiente dal punto di vista qualitativo e quantitativo, configurando una situazione di rischio per il minore pur senza giungere a grave trascuratezza/abuso. Oppure, quando le risposte fornite dal soggetto mostrino una significativa carenza di riflessività: tendenza a non rispondere, ovvero scarsa consapevolezza della importanza relativa all'area da esplorare;

3. Capacità/funzione esercitata in quantità/in maniera appena sufficiente ed incostante. **Punteggio 3:** competenze moderate: modalità di supporto / di controllo / di protezione / di cura appena sufficienti, incostanti o intempestive o non adeguatamente integrate: quando le capacità genitoriali nel comportamento in questione risultano appena sufficienti, sulla base di un'apprezzabile applicazione non sorretta però da un'adeguata costanza o da scelte educative appropriate allo stadio di sviluppo del figlio, ovvero quando la collaborazione con il genitore più direttamente impegnato nel settore considerato è appena sufficiente;

2. Capacità/funzione esercitata in quantità/in maniera mediamente adeguata. **Punteggio 2:** competenze generalmente soddisfacenti: modalità di supporto/controllo/protezione/cura generalmente adeguate ed integrate: quando le capacità genitoriali nel comportamento in questione si pongono ad un livello adeguato, nonostante alcune carenze che possono riguardare la costanza della applicazione e dell'impegno o la qualità delle scelte educative, del controllo, della protezione e delle cure, ovvero quando la collaborazione con il genitore più direttamente impegnato nel settore è positiva;

1. Capacità/funzione esercitata in quantità/in maniera ottimale. **Punteggio 1:** competenze adeguate: modalità di supporto / di controllo / di protezione / di cura adeguate e tempestive: quando le specifiche capacità genitoriali risultano appropriate ed adeguate, fondate su una buona costanza dell'impegno educativo, del controllo, della protezione e delle cure su valori positivi e su una reciproca condivisione e collaborazione.

La valutazione delle risposte prevede due unità di metodo integrate:

- ✓ da un lato, si valutano i comportamenti che il genitore ha descritto (o che emergono da altre fonti) nell'area esplorata;
- ✓ dall'altro, si utilizzano parametri qualitativi, esplorando il grado di comprensione che il soggetto possiede riguardo l'importanza di quell'area e la capacità di elaborare riflessioni critiche identificandosi nelle esigenze del figlio.

La valutazione delle capacità genitoriali deve essere completata ed integrata dalle altre due osservazioni complementari su citate, la *valutazione del funzionamento psicologico e relazionale del genitore e del funzionamento familiare e la valutazione del funzionamento psicologico e relazionale del figlio*.

### ***Disegno congiunto***

Uno strumento importante e molto utilizzato è il Disegno Congiunto (Bing, 19701) che “appare essere un valido strumento nella comprensione del funzionamento familiare, unendo in sé i vantaggi di un metodo interattivo e proiettivo” (Cigoli, Gulotta, Santi, 2007).

Il Disegno Congiunto è in grado di offrire molti dati interessanti sulle dinamiche relazionali della famiglia, ma è importante ricordarsi sempre che in qualunque ambito (clinico, peritale, ecc.) i dati dei test devono essere integrati con i dati dei colloqui e devono essere sempre esplicitati sia il motivo della scelta di un determinato test che i limiti e i punti di criticità del test stesso. Nell'ambito peritale l'utilizzo del Disegno Congiunto non ha un valore terapeutico, ma può comunque essere utile per far vedere alla famiglia sia un nuovo modo di comunicare (quello espressivo, oltre quello verbale) che per far vedere alla famiglia la possibilità di avere uno spazio e un tempo comune, nonostante gli eventuali conflitti presenti (M. Pingitore, 2011).

***PBI: Parental Bonding Instrument di G. Parker, 1979.***

E' un questionario autocompilato che misura la percezione dei comportamenti ricevuti del corso dell'infanzia da parte dei genitori in senso affettivo (cioè la trama emotiva effettiva percepita soggettivamente).

Le due scale, una riferita alla madre ed una al padre, misurano la "cura", l'"iperprotezione" o il "controllo", caratteristica fondamentale per gli stili genitoriali perché percepiti dal bambino. La misura è "retrospettiva", nel senso che gli adulti oltre i 16 anni compilano il questionario in base a come ricordano i loro genitori durante i primi 16 anni. Il questionario deve essere completato per madri e padri separatamente. È composto di 25 items di cui 12 per la "cura" e 13 per l'"iperprotezione/controllo".

## BIBLIOGRAFIA

- Anders T.F. (1989). Sindromi cliniche, disturbi delle relazioni e loro valutazione. In I disturbi delle relazioni nella prima infanzia, ed A.J. Sameroff, R.N. Emde R.N. (Milano: Boringhieri), pp. 136- 155. C.L.
- Apa, 201e. **American Psychiatric Association** (2013), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Ed. 5, Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- Barone L., 2009. *Le emozioni nello sviluppo relazionale e morale*. Raffaello Cortina Editore.
- Camerini, De Leo, 2007. *Criteri e strumenti di valutazione delle capacità genitoriali – Franco Angeli*
- Cfr. F.R. AZNAR GIL, *Las causas de la falta de discreción de juicio para el matrimonio en la reciente jurisprudencia rotal*, en *Curso de derecho matrimonial y procesal canónico para profesionales del foro*, IX, Salamanca 1990, 257-331.
- Cigoli V., Gulotta G., Santi G., *Separazione, Divorzio e Affidamento dei figli*, Giuffré, Milano, 2007
- Dodge K. (1990). *Developmental psychopathology in children of depressed mothers*. *Developmental Psychology*, 26, pp. 3-6.
- Elgar FJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH, Curtis LJ (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review* 24, 441-459.

- Fonagy, P., Target T. (1997), *Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé*, in “Attaccamento e funzione riflessiva”, Cortina, Milano, 2002.
- G.B. Camerini, “Aspetti legislativi e psichiatrico-forensi nei procedimenti riguardanti i minori”, in V. Volterra (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica (Trattato Italiano di Psichiatria, TIP)*, Masson, Milano, 2006
- Invernizzi G., 2006. *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, mCgRAW-HILL Edizioni.
- M.Pingitore, 2011. Il disegno congiunto della famiglia. In *Psicologia Giuridica.eu*
- Patrizi C. e coll, 2007. *Psichiatria e Psicoterapia* (2010) 29, 2, 63-77. Tratto da *International Journal of Psychoanalysis and Education IJPE* n° 3, vol. I, anno I ISSN 20354630.
- R. Canestrari, C. Godino, 2008. *La psicologia scientifica. Nuovo trattato di psicologia generale*, CLUEB EDITORE.
- Sameroff A.J., Emde R.N. (1989) (a cura di), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Torino, Boringhieri.
- Stern, D.N. (1998) *Le interazioni madre-bambino*. Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Tronick E.Z. (1989), *Emotions and emotional communication in infants*, *American Psychologist*, 44: 112-119.

