

📄 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Drug Abuse (DA), Dipendenza patologica e Adozione. Quando l'Amore non basta

Anna Paola Lacatena*

SUMMARY

■ *This study tries to provide some answers, or at least draw some attention, to the issue of addiction services' patients who are increasingly reporting adoptive experiences. Several studies have highlighted the role which traumatic life experiences play during the onset of at-risk behaviour, often the first stage of drug abuse and pathological addiction. In this regard it would be appropriate to create spaces to reflect, proposing suggestions and experimenting relational modalities within the group and couple dynamics, with the aim of turning hardships and pain into protective and constructive experiences.* ■

Keywords: *Adoption, Pathological addiction, Family, Trauma, Listening.*

Parole chiave: *Adozione, Dipendenze patologiche, Famiglia, Trauma, Ascolto.*

Introduzione

L'adozione rappresenta l'incontro tra due mondi, tra contesti differenti, tra istanze evolutive diverse la cui complementarietà è tutta da costruire. Due vicende di perdita, quella del bambino privo di affetto e quella di due adulti alla ricerca della genitorialità, nonché il desiderio di ricevere/dare il dono dell'accoglienza e dell'accudimento, sono la traccia e la sfida di una realtà che non necessariamente potrà evolvere con facilità.

È diffusa tra gli operatori dei servizi socio-sanitari la percezione che l'adozione resti un'esperienza straordinaria con una forte aspettativa riparativa e compensativa, evidentemente declinata in maniera differente dall'adottante e dall'adottato. Tutto ciò che accade, però, non dovrebbe essere letto esclusivamente facendo riferimento alle dinamiche che si verificano all'interno del nucleo familiare. Nella lettura di possibili difficoltà dovrebbero trovare posto infatti le vicende pregresse dei figli adottati e le storie infantili dei genitori adottanti. La legge prevede ad oggi un accompagnamento specialistico predisposto per i candidati all'adozione, in alcuni casi vissuto come troppo invasivo ma comunque parziale e circoscritto alle fasi precedenti e, al più, immediatamente successive all'adozione.

Sarebbe invece il caso di chiedersi cosa accade quando, passati gli anni, l'ex bambino adottivo si ritrova adolescente. Il processo di individuazione/differenziazione è generalmente più complesso per gli adolescenti adottati, ricordando quale sforzo di adattamento sia richiesto al genitore che affronta il tempo del-

l'insicurezza e della paura del figlio. A tal riguardo, andrebbe sondata con attenzione la presunta inattaccabilità dell'amore incondizionato, soprattutto per ciò che riguarda la figura materna, presentando l'affetto un aspetto di reciprocità la cui espressione varia in relazione a quanto e come venga corrisposto anche dai figli (Adinolfi *et al.*, 2017).

Il Dipartimento della Giustizia Minorile ha comunicato i dati relativi alle adozioni per l'anno 2015: le sentenze di adozione nazionale sono state 1.057 a cui si aggiungono 938 affidamenti preadottivi. I minori dichiarati adottabili con genitori ignoti (quindi in prevalenza neonati per cui la madre ha scelto il parto in anonimato) sono stati 257 e 1.088 le dichiarazioni di adottabilità di minori con genitori noti, quindi tolti ai genitori che erano incapaci di prendersene cura. Quanto alle adozioni internazionali, nel 2015 sono ammontate a 1.741, più 81 affidamenti preadottivi. Sono invece 174 i riconoscimenti di adozioni pronunciate da paesi stranieri per italiani residenti all'estero. Le domande di disponibilità all'adozione nazionale e internazionale pervenute nel 2015 sono state 9.007, di cui 3.668 per minori stranieri. I decreti di idoneità all'adozione di minori stranieri 2.929.

Le disponibilità all'adozione nazionale appaiono in sostanziale calo.

Rispetto al 2006, anno del massimo storico (16.538 le coppie disponibili ad adottare un minore con l'adozione nazionale), si assiste ad un significativo -45%. Sostanzialmente stabili invece le domande di adozione di minori italiani in casi particolari (art. 44 L. 184/83). Nel 2015, nel delicato compito di incrociare i bisogni dei bambini e le disponibilità delle famiglie sono stati adottati 1.057 minori, più 621 ex articolo 44.

Ovviamente per ogni annualità le dichiarazioni di adottabilità e adozioni non sono sovrapponibili. Da ciò deriva, sempre facen-

* *Dirigente, Sociologa, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Taranto.*

do riferimento al 2015 (1.345 minori adottabili e 1.057 adottati), che circa 300 minori ogni anno non trovano una famiglia disponibile ad accoglierli. Lo stesso calo drastico della disponibilità all'adozione appare presente nelle adozioni internazionali. Dalle 8.274 domande di disponibilità e idoneità all'adozione di minori stranieri presentate nel 2004 si è scesi nel 2015 a 3.668: significa -55%. I decreti di idoneità all'adozione internazionale effettivamente rilasciati sono passati dai 6.441 del 2006 ai 2.929 del 2015, con un calo del 54%.

Nel tempo e con il diffondersi del fenomeno dell'adozione, soprattutto nei primi anni del 2000, sono aumentate anche le situazioni di crisi che hanno richiesto l'intervento di operatori esperti e istituzioni competenti mirato a ripristinare, dove possibile, equilibri resi precari dalla molteplicità dei fattori in gioco. E troppo spesso, purtroppo, si è assistito al tratteggiarsi delle cosiddette "restituzioni" come unica soluzione percorribile, almeno nella percezione degli adottanti.

La presente riflessione intende approfondire il momento in cui l'adottato giunge nell'età adolescenziale, partendo da un numero crescente di pazienti afferenti ai Dipartimenti dipendenze patologiche provenienti dall'esperienza dell'adozione, soprattutto di tipo internazionale.

Se l'uso problematico di sostanze legali ed illegali e i comportamenti a rischio, senza necessariamente il rischio a sostanze psicotrope, è considerato un fenomeno dall'eziopatogenesi multifattoriale, sarebbe il caso di chiedersi quanto le relazioni affettive e di attaccamento con i genitori d'origine e con quelli adottanti possono segnare tali esperienze.

Può il genitore naturale, se pur non più presente nella vita del figlio, rappresentare un elemento predittivo rispetto all'utilizzo di sostanze?

Può il genitore adottante, pur presente ed accudente, non garantire quei processi utili alla formazione di una personalità equilibrata?

Perché cresce nei Servizi (pubblici e del Privato sociale) che si occupano di dipendenze patologiche il numero di pazienti che riportano (direttamente o attraverso i genitori adottivi) l'esperienza dell'adozione?

Senza pretese di esaustività, nel solco degli studi sociologici orientati alla discussione più che alla ricerca di verità assolute, questo lavoro intende fornire elementi di riflessione.

1. Fasi dell'adozione

I requisiti per l'adozione sono gli stessi sia che si tratti di adozione internazionale o nazionale. Li stabilisce l'articolo 6 della legge 184/83 (come modificata dalla legge 149/2001) che disciplina l'adozione e l'affidamento. *"L'adozione è permessa ai coniugi uniti in matrimonio da almeno tre anni, o che raggiungano tale periodo sommando alla durata del matrimonio il periodo di convivenza prematrimoniale, e tra i quali non sussista separazione personale neppure di fatto e che siano idonei ad educare, istruire ed in grado di mantenere i minori che intendano adottare"*.

La stessa normativa fissa che tra il bambino adottato e i coniugi deve esserci una differenza minima di età di 18 anni e massima di 45 anni (ma sulla massima sono previste eccezioni). I limiti di età introdotti dalla legge hanno lo scopo di garantire all'adottato genitori idonei ad allevarlo e seguirlo fino all'età adulta, in una condizione analoga a quella di una genitorialità naturale. Verificata la presenza dei requisiti, l'iter adottivo previsto dalla nostra attuale legislazione si articola nelle seguenti fasi:

• Domanda di adozione

È una domanda in carta semplice, che vale 3 anni ed è rinnovabile, da presentare al Tribunale, che deve includere vari documenti: 730 o busta paga, certificato del casellario giudiziale, certificato del medico di base e anche assenso scritto dei nonni (nel caso di loro decesso, certificato di morte)

• Accertamento della capacità di coppia

È una tappa fondamentale, a volte, come si è accennato, psicologicamente stressante per la coppia che si sente 'sotto esame'. Entro quattro mesi dall'avvio della domanda, il Tribunale dispone attraverso i servizi sociali del comune di residenza una serie di approfonditi accertamenti: s'indagano le motivazioni della domanda, la situazione e le dinamiche famigliari. Al termine del periodo di accertamento, una relazione sarà affidata al Tribunale per il giudizio circa l'idoneità della coppia ad adottare.

• Affidamento pre-adottivo

Se l'indagine ha esito positivo, il Tribunale, tramite ordinanza del giudice, può dar via all'affidamento preadottivo della durata di un anno scegliendo per la domanda di adozione il minore considerato più idoneo.

• Dichiarazione d'adozione

Dopo il primo anno, se esistono tutte le condizioni previste dalla legge (se i minori hanno più di 14 anni va considerato anche il loro giudizio) il minore è definitivamente adottato. Il bambino finalmente è figlio legittimo della coppia, adotta il cognome della famiglia adottiva e non ha più rapporti giuridici con la famiglia d'origine.

2. L'adozione internazionale

L'adozione internazionale è l'adozione di un bambino straniero fatta nel suo paese, davanti alle autorità e alle leggi che vi operano. Nel caso dell'adozione di un bambino straniero la normativa si fa più complessa, offrendo una sicurezza sullo stato di abbandono del bambino, una più approfondita preparazione ed un migliore sostegno alle coppie che hanno deciso di intraprendere questo percorso. La tendenza all'aumento delle adozioni internazionali, e non solo per l'Italia, è stata costante e spiegabile anche in ragione del miglioramento delle condizioni socio-economiche del nostro Paese. Contestualmente il calo delle nascite ha fatto aumentare le richieste di adozione. Queste si sono indirizzate così verso l'unica strada possibile, quella internazionale. La Convenzione de L'Aja del 29 maggio 1993 sulla tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale è il principale strumento normativo a cui l'Italia ha aderito con la legge 31 dicembre 1998 n. 476, le cui norme hanno modificato la legge 4 maggio 1983 n. 184, regolando ad oggi la procedura di adozione internazionale.

2.1. Fasi dell'adozione internazionale

Queste le tappe dell'iter adottivo previste dalla nostra attuale legislazione:

• La dichiarazione di disponibilità

Entro 15 giorni dalla presentazione della dichiarazione, il Tribunale per i minorenni competente per il territorio di residenza, deve trasmettere la domanda ai servizi socio-territoriali competenti. Nel caso di cittadini italiani residenti all'estero, il tribunale

competente al quale ci si deve rivolgere per inoltrare la domanda, è quello dell'ultimo domicilio dei coniugi e, in mancanza di precedente domicilio, il Tribunale per i minorenni di Roma.

Una volta individuato il Tribunale, occorrerà rivolgersi all'ufficio di cancelleria civile per presentare la "dichiarazione di disponibilità" all'adozione internazionale. Gli aspiranti all'adozione infatti non vantano un diritto ad ottenere un bambino ma possono solo esprimere la loro disponibilità ad adottarne uno. Infatti l'istituto dell'adozione ha per fine di soddisfare il diritto di ogni bambino ad avere una famiglia, e di dare la possibilità di averne una ad un bambino che ne è privo. E non viceversa.

Oltre alla dichiarazione vanno allegati i seguenti documenti in carta semplice, salvo differenti disposizioni del Tribunale:

- certificato di nascita dei richiedenti;
- stato di famiglia;
- dichiarazione di assenso all'adozione da parte dei genitori degli adottanti, resa nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto notorio davanti al segretario; oppure, qualora fosse deceduti, certificato di morte dei genitori dei richiedenti;
- certificato rilasciato dal medico curante;
- certificati economici: mod. 101 o mod. 740 oppure busta paga;
- certificato del Casellario giudiziale dei richiedenti;
- atto notorio oppure dichiarazione sostitutiva con l'attestazione che tra i coniugi adottanti non sussiste separazione personale neppure di fatto.

Gli aspiranti genitori adottivi devono in primo luogo rispondere ai requisiti previsti dall'art.6 della legge n.184/1983 e pertanto possono presentare la dichiarazione di disponibilità:

- le coppie coniugate;
- sposate al momento della dichiarazione di disponibilità (è computabile la precedente convivenza more uxorio per almeno tre anni se documentata);
- non aventi in corso o di fatto alcuna separazione;
- con una differenza massima entrambi di 45 anni (e minima di 18) con il figlio da adottare;
- in possesso delle capacità di educare, istruire e mantenere il figlio adottivo (requisiti che saranno oggetto dell'indagine dei Servizi territoriali, dopo il primo controllo da parte del Tribunale).

Se il Tribunale per i minorenni ravvisa la manifesta carenza dei requisiti sopra descritti pronuncia immediatamente un decreto di inidoneità. Qualora invece non vi sia stato niente da rilevare, entro 15 giorni dalla presentazione della dichiarazione di disponibilità, il giudice minorile trasmette la documentazione relativa alla coppia aspirante, ai servizi degli Enti locali.

• **L'indagine dei servizi territoriali**

I servizi degli Enti locali hanno il ruolo importante di conoscere la coppia e di valutarne le potenzialità genitoriali, raccogliendo informazioni sulla loro storia personale, familiare e sociale. Evidentemente tutto ciò dovrebbe procedere senza toni inquisitori o eccessivamente "invasivi". Il lavoro dei servizi è volto alla stesura di una relazione, entro 4 mesi dall'invio della documentazione, da inviare al Tribunale per i minorenni territorialmente competente, che fornirà al giudice gli elementi di valutazione sulla richiesta della coppia. In questa fase è anche compito dei servizi informare in modo corretto e completo gli aspiranti genitori adottivi sulle condizioni di vita dei bambini nei paesi di loro provenienza e sugli stili di vita a cui sono abituati.

• **Il decreto di idoneità**

Ricevuta la relazione da parte dei Servizi in merito alla quale il tribunale può chiedere ulteriori ed eventuali approfondimenti, lo

stesso (entro i due mesi) convoca i coniugi. A questo punto il giudice decide per il rilascio del decreto di idoneità o in alternativa di quello attestante l'insussistenza dei requisiti all'adozione. Una volta rilasciato, il decreto viene inviato alla Commissione per le adozioni internazionali e all'ente autorizzato, se è già stato scelto dai coniugi.

• **Avvio della ricerca**

La coppia in possesso del decreto di idoneità, deve iniziare entro 1 anno dal suo rilascio la procedura di adozione internazionale, rivolgendosi ad uno degli enti autorizzati (obbligatorio) dalla Commissione per le adozioni internazionali che seguiranno i coniugi e l'iter burocratico necessario.

• **Viaggio all'estero e ritorno in Italia**

L'ente, avviate le procedure, una volta ricevuta dall'autorità straniera la proposta di incontro con il bambino da adottare, ne informa gli aspiranti genitori adottivi e, ricevuto il consenso dagli stessi, li accompagna e supporta, svolgendo tutte le pratiche necessarie. Se gli incontri coppia/bambino si concludono con parere positivo anche da parte delle autorità del paese straniero, l'ente trasmette gli atti e le relazioni sull'abbinamento adottando-adottanti alla Commissione per le adozioni internazionali in Italia, attestando la sussistenza dei requisiti previsti dalla Convenzione de L'Aja (articolo 4).

In caso di esito negativo degli incontri, l'ente ne informa la Commissione italiana, relazionando anche sui motivi che orienteranno eventuali, possibili abbinamenti successivi. Può accadere inoltre che sia l'ente a non accogliere una determinata proposta di adozione fatta dall'Autorità centrale straniera. In questo caso gli aspiranti genitori adottivi possono ricorrere in Italia alla Commissione per le adozioni internazionali che può, non confermando il diniego dell'ente, sostituirsi allo stesso, oppure affidare ad un altro ente l'incarico di condurre a termine la procedura.

L'ente autorizzato deve trasmettere tutta la documentazione riferita al bambino, insieme al provvedimento del giudice straniero, alla Commissione per le adozioni internazionali in Italia, che ne cura la conservazione. Una volta ricevuta dall'ente autorizzato la documentazione sull'incontro avvenuto all'estero e sul consenso espresso dai coniugi, la Commissione per le adozioni internazionali autorizza l'ingresso e la permanenza del minore adottato in Italia, dopo aver certificato la conformità al normato dalla Convenzione de L'Aja.

• **Trascrizione**

La procedura si conclude con l'ordine, da parte del Tribunale per i minorenni, di trascrizione del provvedimento di adozione nei registri dello stato civile. Competente di questa trascrizione è il Tribunale per i minorenni del luogo di residenza dei genitori nel momento del loro ingresso in Italia con il minore (anche se diverso da quello che ha pronunciato prima il decreto di idoneità). Con la trascrizione il minore diventa definitivamente un cittadino italiano e un membro a tutti gli effetti della nuova famiglia "multi-etnica" che è appena nata.

3. Adottati e Drug Abuse (DA) tra genetica e ambiente

Sul *Clinical Child Psychology and Psychiatry* del 15 Maggio 2013 è comparso un articolo dal titolo "Children of treated substance-abusing mothers: A 10-year prospective study" degli studiosi Y-I. Hser, E. Evans, L. Li, A. Metchik-Gaddis e N. Messina, i quali hanno preso in considerazione le madri soggette al California

Treatment Outcome Project (CalTOP), ossia il grande progetto integrato di analisi di 44 trattamenti di disintossicazione e riabilitazione realizzato in 13 contee californiane dal 2000 al 2002. All'interno del campione valutato nel CalTOP vi erano circa 4500 donne che stavano vivendo la genitorialità durante il trattamento, perché incinte o con figli minori di 18 anni. Lo studio si è orientato su un campione di circa 700 madri, focalizzando l'attenzione sulle 396 di loro che al momento dell'indagine avevano figli a carico e che si erano dichiarate disponibili a darne una valutazione in merito a comportamenti relazionali ed eventuale utilizzo di sostanze d'abuso. Oggetto centrale dello studio sono infatti i fattori di rischio, ovvero quelle condizioni sistemiche o personali che predispongono verso un determinato fenomeno. In questo caso il fenomeno è rappresentato sia dall'abuso di droghe sia dal comportamento "povero" (poor behaviour), praticamente una commistione di azioni inappropriate, aggressive, e/o pericolose.

All'interno del CalTOP, le madri sono state sottoposte a periodiche interviste di valutazione (Addiction Severity Index), dalle quali si evince che la sostanza d'abuso primaria è la metamfetamina (44%) e l'età di prima sperimentazione 17 anni. I responsabili della ricerca hanno anche sottoposto alle madri (396) alcune domande valutative sui loro figli, riferite al Child Behaviour Checklist. Riprendendo gli esiti di precedenti indagini presenti in letteratura, Hser e i suoi collaboratori hanno inteso verificare la correlazione diretta tra la gravità della condizione di dipendenza da alcol o droghe della madre e l'aumento della probabilità di poor behaviour dei figli.

I risultati finali hanno di fatto smentito l'ipotesi di partenza. La gravità della condizione di consumo di stupefacenti da parte della madre non rappresenta in alcun modo un fattore predittivo del comportamento problematico dei figli. Inoltre la correlazione tra fattori di rischio e risultato – negativo – atteso (ovvero comportamento problematico dei figli) presenta dinamiche molto differenti quando la si osserva in relazione all'etnia delle madri.

Hser e i suoi collaboratori ipotizzano in tal senso che ciò derivi da questioni socio-culturali, ossia dalle indubbie differenti forme di socializzazione familiare e sociale che, spesso, sembrano rappresentare fattori protettivi per alcune fasce di popolazione (vedi asiatici) rispetto ai caucasici.

Gli autori hanno naturalmente posto l'accento sui possibili limiti di questo studio. L'approccio metodologico (interviste strutturate) e la presenza all'interno del campione di donne con problematiche psichiatriche rende problematica la possibilità di una generalizzazione, sebbene nulla va tolto all'interesse e alle riflessioni che le conclusioni suggeriscono in merito alla questione dei fattori di rischio.

Altresì lo studio condotto in Svezia da Kendler e dai suoi collaboratori, "Genetic and Familial Environmental Influences on the Risk for Drug Abuse. A National Swedish Adoption Study" (2012) cerca di chiarire come genetica e fattori ambientali contribuiscano al rischio di sviluppare una Drug Abuse (DA). Per Kendler e i suoi collaboratori le ricerche precedenti rimarcano come l'abuso di droga (DA) sia fortemente influenzata sia da aspetti genetici che da fattori familiari. Nessun studio su larga scala, però, sembra aver tentato di verificare e integrare questi risultati. La ricerca presenta numeri significativi: 18.115 bambini adottati nati tra il 1950 e il 1993; 78.079 genitori biologici e fratelli; e 51.208 genitori adottivi e fratelli non consanguinei con materiale ripreso da studi legali, medici e farmacie. Dai risultati emerge che:

Risk for DA was significantly elevated in the adopted offspring of biological parents with DA (odds ratio, 2.09; 95% CI, 1.66-2.62), in biological full and half siblings of adopted children with DA (odds ratio, 1.84; 95% CI, 1.28-2.64; and odds ratio, 1.41; 95% CI, 1.19-1.67, respectively), and in adoptive siblings of adopted children with DA (odds ratio, 1.95; 95% CI, 1.43-2.65). A genetic risk index (including biological parental or sibling history of DA, criminal activity, and psychiatric or alcohol problems) and an environmental risk index (including adoptive parental history of divorce, death, criminal activity, and alcohol problems, as well as an adoptive sibling history of DA and psychiatric or alcohol problems) both strongly predicted the risk for DA. Including both indices along with sex and age at adoption in a predictive model revealed a significant positive interaction between the genetic and environmental risk indices.

Il rischio di DA, dunque, è significativamente più elevato nell'adozione lì dove i genitori adottanti presentano comportamenti in grado di rappresentare fattori di rischio (conflittualità, criminalità, uso di sostanze, separazioni, violenza domestica, ecc.). L'abuso di droghe è una sindrome, dunque, la cui eziopatogenesi è complessa e fortemente influenzata da una serie diversificata di rischi (genetico-ambientali). Effetti ambientali avversi nel caso di DA nell'adottato sono per Kendler più patogeni negli individui con alti livelli di genetica rischio. Anche in questo caso, come nello studio Hser, è difficile raggiungere certezze definitive. La ricerca svedese va interpretata, infatti, nel contesto delle limitazioni della diagnosi di DA derivante da documenti e registri. Ciò che appare aprire alla riflessione è che gli aspetti ambientali e relazionali tra adottato e adottante sembrano più dirimenti rispetto al peso genetico di quest'ultimo.

Nello studio "Differential parental investment in families with both adopted and genetic children" di Kyle Gibson del 2008, su 363 genitori adottivi, sembra emergere un aspetto piuttosto interessante: gli adottati sono abusati, trascurati e assassinati a tassi più alti di quelli che vivono con i genitori biologici.

Daly e Wilson utilizzano la teoria della selezione dei genitori per spiegare questa constatazione ed etichettare il fenomeno in termini di *sollecitudine parentale discriminativa*. Guardando più agli investimenti positivi dei genitori, Gibson sostiene che questi ultimi tendono a mostrare maggiore attenzione nei confronti dei figli adottivi, ritenendoli più bisognosi di attenzione rispetto a quelli naturali.

Allo stesso tempo, gli esiti relativi ai figli adottati sono maggiormente negativi in termini di anni di scolarizzazione, probabilità di divorzio, arresti, di richiesta di aiuto pubblico, di trattamenti per problemi di droga, alcool e salute mentale Case (Lin & McLanahan, 2000; Miller, Fan, Christensen, Grotevant & van Dulmen, 2000), di disturbi dell'alimentazione, di deficit dell'attenzione, di difficoltà di apprendimento (Brand & Brinich, 1999; Dickson, Heffron & Parker, 1990; Holden, 1991; Rogeness, Hoppe, Marcedo, Fischer & Harris, 1988; Silver, 1989).

Nelle sue conclusioni Gibson utilizza una metafora particolare, ossia "the squeaky wheel gets the grease" ("La ruota che fa rumore ottiene il grasso") adombrando che la *sollecitudine parentale discriminativa* è diversa nella relazione genitore-figlio se quest'ultimo è adottato o naturale. In estrema sintesi i genitori adottivi forzano l'investimento affettivo con esiti non positivi, aprendo all'ipotesi che lo sforzo sia più di tipo materiale che relazionale ed affettivo. Ci sarebbe da chiedersi quanto le cure, l'accudimento, l'investimento del genitore adottivo possono in più o in meno rispetto ad una minore attenzione da parte, però, del genitore naturale.

Quanto per un figlio naturale rispetto ad un figlio adottivo può essere traumatica la disfunzionalità del nucleo familiare in cui vive?

Si considerino le vicende traumatiche che possono aver portato un bambino all'adottabilità – e di cui lo stesso potrebbe avere memoria più o meno consapevole (bisognerebbe considerare l'età di adozione) – e sia data per ammissibile una familiarità genetica con l'AD da cui, spesso, l'adottabilità del piccolo: non si può non considerare come fattore di rischio la qualità della relazione adottato-adottante in termini di investimento affettivo (spesso eccessivo e non necessariamente utile ad un sano processo di attaccamento) e materiale (spesso eccessivo e incapace, soprattutto nelle adozioni internazionali di considerare aspetti socio-antropologici e ambientali del Paese di provenienza, dando per scontato che tutto possa l'opulenza occidentale).

4. Le figure genitoriali tra centralità e periferia

Nel solco della ricerca sulla relazione tra il bambino e la madre, inquadrandone lo sfondo socio-culturale, René Arpad Spitz (1887-1974) fu tra i primi studiosi ad applicare allo studio della prima infanzia i metodi dell'osservazione indiretta e della ricerca sul campo, arrivando a filmare le madri nelle normali attività di accudimento dei propri figli. Da queste ricerche, lo studioso austriaco giunse alla conclusione che la relazione tra la madre e il bambino è fondamentalmente una relazione ambiente-individuo, dove il modo in cui la madre imposta la sua relazione col bambino dipende anche da fattori sociali e culturali.

Raramente ci si rende conto della grande importanza della madre nei processi di apprendimento e di presa di coscienza del bambino. Ancor più raramente ci si rende conto dell'importanza primordiale che in questo processo hanno i sentimenti della madre, cioè quello che noi chiamiamo atteggiamento affettivo. La tenerezza della madre le permette di offrire al bambino una ricca gamma di esperienze vitali; il suo atteggiamento affettivo determina la qualità delle esperienze stesse. Ognuno di noi percepisce affettivamente e reagisce alle manifestazioni affettive. Questo vale ancor più per il bambino, il quale percepisce affettivamente in modo assai più pronunciato dell'adulto. Nei primi tre mesi le esperienze del bambino sono esclusivamente di ordine affettivo; il sensorio, la capacità di discriminazione, l'apparato percettivo non sono ancora sviluppati dal punto di vista psicologico e forse neppure dal punto di vista fisico. Quindi è l'atteggiamento affettivo della madre che serve di orientamento per il lattante. [...]

Si può obiettare che la madre non è l'unico essere umano che attornia il bambino, che esistono anche il padre, i fratelli, le sorelle i quali logicamente hanno la loro importanza. Inoltre anche l'ambiente culturale ha il suo valore, anche nel primo anno. Questo è un dato innegabile; tuttavia nella nostra civiltà occidentale tutti questi influssi raggiungono il bambino tramite la madre o il suo sostituto. [...]

Nel rapporto madre-bambino, la madre rappresenta il fattore ambientale o, se si preferisce, si può dire che la madre rappresenta l'ambiente. Contrapposto a questo fattore sta il corredo congenito del bambino [...]. I due fattori interagenti sono quindi la madre, con la sua individualità già formata, ed il bambino con una individualità in via di formazione. I due elementi madre e bambino non vivono in vacuum, ma in un ambiente economico-sociale, nel quale i membri della famiglia sono i fattori determinanti primari, mentre il gruppo, la cultura, la nazione, l'epoca storica e la tradizione sono fattori a più ampio raggio (Spitz, 1972, pp. 29-31 *passim*).

Tra il 1945 e il 1946 Spitz mise a confronto due gruppi di bambini istituzionalizzati. Il primo era costituito da 220 figli di donne detenute in un carcere femminile, che avevano la possibilità di dedicarsi personalmente ai loro piccoli in un asilo nido annesso alla struttura. Il secondo comprendeva 91 bambini abbandonati e ricoverati in un brefotrofo. Spitz notò che non

c'erano differenze rispetto all'adeguatezza della nutrizione e della cura, sebbene nel secondo gruppo, nonostante la presenza di operatrici, gli infanti presentavano un quadro clinico preoccupante. Dai problemi di crescita ad evidenti ritardi nello sviluppo cognitivo, sino ad un marcato abbassamento delle difese immunitarie, le loro condizioni non erano buone, registrando che il 37,3% di essi morì entro il secondo anno di vita.

Nel tentativo di spiegare queste differenze, lo studioso concluse che il bambino non ha bisogno solo di cure materiali, ma anche e soprattutto di stabilire con la madre o con la persona accudente un forte legame affettivo. I sorrisi, le carezze, il tono della voce, il contatto fisico col corpo di lei stimolano nel piccolo una reazione indispensabile ad un corretto sviluppo.

Per Spitz, attribuendo il tutto al simbolismo della relazione, il sé già formato della madre permette la creazione e la formazione del sé del figlio, attraverso una continua interazione fatta di emozioni e complicità trasmesse attraverso le parole e i gesti con cui la madre comunica il proprio affetto al figlio. Se invece questo "mondo simbolico" è carente o del tutto assente, il bambino percepisce un senso di smarrimento o di abbandono (Spitz, 2000). Il bambino non è un oggetto da curare o peggio il destinatario di attenzioni meramente materiali. Spitz ha definito "ospedalismo" (o "ospitalismo", dall'originale termine inglese "hospitalism" utilizzato prima che da Spitz dal pediatra Floyd Crandall nel 1987) questo disturbo quando si presenta nei bambini che non hanno mai avuto alcun rapporto con le madri o con una figura equivalente, o lo hanno avuto solo per pochi giorni o settimane.

Con il termine "depressione anaclitica" (dal greco anaklino, ossia appoggiarsi, sostenersi a qualcuno o qualcosa) lo studioso indicò invece il disturbo che colpisce il bambino di fronte alla perdita del rapporto dopo alcuni mesi di vita, per esempio in caso di morte o abbandono da parte della madre. Per ciò che attiene alla figura genitoriale maschile, nelle prime fasi dello sviluppo, un padre *normalmente devoto*, parafrasando Winnicott, è un *prodotto della madre onnipotente* (Gaddini, 1974), con una funzione di *holding*. Di fatto, la parte femminile di sé gli permette di contenere e proteggere la diade madre-infante (Galdo, 1993), iscrivendosi nel vissuto corporeo del figlio fino alla confusione tra attività di cura paterna e funzione allevante materna, pur mantenendo la stessa un ruolo decisamente più dirimente. Successivamente diviene oggetto di investimento libidico, minacciando dapprima e non permettendo successivamente alla diade madre-figlio di prolungarsi in termini simbiotici oltre i naturali limiti (Guerriera, 1999).

La rappresentazione del padre come oggetto esterno, però, non è sempre indolore, assorbendo la conflittualità della diade nel processo di superamento della fusione originaria e il dolore abbandonico del figlio nei confronti della madre chiamata dal padre a sostenere la rottura della simbiosi. Nel passaggio da madre estranea a madre esterna, ossia separata dal soggetto, il padre può essere incontrato dal figlio e vissuto in modo attivo, distinto e originale. Nella teorizzazione lacaniana il ruolo metaforico del padre si traduce nella legge del linguaggio e della visione dell'Altro che permette l'acquisizione della propria identità. Riconoscere la *Legge del Padre*, con la possibilità di un modello di identificazione, dunque, consente al figlio di separarsi dalla madre per poter andare verso lo sviluppo psichico e sociale.

Conclusioni

Il fenomeno dell'adozione non sembra sfuggire alla complessità con cui, oggi, la società intera è chiamata a confrontarsi. L'estre-

ma articolazione della famiglia attuale presenta in genere un aspetto di coerenza per ciò che attiene al deficit di rapporti di solidarietà familiare presenti invece nelle famiglie allargate di un tempo.

Se una volta l'affidare un bambino a qualcuno rappresentava una prassi consueta e consolidata, oggi sembra fortemente condizionata dall'esclusività che si ritiene debbano avere i rapporti familiari. A tutto ciò, però, non sembra corrispondere una reale possibilità di individuare servizi di sostegno per le famiglie adottanti soprattutto nel prosieguo dell'esperienza dell'adozione. Da questo punto di vista sembrerebbe opportuno lavorare su il "prima" dell'adozione dei bambini e dei genitori adottanti, favorendo un incontro che non può essere giocato solo sul bisogno materiale e di accudimento ma sulla condivisione dei vissuti, pena l'enfaticizzazione del "mito delle proprie origini" o la forzata rimozione delle stesse da entrambe le parti.

Il bambino, e questo soprattutto nell'adozione internazionale, dovrebbe vedere riconosciuto il diritto a sapere che ciò che c'era prima antropologicamente non è inferiore a ciò che c'è oggi. Per intenderci l'Occidente non è più valido del Sud America, dell'Africa, di alcuni Paesi dell'Est Europa al più potrebbe essere più ricco. È una condizione psicologica di cui, accompagnato all'età adulta, il ragazzo adottato dovrebbe diventare consapevole attraverso l'esame di realtà che altri adulti dovrebbero dargli modo di sperimentare.

Numerosi studi sull'uso di sostanze e sui comportamenti a rischio hanno evidenziato il ruolo che le esperienze traumatiche hanno nell'insorgere di comportamenti a rischio, spesso predittivi di una DA o di una vera e propria dipendenza patologica. Un legame incerto e problematico (attaccamento insicuro), vissuti abbandonici, esperienze traumatiche vissute nell'infanzia, il fallimento del processo di regolazione degli affetti, un uso ricorrente della dissociazione, quale misura difensiva utilizzata dal soggetto per difendersi da una realtà percepita come minacciosa e gravida di ansie e minacce, costituiscono con grande incidenza fattori di vulnerabilità e terreno fertile per l'insorgere dell'addiction.

Nei dipendenti patologici è, quindi, ipotizzabile una vulnerabilità narcisistica di base derivante dalla carenza di una rappresentazione mentale di un legame "buono" a cui poter fare ricorso ogni volta che il Sé si sente minacciato da emozioni intense. La carenza di un legame stabile con la madre impedisce lo sviluppo psichico del bambino, soprattutto il processo di simbolizzazione e del pensiero, determinando conseguentemente un rapporto esclusivo e compulsivo con una sostanza o con un comportamento a rischio.

Una scarsa sintonizzazione e disponibilità emozionale genitoriale verso il bambino e il fraintendimento ambientale delle manifestazioni infantili possono nel tempo strutturare nell'individuo una minore capacità di tollerare le tensioni e di autoregolarsi nonché una sovrapposizione tra la sana affermazione di sé (sostenuta dall'aggressività/calda) e l'aggressività ostile (espressione di una aggressività fredda).

È il momento dell'adolescenza quello spesso più complicato dell'intero percorso adottivo, anche se lo stesso è iniziato molti anni prima. Perché l'adolescenza è specchio che riflette, amplifica, enfatizza le fragilità del sistema famiglia. È bisogno di autonomia ma mai come per l'adottato anche necessità di affiliazione.

I sistemi con cui l'adolescente intende coinvolgersi sono "fuori" dalla coppia genitoriale e se questo moto coglie i genitori distratti da un ancora irrisolto personale processo di autonomizzazione dai propri genitori o invischiati nei propri profondi bisogni di accudimento e protezione, i movimenti verso l'emancipazione

dell'adottato possono essere vissuti come mine disseminate lungo la via della costruzione di un saldo rapporto di filiazione e come affronto/provocazione al ruolo genitoriale.

Se il sostegno alla coppia genitoriale è presente prima e subito dopo l'adozione, sia pur per un breve periodo, vissuto con diffidenza e meccanismi di difesa rispetto ai Servizi, lo stesso dovrebbe trovare la maniera di esistere fruttuosamente anche e soprattutto nella prosecuzione dell'esperienza e in particolarmente in quei frangenti, come l'adolescenza, in cui ciò che è stato torna di prepotenza a dettare patterns comportamentali vecchi e nuovi.

Roberta Lombardi, psicologa e psicoterapeuta dell'Università La Sapienza di Roma, dallo studio "La famiglia adottiva al "banco di prova" dell'adolescenza, specchio che amplifica e confonde" (2003) sostiene che nei casi di "restituzione dei minori" al momento dell'allontanamento dalla famiglia, i minori coinvolti sono in larghissima parte (86,5%) preadolescenti o adolescenti (nello specifico il 17,8% ha tra i 9 e gli 11 anni, il 38,6% tra i 12 e i 14 anni e il 30,1% tra i 15 e i 17 anni) e ciò anche per le adozioni avvenute molti anni prima.

I dati sulle adozioni difficili presi in considerazione in questo studio indicano l'adolescenza del figlio adottivo come momento critico sia nel caso di adozioni di bambini già grandi, sia anche in casi di percorsi adottivi iniziati molti anni prima con bambini piccolissimi (0-2 anni). Le difficoltà di relazione del sistema familiare che si rilevano nella fase adolescenziale del figlio adottato in molti casi, quindi, erano già presenti in precedenza (Lombardi, 2003, p. 92).

Il rischio del fallimento adottivo non si palesa soltanto nell'incremento del numero di "restituzione di minori" ma nell'esporsi, con la stessa o con il portare avanti l'adozione, l'adottato ad altri fattori predittivi della dipendenza patologica. Quest'ultima non è, infatti, un fenomeno immobile e fisso nel tempo. Non si nasce con il destino segnato dalla genetica, ma si può essere vulnerabili a sviluppare una dipendenza, vulnerabilità che può essere modulata da fattori di varia origine: geni, ambiente e caratteristiche personalologiche individuali.

Sempre più necessaria, dunque, appare una specifica conoscenza del vissuto dell'adottato da parte di quanti si propongono di prendersene cura, una conseguente formazione da parte di operatori e genitori adottanti su temi come i traumi pregressi e i funzionamenti post-traumatici, unitamente ad un'attenzione socio-culturale ai contesti di provenienza. Sarebbe opportuno a tal proposito creare spazi di pensiero e di parola dove riflettere, proporre suggestioni, sperimentare modalità relazionali in primis all'interno della dimensione grupale e successivamente nell'area più ristretta della famiglia e della coppia al fine di rendere le eventuali difficoltà e sofferenze esperienze protettive e costruttive.

Il fallimento adottivo è spesso legato alla difficoltà di ragionare fuori dalla dimensione della sola coppia, come una nave senza riferimenti e persone in grado di accompagnare il viaggio. I Servizi vengono percepiti in molti casi come nemici del progetto adozione e, dunque, gli adottanti non riescono a stabilire relazioni autentiche dove poter esternare e far conoscere quelle che a tutti gli effetti dovrebbero essere fisiologiche difficoltà.

Perché cresce nei Servizi (pubblici e del Privato sociale) che si occupano di dipendenze patologiche il numero di pazienti che riportano (direttamente o attraverso i genitori adottivi) l'esperienza dell'adozione? Forse perché nella società complessa fenomeni complessi come l'uso problematico e/o la dipendenza patologica trovano terreno fertile nella complessità sedimentata e

lasciata cronicizzare del percorso dell'adozione. Il bisogno di ascolto, accudimento e protezione non trova facile declinazione nella società del narcisismo e della famiglia della confusione dei ruoli. Perché non è detto che l'amore basti così come, per provare a spiegare la dipendenza patologica, non è sufficiente il ricorso alla sola genetica.

Bibliografia

- Adinolfi M., Chistalini M., D'Andrea A. (2017). *La famiglia adottiva tra crisi e sviluppo*. Milano: FrancoAngeli.
- Brand A.E., Brinich P.M. (1999). Behavioral problems and mental health contacts in adopted, foster, and nonadopted children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40: 1221-1229.
- Case A., Lin I.F., McLanahan S. (2000). *Educational attainment in blended families*. Princeton University and Bowling Green State University
- Dickson L.R., Heffron W.M., Parker C. (1990). Children from disrupted and adoptive homes on an impatient unit. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60: 594-602.
- Gaddini E. (1974). La formazione del padre nel primo sviluppo infantile. In: *Scritti* (1975). Milano: Raffaello Cortina .
- Galdo A.M. (1993). L'origine dell'amore per il padre. In: Stern D.N., Ammaniti M. (a cura di). *Psicoanalisi dell'amore*. Roma-Bari: Laterza.
- Gibson K. *Differential parental investment in families with both adopted and genetic children*. Department of Anthropology, University of Utah, 270 S 1400 E Rm 102, Salt Lake City, UT 84112, USA - Initial receipt 30 June 2007; final revision received 8 January 2008.
- Guerriera C. (1999). *Il padre nella mente*. Napoli: Idelson-Gnocchi Ed.
- Holden N.L. (1991). Adoption and eating disorders: A high-risk group? *British Journal of Psychiatry*, 3: 10-14.

- Hser Y.I., Evans E., Li L., Metchik-Gaddis A., Messina N. (2013). Children of treated substance-abusing mothers: A 10-year prospective study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, maggio.
- Hser Y.I., Evans E., Teruya C., Hardy M., Urada D., Huang Y., Anglin D. (2002). *The California Treatment Outcome Project (CalTOP) Final Report Submitted to the California Department of Alcohol and Drug Programs*. Los Angeles, CA: UCLA Integrated Substance Abuse Programs.
- Lombardi R. (2003). La famiglia adottiva al "banco di prova" dell'adolescenza, specchio che amplifica e confonde. In: *Percorsi problematici dell'adozione internazionale*, Studi e Ricerche, collana della Commissione per le adozioni internazionali. Firenze: Istituto degli Innocenti di Firenze.
- Miller B.C., Fan X., Christensen M., Grotevant H.D., van Dulmen M. (2000). Comparisons of adopted and nonadopted adolescents in a large, nationally representative sample. *Child Development*, 5: 1458-1473.
- Kendler K.S., Sundquist K., Ohlsson H., Palmer K., Maes H., Winkleby M.A., Sundquist J. (2012). Genetic and Familial Environmental Influences on the Risk for Drug Abuse. A National Swedish Adoption Study. *Arch Gen Psychiatry*, 69(7): 690-697. Published online March 5, 2012. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2112.
- Rogeness G.A., Hoppe S.K., Marcedo C.A., Fischer C., Harris W.R. (1988). Psychopathology in hospitalized adopted children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27: 628-631.
- Silver L.B. (1989). Frequency of adoption of children and adolescents with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22: 325-328.
- Spitz R. (1972). *Il primo anno di vita del bambino*. Firenze: Giunti-Barbera, pp. 29-31 *passim*.
- Spitz R. (2000). *Dialoghi dall'infanzia: raccolta di scritti*, a cura di Robert N. Emde. Roma: Armando (Trad. di Cristina Chiari).

RECENSIONE



Carla Morganti, Emiliano Monzani, Mauro Percudani (a cura di)

ADOLESCENTI IN BILICO L'intervento precoce di fronte ai segnali di disagio e sofferenza psichica

Collana: Educare alla salute:
strumenti percorsi e ricerche
Codice: 435.24
pp. 190 euro 24,00
Editore: FrancoAngeli

Il volume – scritto da clinici e ricercatori che quotidianamente lavorano con i giovani – vuole essere una guida chiara e approfondita per comprendere le nuove risposte adattive o meno messe in campo dalla popolazione giovanile nell'attuale contesto culturale e sociale dominato dai social media. I temi trattati comprendono nuove e già note manifestazioni di disagio o patologia, quali ad esempio: il cyberbullismo, le nuove dipendenze, i disturbi alimentari, i disturbi emotivi.

Grazie al taglio didattico, al linguaggio chiaro, ai riferimenti bibliografici aggiornati e alla sintesi alla fine di ogni capitolo, il volume si rivolge non solo agli operatori della salute mentale (psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi) ma anche a medici di famiglia, insegnanti, familiari e a tutti coloro che sono interessati e coinvolti nelle problematiche giovanili.

Carla Morganti, psichiatra dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, coordina dal 2008 un network lombardo di psichiatri e neuropsichiatri infantili che promuovono le buone prassi nei Servizi di Salute Mentale (NETLOSA).

Emiliano Monzani, psichiatra e psicoterapeuta, è responsabile del primo Centro di Salute Mentale italiano dedicato alla prevenzione, alla diagnosi e alla terapia dei disturbi psichici in adolescenza e giovane età adulta, afferente al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Mauro Percudani, psichiatra, è direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

L'identificazione precoce nell'età adolescenziale di stati potenzialmente a rischio è un tema sempre più attuale e di cruciale interesse.

Una buona comprensione delle cause e dei fattori scatenanti e il loro controllo tempestivo possono prevenire la complicazione o lo scatenamento di veri e propri disturbi a connotazione clinica. Allo stesso tempo, è fondamentale riconoscere precocemente i fenomeni e darvi il giusto peso, evitando così interventi non necessari o un'eccessiva medicalizzazione.

I disturbi in adolescenza sono fortemente caratterizzati da elementi evolutivi e la loro comprensione e identificazione come patologici non possono prescindere dal considerare queste dimensioni. L'adolescenza rappresenta, infatti, un momento con caratteristiche complesse e articolate di fluidità e contraddittorietà del funzionamento psichico, in cui sono in gioco diversi registri mentali.