

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTODI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2020-2021

TESI DI LAUREA

**Il trauma dell'abbandono e la ricerca della propria identità nel
bambino adottato: organizzazioni difensive e manifestazioni cliniche**

DOCENTE RELATORE: Prof. Arfelli Patrizia



STUDENTE: 18D03019

Giordano Marco



A mio Padre, un esempio,
a Giulia e Laura, parti di me,
a Roberta, il mio Sole.

INDICE

INTRODUZIONE.....	6
--------------------------	----------

CAPITOLO 1

1.LA FORMAZIONE DEL BAMBINO E L'IMPORTANZA DELLA FIGURA DI ACCUDIMENTO.....	7
--	----------

1.1 Naturalmente predisposti alla ricerca di cure.....	7
--	---

1.2 Bowlby: il sistema motivazionale dell'attaccamento.....	9
---	---

1.3 L'immagine che il bambino si crea di Sé e degli altri: i modelli operativi interni.....	11
---	----

1.4 Lo sviluppo della mente del bambino, la struttura del pensiero: Bion, rêverie e funzione alfa.....	13
---	----

1.5 Sintonizzazione e rispecchiamento: Stern e Winnicot.....	14
--	----

1.6 Attribuire stati mentali a Sé e agli altri: la mentalizzazione.....	19
---	----

CAPITOLO 2

2.L'ADOZIONE.....	24
2.1 Le memorie inconscie.....	25
2.2 Il trauma.....	28
2.3 Il processo del lutto.....	35
2.4 Il lavoro dei genitori adottivi.....	37
2.5 L'esperienza di neglect e l'adozione come fattore protettivo.....	40

CAPITOLO 3

3. ADOZIONE E MANIFESTAZIONI CLINICHE.....	43
3.1. I disturbi dell'attaccamento	43
3.2 Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD).....	44
3.3 L'inibizione ad apprendere.....	48
3.4 Il disturbo oppositivo provocatorio.....	48

CONCLUSIONE.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	54
SITOGRAFIA.....	61
RINGRZIAMENTI.....	62

INTRODUZIONE

Vi sono persone che, a differenza della maggior parte dei loro coetanei e colleghi, non hanno la possibilità di sapere chi sono i loro genitori e le loro origini, provano una sensazione di angoscia senza nome. Sono persone che hanno una visione di Sé come di qualcosa di poco importante a tal punto da essere abbandonati.

Alcuni di loro attuano comportamenti particolari quali l'opposizione alle figure adulte, l'iperattività, o hanno poco interesse nell'apprendere.

Queste persone hanno una caratteristica importante: sono state adottate.

In questo elaborato viene introdotta la formazione del pensiero del bambino, e vengono descritte alcune teorie basilari per comprendere come si crea la mente e quali sono i fattori fondamentali per lo sviluppo sano del Sé e quali invece sono i fattori di rischio. Verrà trattata la situazione adottiva includendo il trauma dell'abbandono, le memorie del paese natio e dei genitori, la ricerca di un'identità e la crescita all'interno delle istituzioni.

Verranno infine trattate le manifestazioni cliniche che sono si presentano maggiormente nelle persone adottate, andando ad osservare come la situazione adottiva, in particolare il trauma dell'abbandono, siano dei fattori di rischio per alcuni disturbi psichici.

CAPITOLO 1

LA FORMAZIONE DELLA MENTE DEL BAMBINO: L'IMPORTANZA DELLA FIGURA DI ACCUDIMENTO

Il seguente capitolo sulla formazione della mente del bambino evidenzia come e attraverso chi il bambino riesca a crearsi un pensiero su di Sé e sugli altri e sul mondo. Questa immagini lo accompagneranno per tutta la vita e lo condizioneranno nei comportamenti esplorativi e sociali.

La visione di Sé e del mondo dipende dal tipo di attaccamento che il bambino ha formato con il proprio caregiver durante i primi anni di vita, osservare come questo tipo di relazione si è sviluppata permette di ragionare su quelle condizioni che possono essere tra gli elementi causali di certi comportamenti disadattivi.

Le condizioni dei bambini adottati durante i loro primi anni di vita sono spesso differenti dalle condizioni sufficientemente buone per lo sviluppo sano del sé; in questo primo capitolo è possibile ottenere una panoramica della formazione del pensiero del bambino e osservare come la situazione adottiva possa essere considerata una situazione non positiva allo sviluppo mentale del bambino.

1.1 Naturalmente predisposti alla ricerca di cure

Per argomentare in merito al motivo per cui avere la prossimità di una figura che possa prendersi cura del neonato sia di grande rilevanza, si potrebbe iniziare specificando come il lattante sia naturalmente predisposto alla ricerca di contatto e protezione fin dalla nascita: questa teoria si fonda sugli esperimenti condotti sui macachi Rhesus da Harlow (Harlow e Zimmermann, 1959) e sui contributi etologici di Lorenz sull'imprinting (1935).

I primi psicologi comportamentisti ritenevano che il legame stabilito dal bambino con la madre nelle prime fasi di vita venisse rinforzato dal fatto che quest'ultima gli fornisse

nutrimento. Le ricerche effettuate da Harlow nel 1959 suggeriscono conclusioni differenti.

Nei suoi esperimenti, Harlow separò dei piccoli macachi dalle madri poche ore dopo la loro nascita e sostituì le madri con due fantocci surrogati: uno, caldo e morbido, ricoperto di peluche, che non forniva cibo, l'altro di freddo metallo che dispensava latte. Harlow notò come le scimmie neonate preferissero trascorrere il tempo con una madre fantoccio ricoperta da una stoffa soffice, pelosa e in grado di offrire loro calore, piuttosto che con quella costituita da solo ferro, a cui era stato appeso un biberon dal quale nutrirsi.

Un altro dato importante, emerso dallo studio di Harlow, riguarda il legame instauratosi tra i cuccioli di macaco e il fantoccio più soffice e caldo: infatti gli sperimentatori notarono come, davanti ad uno stimolo pauroso, i cuccioli cercassero protezione nel fantoccio, aggrappandosi a quest'ultimo, riuscendo così a ritrovare la calma e ad esplorare l'ambiente dopo poco tempo. Il sostituto materno, ricoperto di tessuto, costituiva così un rifugio sicuro in cui le piccole scimmie spaventate potevano trovare conforto e protezione.

Inoltre l'esperimento mostrava due situazioni distinte: da un lato, quando i cuccioli venivano spaventati o avevano bisogno di conforto si aggrappavano alla madre di metallo avvolta dal peluche, dall'altro, quando costoro avevano fame, si nutrivano da quella di solo metallo ma che aveva un biberon di latte. Risultò dunque evidente che il legame che il piccolo stabiliva con la madre fosse indipendente dal ricevere nutrimento e che, in altre parole, non potesse essere giustificato da un comportamento rinforzato dall'ottenimento di cibo; questa evidenza portò ad ipotizzare l'esistenza di un legame che implicasse una richiesta di vicinanza che andasse oltre il semplice bisogno di nutrimento.

Per quanto riguarda gli studi etologici, Lorenz con il termine *imprinting* ha denominato l'apprendimento innato, nei primi giorni di vita, di seguire la prima figura da cui si riceve protezione, contatto e cibo. Lo studioso ha inoltre mostrato come questo apprendimento sia irreversibile. Secondo tale teoria i piccoli di anatrocchio, privati della figura materna naturale, seguono un essere umano o qualsiasi altro oggetto, nei confronti del quale sviluppano un forte legame che va oltre la semplice richiesta di nutrizione.

1.2 Bowlby: il sistema motivazionale dell'attaccamento

Gli studi di Harlow riguardanti l'etologia e la teoria evoluzionistica stimolarono lo psicoanalista John Bowlby a mettere a punto in forma compiuta una teoria che spiegasse il legame che si instaurava fra madre e bambino e che più estesamente gettava una nuova luce sulla comprensione della motivazione umana.

L'autore comprese a fondo ed estese all'uomo le intuizioni di Lorenz e i dati provenienti dall'osservazione etologica comparata, ipotizzando e dimostrando come, anche nella nostra specie, vi sia la presenza di una disposizione innata a cercare cura, aiuto e conforto da un membro del proprio gruppo sociale quando si verifica una situazione di pericolo, di solitudine o di dolore fisico o mentale (Bowlby, 1969; 1973; 1980). Nella concezione di Bowlby, ampiamente suffragata da dati di ricerca, il legame di attaccamento bambino-madre costituisce l'esito di un sistema motivazionale primario, a base biologica e finalità evolutiva di adattamento distinta dalla soddisfazione dei bisogni fisiologici. L'attaccamento è dunque l'esito di un sistema di controllo del comportamento che scaturisce dalla propensione innata a cercare la vicinanza protettiva di un membro della propria specie, ritenuto in grado di offrire cura, quando ci si sente vulnerabili ai pericoli. Bowlby individuò nelle predisposizioni o tendenze innate (distinte dagli istinti propriamente detti) quegli elementi che determinano il funzionamento psichico. Tali predisposizioni, che indirizzano l'attività mentale ed i comportamenti, sono frutto della lunga storia di evoluzione dei primati.

Bowlby definì queste tendenze innate "*sistemi motivazionali*": essi sono concepiti come sistemi non troppo diversi dai meccanismi fisiologici atti all'omeostasi biologica.

Per Bowlby il più importante dei sistemi motivazionali è quello dell'attaccamento, il cui significato evolutivo è l'aver consentito la sopravvivenza dei cuccioli d'uomo nelle avverse condizioni ambientali preistoriche.

La teoria dell'attaccamento è la prima applicazione alla psicologia clinica della scoperta di sistemi motivazionali innati che spingono alla costituzione di legami intersoggettivi in vista di scopi sovraordinati di sopravvivenza come, nel caso dell'attaccamento, la protezione dai predatori.

La motivazione è un processo che avvia, guida e mantiene i comportamenti mirati. Essa è lo stimolo, cosciente o meno, all'azione volta in direzione del raggiungimento di un obiettivo desiderato (sia di natura biologica che sociale). La motivazione è tutto ciò che dà scopo a un comportamento (Riello, 2018).

I sistemi motivazionali possono essere influenzati dall'apprendimento e dalla cognizione, operano spesso al di fuori della coscienza, sebbene vi sia una reciproca influenza tra operazioni coscienti e disposizioni innate. Le disposizioni innate alla relazione sociale, in particolare, divengono coscienti in forma di esperienze emozionali. Il significato adattativo, in senso evoluzionistico, dei sistemi motivazionali è il consentire la sopravvivenza.

Per Bowlby è l'attaccamento il sistema motivazionale più importante, ma la stessa rilevanza è attribuita al suo sistema complementare: il sistema di accudimento (Liotti, 2008).

Il sistema di accudimento realizza la meta dell'offerta di cura verso un conspecifico, e ha il valore biologico di favorire le possibilità di sostentamento di altri individui all'interno del proprio gruppo. Il sistema è attivato dai segnali di richiesta di conforto e protezione (separation call) emessi da un altro individuo (a sua volta motivato dal sistema di attaccamento), o dalla percezione della sua condizione di difficoltà. Il sistema si disattiva alla cessazione delle condizioni attivanti, quindi dalla percezione di segnali di sollievo e sicurezza da parte dell'altro.

Bowlby identifica quattro fasi attraverso le quali si sviluppa il legame di attaccamento: dalla nascita alle otto-dodici settimane, il bambino non è in grado di discriminare le persone che lo circondano nonostante riesca a riconoscere, attraverso l'odore e la voce, la propria madre. Successivamente, il bambino riuscirà a mettere in atto modi di relazionarsi sempre più selettivi, soprattutto con la figura materna; durante il periodo tra il sesto e settimo mese il bambino è maggiormente discriminante nei confronti delle persone con le quali entra in contatto; dal nono mese il legame del bambino con la figura di attaccamento diventa stabile e visibile, egli richiama l'attenzione della figura di riferimento e la usa come base per esplorare l'ambiente, ricercando sempre protezione e consensi.

Il comportamento di attaccamento si mantiene stabile fino ai tre anni, età in cui il bambino acquisisce la capacità di mantenere tranquillità e sicurezza in un ambiente

sconosciuto essendo, però, sempre in compagnia di figure di riferimento secondarie, ed avendo la certezza che la figura di riferimento faccia sempre e presto ritorno.

Bowlby riteneva che l'attaccamento potesse essere di tipo sicuro quando il bambino sentiva di avere dalla figura di riferimento protezione, senso di sicurezza e affetto, caratteristiche di una base sicura (Bowlby, 1989), mentre di tipo insicuro quando nel rapporto con la figura di attaccamento prevalevano instabilità, eccessiva prudenza, eccessiva dipendenza o paura dell'abbandono.

Il concetto di base sicura è stato elaborato osservando il comportamento dei macachi e quello dei bambini nei primi mesi. Egli notò la presenza di schemi di comportamento identici: in particolare, verificò come la madre, e la relazione con lei, fornisse al bambino la base sicura dalla quale allontanarsi per esplorare il mondo e farvi ritorno nel caso in cui il bambino avvertisse qualche minaccia da parte del mondo esterno.

1.3 L'immagine che il bambino si crea di Sé e degli altri: i modelli operativi interni

I modelli operativi interni sono delle rappresentazioni del sé e delle figure di attaccamento in base allo stile di attaccamento: sono degli strumenti di interpretazione degli eventi, automatici e inconsapevoli.

A seconda di come si è sviluppato l'attaccamento, il bambino si crea una rappresentazione schematica di sé, dell'altro e dell'ambiente.

I Modelli Operativi consentono di valutare e analizzare le diverse alternative possibili, scegliendo quella ritenuta migliore per affrontare le difficoltà che si verificano. Quindi permettono al bambino, e poi all'adulto, di prevedere il comportamento dell'altro guidando le risposte, soprattutto in situazioni di ansia o di bisogno.

Il modello operativo interno, che sotto alcuni aspetti particolari può essere considerato equivalente al tradizionale concetto psicoanalitico di oggetto interno, costituisce un insieme di norme coscienti e/o inconsce che consentono di organizzare l'informazione relativa all'attaccamento. È quindi definibile come schema cognitivo-affettivo delle relazioni complementari tra il Sé e le sue figure di attaccamento.

Il termine modello operativo interno è stato utilizzato da Bowlby nella accezione di “imitazione del mondo”, conferitagli peraltro nel 1964 dallo psicobiologo J.Z. Young. In “*A Model of the Brain*”, il quale aveva sostenuto, sulla base di dati tratti dalla sperimentazione sugli animali, l’ipotesi che il cervello fosse in grado di costruire delle rappresentazioni dell’ambiente di vita e dei modelli del mondo. Bowlby cita in effetti Young quando, nel I volume di *Attaccamento e perdita* (1969) propone il concetto di Modello Operativo Interno (*Internal Working Model*), sottolineandone gli aspetti di costruzione dinamica, per designare la conoscenza che l’uomo si costruisce nel proprio ambiente. Nel II volume di *Attaccamento e perdita* (1973) il concetto di Modello Operativo Interno viene poi utilizzato da Bowlby in modo specifico per descrivere gli stati mentali interni all’attaccamento. Dopo aver sostenuto la plausibilità dell’ipotesi che ogni individuo si costruisca dei modelli operativi del mondo e di se stesso nel mondo, con l’aiuto dei quali percepisce gli eventi, prevede il futuro e costruisce i propri programmi, Bowlby ne identifica una caratteristica chiave nella rappresentazione di chi siano le figure di attaccamento, di dove le si possa trovare e del modo in cui ci si possa aspettare che reagiscano, nonché della propria desiderabilità e accettabilità agli occhi delle proprie figure di attaccamento.

In definitiva, i modelli operativi interni sono definibili come schemi cognitivo-affettivi delle relazioni complementari tra il Sé e le figure di attaccamento (Bretherton, 1985), e vengono quindi intesi non solo come passivi filtri di esperienza, ma piuttosto come “*organizzatori del comportamento individuale che attivamente riproducono esperienze relative alla storia relazionale*” (Sroufe & Waters, 1977, p.1991); essi cioè rappresentano una “*componente integrale delle condotte di attaccamento determinando la valutazione dell’esperienza e il comportamento*” (Main & Al., *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. 1986, p. 111). Il punto centrale della teoria dell’attaccamento finisce dunque per essere il postulato che il bambino si costruisca dei “modelli operativi interni” di sé rispetto agli altri: si presume che questi modelli esistano prevalentemente al di fuori dell’area della consapevolezza e che influenzino il comportamento nella costruzione di nuove relazioni. Essi sembrano inoltre fornire un contesto di base per le successive transazioni con l’ambiente, in particolare per quanto riguarda le relazioni sociali, perché forniscono “*le regole anche per la direzione e l’organizzazione dell’attenzione e della memoria, regole che permettono o limitano*

l'accesso da parte dell'individuo a certe forme di conoscenza del Sé e la figura di attaccamento” (Main, 1986, p. 122).

La ricerca attuale tende dunque a sottolineare come i modelli operativi interni siano delle costruzioni adattive, formate e plasmate non soltanto dall'esterno, modellatesi nel tempo, ma anche soggette a cambiamenti e la cui stabilità deriva dalla capacità del bambino di crearsi un proprio ambiente congruente con i propri modelli operativi interni.

1.4 Lo sviluppo della mente del bambino, la struttura del pensiero: Bion, rêverie e funzione alfa

La nascita del pensiero nel bambino è un'esperienza emotiva che coinvolge l'individuo e avviene grazie all'intervento materno.

Bion (1972) elabora il concetto di elementi beta ed elementi alfa.

Gli elementi beta sono afferenze sensoriali ed emotive grezze, non organizzate in un qualche pensiero; è fondamentalmente la premessa del pensiero: gli elementi beta sono protopensieri connessi alla corporeità vissuta, e quando tali elementi vengono trasformati ed organizzati in pensiero si trasformano in elementi alfa.

Il bambino è dominato da elementi beta che creano uno stato di terrore senza nome, una condizione di malessere a cui il neonato non è ancora in grado di attribuire un significato. Il bambino proietta tali contenuti sul caregiver, il quale grazie all'accudimento e alla comprensione degli stati emotivi del piccolo bonifica gli elementi beta e li restituisce a quest'ultimo in una forma pensabile e organizzata, svolgendo la funzione alfa, ossia la capacità di metabolizzare le sensazioni emotive grezze.

Il bambino grazie all'intervento del caregiver incorpora gradualmente gli elementi alfa imparando ad attribuire un significato alle sensazioni emotive e sviluppando la capacità di pensiero.

Il bambino apprende dalla madre la capacità di contenimento ed introietta il contenuto stesso.

La madre può svolgere un'adeguata funzione alfa grazie alla rêverie, ossia la dote di immedesimarsi in un pensiero preconettuale calandosi nei vissuti del piccolo e restituendoglieli elaborati.

Il bambino nei primi giorni di vita è carico di elementi beta, ossia di elementi protosensoriali ed emotivi per lui privi di significato; questi elementi nascono da ciò che il suo corpo gli comunica sensorialmente, e il caregiver, attraverso la sua capacità di rêverie, ha una funzione di contenimento di questi elementi; restituendo al neonato l'elemento beta bonificato, ossia l'elemento alfa, egli trasforma il caos protosensoriale in una figurazione emotiva dotata di senso.

Il bambino ricerca il caregiver attraverso il pianto; questa richiesta viene colta da quest'ultimo che risponde, tollerando questo pianto e attribuendovi un senso (funzione di rêverie), attraverso ipotesi e inferenze. In primo luogo il caregiver risolve la situazione di angoscia del lattante ricercando delle soluzioni e in secondo luogo dona al piccolo un significato della sua sensazione; quest'ultimo, in questo modo, si crea una rappresentazione simbolica dell'oggetto, e il perpetuarsi di questa funzione fa sì che il bambino introietti questa capacità di donare senso a ciò che prova, creando il pensiero.

Il caregiver insegna al bambino che la mente può essere capace di dare un senso alle cose: con il tempo il bambino impara lui stesso a mettere in atto la sua funzione alfa, e potrà creare così delle ipotesi.

Le risposte del caregiver ai suoi segnali di angoscia permettono l'introiezione dell'oggetto, e lo strutturarsi di una sensazione di base sicura (Bowlby, 1989).

1.5 Sintonizzazione e rispecchiamento: Stern e Winnicott

Il concetto di sintonizzazione affettiva è stato sviluppato principalmente all'interno della precoce relazione madre-bambino (Stern, 1985). Osservando una madre ed un neonato che interagiscono, si rimane immediatamente meravigliati da come lo scambio non riguardi parole o pensieri, ma stati affettivi che vengono mutualmente condivisi e regolati, quasi come una danza armoniosa, che porta il neonato ad integrare e regolare i propri stati e le proprie sensazioni verso livelli di maggiore complessità, alla conquista della propria identità ed integrità.

Nello specifico, l'osservazione precoce dello scambio interattivo di questa diade, ha portato a chiedersi in che modo la madre riesca a comunicare al proprio figlio non solo che ha capito i suoi segnali, ma che ha colto il vissuto emotivo sottostante. Secondo Stern (2005) il processo chiave che permette questo tipo di comunicazione è proprio la

sintonizzazione affettiva, un processo trasmodale, continuo e, in parte, inconsapevole che permette di condividere gli stati affettivi. Pur prendendo le mosse dal processo di imitazione, che caratterizza i bambini fin dalle primissime settimane di vita (Melzoff & Moore, 1977) e che permette loro di coordinare il proprio comportamento a quello del caregiver sulla base dell'interpretazione dei comportamenti visibili, la sintonizzazione appare un processo qualitativamente diverso che, a partire dagli otto mesi, permette una connessione profonda degli stati affettivi. Studi successivi (Jonsson et al., 2001) hanno dimostrato come il passaggio dal processo imitativo a quello di sintonizzazione affettiva avvenga già a partire dal sesto mese di vita e che si tratti di un processo transculturale ed innato.

Gli studi di Tronick et al. (1998) rendono evidenti gli effetti negativi che la mancata sintonizzazione affettiva può determinare, ad esempio se viene chiesto ad una madre di mantenere un'espressione del volto neutra e di non rispondere alle sollecitazioni del bambino, quest'ultimo ne appare subito turbato: cercherà inizialmente di attirare l'attenzione della madre, di sollecitare in lei una risposta, ma se anche questi tentativi falliranno, distoglierà l'attenzione e mostrerà uno stato di forte disagio. Il processo è chiaramente esplicito nel classico esperimento eseguito con il paradigma della Still Face. Come sottolinea Tronick et al. (1998), singoli momenti di mancata sintonizzazione nella relazione diadica sono normali e non determinano di per sé effetti negativi sullo sviluppo, purché l'individuo possa comunque vivere esperienze di riparazione e sintonizzazione. Tali esperienze sembrano rappresentare la base per lo sviluppo di un attaccamento sicuro tra madre e bambino, oltre a favorire un senso di benessere e di crescita verso la resilienza (Siegel, 2013). Nel momento in cui un neonato vive l'esperienza di una sintonizzazione all'interno di un sistema diadico, la sua mente raggiunge stati di maggiore coerenza e arricchimento e quest'esperienza di connessione fornisce la sensazione di "essere visti" e di sentirsi al sicuro.

Se questo avviene nella precoce relazione diadica madre-bambino offre la possibilità di sviluppare stati mentali di maggior integrazione, una maggior regolazione e sicurezza emotiva.

Il termine *sintonizzazione* è stato coniato da Daniel Stern ed è la capacità da parte del genitore di "leggere" lo stato mentale del bambino e coglierne l'esperienza interna a partire dal comportamento. A sua volta, il bambino deve essere in grado di "leggere"

questa risposta manifesta del genitore e rendersi conto che riflette la sua esperienza affettiva originaria.

Questa “lettura” reciproca avviene, appunto, tramite una sintonizzazione affettiva tra madre e bambino, che consiste nella messa in atto di uno scambio reciproco di espressioni e comportamenti, caratterizzati dalla presenza di stati emotivi.

Attraverso la sintonizzazione la madre risponde al bambino non semplicemente imitandolo, ma alludendo ad aspetti di sentimenti sottostanti condivisi, introducendo variazioni sul tema e aggiungendo nuovi stimoli transmodali. Gli affetti si sintonizzano e così la loro manifestazione.

Il bambino, sintonizzandosi con la madre, inizia a riconoscere le proprie emozioni, così come quelle della madre, andando a porre le basi per l’acquisizione di una teoria della mente: la capacità di capire le intenzioni e motivazioni proprie e degli altri.

Nella pratica si può osservare come la madre (o il caregiver) in interazione con il figlio risponde ai suoi vocalizzi, sguardi, sorrisi, pianti verbalizzando ciò che pensa esso stia provando.

Stern mette in luce l’importanza del primo legame madre-bambino come precursore dello sviluppo della capacità intersoggettiva, cioè della possibilità di entrare in relazione con l’altro ed evidenzia che lo stato affettivo “... *permea la relazione intersoggettiva e ne costituisce un tratto caratteristico*” (Stern, 1987, p. 147).

Come sottolinea Stern non ci deve essere solo una mera imitazione del bambino perché “... *da questa imitazione il bambino potrebbe dedurre soltanto che la madre ha notato le sue azioni e ha riprodotto i suoi comportamenti manifesti. Non ne consegue necessariamente che lei sia partecipe della sua esperienza interiore, che provi lo stesso stato d’animo che era stato all’origine del comportamento manifesto*” (Stern 1987, p.146).

Il comportamento materno va verso “... *una nuova categoria comportamentale che definiamo sintonizzazione degli affetti*” (Stern, 1987, p.148).

Quello che distingue un’imitazione da una sintonizzazione è la comprensione materna dello stato affettivo del bambino. Quando il bambino riesce a cogliere che la madre aggiunge qualcosa in più nella comunicazione, allora accresce la potenzialità della dimensione intersoggettiva (Stern, 1987).

La sintonizzazione avviene mediante un processo inconsapevole e continuo di conversione di qualità percettive in qualità affettive; i continui e ripetuti comportamenti di sintonizzazione permettono al bambino di capire che gli stati d'animo interni sono delle esperienze affettive che possono essere condivise.

Winnicott (1970) sostiene che dalla qualità di queste prime cure materne dipenda il sano sviluppo psichico dell'individuo e che saper accogliere il bambino, sostenendo la formazione della sua personalità, significhi offrirgli, al pari di uno specchio (per questo motivo utilizza il termine rispecchiamento) la possibilità di ricevere indietro, mediante gli occhi amorevoli di sua madre, l'immagine di sé stesso.

Il rispecchiamento può essere definito come la capacità della madre di accogliere l'emotività che il bambino le trasmette con la sua espressione facciale, di sintonizzarsi con essa, di integrarla nella rappresentazione mentale che lei ha del bambino, dandole un senso, per poi restituirla, così elaborata, attraverso l'espressione del proprio volto. È mediante l'espressione facciale dell'altro che noi captiamo con immediatezza come esso ci vede e, di conseguenza, come noi possiamo essere; il bambino che guarda il volto materno si vede riflesso in esso e riceve indietro ciò che la madre gli restituisce di sé stesso: questo è il nucleo del Sé, sul quale cresce e si sviluppa il proprio modo di essere. Secondo Winnicott (1987) il volto della madre funge da specchio per il neonato, che in esso può riconoscere e trovare sostegno per il suo sviluppo emozionale. La madre "*sufficientemente buona*" restituisce al bambino il proprio Sé, incoraggia il neonato a provare un'esperienza interna tale da avviare un primo scambio significativo con il mondo che gli permetterà di conoscere ciò che lo circonda e di conoscere il suo Sé.

La madre o il caregiver ha la funzione di un "biofeedback sociale" in modo che il bambino possa, attraverso questo rispecchiamento, imparare a regolare le sue emozioni e a dare un significato ai sentimenti e alle percezioni.

La consistenza dell'immagine che ognuno ha di sé stesso si costruisce quindi nella relazione con Altri significativi, sulla base di ciò che questi ci rimandano di noi.

All'inizio della sua storia, il bambino s'incontra con il mondo attraverso la figura della madre ed è mediante questo primo rapporto molto esclusivo che la realtà esterna si arricchisce gradualmente fino a comprendere altre figure di riferimento. Lo stesso Winnicott (1970) afferma che, all'inizio della vita, ognuno esiste solo in quanto parte di

una relazione e che la possibilità per un individuo di vivere e svilupparsi dipende totalmente dal soddisfacimento del suo bisogno primario di attaccamento e appartenenza ad un altro, ovvero, una madre-caregiver che sia capace di sostenerlo fisicamente e psichicamente (holding).

La madre, come principale figura di accudimento, rappresenta l'esperienza fondamentale del bambino, la causa prima e determinante di ciò che è destinato ad essere; è indubbiamente colei che, più di altri, ha il compito di accompagnarlo verso quella visione del mondo e quella vita che lo attende al di là delle sue braccia amorevoli.

È in funzione della qualità affettiva di tale relazione primaria e della disponibilità della figura di attaccamento a contenere, proteggere e assicurare il bambino, che quest'ultimo avrà o meno la possibilità di sviluppare in maniera sana il suo Sé.

Il vero Sé del bambino si manifesta attraverso quelli che Winnicott (1970) chiama "*gesti spontanei*", ovvero quei sorrisi, quelle vocalizzazioni o quei movimenti del suo corpo che non nascono per imitazione o in risposta al caregiver ma che, provenendo direttamente dal suo nucleo emozionale, sono espressione del suo modo di essere.

In tale contesto, il compito del genitore è di guardare, gioire, incoraggiare ogni gesto creativo del bambino, guardandosi bene dal bloccarlo o dall'interferire con il suo controllo o giudizio, poiché tutto dipende dalla qualità e quantità del suo sostegno affettivo.

Un caregiver incapace di assolvere questa funzione e di riflettere lo stato emotivo del bambino, invece, indurrà quest'ultimo a interiorizzare lo stato emotivo specifico del genitore: con il tempo, questa ripetuta interiorizzazione dell'umore o delle difese del genitore può portare il bambino a strutturare un falso-Sé, ovvero un senso di non esistenza, di inutilità, conseguente ad un'inadeguata funzione materna e finalizzato a colmare il vuoto lasciato dalla difettosa risposta dell'altro alle proprie aspettative.

Nel caso di un rispecchiamento non-caratterizzante (o non-marcato) invece, il bambino potrebbe via via interpretare l'espressione del caregiver come l'esternazione della sua esperienza, predisponendosi così a vivere le sue emozioni attraverso gli altri, proprio come avviene nelle strutture borderline: il proprio stato affettivo viene esperito nell'altro. Ciò avverrebbe perché il caregiver, ad esempio, è portato a rispondere alla rabbia del bambino con la sua rabbia, senza alcuna capacità di riflessione e contenimento. A questo punto il bambino non riuscirà a rimanere in contatto, dentro di sé, con le proprie emozioni

ma potrà solo rintracciarle nell'altro. Successivamente sarà portato a "vivere", e dunque a suscitare, nell'altro il proprio stato affettivo, con un meccanismo di identificazione proiettiva, per poter in qualche modo ritrovare e sentire il proprio stato affettivo (Fonagy, et al., 2002).

È chiaro allora che la base per un senso di sé e dell'altro è generata e trasmessa attraverso la relazione di attaccamento in cui il bambino è riconosciuto, riflesso e trattato come un essere psicologico da un altro essere psicologico. Perciò il trovare il proprio Sé nella mente dell'altro è innanzitutto, e soprattutto, una questione affettiva che si caratterizza nel tipo di relazione (sintonizzata o meno) che intercorre tra il bambino e il suo caregiver. Un'efficace attività di rispecchiamento richiede due condizioni: innanzitutto deve essere congruente con lo stato mentale del bambino, in secondo luogo deve essere caratterizzante (Gergely, 2004), cioè il genitore deve esprimere l'affetto (rispecchiando quello del bambino) facendo capire allo stesso tempo che non sta esprimendo i propri sentimenti: le sue manifestazioni non sono reali, non sono un'indicazione di come il genitore si sente ma di ciò che sente il bambino. Questa caratteristica del comportamento del genitore è stata anche definita come "*marcatatura*" del rispecchiamento (Fonagy, et al., 2002).

1.6 Attribuire stati mentali a Sé e agli altri: la mentalizzazione

L'interazione con menti più mature, benigne, rispecchianti e sufficientemente sintonizzanti sono il fondamento della capacità di mentalizzazione.

Per mentalizzazione si intende la capacità di percepire sé stessi e gli altri e di ragionare sui propri e gli altrui comportamenti in termini di stati mentali, attraverso un processo che viene definito pensiero riflessivo o funzione riflessiva del Sé (Fonagy et al., 1991).

Per Fonagy, infatti, la capacità di mentalizzare si sviluppa attraverso interazioni reciproche all'interno di un legame interpersonale tra la figura di attaccamento e il bambino (Fonagy, 1991). Il Sé psicologico può dunque svilupparsi attraverso la percezione del fatto che il caregiver considera il lattante come soggetto dotato di stati mentali.

La madre a livello inconscio attribuisce con il suo comportamento uno stato mentale al suo bambino durante l'interazione, trattandolo quindi come un agente mentale, ovvero come un individuo che ha una propria mente, ed è proprio ciò che spingerà il bambino a riconoscersi mentalmente, cioè a capire che anche lui è dotato di un suo stato mentale.

I bambini imparano nei primi mesi di vita che sono agenti fisici e sociali in grado di influenzare ed essere influenzati da oggetti esterni e da altre persone; successivamente, intorno ai 9 mesi, adottando una cornice di riferimento teleologica, si aspettano che le azioni degli agenti siano razionali e dirette ad uno scopo (Gergely, Csibra, 2003). In questa modalità le azioni degli altri vengono interpretate in termini di limiti fisici e scopi osservabili, anziché di stati mentali.

Durante il secondo anno di vita i bambini cominciano a interpretare le azioni degli agenti intenzionali come derivanti da desideri, bisogni e intenzioni (Wellman, Lagattuta, 2000), ed iniziano ad acquisire un linguaggio utile a rappresentare gli stati interni (Repacholi, Gopnik, 1997). Tuttavia, nei primissimi anni di vita, i bambini non sono in grado di separare completamente gli stati mentali dalla realtà esterna: la distinzione tra interno ed esterno rimane nebulosa. Ciò determina una certa mancanza di flessibilità, definita *equivalenza psichica* (Fonagy, Target, 1996). Non si ha solo l'onnipotenza soggettiva, ma anche la sensazione di conoscere tutto ciò che esiste lì fuori (Fonagy, 2008). L'equivalenza psichica, come modalità di esperire il mondo interno, può causare intenso disagio poiché l'idea che una fantasia possa essere reale può essere terrificante (Fonagy, 2008). In questa modalità, se il bambino viene maltrattato, avrà la sensazione di averlo meritato perché cattivo.

La modalità del "far finta" è il complemento evolutivo della modalità dell'equivalenza psichica: il bambino, non ancora capace di concepire l'esperienza interna come mentale, separa drasticamente le proprie fantasie dal mondo esterno; il bambino nel gioco può far finta che i vincoli della realtà semplicemente non esistano. In età adulta si può osservare la ricomparsa della finzione nelle esperienze dissociative.

Infine, nello sviluppo sano, a partire dai quattro anni sopravviene l'integrazione delle modalità dell'equivalenza psichica e del far finta: con l'emergere della modalità

riflessiva, si fa strada una capacità crescente di prendere in considerazione, implicitamente o esplicitamente, la relazione tra realtà interna e realtà esterna. Gergely (2001) ha identificato una svolta nella responsività contingente a circa 3 mesi, momento in cui i bambini si spostano da una preferenza per una contingenza perfetta alla contingenza elevata, ma imperfetta. Questo cambiamento ha conseguenze enormi per lo sviluppo psicosociale e in particolare per lo sviluppo della mente: invece di prestare attenzione alle proprie azioni, i bambini preferiscono osservare l'ambiente sociale emotivamente responsivo. Le risposte del viso del caregiver agli stati emotivi del bambino sono un perfetto esempio di risposte altamente, ma non perfettamente contingenti. Queste risposte permettono al bambino di scoprire il Sé mentale nel mondo sociale (Fonagy, Bateman, 2008).

Fonagy osserva che i genitori capaci di una buona sintonizzazione emotiva trasmettono la loro empatia e la capacità di affrontare quanto accade attraverso un rispecchiamento che è allo stesso tempo contingente e caratterizzato.

Le risposte del genitore che hanno queste modalità pongono le fondamenta per il riconoscimento e la regolazione di affetti e impulsi: queste esperienze di corrispondenza contribuiscono al vissuto di sentirsi riconosciuti, compresi e sintonizzati. Il successo dell'interazione è un evento diadico emergente, un incontro reciproco, co-regolato, e offre ad entrambi la possibilità di condividere i propri affetti e le proprie sensazioni.

Se le risposte di rispecchiamento che il bambino riceve dal caregiver non riflettono la sua esperienza in modo accurato, il Sé sarà incline alla disorganizzazione, cioè all'incoerenza e alla frammentazione, poiché sarà costretto a organizzare le restituzioni incongrue che riceve dal caregiver per organizzare i propri stati interni. Il bambino finirà così per internalizzare rappresentazioni dello stato dei genitori anziché del proprio, il che genera un'esperienza aliena dell'interno del Sé. Il Sé alieno può essere considerato come "*una struttura infantile interiorizzata all'interno e in luogo del Sé*" (Fonagy, 2002, p.137) che contiene la rappresentazione sia della cattiveria dell'oggetto, sia del tentativo del Sé di farvi fronte attraverso un meccanismo d'identificazione con l'aggressore. (Fonagy, Target, 2001).

Dal momento che un parziale fallimento del rispecchiamento avviene nella maggior parte dei casi, tutti abbiamo parti aliene del sé che sono passibili di integrazione grazie alla nostra capacità di mentalizzazione. Nei bambini con attaccamento disorganizzato, invece, a causa del comportamento ostile, minaccioso o spaventoso del caregiver, le parti aliene del sé sono più estese e, dal momento che la capacità di mentalizzazione è compromessa, anche la discontinuità del sé sarà più estesa. Sarà dunque più difficile creare un senso di coerenza e agency del Sé.

Già all'età di quattro-cinque anni i bambini con attaccamento disorganizzato, per ristabilire la coerenza del proprio Sé, sono costretti ad adottare strategie di controllo e/o manipolazione dei genitori (Solomon, George, 1999), che si esprimono attraverso atteggiamenti punitivi o comportamenti di accudimento inappropriati per l'età. I bambini disorganizzati sono ipervigili nei riguardi del comportamento del caregiver e utilizzano tutti gli indizi disponibili per formulare delle previsioni circa il suo comportamento: essi osservano attentamente, non la rappresentazione dei propri stati mentali all'interno dell'altro, ma gli stati dell'altro che minacciano il loro senso del Sé (Fonagy, Target, 2003). In questi casi, la capacità di mentalizzazione può essere presente, ma non svolge la funzione positiva di organizzatrice del Sé. L'organizzazione difettosa del Sé che deriva da un attaccamento disorganizzato rappresenta un fattore di vulnerabilità e sensibilità a successivi traumi. (Fonagy, Gergely, 1995). La parte aliena interiorizzata assume infatti un carattere persecutorio, e deve essere espulsa ed esternalizzata mediante la proiezione difensiva sull'altro, garantendo un temporaneo e illusorio senso di controllo e un sentimento di sicurezza ma al prezzo di interazioni disfunzionali.

Trovare altri che possono fungere da contenitore per l'esteriorizzazione di questo Sé torturante da controllare o eliminare può diventare di vitale importanza per mantenere una qualche coerenza nella propria esperienza. (Gazzillo, 2014)

Le negligenze del caregiver, come comportamenti ripetuti non responsivi, abusanti, maltrattanti in tenera età sfociano in traumi evolutivi complessi (Van Der Kolk, 2007); essi sono la conseguenza di eventi traumatici molteplici, cronici e prolungati, in età precoce (inferiore ai dieci anni) legate a figure di attaccamento primario. Il trauma evolutivo complesso (Developmental Trauma Disorder) ha il suo impatto più pervasivo

nella prima decade di vita ed ha effetti nelle aree di funzionamento dell'attaccamento (difficoltà interpersonali e nella sintonizzazione emotiva con gli altri), generando difficoltà a livello biologico (analgesia, somatizzazione), nella regolazione dell'affetto (disregolazione emotiva del Sé, scarsa comprensione degli stati interni del Sé e dell'altro, incapacità di comunicare desideri e bisogni), dissociazione (alterazioni dello stato di coscienza, depersonalizzazione, amnesia), difficoltà nel controllo del comportamento (scarsa modulazione degli impulsi, aggressività auto- ed etero-diretta, abuso di sostanze, oppositività), e infine disturbi a livello della cognizione (disregolazione attentiva, difficoltà nel processamento degli stimoli, difficoltà di apprendimento, difficoltà nel programmare ed anticipare, iperarousal, difficoltà d'apprendimento) e del senso del Sé (senso del Sé carente, scarso senso della separatezza, disturbi dell'immagine corporea, bassa autostima, senso di vergogna e colpa).

CAPITOLO 2

L'ADOZIONE

La condizione adottiva è caratterizzata da specifiche situazioni ed emozioni: le privazioni affettive, la crescita in un istituto, il trauma dell'abbandono e le memorie di un luogo andato perduto ne sono le condizioni peculiari. Queste sono alla base di un Sé fragile, alla ricerca di un'identità.

L'adozione è *“l'Istituto giuridico che consente di formarsi una filiazione civile, che sorge cioè non già per vincolo di sangue, ma per un rapporto giuridico costituito mediante il consenso di un adottante e di un adottato, con le forme e le condizioni stabilite dalla legge.”* (Enciclopedia Treccani)

Adottare è *“Prendere come proprio il figlio di altri mediante adozione”* (Enciclopedia Treccani).

Questa *filiazione civile che sorge non già per vincolo di sangue* è un'unione tra due genitori e bambino adottato, che unisce traumi, angosce e memorie inconsce dei tre, o più, nel caso di altri figli componenti della famiglia.

Il bambino adottato porta con sé le memorie inconsce, non elaborate, di un mondo perduto che lo condizionano nel suo modo di relazionarsi con la sua nuova realtà. Andare alla ricerca di queste memorie, elaborare i traumi, in primis quello dell'abbandono, comune a tutti i bambini adottati, e per alcuni anche i possibili traumi derivanti da abusi o maltrattamenti, è l'arduo compito che spetta al bambino adottato per permettere il fluire della sua esistenza. In questo compito non è solo: la famiglia svolge un ruolo importante di sostegno nell'illuminare il buio della sua memoria, ma non sempre la famiglia è nella situazione più ottimale per essere di supporto a questo compito; anche le famiglie adottive infatti, nello specifico i genitori adottivi, sono portatrici di una loro specifica sofferenza, e cioè il trauma della infertilità.

È in questa unione di persone fragili che si crea il nucleo adottivo.

2.1 Le memorie inconsce.

«(...) il mio passato era stato un pozzo in cui io avevo spesso

gettato un secchio che non tornava mai su pieno.»

Asha, adottata all'età di sette anni.

(Artoni Schlesinger, 2006, p.171)

Quando un bambino viene adottato alla nascita, o qualche tempo dopo, il suo passato pre-adoattivo a molti sembra che non sia mai esistito, e anzi “è come se fosse nato qui”, come riferiscono molti genitori adottivi. Invece, da quanto si evince dalla letteratura in merito, riportata anche nel primo capitolo dell'elaborato, il bambino fin dai primi giorni di vita, anzi già dalla vita uterina, percepisce il mondo esterno e dà inizio al contatto con il caregiver.

Numerose osservazioni, tra cui quelle di Natanielsz (1992), affermano che già molto presto, fin dalla gravidanza, i bambini reagiscono agli stimoli provenienti dal corpo materno, rispondono alla voce materna, alla voce di coloro che lo circondano, alla musica. E si può affermare che le prime relazioni, i primi elementi di quella che diventerà una relazione, si determinano in uno stadio molto precoce dello sviluppo, già dalla vita prenatale. (Mancia,1981; Piontelli,1992; Maiello,1993)

Non possiamo quindi non prendere in considerazione queste interazioni con l'ambiente che hanno caratterizzato i primi giorni della vita del bambino; queste prime esperienze, nonostante sia completamente cambiato l'ambiente di crescita, restano incastonate nella sua memoria e sono parte integrante del suo senso del sé. Questi ricordi non possono essere intesi come coscienti: essi consistono in qualcosa che è iscritto in modo indelebile nel tessuto mentale primitivo del bambino.

L'adozione può essere considerata come una seconda nascita, ma non può non tenere conto della prima parte della vita. È sempre presente nel pensiero dei genitori adottivi, anche se non sempre consapevole e ammesso, il comprensibile desiderio di cancellare

tutto ciò che appartiene al mondo precedente del bambino che hanno accolto in casa; essi si sentono impotenti di fronte a questi ricordi che possono riemergere e si sentono in colpa di non essere stati presenti nel momento del bisogno del bambino.

È importante lavorare sulla memoria primordiale; l'uomo non nasce infatti con una mente già formata e pronta a funzionare, poiché la mente è una funzione che va formandosi nel rapporto continuo, nella relazione con gli oggetti primari, come ampiamente descritto nel primo capitolo; la mente primordiale è la mente in formazione che raccoglie non solo gli stimoli fondamentali che nascono dalla relazione, ma anche il complesso delle prime sensazioni e percezioni che provengono dal mondo in cui vive il bambino, fatto di rumori, suoni, odori e immagini che lo circondano prima e dopo la nascita. Tutto questo processo di accumulo di sensazioni va a costruire i fondamenti del sé, già dalla vita fetale.

I depositi di sensazioni e percezioni primordiali persistono nell'inconscio non rimosso dei bambini adottati e possono emergere ed essere riconosciuti nei loro disegni e nelle loro parole, ad esempio nelle adozioni internazionali può essere rintracciato un riferimento a mondi lontani e differenti. Il bambino adottato, diversamente dal pensiero comune, ha un suo passato che non ha dimenticato. Alcuni esempi della riemersione di queste memorie inconse "dall'altro mondo" sono le parole nella lingua del proprio paese d'origine, che compaiono nelle frasi, inserite nel contesto in modo adeguato, ma che appartengono ad una lingua che i genitori adottivi non conoscono.

In altre situazioni emerge il proprio nome in lingua del paese natio, mentre in altri casi ancora sono particolari oggetti o situazioni che riaccendono memorie del passato. Questi ricordi inconsci, prettamente di tipo sensoriale, si possono definire a loro volta come elementi beta che necessitano di una mente che possa permetterne la comprensione: in questo caso la funzione di rêverie della madre adottiva, oltre a svolgere questo compito, crea un legame affettivo di tipo genitoriale.

La madre prova a compiere una *gravidanza mentale* (Artoni Schlesinger, 2012) attraverso la ricostruzione della vita precedente del bambino e di ricordi comuni. Questo lavoro mentale può essere gioioso o, in molti casi, doloroso, quando le memorie, spesso inesistenti, appartengono a quel buio che non si riesce ad illuminare neppure in parte, oppure sono una conoscenza solo dei genitori, a cui sono stati riferiti aspetti molto traumatici dell'abbandono iniziale del proprio figlio. Notizie dolorose sul passato

possono essere rivelate solo dopo tempo e con molta cautela per non determinare altri traumi che si sommano a quelli iniziali.

Quello che succede al bambino adottato è la perdita dello scrigno della memoria, la perdita del testimone della sua prima vita, di colei e coloro con i quali sarebbe possibile condividere vissuti e riconoscere pensieri comuni (Artoni Schlesinger, 2012).

Vi è una differenza tra i bambini adottati e quelli biologici rispetto alla conoscenza delle proprie origini: il bambino non adottato ha modo, attraverso il continuo scambio con i familiari, di costruire una storia interna della sua famiglia, dove la memoria è condivisa, dove è possibile raccontare gli avvenimenti relativi alla gravidanza, le emozioni che si collegano ad un simile evento, gli aneddoti dell'infanzia e la storia del bambino. Per questi bambini è quindi possibile avere risposte sul proprio passato. Il bambino adottato, invece, non ha la possibilità di relazionarsi con una figura che è sempre stata presente fin dalla nascita, e gli innumerevoli interrogativi, a cui la madre adottiva non può rispondere, sono alla base di una situazione ansiogena relativa al senso di sé e delle proprie origini.

Per i bambini che vivono nella famiglia naturale la memoria è in genere rappresentata dalla madre; la memoria riveste un'importanza molto grande per tutto il tempo della vita di una persona, e questa possibilità di creare con la madre e i familiari una storia fatta di memorie comuni manca al bambino adottivo.

Il buco nero relativo alla conoscenza delle proprie origini ha molto significato nello sviluppo del sé del bambino, ma dato che quasi mai è possibile ricostruire la storia reale, si può solo lavorare nel comporre una sua storia, partendo da elementi che egli stesso comunica.

Leggo e riporto come manifestazioni significative delle angosce relative all'amnesia del proprio passato dei bambini adottati i casi clinici del libro *"Adozione e oltre"* di Claudia Artoni Schlesinger (2012). L'autrice illustra alcuni casi in cui emergevano angosce di non memoria, le quali venivano manifestate dai bambini attraverso il disegno.

Un esempio è il caso di un bambino che aveva disegnato un tronco tagliato per manifestare la sua situazione; un altro bambino aveva raffigurato un pozzo profondo nel quale il bambino da lui raffigurato (che rappresentava sé stesso) buttava un secchio che non tornava mai su pieno; queste immagini permettono la comprensione di come, nel caso

del tronco, una parte del passato sia rimasta nel paese di origine, e nel caso del pozzo come questo passato sia difficile da ricordare.

Le memorie ci sono, sono buie e profonde, condizionano il presente, ma non si riescono a ricordare.

È difficile aiutare il bambino a recuperare del tutto queste memorie, anche perché sono impossibili da ricostruire e rivivere, ma è possibile aiutare il bambino a dare voce ai suoi barlumi di ricordi, così da poter mandare qualche fascio di luce nella direzione del buio. La narrazione è uno strumento per raccontare i propri vissuti, le proprie fantasie e le paure dell'abbandono ai propri genitori: attraverso il racconto e lo scambio con i genitori si darà al bambino la possibilità di collocarsi nella struttura familiare con un posto ben preciso e lo si aiuterà ad integrare i suoi pensieri e a dimensionarli nella nuova famiglia. Questa situazione dovrebbe portare la famiglia adottiva ad integrare anche la storia preadottiva del bambino, che non può che essere una storia poco illuminata, ma densa di sensazioni inconscie che condizionano il bambino.

I bambini che sono stati adottati in un'età più avanzata potrebbero avere dei ricordi consci ed espliciti; alcuni di questi ricordi, in realtà, rimangono non formulabili in pensieri, perché legati ad esperienze traumatiche che ne hanno inibito il passaggio alla coscienza, mentre altri possono avere qualche parziale possibilità di recupero.

2.2 Il trauma

Come già anticipato, l'adozione è una casa che è costruita su fondamenta che hanno già preso dei brutti colpi: i genitori adottivi e il bambino adottato hanno subito infatti dei traumi, e la costruzione di un nucleo familiare, rispetto all'arrivo di un figlio biologico, è sicuramente un percorso con partenza in salita.

L'incontro tra il bambino adottato e i genitori adottivi è, quindi, un incontro tra due soggetti che portano nel loro mondo interno sofferenze e traumi spesso non superati, non elaborati, per i quali non si è arrivati alla coscienza nella pienezza delle emozioni; queste

possono, se non conosciute e riconosciute, determinare agiti molto pericolosi e dolorosi, quando non riescono a diventare pensieri.

I genitori adottivi, o almeno la maggior parte, iniziano il tortuoso cammino dell'adozione a seguito della dolosa comprensione di non poter dare alla luce dei propri figli biologici: è questo il trauma della infertilità, a cui si aggiunge il trauma del lungo percorso adottivo e della sua infinita burocrazia.

Il trauma dell'abbandono e la paura che questo possa riaccadere è sicuramente una condizione comune tra tutti i bambini adottivi, che viene spesso manifestata attraverso agiti. Alcuni portano anche le cicatrici mentali e non solo mentali di abusi o maltrattamenti.

Altre storie adottive hanno comportato più allontanamenti da figure primarie diverse, a cui i bambini sono stati dati in affidamento o da cui sono stati allontanati dopo un'adozione non andata a buon fine, perché sono venute a crearsi condizioni critiche per la salute mentale e psichica del bambino.

L'abbandono è sentito dai ragazzi adottati, anche dopo l'adozione, come capace di provocare un rifiuto: è difficile avere fiducia dei nuovi genitori, l'esperienza di abbandono ha creato un modello interno di timore di un ulteriore abbandono e la percezione di sé come una persona talmente insignificante da poter essere abbandonata. Il fatto di essere diversi, perché adottati, crea nel bambino la percezione di avere qualcosa di diverso e quindi un qualcosa in più per non piacere agli altri ed essere nuovamente abbandonato.

Il trauma dell'abbandono è un trauma che si compone attraverso il susseguirsi di vari eventi: l'abbandono alla nascita o poco dopo, i successivi soggiorni in istituti non adeguati, gli spostamenti da un istituto ad un altro, da istituti a famiglie affidatarie che non possono poi procedere all'adozione. Sono continue rotture di legami mentali primari e cambiamenti di ambienti di vita che non permettono il costruirsi della indispensabile sicurezza di base, quella base sicura che nel primo capitolo abbiamo visto essere necessaria alla formazione di attaccamenti sicuri; questi eventi mettono una grave ipoteca sulla possibilità che si creino le basi per solidi affetti futuri.

Queste condizioni di accudimento non sufficientemente buono (Winnicott,1970), nelle quali non è presente un caregiver stabile, sono fattori di rischio per il formarsi di Modelli Operativi Interni basati sulla realizzazione che non esiste alcuna persona che possa rispondere ai propri bisogni, alle “separation call”. Il bambino comprende che non vi è nessuno che possa esercitare quella funzione alfa di cui egli necessita.

Le adozioni meglio riuscite sono quelle dei neonati?

Il luogo comune che adottare un bambino ancora in fasce non intacca la sua salute mentale in quanto è una situazione molto simile alla situazione biologica, e che il neonato quindi non porti con sé dei ricordi e traumi legati alla madre biologica e dei primi giorni di vita non è vero: il bambino nei primi mesi di vita prova e suscita profondi affetti.

Uno dei motivi per cui le adozioni precoci non sempre sono meno traumatiche e destabilizzanti è che possono essere meno problematici i bambini che abbiano avuto un primo periodo “sufficientemente buono” con un oggetto materno, o facente funzioni, che abbia avuto il tempo di costruire nel bambino una fiducia di base necessaria per la capacità di ulteriori rapporti.

Le esperienze di doloroso distacco dalle figure primarie attivano nei bambini delle difese: essi imparano che non possono affidarsi alla disponibilità costante e prevedibile di un caregiver, e che non è possibile per loro interiorizzare la sofferenza senza avere i mezzi simbolici per rappresentarla, capirla e raccontarla.

Il trauma si sviluppa quando i bambini subiscono una rottura imprevista della continuità della loro vita: è un processo complesso che impegna sia i livelli psichici e neurobiologici del soggetto, sia le funzioni relazionali, essendo il trauma un importante disattivatore di legami sociali. Un trauma in età infantile trova il bambino sopraffatto dagli affetti, poiché egli non ha le capacità dell’adulto di adottare meccanismi difensivi funzionali.

Si è osservato (Stern, 1985) su bambini traumatizzati in età precoce che questi possono sperimentare uno stato mentale che si collega all’angoscia di morte, una situazione bio-traumatica che si ripercuote globalmente nei processi mentali della persona, influenzando le categorie del ricordo, della rappresentazione, della simbolizzazione e della mentalizzazione.

Il riemergere del trauma infantile è un accadimento costante: esso si manifesta attraverso incubi, nei quali vengono rivissute le esperienze di abbandono, allucinazioni, fobie e disturbi ossessivi, nonché con l'impoverimento delle relazioni sociali.

Tutti i sintomi dell'angoscia di morte presenti nei quadri diagnostici post-traumatici sono accentuati ed esaltati dal fatto che il bambino traumatizzato in età precoce non ne ha un ricordo che può raccontare. Il trauma non può essere pensato, il bambino percepisce la sensazione di qualcosa di terribile avvenuto nella propria vita senza saperne dire niente. In adolescenza questa emozione che non trova spazio di pensiero potrà esplodere in agiti come fuggire, delinquere, drogarsi, suicidarsi o persino uccidere, in quanto la violenza è la risposta alla non possibilità di pensiero.

I traumi pre-adottivi si manifestano attraverso il vissuto di esperienze simili agli eventi traumatici: queste angosce che emergono non portano infatti con sé un ricordo chiaro dell'evento, è difficile accedervi; il trauma si manifesta senza che emerga la consapevolezza, impedisce un pensiero trasformabile in immagini e parole, e pertanto la narrazione non è raggiungibile.

Quando il trauma pre-adottivo riemerge, non lo si avverte in maniera cosciente: specifiche situazioni ambientali faranno riaffiorare le memorie inconsce, tracce di tipo sensoriale depositate nella prima formazione del sé, e queste si manifesteranno attraverso forti angosce, angosce di morte, la cui espressione è un terrore senza nome in quanto non c'è memoria, e quindi non c'è pensiero formulabile in linguaggio comunicabile.

La ferita dell'abbandono spesso emerge sotto forma di narrazioni sulla propria persona; i ragazzi adottati si sentono in una condizione di vergogna, perché essere stati adottati significa per loro non solo essere stati abbandonati, ma anche l'aver vissuto l'allontanamento dalla famiglia d'origine, per le ragioni e i modi in cui esso è avvenuto, come una vergogna; per questo motivo essi tendono a non sentirsi accettati dagli altri come persone normali e, tanto meno, provano a creare relazioni amoroze.

La propria storia adottiva crea anche sfiducia nelle proprie capacità genitoriali presenti o future, per la paura di diventare anch'essi dei genitori che abbandonano.

Nei casi in cui il bambino è stato allontanato anche dai fratelli, gli interrogativi su dove questi siano e la volontà di ritrovarli diventa prioritaria, faticherà ad essere sereno nella nuova famiglia finché non sarà sicuro che la propria sia al sicuro.

Come recita l'Enciclopedia di psicoanalisi di Laplanche e Pontalis (1997) il trauma è *“una ferita con effetti permanenti”*. Non importa se le ragioni che hanno provocato gli allontanamenti dei figli dai genitori naturali possono essere state giustificate e talvolta persino provvidenziali, resta il fatto che il bambino, la cui personalità si va formando, sente la necessità di una completezza di riferimenti, di conoscenze, quando sia possibile, delle vicende della sua origine particolare. E questo perché l'immagine mentale della propria origine costituisce un elemento fondamentale del senso di identità.

Kaes (2002, Psiche n.1/2002, p.17) a proposito della ricerca dell'identità si è espresso affermando che *“è un problema che ha a che fare con la possibilità di riconoscersi come appartenenti a qualcosa, qualcuno da cui si ha avuto, appunto, origine, quindi, insieme all'ambiente che ci ha allevato e che continua a circondarci con le sue relazioni e i suoi affetti, è essenziale per la completezza della propria identità”*. Se non si conosce o non si può conoscere la propria radice si è come un tronco tagliato, una ferita che non guarisce mai, si può al massimo cicatrizzare.

L'abbandono, per il trauma che determina, è suscettibile di provocare, a distanza di molto tempo, reazioni spesso incomprensibili, che però, se approfondite, si rilevano sempre ricollegabili al trauma originario, che produce un evento non traducibile in parole: chi lo ha subito non riesce a raccontarlo.

Il trauma è un evento della vita del soggetto caratterizzato dalla sua forte intensità, dalla rispettiva incapacità del soggetto a rispondervi adeguatamente e dagli effetti patogeni durevoli che esso provoca nell'organizzazione psichica. L'evento traumatico determina una situazione psichica che non permette l'elaborazione. L'elaborazione è la capacità di creare collegamenti nella mente tali da rendere l'evento parte armonica dell'apparato psichico, in quanto evento conoscibile e narrabile. In caso contrario la presenza di nuclei non elaborati può provocare comportamenti anomali non comprensibili in uno sviluppo normale. (Laplanche e Pontalis, *Enciclopedia della psicoanalisi*, 1997)

Un altro concetto importante relativo all'adozione è quello contenuto in un articolo di Dupont (1999) che, riferendosi alla teoria classica sul trauma secondo Freud e Ferenczi, afferma che esso si rende tale in due tempi: nel momento dell'avvenimento traumatico e quando viene disconosciuto dall'ambiente circostante, evento che rende il trauma ancor più patogeno. Questo processo in due tempi diventa importante nell'adozione qualora, oltre all'abbandono iniziale, venga negato il passato e l'origine diversa del bambino da parte del nuovo nucleo familiare. È esperienza frequente sentire i genitori adottivi che affermano “*come fosse nato ora e gli ho cambiato il nome*”

L'evento traumatico non riconosciuto rimane nascosto nella psiche per anni, per poi esplodere in modo difficilmente controllabile.

L'evento traumatico fondamentale che emerge, prima o poi, è l'abbandono e il timore, spesso manifesto negli agiti, di trovarsi a ripetere la stessa esperienza, ossia di essere di nuovo abbandonati. Con qualche accenno durante gli anni precedenti, la crisi vera e propria si verifica quasi sempre nell'adolescenza.

Il processo di individuazione adolescenziale è accompagnato da un profondo cambiamento della stessa struttura del corpo: una vera e propria rivoluzione, che è già complessa in qualsiasi adolescente, anche quando questo conviva con i genitori naturali, ma che si complica enormemente dopo un abbandono, nel figlio adottivo, che deve fare i conti con una doppia immagine genitoriale: quella reale, costituita dai genitori adottivi, e quella fantasmatica, quella dei genitori naturali.

Non è però la rivelazione storica a risolvere il problema: ricevere risposte alle innumerevoli domande permette di comprendere il proprio passato, ma non riduce la ferita abbandonica e non è sufficiente a superare la crisi adolescenziale, spesso manifestata con comportamenti anomali.

Comportamenti anomali perché sembrano volti a provocare nuovamente la stessa antica esperienza di essere rifiutati ed espulsi dalla nuova famiglia in cui essi si trovano.

I comportamenti messi in atto, infatti, potrebbero essere tali da condurre alla crisi se non addirittura alla rottura dei rapporti affettivi attuali e far pensare a identificazioni patologiche con un oggetto interno non conosciuto, ma sentito come incapace di provvedere alle cure necessarie. Le manifestazioni sono di vario genere: dalle

diffusissime difficoltà scolastiche all'aggressività contro i genitori, agli agiti potenzialmente, se non apertamente, antisociali.

Un comportamento anomalo molto frequente consiste nel furto ai danni dei genitori, capace di creare grandi turbamenti in famiglia e grandi rifiuti. I genitori devono essere supportati per arrivare a comprendere i significati di atti apparentemente incomprensibili, ma che nascondono invece richieste affettive importanti.

Sotto queste richieste deve essere trovata e portata alla luce la riattivazione della ferita dell'abbandono e la rivendicazione di qualcosa, non identificabile a livello cosciente, che è stato portato via.

L'abbandono è una ferita indelebile perché ha a che fare con un sentimento profondo che coinvolge l'immagine di sé. L'abbandono è sentito dal bambino, a livello inconscio, come prova di un rifiuto subito perché persona non degna di amore e quindi di appartenere a quella famiglia; nella mente del bambino nessuno, i genitori per primi, ha pensato che valesse la pena occuparsi di lui.

Ci si chiede spesso come siano individuabili precocemente i sintomi dei disagi nei ragazzi adottati; uno dei primi segnali che rilevano un disagio è rappresentato dalle difficoltà scolastiche, che sono quasi ubiquitarie. Non è possibile credere che tutti i ragazzi adottati siano poco dotati intellettivamente: la generalità del problema fa quindi pensare che esso non riguardi la sfera intellettuale, anche se ha ripercussioni sulle capacità intellettive dei ragazzi, ma che sia più plausibile pensare che si tratti di una diffusa inibizione alla conoscenza. Le difficoltà di apprendimento nascono dalla negazione della possibilità di pensare, che è caratteristica delle situazioni traumatiche. In particolare le maggiori difficoltà si riscontrano nello studio della storia: si può attribuire questo impedimento alla paura di conoscere la propria storia e di raccontarla.

Come sopra già anticipato non è affatto la rivelazione, e quindi la conoscenza storica, l'evento determinante per la conoscenza del sé dei ragazzi. Questa conoscenza non può essere raggiunta, nella maggior parte dei casi, da un recupero della memoria, data la giovane età del piccolo al momento dell'abbandono.

Il bambino e l'adolescente che egli diventerà deve costruire il proprio sé, il proprio senso di identità, i propri oggetti interni, con un lavoro più complesso di quello di un figlio

naturale. Questo perché si trova prima di ogni altra cosa nella necessità di dare un volto ai propri genitori e, per farlo, deve riuscire ad integrare nel sé le rappresentazioni delle immagini dei genitori adottivi combinate con quelle, sia pure solo fantasmatiche, dei genitori naturali.

È di fondamentale importanza il riconoscersi come appartenenti a qualcosa, a qualcuno da cui si ha avuto origine (Kaes, 2002)

2.3 Il processo del lutto

La persona adottata ha bisogno di metabolizzare il trauma dell'abbandono attraverso un processo del lutto, ossia un'elaborazione e comprensione dell'ignoto della propria storia.

Il processo del lutto nell'Enciclopedia della psicoanalisi viene espresso da Laplanche e Pontalis come *“un processo intrapsichico, susseguente alla perdita di un oggetto amato, e con cui il soggetto riesce gradualmente a distaccarsi da quest'ultimo”*: un processo che si innesca dopo una perdita importante.

Il lutto è un processo che ha il fine di riassetare il mondo interno, un diverso modo di affrontare la vita.

Le persone adottate, per compiere il processo del lutto, sicuramente devono affrontare il fatto che non possono conoscere nei dettagli la loro storia, e devono quindi affrontare l'ignoto.

Il lutto è riferito ai genitori naturali, i quali sono quasi sempre persone sconosciute; in questo caso l'elaborazione del lutto si complica, in quanto l'aver conosciuto la persona che non c'è più aiuta l'elaborazione della sua perdita. Quasi mai i bambini adottati pensano che i genitori siano morti: essi preferiscono credere che siano da qualche parte e un giorno li verranno a prendere; per altri, invece, il fatto dell'esistenza o meno dei genitori fa parte di quell'ignoto che circonda la loro vita.

Una delle fantasie più frequenti è che i genitori continuino a vivere come famiglia nel luogo di provenienza con altri figli che non hanno abbandonato, i fratelli più fortunati, oppure che altri fratelli siano stati lasciati chissà dove e siano in condizione di bisogno.

Oltre alla perdita delle persone importanti come i genitori, è andato perduto l'ambiente dove si è vissuti, ambiente fatto di suoni, odori, colori, immagini, e questa perdita può essere disorientante. Si modificano le percezioni sensoriali più primitive, i fondamenti della mente primordiale che deve ricominciare il processo della sua ricostruzione in altro luogo e con altre e diverse percezioni.

Molti dei bambini che arrivano dall'altro mondo, anche se hanno un'età che presuppone la conoscenza delle prime parole della lingua materna, con meraviglia di chi li accoglie non pronunciano alcuna parola di tale lingua per molto tempo. Solo dopo alcuni anni riemergono parole della lingua madre, e queste parole rappresentano le memorie della terra d'origine di questi bambini, che cominceranno nello stesso periodo a chiedere della loro storia, del loro abbandono, della loro mamma naturale, del luogo dove sono stati incontrati dai genitori adottivi. La volontà di conoscere di più rispetto alla propria storia, che emerge da queste domande, può far comprendere che sia il momento, per questi bambini, per l'inizio del processo del lutto.

Il processo del lutto è un processo in cui figlio adottato e genitori adottivi costruiscono insieme la storia del bambino, per il quale può essere sconvolgente il pensiero che quella persona, quei luoghi della cui esistenza comincia a rendersi conto, siano irrimediabilmente perduti e che non sia possibile conoscere il volto di chi l'ha generato. Alcuni di questi bambini riescono ad esprimere il loro dolore: in questi casi è necessaria una figura adulta capace di accogliere e riconoscere il dolore e la disperazione per la perdita, per la tremenda mancanza di conoscenza, in altre parole una mente adulta che li riconosca nel loro esistere con le loro differenze e i loro dolori, quella stessa mente che è indispensabile al neonato per avere il senso di esistere. Vallino sottolinea come una persona può sentirsi inesistente *“se perde chi lo riconosce come figlio, il mio bambino, è nel rapporto di appartenenza Io-Tu, Io neonato-Tu mamma, Io figlia-Tu padre che un soggetto viene ad esistere nella sua prima identità. Quando viene a mancare la madre o il padre, il figlio perde il senso di esistere per loro, li perde, si perde.”* (Vallino, Pensare per immagini, 2005, p.39)

Arrivare a sapere chi sono i propri genitori naturali è sentito come una necessità per il completamento del proprio senso di identità; tuttavia è grande, allo stesso tempo, la difficoltà di decidere di cominciare a cercare: cercare significa sempre, per le persone

adottate, arrivare forse a sapere, ma con la paura di scoprire una verità troppo dolorosa da sopportare.

La ricerca della propria storia e delle proprie origini nasce per cercare di dare una risposta ad una lunga serie di interrogativi: il passato è considerato come un pozzo in cui viene gettato un secchio che non torna mai pieno. Il non sapere è come una nuvola che incombe sui bambini adottati, che si riflette su tutto il loro modo di agire, perché non sapere chi sono i propri genitori significa non avere assolutamente nulla a cui aggrapparsi, essere su una zattera nel mezzo dell'oceano, alla deriva.

In certi casi, dopo continue ricerche, si possono raggiungere delle risposte, le quali possono sia creare traumi, rabbia e scompiglio ma anche riparazione perché, spesso, si scoprono le motivazioni dell'abbandono, che permettono di accettare o almeno comprendere il perché si è stati abbandonati, svestendosi delle colpe e accettandolo.

2.4 Il lavoro dei genitori adottivi

Ai bambini adottati non è sufficiente raccontare delle loro origini e della storia reale per aiutarli a superare il trauma abbandonico e la paura che questo possa succedere nuovamente, ma è necessaria la costruzione di un legame affettivo e mentale con i genitori adottivi: il bambino deve essere concepito nella mente dei neo genitori, come appartenente alla coppia, perché possa crearsi un legame di vera appartenenza.

La madre si trova ad affrontare un percorso di gravidanza mentale e di rêverie delle sensazioni angoscianti che emergono nel figlio.

La funzione alfa della madre adottiva può essere un mezzo per il recupero di un linguaggio, o di parole isolate, di intenso contenuto affettivo appartenenti ad un mondo perduto, ma forse in parte ricostruibile o costruibile nella relazione con le persone importanti del mondo attuale. Questa costruzione è un processo necessario per favorire anche la possibilità di cominciare a vivere il lutto per un mondo perduto, un mondo perduto che ha bisogno di essere pensato insieme, del quale mancano quasi sempre le coordinate e i cui ricordi, se pure presenti, sono diventati dei relitti giacenti nel fondo dell'oceano del tempo che passa e li sommerge sotto strati sempre più spessi.

La funzione dei genitori è quella di rêverie, funzione della mente dei genitori che dona significato alle emozioni del bambino: è la capacità di cogliere le fantasie proprie e dei figli in modo da integrarle l'una con l'altra, come fossero i mattoni per la costruzione di un mondo interno mentale condiviso che costituisce il fondamento di un legame affettivo familiare.

Il lavoro da compiere è aiutare a raggiungere le parti più arcaiche del sé, scendere ai primordi delle manifestazioni della mente, che sono così nascoste da sfuggire all'attenzione: è necessario non perderle perché sono parte integrante della formazione di ogni individuo.

Gli indizi del passato sono spesso poco evidenti ma, se individuati, sono capaci di svelare mondi poco conosciuti, ricchi di immagini, colori, emozioni.

È impossibile la piena conoscenza, ma è importante che i genitori adottivi comprendano le angosce del bambino e insieme cerchino di costruire la memoria di un'immagine interna di chi l'ha messo al mondo. I genitori attuano un lavoro che cerca di mettersi in contatto con qualcosa di profondo che è nel mondo interno dei ragazzi adottati, poiché è possibile separarsi da qualcuno o qualcosa solo se si sa chi è, solo se lo si può collocare in un luogo della mente: è importante una mente adulta che permetta di fare ordine nelle emozioni del bambino, è necessaria la funzione di una mente che trasformi gli elementi beta emotivi e che sia di sostegno nella creazione del legame con persone e affetti rappresentabili.

Memorie e fantasie devono essere quelle del bambino stesso ma anche quelle, non meno importanti, dei nuovi genitori sul passato del bambino vero e su quello che era già nella loro fantasia prima di incontrarlo.

La capacità e la possibilità di comunicare, di farsi partecipi delle emozioni del bambino, è alla base della costruzione di quel mondo relazionale di grande spessore affettivo che deve e può esserci nella nuova famiglia.

I bambini che hanno la possibilità di parlare della madre biologica, di chiedere la storia della propria adozione, di avere risposte sul luogo e il modo del primo incontro con i genitori adottivi, sono aiutati ad elaborare il lutto per la perdita del mondo da cui

provengono e permettono ai genitori di affrontare apertamente la propria sofferenza di non aver generato quel figlio.

Le cause dell'abbandono e il trauma dell'infertilità che ha investito i genitori sono in molte famiglie dei discorsi off-limits: il messaggio implicito, infatti, è che non si deve parlare di determinati discorsi perché potrebbero distruggere la famiglia, ma come più volte ripetuto il dialogo permette una migliore elaborazione del trauma dell'abbandono, capace anche di attenuare future violente crisi adolescenziali.

Appare a volte che il senso di responsabilità e di colpa verso i figli naturali sia più forte, quasi che ogni carenza eventuale dei figli sia riconducibile in toto ai genitori; invece, nell'esperienza adottiva, i genitori si possono in parte sollevare dal senso di frustrazione causato dagli eventuali insuccessi, perché in fondo non si sentono gli unici responsabili delle difficoltà dei figli. Questo diverso trattamento allontana il figlio adottato dalla sensazione di venir trattato come gli altri eventuali figli biologici, consolidando la sensazione di essere "quello diverso".

In alcuni casi i bambini adottati, per limitare questa differenziazione, si identificano e si comportano come i fratelli che sono figli biologici, per essere considerati e trattati come loro, ossia come figli naturali; questo comportamento dimostra un bisogno di appartenenza.

I figli adottati che entrano in una nuova famiglia, nel caso di una famiglia che ha già avuto dei figli, non sempre entrano a far parte del gruppo dei figli in modo semplice: essi sono comunque considerati, dai figli naturali, come stranieri, stranieri sia perché magari di un altro paese e stranieri perché provenienti da un'altra famiglia.

Oltre a diventare dei nuovi figli, diventano anche dei nuovi fratelli, e tra i fratelli vi sono regole non scritte che si sono formate negli anni: può così accadere che il gruppo non accetti "quello nuovo" volentieri. È come un organo che proviene da un altro corpo e che, come succede in biologia, è suscettibile di determinare nell'organismo-famiglia una reazione di rigetto.

Anche i fratelli hanno dovuto compiere un'operazione interna di adattamento all'arrivo del bambino adottato, che a volte, se straniero, non parla nemmeno la loro lingua,

situazione complicata da entrambe le parti, perché non permette di sentirsi compresi dall'altro.

2.5 L'esperienza di neglect e l'adozione come fattore protettivo.

Che siano o meno stati ospitati in istituti infantili, la totalità o quasi dei bambini adottati ha subito dei traumi legati all'attaccamento con i genitori biologici, che al posto di essere delle basi sicure sono state delle figure non responsive se non addirittura abusanti.

L'adozione è sicuramente un sistema complesso che necessita di considerare ogni caso come unico; il bambino prima dell'adozione può essere cresciuto in una famiglia in cui il caregiver non rispondeva ai suoi bisogni, può essere invece stato affidato nei primi giorni di vita ad un istituto, può aver subito abusi e poi essere stato successivamente allontanato, può essere stato adottato in giovane età o dopo anni passati in numerose famiglie. Ogni bambino adottato ha una propria storia che lo ha condizionato e ha portato alla formazione, più o meno, insicura del Sé.

Riprendendo la formazione del Sé che è stata argomentata nel primo capitolo, è semplice comprendere come le negligenze di cura e i traumi relativi all'abuso o all'abbandono sono alla base di Modelli Operativi Interni disadattivi.

Per quanto riguarda gli istituti, in Italia è stata stabilita dalla legge n.149 del 2001 la totale chiusura degli orfanotrofi; tutt'oggi, però, ciò non è ancora completamente avvenuto. In Europa, tra le situazioni di maggiore degrado compaiono quelle degli istituti di Russia e Romania, dove non è ancora prevista un'adeguata legislazione in merito.

Le istituzioni presentano caratteristiche differenti a seconda dei Paesi, e anche all'interno degli stessi; un tema comune a tutte è la mancanza di interazione socio-emotiva con i caregivers: ciò è strettamente connesso con i tipici ritardi nello sviluppo osservati nei minori post-istituzionalizzati e con i loro successivi problemi comportamentali (Merz, Mccall, 2010).

Negli istituti come quelli russi e rumeni i minori difficilmente riescono a godere di una relazione individualizzata con un adulto di riferimento, in quanto il rapporto numerico tra adulti e bambini è di circa 1 a 30/50 (Rutter et al., 2007).

A ciò va aggiunto che tali minori sono esposti ad un eccessivo turnover del personale, arrivando a relazionarsi, nei loro primi due anni di vita, da un minimo di 50 a circa 100 diversi caregivers (Groark & Muhamedrahimov, 2005). La vita, nella gran parte degli istituti, è caratterizzata dalla scarsa o totale assenza di stimolazioni percettive, motorie e linguistiche, e le interazioni sono spesso brevi e mal dirette (Monti et al., 2010).

Le ricerche svolte hanno mostrato come la mancata costruzione di legami preferenziali e l'impossibilità di vivere in un contesto amorevole e prevedibile portino a difficoltà in varie aree dello sviluppo biologico e psico-sociale, che tendono ad aumentare in relazione all'intensità e alla durata della deprivazione materna.

Le ricerche pubblicate negli ultimi quindici anni hanno riscontrato la presenza di disturbi come ritardi cognitivi, gravi disturbi del comportamento sociale e anomalie nel livello di cortisolo, fattore compatibile con elevati livelli di stress (Smyke et al., 2007; Zeanah, et al., 2005).

Nonostante questi risultati, Rutter e colleghi hanno notato una sorprendente variabilità individuale nel grado in cui lo sviluppo dei bambini viene compromesso dall'esperienza istituzionale, ed hanno osservato significativi, se non completi, recuperi nei minori adottati (Rutter, 2007).

Secondo quanto riportato da alcuni autori, all'incirca un quarto dei minori istituzionalizzati riesce ad avere un funzionamento normale, anche a seguito di ben due anni d'istituzionalizzazione (Emiliani, 2008).

Molti ricercatori, tra cui Juffer e van Ijzendoorn (2006), hanno sottolineato la significatività di un confronto fra minori abbandonati rimasti in istituto e quelli, invece, accolti in famiglia, affinché si possa verificare l'effettivo grado di efficacia dell'adozione internazionale come alternativa all'istituzionalizzazione.

I Paesi con un'adeguata conoscenza delle cure precoci istituzionali e delle conseguenze che l'assenza di tali cure comporta possono promuovere interventi educativi in modo più

mirato e consapevole, favorendo un migliore adattamento dei minori alle nuove situazioni di vita.

Il rinomato esperimento etologico di Harlow (1958) ha dimostrato che scimmie allevate in isolamento manifestano comportamenti aggressivi e autodistruttivi. Questi stessi comportamenti venivano prodotti anche quando esse erano reinserite nel loro ambiente con altre scimmie. Queste ultime, definite "scimmie terapeute", tolleravano senza ritorsione questi comportamenti atipici (Suomi e Harlow 1972; Suomi, Harlow e McKinney 1972). Questo studio vuole dimostrare gli effetti dell'isolamento e come il comportamento manifestato in tale contesto viene riproposto anche in un contesto più sociale e stimolante; le "scimmie terapeute" tollerano questo comportamento allo stesso modo in cui la madre dovrebbe tollerare e comprendere i comportamenti del figlio adottato e sostenerlo nella ricostruzione di un legame sicuro con un oggetto primario.

Altri studi sui bambini istituzionalizzati hanno mostrato la difficoltà di questi ultimi di formare relazioni di attaccamento selettivo, come conseguenza di una mancata relazione di attaccamento primaria (Zeanah e colleghi, 2005). L'impossibilità di sviluppare un legame di attaccamento selettivo è uno dei fattori principali che portano a disturbi legati all'attaccamento, come il disturbo reattivo dell'attaccamento e il disturbo da impegno sociale disinibito, i quali emergono spesso nei bambini istituzionalizzati per più di sei mesi nei primi due anni di vita (Chisholm, 1998).

L'ambiente istituzionalizzante è un fattore di rischio rispetto alla manifestazione di disturbi del controllo inibitorio, del controllo del comportamento, di uno stile di attaccamento disorganizzato, disinibito o reattivo.

Tutto questo dipende dalle esperienze fino a quel momento vissute dal bambino, e dai Modelli Operativi Interni (M.O.I) fino a quel momento sviluppati. Il possibile cambiamento e ridimensione dei M.O.I. oggi è avvalorata da molte ricerche empiriche (Cassibba, 2003; Steele, Hodge, Kanu, Hillman e Henderson, 2003; Pace, 2010), conferendo all'adozione il ruolo di fattore protettivo. Per questo è indispensabile che i genitori adottivi abbiano quella capacità riflessiva, che permette di pensare a sé stessi e agli altri in termini di stati mentali: che essi sappiano, in altre parole, sintonizzarsi con le emozioni del piccolo e svolgere la funzione di oggetto responsivo e di base sicura.

CAPITOLO 3

ADOZIONE E MANIFESTAZIONI CLINICHE

Il bambino adottato ha una propria storia, la quale può essere stata più o meno caratterizzata da gravi traumi infantili. Le ferite abbandoniche, le privazioni affettive, la perdita di riferimenti e del passato sono condizioni che favoriscono il formarsi di manifestazioni cliniche che possono peggiorare la situazione di integrazione dei bambini adottati e la loro vita.

Ad oggi, la letteratura relativa all'adozione nazionale e internazionale mostra come i figli adottivi presentino più difficoltà rispetto ai loro coetanei non adottivi in diverse aree come quella della regolazione emotiva, relazionale, dell'adattamento sociale, così come dell'apprendimento. Alcuni tra i disturbi maggiormente presenti sono: i disturbi dell'attaccamento, i disturbi del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, l'inibizione ad apprendere e il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD).

Come abbiamo visto nei precedenti capitoli, la situazione traumatica di abbandono, le privazioni affettive e gli abusi che caratterizzano la storia del bambino adottato sono fattori di rischio per la formazione di stili di attaccamento non sicuro.

Il rapporto tra insicurezza dell'attaccamento e psicopatologia è complesso e non lineare: l'insicurezza dell'attaccamento nell'infanzia va compresa come un potenziale fattore di rischio; viceversa, un attaccamento sicuro non è considerato garanzia di funzionamento sano, ma un "promotore" della salute, o un fattore protettivo rispetto al successivo sviluppo della psicopatologia.

3.1. I disturbi dell'attaccamento

Tra i disturbi maggiormente presenti nei bambini adottati vi sono i disturbi dell'attaccamento, in quanto le condizioni affettive e relazionali dei primi anni di vita dei bambini adottati sono caratterizzati dall'assenza della madre, da maltrattamenti o dalla crescita all'interno di istituti. Queste condizioni, come descritto nel precedente capitolo, non permettono lo sviluppo di un attaccamento sicuro con un caregiver.

A riguardo di questi tipi di disturbi il DSM-5 (APA, 2013) in termini nosografico-descrittivi presenta il disturbo reattivo dell'attaccamento e il disturbo da impegno sociale disinibito. In merito al primo disturbo, esso si caratterizza per un pattern di comportamento inibito, emotivamente ritirato nei confronti dei caregiver, che si manifesta con la rara e minima ricerca di conforto del bambino quando prova disagio e una risposta minima o assente al conforto da parte dei caregivers; è inoltre contraddistinto dalla presenza di episodi di irritabilità ingiustificata, tristezza o timore, che si mostrano evidenti anche durante interazioni non pericolose con caregiver adulti.

Il disturbo da impegno sociale disinibito invece si caratterizza per un pattern di comportamento in cui il bambino si avvicina attivamente e interagisce con adulti sconosciuti: egli presenta una ridotta reticenza nell'approcciare e interagire con soggetti estranei, manifesta un comportamento verbale e fisico eccessivamente familiare e si allontana con un adulto sconosciuto con minima esitazione.

Entrambi i disturbi si sviluppano prettamente nei bambini adottati in quanto la situazione adottiva comporta un pattern estremo di cure insufficienti, caratterizzate da trascuratezza o deprivazione sociale nella forma di una persistente mancanza di soddisfazione dei fondamentali bisogni emotivi di conforto, stimolazione e affetto da parte dei caregiver, ripetuti cambiamenti dei caregiver primari, allevamento in istituzioni che limitano la possibilità di sviluppare attaccamenti stabili (per es., istituti con elevato numero di bambini per caregiver).

3.2 Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)

Il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività si manifesta con una modalità di disattenzione e/o iperattività-impulsività che è più frequente e più grave di quanto si osservi tipicamente in soggetti con un livello di sviluppo paragonabile; possono essere osservati comportamenti iperattivi scarsamente modulati, associati a una marcata disattenzione e a una mancanza di perseveranza nell'esecuzione di un compito; le caratteristiche principali sono la mancanza di perseveranza nelle attività che

richiedono un impegno cognitivo e la tendenza a passare da un compito all'altro senza completarne alcuno, insieme a un'attività disorganizzata, mal regolata ed eccessiva.

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività è considerato un disturbo dello sviluppo neuropsichico del bambino; esso è caratterizzato da difficoltà di attenzione e concentrazione, controllo degli impulsi e regolazione del livello di attività motoria. Le difficoltà riscontrate da un bambino con ADHD derivano principalmente dalla difficoltà di regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente, difficoltà che rende quindi difficoltoso il normale sviluppo e l'integrazione nel contesto sociale.

Alcuni studi hanno notato nei bambini adottati una frequenza significativa del disturbo da deficit di attenzione/iperattività. In particolare, al VII Congresso Nazionale sul disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Padova, 2009), S. Giribone, I. Maraucci e D. Besana (SOC Neuropsichiatria Infantile dell'A. O. di Alessandria) tennero un intervento intitolato "*Adozione e ADHD*". Durante la loro presentazione essi mostrarono che dai dati emersi nel loro reparto il 12% dei bambini con diagnosi ADHD risultava adottato. Durante lo stesso intervento riferirono che, dal Registro nazionale italiano, risultava che addirittura il 43% dei bambini diagnosticati ADHD in Italia erano stati adottati. Nel 2001 uno studio di S. DosReis, J. M. Zito, D. J. Safer e K. L. Soeken sull'affluenza ai Servizi di Salute Mentale negli stati della zona medio-Atlantica degli Stati Uniti da parte della popolazione giovanile ha riscontrato una maggiore richiesta di cure da parte di minorenni affidati a cure adottive rispetto a giovani appartenenti ad altre categorie beneficiarie di aiuti statali; tra i disturbi prevalenti si presentava proprio l'ADHD, insieme a depressione e disturbi dello sviluppo.

Se in questo studio, all'interno del gruppo di bambini considerati affidati alle cure adottive, vi erano sia bambini affidati a famiglie sia bambini istituzionalizzati, un successivo studio di K. L. Wiik, M. M. Loman, M. J. Van Ryzin e altri (2011) condotto tra il Minnesota e il Wisconsin ha evidenziato uno specifico fattore di rischio per i sintomi ADHD nei bambini adottati dopo essere stati istituzionalizzati, rispetto ad altri bambini adottati o non adottati.

Nel 2013, M.M. Loman e alcuni suoi collaboratori indagarono ulteriormente i correlati neurocomportamentali del funzionamento attentivo di bambini post istituzionalizzati: essi individuarono, tramite la misurazione del potenziale evento-correlato (EREPs) durante compiti attivanti le funzioni attentive, una minore attivazione in bambini post istituzionalizzati rispetto a bambini adottati non istituzionalizzati e a bambini non adottati.

I problemi rilevati nei compiti di attenzione sostenuta (difficoltà del controllo inibitorio e del monitoraggio delle funzioni cognitive) sarebbero compatibili con la maggiore prevalenza in questo tipo di popolazione di disturbi da deficit di attenzione.

Il quadro clinico dell'individuo con ADHD è eterogeneo e poco definito.

L'ADHD ha esordio durante l'infanzia; la maggioranza dei sintomi deve manifestarsi prima dei 12 anni per diagnosticare questo disturbo, e le manifestazioni del disturbo devono essere presenti in più di un contesto (es. casa, scuola, lavoro).

Osservando i criteri del DSM-5, si possono differenziare tre sottotipi di ADHD: disattenzione predominante, iperattività/impulsività predominante, manifestazione combinata.

I bambini con disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività sono ad alto rischio per esiti negativi come la delinquenza (Satterfield, Hoppe, Schell, 1982), abbandoni scolastici precoci (Weiss, Hechtman, 1986), abuso di sostanze (Gittelman et al., 1985) e difficoltà di relazione (Weiss, Hechtman, 1986).

Per quanto riguarda i fattori eziologici, come gran parte della psicopatologia infantile, è difficile stabilire una causa unica alla base del disturbo. Vi sono però alcuni fattori di rischio di tipo prettamente biologico e ambientale. Per quanto concerne i fattori genetici si riscontra in pochi casi una chiara anomalia genetica mentre è chiara la familiarità del disturbo. Inoltre, indagini retrospettive indicano la presenza di una serie di fattori congeniti quali difficoltà prenatali, esposizione a neurotossici, infezioni, esposizione a farmaci in utero, basso peso alla nascita e danni neurologici precoci; tuttavia è noto come questi fattori possano predisporre a una serie di quadri psicopatologici infantili: essi non possono pertanto essere ritenuti specifici.

Per quanto riguarda i fattori di rischio famigliari, una ricerca di Jacobvitz e Sreoufe (1987) ha rilevato una presenza di interazioni precoci madre-bambino iperstimolanti e intrusive come fattore causale primario in un campione ad alto rischio psicosociale.

In particolare sarebbero proprio le condizioni ambientali a incidere con fattore di protezione o di rischio allo sviluppo di una predisposizione organica.

I genitori con uno specifico disturbo o malattia mentale, oltre a trasmettere potenzialmente una predisposizione genetica ai loro figli, possono da un lato creare una situazione ambientale che favorisca lo sviluppo di tale disturbo oppure dall'altro, con un aiuto adeguato, possono creare una condizione che contrasti e limiti il fattore di rischio genetico.

Secondo questa prospettiva, Maria Pozzi Monzo (2012) identifica l'ADHD tra i disturbi dell'attaccamento, proponendo una chiave psicodinamica. L'autrice considera, tra le cause del disturbo, una rottura del legame di attaccamento o stili di attaccamento non sicuri, queste condizioni non permettono al bambino di avere una figura che lo sostenga nello sviluppo della capacità di autoregolazione e gestione dei propri sentimenti.

La situazione adottiva è una situazione in cui si manifestano i fattori predisponenti a questo disturbo, in quanto essendo stati abbandonati, i bambini non hanno potuto godere di una relazione affettiva sicura.

Infine anche fattori di ordine sociale (stato socio-economico, dinamica familiare disorganizzata, psicopatologia familiare) sono considerati elementi che favoriscono il presentarsi del deficit.

Il disturbo da deficit di attenzione-iperattività con imperattività predominante è frequentemente associato con comportamenti oppositivi e ha una comorbilità con il disturbo oppositivo-provocatorio.

3.3 L'inibizione ad apprendere

All'interno delle mura scolastiche si possono osservare nei bambini adottati situazioni di particolare interesse clinico, tra cui i disturbi dell'apprendimento e l'inibizione ad apprendere.

Se per i disturbi dell'apprendimento la manifestazione sembra essere legata a deficit delle funzioni cognitive tra cui la memoria di lavoro, la capacità di mantenere a lungo l'attenzione e di monitorare le eventuali distrazioni interne ed esterne e il controllo inibitorio delle reazioni spontanee ad uno stimolo a favore di una risposta riflessa (Diamond, 2002), per quanto riguarda l'inibizione ad apprendere essa è invece attribuibile a cause di tipo psichico: il bambino con questo tipo di disturbo può apparire come un bambino con deficit organici intellettivi, non mostra curiosità rispetto al mondo e risulta "spento", si appiattisce e in questo appiattirsi diminuisce la propria capacità di pensare; in altri termini egli perde la capacità di investire sulla conoscenza.

L'inibizione ad apprendere nasce come misura difensiva rispetto alla stessa conoscenza, in quanto conoscere significa scoprire ed apprendere fatti di una realtà traumatica, del Sé e della propria storia. Capire e usare la mente vorrebbe dire anche vedere e capire delle cose troppo dolorose della propria vita e delle proprie relazioni.

Non a caso l'inibizione ad apprendere è spesso settoriale nei bambini adottati ed è associata allo studio della storia: essere interessati a come sono andate le cose nel passato è doloroso perché in qualche modo crea un'equiparazione con la propria storia e con il riemergere di memorie; questi disturbi nascono dalla negazione della possibilità di pensare, che è caratteristica delle situazioni traumatiche.

3.4 Il disturbo oppositivo provocatorio

Tipicamente si presentano due condizioni nei bambini adottati: l'inibizione ad apprendere, nella quale i bambini sono descritti come bravi, inibiti, affettuosi e il disturbo oppositivo provocatorio, caratterizzato da bambini turbolenti e ribelli.

Il disturbo oppositivo provocatorio si caratterizza come una modalità di comportamento negativistico, ostile e provocatorio nei confronti delle figure che si prendono cura del bambino e delle autorità in genere, che supera le normali aspettative per età e livello di sviluppo. Tale modalità deve essere presente per un periodo di almeno sei mesi e deve costituire una compromissione significativa del funzionamento sociale, scolastico o familiare. Tra i comportamenti riscontrati vi sono perdita di controllo, litigi con adulti, opposizione attiva o rifiuto di rispettare le richieste o le regole, azioni deliberate che causano fastidio ad altri, essere collerici, dispettosi o vendicativi. (Ammaniti, 2001, p.289)

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5 (APA, 2013) classifica il disturbo oppositivo provocatorio all'interno della categoria "disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta" e ne descrive i seguenti criteri diagnostici:

A: Un pattern di umore collerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio o vendicativo che dura da almeno 6 mesi evidenziato dalla presenza di almeno quattro sintomi di qualsiasi tra le seguenti categorie, e manifestato durante l'interazione con almeno un individuo diverso da un fratello.

Umore collerico/irritabile

1. Va spesso in collera.
2. È spesso permaloso o facilmente contrariato.
3. È spesso adirato e/o risentito.

Comportamento polemico/provocatorio.

4. Spesso litiga con figure che rappresentano l'autorità o, per i bambini e gli adolescenti, con gli adulti.
5. Spesso sfida attivamente o si rifiuta di seguire le richieste provenienti da figure che rappresentano l'autorità o le regole.
6. Spesso irrita deliberatamente gli altri.

7. Spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento.

Vendicatività

8. È stato dispettoso e/o vendicativo almeno 2 volte negli ultimi 6 mesi.

B. L'anomalia del comportamento è associata a disagio dell'individuo o di altre persone nel suo immediato contesto sociale (per es. famiglia, coetanei, colleghi di lavoro), oppure ha un impatto negativo sul funzionamento in ambito sociale, educativo, lavorativo o in altre aree importanti.

C. I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo psichico, da uso di sostanze, depressivo o bipolare. Inoltre, non vengono soddisfatti i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.

Due delle condizioni che si presentano più comunemente in concomitanza con il disturbo oppositivo provocatorio sono il disturbo da deficit di attenzione e iperattività e il disturbo della condotta. Il disturbo oppositivo provocatorio è stato associato a un aumentato rischio di tentativi di suicidio, anche dopo aver controllato l'eventuale presenza di disturbi in comorbilità.

La prevalenza del disturbo oppositivo provocatorio varia da 1% a 11%, con una stima media del 3,3% circa. Il tasso del disturbo oppositivo provocatorio può variare a seconda dell'età e del genere del bambino. Prima dell'adolescenza il disturbo sembra essere un po' più frequente nei maschi che nelle femmine (1,4:1). Questa predominanza maschile non è sempre riscontrata nei campioni di adolescenti o di adulti.

È stata riscontrata nelle famiglie di bambini con disturbo oppositivo provocatorio una maggiore frequenza di disturbi dell'umore, disturbi oppositivi provocatori, disturbi della condotta, disturbi da deficit dell'attenzione, disturbi antisociali di personalità o disturbi correlati a sostanze. Sembrerebbe inoltre che un disturbo depressivo nella madre possa favorire lo sviluppo di un quadro clinico di questo genere. (Ammaniti, 2001).

I primi sintomi del disturbo oppositivo provocatorio appaiono solitamente durante l'età prescolare e raramente oltre la prima adolescenza. Il disturbo oppositivo provocatorio spesso precede lo sviluppo del disturbo della condotta, soprattutto in coloro i quali

presentano un disturbo della condotta del tipo con esordio nell'infanzia. Tuttavia, molti bambini e adolescenti con disturbo oppositivo provocatorio successivamente non sviluppano il disturbo della condotta. Al disturbo oppositivo provocatorio si associa anche il rischio di sviluppare disturbi d'ansia e il disturbo depressivo maggiore, anche in assenza di disturbo della condotta. I sintomi di provocatorietà, polemica e vendicatività comportano per lo più il rischio di disturbo della condotta, mentre quelli riguardanti l'umore collerico/irritabile comportano per lo più il rischio di disturbi emotivi.

Le manifestazioni del disturbo durante lo sviluppo appaiono coerenti. Bambini e adolescenti con disturbo oppositivo provocatorio sono a maggior rischio di manifestare, da adulti, una serie di problemi di adattamento tra cui comportamento antisociale, problemi del controllo degli impulsi, abuso di sostanze, ansia e depressione.

Molti dei comportamenti associati al disturbo oppositivo provocatorio sono più frequenti durante il periodo prescolare e nell'adolescenza.

Il bambino adottato ha una ferita narcisistica, ha una percezione del proprio Sé come privo di valore, a tal punto da essere stato abbandonato o non meritevole di cure.

La situazione di deprivazione affettiva e di abbandono a cui sono stati esposti i bambini adottati ha comportato, come più volte ripetuto, la formazione nel bambino di un Sé fragile, insicuro e ferito e la strutturazione di un modello secondo cui il suo desiderio e il suo bisogno non avranno in risposta un comportamento di cura e protezione da parte di una figura amorevole; queste condizioni sono fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo oppositivo provocatorio.

I bambini che sviluppano il disturbo oppositivo provocatorio percepiscono il "no" del genitore come un modo sadico e crudele di esercitare la propria autorità su di loro, facendoli sentire inferiori. In difesa di questo micro Sé essi attuano comportamenti oppositivo provocatori. Questi bambini non possono permettersi di dipendere dall'altro, perché l'altro nella propria esperienza è una persona che si è disfatta di lui, e mostrare la necessità e il bisogno di cure al caregiver comporta mostrare la propria fragilità ad un genitore considerato sadico e non responsivo.

È di fondamentale importanza da un punto di vista terapeutico entrare in contatto con questa sofferenza, e non invece aumentare le punizioni da parte dei genitori creando in questo modo un circolo vizioso.

La sensazione di fragilità e inferiorità riaffiora ogni volta che il bambino riceve uno smacco, sia in situazioni familiari in cui gli viene negata un'attività sia in situazioni sociali e ludiche con i pari. I bambini con tale disturbo hanno importanti difficoltà anche in una situazione di gioco, in quanto in ogni situazione ludica vi è la possibilità sia di vincere che di perdere, e per questi bambini perdere nel gioco viene concepito come un'umiliazione personale che incrementa la loro ferita narcisistica.

La ricorrenza nei bambini adottati del disturbo oppositivo provocatorio è dimostrata dalla presenza, nell'eziologia di tale quadro psicopatologico, di un accudimento del bambino turbato da un susseguirsi di diverse persone.

Una caratteristica tipica di questo disturbo nei bambini adottati, rispetto al carattere di oppositività, è la strategia difensiva del bambino, con la quale egli mette alla prova i genitori adottivi con comportamenti di sfida e di opposizione. Il bambino adottato ha vissuto il trauma dell'abbandono dai genitori biologici (alcuni di questi anche da diversi altri genitori affidatari); queste condizioni hanno portato il bambino ad essere diffidente rispetto ai nuovi genitori, accanto al riemergere della paura dell'abbandono. Il comportamento oppositivo viene pertanto utilizzato dai bambini in quanto determina una condizione di altro stress e frustrazione nei genitori, e se costoro non abbandonano il bambino in condizioni così estreme, il bambino potrà riuscire a considerarli persone di cui fidarsi.

CONCLUSIONI

Il bambino adottato è un individuo con una peculiare storia: abbandoni, traumi, ricerca di identità e privazioni affettive la caratterizzano. È di fondamentale importanza riconoscere la sua sofferenza e permettergli di ricevere finalmente l'affetto di caregiver contenitivi, che possano creare le condizioni per una gravidanza mentale.

Numerosi studi hanno dimostrato l'importanza della famiglia adottiva come fattore protettivo delle condizioni psichiche di questi bambini. I genitori adottivi se riescono ad accogliere il bambino, ad aiutarlo a donare significato alle sue emozioni, a costruire un mondo mentale condiviso e a porre le fondamenta per un legame affettivo familiare possono creare una condizione favorevole all'elaborazione del trauma. Il nucleo familiare ha la possibilità di sostenere il bambino intraprendendo insieme l'arduo viaggio alla ricerca delle sue memorie e dell'identità.

Il trauma dell'abbandono, i numerosi cambiamenti di caregivers e gli abusi hanno creato i presupposti alla formazione di stili di attaccamento insicuri, modelli operativi interni disfunzionali e gravi ferite narcisistiche.

Le condizioni che caratterizzano la situazione adottiva sono fattori di rischio di numerose manifestazioni cliniche, queste, se adeguatamente comprese, possono essere considerate come segni di sofferenza e porre quindi i bambini in situazioni di sostegno. Sovente, invece, queste manifestazioni non sono comprese e l'ambiente in cui si manifestano sembra non in grado di rispondere in maniera adeguata a questi segnali, ma anzi attuano comportamenti controindicati.

Riconoscere la sofferenza e sapere come comportarsi può permettere di curare le ferite dei bambini adottivi. Bowlby (1982) concluse un capitolo di un suo scritto con una frase piena di speranza: *“Si può supporre che l'adozione, se avviene in un contesto qualificato, possa offrire al bambino all'incirca le stesse possibilità di avere una vita familiare felice, quasi come se fosse cresciuto nella sua famiglia d'origine.”* (Bowlby, J., 1982). Istruire i genitori adottivi e chi si prende cure dei bambini adottati sulle loro caratteristiche e sui comportamenti protettivi da compiere può essere la strada giusta per mantenere viva questa speranza.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Arlington, VA, American Psychiatric Association (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- Ammaniti,M.(2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*.Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Artoni-Schlesinger,C.(2012). *Adozione e oltre*.Roma: Borla.
- Attili, G., (2011). *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Barcons-Castel, N.,Fornieles-Deu A., Costas-Moragas C. (2011). *International adoption: assessment of adaptive and maladaptive behavior of adopted minors in Spain*. Span J Psychol.,14(1):123-32.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bion,W. (1972). *Apprendere dall'esperienza*.Roma:Armando Editore.
- Bowlby,J. (1969). *Attaccamento e perdita*, Vol. I, Torino:Bollati Boringhieri.
- Bowlby,J. (1973). *Attaccamento e perdita*, Vol. II, Torino:Bollati Boringhieri.
- Bowlby,J. (1980). *Attaccamento e perdita*, Vol. III. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby,j. (1982) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bowlby,J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bowlby,J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano:Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bretherton,I. (1985). *Attachment Theory: Retrospect and Prospect*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50(1/2), 3-35.

- Cederblad, M., Irhammar M., Mercke A.M., Hook B. (1993). *Good mental health among adopted children from foreign countries*. *Lakartidningen*, 90(16), 1537-42.
- Chisholm, K. (1998). *A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages*. *Child Development*, 69, 1092-1106.
- Crisma, M. (2004). *Affrontare l'adozione*. Milano: McGraw-Hill Editore.
- Diamond, A., Kirkham N., Amso D. (2002). *Conditions under which children can hold two rules in mind and inhibit a prepotent response*. *Developmental Psychology*, 38, 352-362.
- DosReis, S., Zito, J. M., Safer, D. J., Soeken, K. L. (2001). *Mental health services for youths in foster care and disabled youths*. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1094-1099.
- Dupont, J. (1999). *Il concetto di trauma secondo Ferenczi e i suoi effetti sulla successiva ricerca psicoanalitica. La partecipazione affettiva dell'analista*. Milano: Franco Angeli.
- Emiliani, F. (2008). *La realtà delle piccole cose*. Bologna: Il Mulino.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran G., Steele M. & Higgitt A.C. (1991). *The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-216.
- Fonagy, P., Target, M. (1996). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. Target, M. (2002). *Affect Regulation Mentalisation, and the development of self*. London: Other Press.
- Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Pub.
- Fonagy, P., Gergely, G., Target, M. (2008). *Psychoanalytic constructs and attachment theory and research*. New York: Guilford Press.
- Galli, J., Viero F. (2001). *Fallimenti adottivi*. Roma: Armando Editore.

- Gasparini Occhi, M. (1989). *Il primo anno di vita di una bambina adottiva. L'osservazione sistematica della coppia madre-bambino adottivo attraverso l'infant-observation*. Firenze:Giunti.
- Gergely,G., Csibra, G. (2003). *Teleological reasoning in infancy: The naive theory of rational action*. Trends in cognitive sciences, 7(7), 287-292.
- Gergely,G.(2004).*The role of contingency detection in early affect-regulative interactions and in the development*, Social Behavior,13,468-478.
- Gittelman,R.,Mannuzza,Shenker.,S.R.,Bonagura,N.(1985).*Hyperactive boys almost grow up*. Archives of general psychiatry, 42,937-947.
- Groark,C.J., Muhamedrahimov, R.J. (2005). *Improvements in early care in Russian orphanages and their relationship to observed behaviors*.Infant Mental Health Journal, 26 (2), 96-109.
- Gunnar,M.R.,Bruce,J, Grotevant,H.D. (2000). *International adoption of institutionally reared children: research and policy*. Dev Psychopathol,12(4),677-93.
- Harlow,H. F.(1958). *The nature of love*. American Psychologist, 13(12), 673–685.
- Harlow,H. F., & Zimmermann, R. R. (1959). *Affectional responses in the infant monkey*.Science, 130(3373), 421-432.
- IJzendoorn, M. H., Juffer, F. (2006).*The Emanuel Miller Memorial Lecture: Adoption as intervention. Meta- analytic evidence for massive catch- up and plasticity in physical, socio- emotional, and cognitive development*, Journal of child psychology and psychiatry, 47(12), 1228-1245.
- Jacobvitz,D.,Stroufe,L.A.(1987). *The early caregiver-mother relationship and attention deficit disorder with hyperactivity in kindergarten: A prospective study*. Child development,58.1488-1495.
- Jonsson,C.O., Clinton, D.N., Mazzaglia, G., Novak, S. & Sörhus, K. (2001). *How do mothers signal shared feeling-states to their infants? An investigation of affect attunement and imitation during the first year of life*. Scandinavian Journal of Psychology,42, 377-381.

Kaes,R.(2002).*La costruzione dell'identità in correlazione all'alterità e alla differenza*,Psiche n.1/2002.136-143.

Keyes, M.A., Malone S.M., Sharma ,A., Iacono W.G., McGue, M. (2013). *Risk of suicide attempt in adopted and nonadopted offspring*. Pediatrics, 132(4),639-646.

L. 4 maggio 1983 n.184. Diritto del minore ad una famiglia. Gazz. Uff. 17 maggio 1983 S. O.

Laplanche, J., Pontalis,J.B.,(1997).*Enciclopedia della psicoanalisi*, Roma-Bari:Laterza

Lingiardi,V., Gazzillo F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi*. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento. Milano:Raffaello Cortina Editore.

Liotti,G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci Editore.

Liotti,G. e Monticelli,F. (a cura di) (2008). *I Sistemi Motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Loman,M.M., Johnson,A.E., Westerlund,A.,Pollak,S.D.,Nelson,C. A. and Gunnar, M. R. (2013). *The effect of early deprivation on executive attention in middle childhood*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54, 37-45.

Lorenz,K. (1935). *Companionship in bird life: fellow members of the species as releasers of social behavior*. Instinctive Behavior. New York: Intern. University Press.

Lorenz,K. (1974). *L'altra faccia dello specchio*.Milano: Adelphi.

Maiello,S.(1993). *L'oggetto sonoro*, Journal Child Psychotherapy. (19) (4),143-155.

Main,M., & Solomon, J. (1986). *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*, 95-124.

Mancia M., *On the beginning of Mental Life in the Foetus*, J.psychoanal.,vol.62/198, 94-106.

Mastronardi, V.M. (2002). *La comunicazione in famiglia*. Roma: Armando Editore.

- Merz,E.C.,McCall, R. B. (2010). *Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions*. Journal of abnormal child psychology, 38(4), 459-470.
- 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 Dev.,71(5),1458-73.
- Monaco,M.F., Niro M.T. (1999). *Adolescenti e adozione*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Monti F., Agostini F., Ferracuti C. (2010). *L'istituzionalizzazione precoce in Russia e Romania e gli effetti sullo sviluppo infantile*. Psicologia clinica dello sviluppo, 3, 423-448.
- Nathanielsz,P.W.(1992). *Un tempo per nascere*, Torino: bollati boringhieri.
- Nichols,K., Gergely,G., Fonagy, P. (2001). *Experimental protocols for investigating relationships among mother-infant interaction, affect regulation, physiological markers of stress responsiveness, and attachment*. Bulletin of the Menninger Clinic, 65,371-379.
- Pace,C.S.(2008). *Adoption and attachment theory the attachment models of adoptive mothers and the revision of attachment patterns of their late-adopted children*. Child Care Health and Development,37,(1), 82-88.
- Ponzi Monzo, M.(2012). *Ritalin for whom?* Journal of Child Psychotherapy,38,49-60
- R.Cassibba(2003). *attaccamenti multipli*. Milano: Unicopoli.
- Riello, M. (2018). *Attaccamento e Sistemi Motivazionali*. Presentazione di PowerPoint: Università del Salento.
- Riva Crugnola,C. (2012). *La relazione genitore-bambino. Tra adeguatezza e rischio*. Bologna: Il mulino.
- Rutter,M.,Beckett,C.,Castle,J.,Colvert,E.,Kreppner,J., Mehta,M.,Barke,E. (2007).*Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees*. European Journal of Developmental Psychology, 4(3), 332-350.

- Sattelfield, J.H., Hoppe, C.M., Schell, A.M. (1982). *A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys*. American Journal of Psychiatry, 139, 795-798.
- Schofield, G., Beek, M., (2013). *Adozione, Affidato, Accoglienza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Siegel, D. (2013). *Il Terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e all'Integrazione neurale*. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive Editore.
- Smyke, A.T., Koga, S., Johnson, D., Fox, N., Marshall, P., Nelson, C., Zeanah, C. (2007). *The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48, 2 210–218.
- Solomon, J., George C. (1999). *L'attaccamento disorganizzato*. Bologna: Il Mulino.
- Spangler, G., Grossmann, K.E. (1993). *Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants*. Child development, 64(5), 1439-1450.
- Spitz, R.A. (2010). *Il primo anno di vita del bambino*. Firenze: Giunti.
- Sroufe, L., & Waters, E. (1977). *Attachment as an Organizational Construct*. Child Development, 48(4), 1184-1199.
- Steele, M., Hodges, J., Kanu, J., Hillman, S., Henderson, K. (2003); *Attachment representations and adoption: associations between maternal states of mind and emotion narratives in previously maltreated children*. Journal Of Child Psychoterapy, 29, 187-205.
- Stern, D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Stern, D.N. (1987). *Il mondo interpersonale del bambino*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Stern, D.N. (1998). *Le interazioni madre-bambino*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stern, D.N. (2005). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Stevens, S., Sonuga-Barke E.J.S., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A., Rutter, M. (2007). *Inattention/overactivity following early*

severe institutional deprivation: Presentation and association in early adolescence. Journal of Abnormal Child Psychology, 36 (3), 385-398.

Suomi, S., Harlow, H.F., McKinney, W.T. (1972). *Monkey Psychiatrists.* American Journal of Psychiatry, 128, pp. 927-932.

Tarroni,N. (2009). *Il traguardo dell'adozione e le sue sfide.* Milano: Franco Angeli.

Tronick,E.Z., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan A.C., Nahum,J.P. et al. (1998). *Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change.* Infant Mental Health Journal, 19(3), 290–299.

Vadilonga,F. (2011). *Curare l'adozione,* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Vallino,D.(2005).*Pensare per immagini.* Roma: Borla.

Van Der Kolk, B.A. (2007). *The Developmental Impact of Childhood Trauma.* In L. J. Kirmayer,R. Lemelson, & M. Barad (Eds.), *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives,*17,224–241.Cambridge:Cambridge University Press.

Weiss,G.,Hechtman,L.(1986). *Hyperactive children grow up: empirical findings and theoretical considerations.*New York:Guilford Press.

Wellman,H. M., & Lagattuta, K. H. (2000). *Developing understandings of mind.* In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience* (pp. 21–49).

Westermeyer,J.,Yoon.G.,Amundson,C.,Warwick,M.,Kuskowski,M.A.(2015).*Personality disorders in adopted versus non-adopted adults.* Psychiatry Res. 30;226(2-3):446-50.

Wiik,K.L.,Loman,M. M.,Van Ryzin,M.J.,Armstrong, J. M., Essex, M. J., Pollak, S. D.,Gunnar,M.R. (2011). *Behavioral and Emotional Symptoms of Post-Institutionalized Children in Middle Childhood.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 52(1), 56–63.

Winnicott,D.W. (1970).*Sviluppo affettivo e ambiente.* Roma: Armando Editore.

Winnicott,D.W.(1975).*Sviluppo affettivo e ambiente.* Roma, Armando Editore.

Winnicott,D.W., (1987). *I bambini e le loro madri*. Milano: Raffaello Cortina.

Zeanah,C.H.,Smyke,A.T.(2005). *Building Attachment Relationships Following Maltreatment and Severe Deprivation*. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy*,195–216.

Zeanah,C.H.,Smyke,A.T.,Koga,S.F.,Carlson,E.(2005). *The Bucharest Early Intervention Project Core Group, Attachment in institutionalized and community children in Romania*. *Child development*, 76,1015-1028.

SITOGRAFIA

www.camera.it

www.treccani.it/enciclopedia.it

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare la Professoressa Arfelli per il prezioso contributo alla scrittura di questa tesi e per le sue emozionanti lezioni, i giovani studenti come me si appassionano a questi studi e comprendono la meraviglia e la responsabilità del lavoro che andremo a svolgere grazie a professori come Lei.

Un ringraziamento speciale alla mia famiglia, a mio padre, un esempio e saggio consigliere, il quale mi ha permesso di raggiungere questo traguardo sostenendomi economicamente e moralmente, a mia sorella Giulia, presenza silenziosa e fondamentale della mia vita, a mia sorella Laura con cui ho condiviso tanto e mi ha aiutato a crescere, a mia Nonna un porto sicuro nei momenti di difficoltà, a Lorenzo che crede in me e alle mie idee, alla sua disponibilità e a Gonzalo.

Non posso non ringraziare e essere riconoscente a Roberta, mi ha insegnato l'amore e ad amare e mi supporta in ogni mio traguardo.

Un doveroso ringraziamento a chi mi ha accompagnato in questo viaggio: Annalisa, saggia guida, ai miei compagni: Manuel, Irene, Federica, Selene, Melissa, Greta, Elisa, Rebecca, Stefano e Matteo.

Grazie agli amici di una vita: Lorenzo Maria, Danilo, Gabriele, Federico, Luca, Christian e Anna.