

Le radici lontane di un legame tossico

Riflessioni su *foster care*, alcool e *homelessness*

Giovanna Teti

Abstract

In questo scritto viene sottolineato come nei contesti di estrema marginalità sociale non è raro incontrare persone che, oltre a condividere una condizione di precarietà e la mancanza di una casa in cui abitare, abbiano in comune anche un percorso di vita fuori famiglia (es. adozione, affido, tutela), esposizione ad alcool e sostanze, esperienze traumatiche. Nelle storie delle persone che vivono in strada si incontra un intreccio di turbolenze che molto spesso non hanno trovato un luogo in cui depositarsi e riprendere. Ci sono elementi che si ritrovano in queste storie, che, come in un filo rosso, si tramandano in linea transgenerazionale fatta di origini, relazioni, strategie di adattamento.

Parole chiave

Alcool e sostanze, esposizione prenatale, patologie alcool-correlate

L'uso di alcool in gravidanza e prima del concepimento può essere osservato in quelle stesse persone con una storia, a loro volta, di esposizione prenatale a sostanze. Gli effetti embriotossici provocano un segnale epigenetico ovvero un *cambiamento ereditabile*: “*possiamo ritrovare nelle generazioni successive dei danni dovuti a fattori ambientali riferibili ai nonni e ai bisnonni*” (Minutillo et al, 2022, 19). Come si può chiedere a una donna che vive in strada di portare avanti una gravidanza consapevole? Come possiamo sostenerla nell'educazione alla salute sua e del feto? Come possiamo pensare che sia una gravidanza desiderata, frutto di una scelta libera? Come possiamo pensare che decida di interrompere l'assunzione di alcool, che con molta probabilità le serve come tentativo di autocura?

L'alcool, come la realtà in cui si ritrovano a vivere certe persone in condizioni di estrema marginalità sociale, ha una funzione protettiva: anebbia il dolore, stordisce, nutre. Quel nutrimento tossico che forse è l'unico che alcune persone hanno conosciuto. Una difesa distruttiva, fatta di rabbia e rassegnazione.

La ricerca dimostra che le donne che vivono una condizione di marginalità e *homelessness* hanno un maggior rischio di avere un bambino o una bambina con FASD, mettendo in luce tassi di prevalenza più elevati all'interno di questa popolazione (Johnson, 2020). La relazione tra alcool e *homelessness* è duplice: le persone che vivono in strada tendono a fare maggior uso di alcool e sostanze (basti pensare alla realtà italiana, ma anche all'uso drammatico del Fentanyl negli USA) per proteggersi dal dolore della marginalità e per sopravvivere su un marciapiede, ma è anche vero che l'esposizione prenatale all'alcool (EPA) provoca una vulnerabilità a sviluppare ipersensibilità e dipendenza all'alcool in età adulta.

Gli effetti dell'alcool sul feto si ripercuotono sul neurosviluppo: lo Spettro dei Disordini feto-alcolici (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD*) è il termine che raggruppa le diverse espressioni dell'esposizione all'alcol in epoca prenatale. La FASD presenta un quadro di sintomi clinici, disabilità primarie (es. alterazioni dei sistemi sensoriali, difficoltà a carico di linguaggio, attenzione, memoria, apprendimento, elaborazione di informazioni, pensiero astratto, capacità di giudizio, disfunzioni esecutive, impulsività, disadattamento sociale) e altre secondarie che si sviluppano lungo l'arco di vita,

complicando l'interazione, la regolazione affettiva e il comportamento (Minutillo et al, 2022). Possiamo facilmente immaginare quanto queste alterazioni dello sviluppo possano rappresentare un fattore di rischio per l'adattamento sociale, se i disturbi correlati non vengono riconosciuti e trattati (Badry et al, 2018). Spesso le difficoltà si inseriscono nei nodi del sistema di cura, ad esempio nel passaggio dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta, ma anche nei percorsi di autonomia. In Italia la FASD è considerata una malattia rara perché sottostimata e non sufficientemente diagnosticata. Uno dei problemi più significativi della FASD, la "sindrome invisibile" (Minutillo et al, 2022) è proprio la frammentazione diagnostica e, aggiungerei, quella dei sistemi e dei percorsi di cura¹.

FASD e foster care (adozione, affido e tutela)

Gli studi sulla FASD dimostrano come questo spettro di disordini sia prevalente in popolazioni specifiche (affido, tutela, adozione) (Minutillo et al, 2022). I bambini e le bambine con background adottivo provengono da contesti di nascita e vita molto spesso caratterizzati da marginalità, difficoltà di inclusione sociale, uso di sostanze da parte dei genitori biologici, condizioni di trascuratezza, neglect, maltrattamento, attaccamenti traumatici, esposizione a traumi relazionali infantili, esperienze traumatiche ripetute.

La ricerca sull'uso di sostanze in epoca prenatale e pre-concepimento ci dice anche che l'esposizione ad alcool in utero aumenta il rischio di sviluppare dipendenza da sostanze rispetto alla popolazione generale (Minutillo et al, 2022). Nel caso della FASD, i problemi comportamentali possono danneggiare i legami familiari e con le persone significative e in generale rendere difficile instaurare e mantenere relazioni durature: in aggiunta al maggior rischio di sviluppare dipendenza da sostanze rispetto alla popolazione generale, possono portare difficoltà di adattamento, problemi con la giustizia, impulsività (Grant et al, 2013 in Minutillo et al, 2022).

Non di rado incontriamo persone senza dimora che provengono da un sistema di *foster care* (Dworsky, 2010; Ford Shah et al, 2016; Roman & Wolfe, 1995). Se nell'adozione c'è stata una possibilità di riparazione, l'incontro di un rifugio sicuro e figure genitoriali sintonizzate, in altre storie di ragazzi e ragazze fuori famiglia, a volte questo non avviene e non è raro incontrare giovani che, magari al compimento dei 18 anni, in uscita dal sistema di tutela, si ritrovano senza nulla e finiscono in strada.

FASD, esperienze traumatiche, ADHD: comorbidità e diagnosi differenziale

Le caratteristiche neuro-comportamentali dei Disordini dello spettro feto alcolico (FASD) sono un mosaico di segni e sintomi specifici e aspecifici, non è definibile, ma i deficit nelle funzioni esecutive sono significativi, perché sono coinvolti i circuiti sottocorticali e frontali, i lobi frontali collegati ai gangli della base e al talamo, ovvero le aree maggiormente sensibili all'esposizione all'alcol in epoca prenatale (Coriale et al, 2013; Minutillo et al, 2022). I deficit nelle funzioni esecutive si incontrano anche in altre condizioni cliniche, fra cui l'esposizione a esperienze traumatiche e l'ADHD, spesso presenti in comorbidità.

¹ Per un approfondimento, si veda il sito di AIDEFAD, Associazione italiana disordini da esposizione fetale ad alcol e/o droghe, nata il 9 settembre 2018, giornata internazionale dedicata alla consapevolezza sulla FASD.

FASD e ADHD

Nelle persone con FASD può coesistere una comorbidità con disturbi del neurosviluppo e psicopatologia e l'ADHD è la diagnosi di comorbidità più frequente tra i bambini e le bambine con FASD; tuttavia la FASD è associata a una maggiore entità dei deficit esecutivi rispetto all'ADHD, con deficit più significativi nelle abilità di pianificazione, memoria di lavoro, fluidità ideativa e *set-shifting*, ovvero la capacità di modificare una strategia di risposta (Coriale et al, 2013; Kingdom et al, 2016; Minutillo et al, 2022).

Se pensiamo all'ADHD adulto e ai contesti di maggior prevalenza della FASD, possiamo immaginare come già gli stessi genitori biologici possano essere soggetti con ADHD non diagnosticato e aver fatto ricorso all'uso di alcool e droghe in gravidanza o prima del concepimento a causa, ad esempio, della disregolazione affettiva. Genitori ADHD non diagnosticati e non trattati possono mettere al mondo bambini e bambine con FASD e ADHD. E se pensiamo che individui con FASD hanno livelli maggiori di sensibilità all'alcool e più probabilità di cadere in una dipendenza da sostanze alcoliche (Coriale et al, 2013; Minutillo et al, 2022), possiamo immaginare quanto possano incorrere in problematiche di adattamento, difficoltà relazionali, problemi con la giustizia, marginalità sociale e *homelessness*.

FASD ed esperienze traumatiche

Nelle storie di chi vive ai margini si incontra spesso un confine sottile tra gli effetti dell'esposizione a sostanze tossiche in utero e le conseguenze di un altro tipo di "sostanza" o oggetto, la relazione umana.

Come per la comorbidità di FASD e ADHD, i sintomi post-traumatici possono coesistere con i quadri di fetopatie alcoliche. Bambini e bambine che nascono in un contesto che li espone a esperienze traumatiche più o meno ripetute possono manifestare, come nella FASD, problemi del comportamento, difficoltà nell'attenzione, disregolazione emotiva. La mancanza di una sintonizzazione nelle fasi più precoci della vita rende ancor più difficile lo sviluppo di una buona autoregolazione. È lì che si può instaurare il trauma relazionale infantile, *"quando la fondamentale sintonizzazione che dovrebbe avvenire entro il primo anno e mezzo di vita tra l'emisfero destro del bambino in formazione e quello della madre non si stabilizza, o se la mancanza di sintonizzazione non viene ripristinata abbastanza presto"* (Mucci, 2018, p. 12).

Anche i traumi ripetuti, come le sostanze tossiche, possono creare danni sulle funzioni mentali: difficoltà a pianificare o a iniziare un'azione, difficoltà di concentrazione, iperreattività agli stimoli sensoriali. Le disfunzioni esecutive sono trasversali a FASD, ADHD, esperienze traumatiche, ma anche *homelessness*. Talvolta le persone che vivono in strada hanno difficoltà a compiere azioni quotidiane tipicamente considerate non complesse e questo spesso viene erroneamente scambiato come mancanza di collaborazione (i casi "non progettuali", "inguaribili", quelli che "non collaborano" o che non rispettano le regole dei centri di accoglienza). Probabilmente è anche per questo che, questi soggetti, preferiscono luoghi conosciuti, mantengono routine giornaliere e abitudini ben cadenzate: sono strategie di adattamento. Abbiamo visto come nella FASD ci sia un deficit nelle funzioni esecutive e in particolare nella flessibilità cognitiva, nella memoria di lavoro e nel controllo inibitorio. Le difficoltà di una persona che vive in strada si possono manifestare anche nel pianificare e programmare un appuntamento con i Servizi sociali per il rinnovo dei documenti oppure nella flessibilità cognitiva che permette di modificare le azioni in funzione di un cambiamento.

Gli eventi traumatici o stressanti provocano alterazioni nell'area parietale e dell'ippocampo; in individui esposti a disagio sociale e familiare grave e prolungato può aumentare la reattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene a causa dell'iperarousal tipico del trauma; i livelli di cortisolo e adrenalina aumentano e quando sono troppo elevati diventano tossici, riducono il volume dell'ippocampo e danneggiano le funzioni esecutive, pertanto provocano una difficoltà a regolare il comportamento (a causa della disregolazione affettiva) e quindi a calmarsi. Un'esposizione prolungata allo stress provoca costante iperattivazione e allerta, difficoltà di concentrazione e di mantenimento dell'attenzione o attenzione fluttuante. Tutto ciò ostacola l'apprendimento dall'esperienza (Carlson, 2001; Mucci, 2014; van der Kolk et al, 1996; Yehuda et al, 2005).

Le persone che vivono in strada possono aver subito esperienze traumatiche anche precoci, reiterate e rivissute. Sono storie di traumi relazionali precoci, cumulati nel tempo; attaccamenti disorganizzati post-traumatici, Modelli Operativi Interni Dissociati, un'*atmosfera traumatica* che si ripercuote su mente, corpo e cervello (Mucci, 2014).

Il sistema di accoglienza e la società colludono spesso con queste parti dissociate delle persone che vivono in strada, reiterando, in un *enactment* che non trova comprensione, le esperienze traumatiche dell'individuo e le parti dissociate del Sé. Questo fa emergere in modo simmetrico un caregiver insensibile, spaventato e spaventante, inattendibile e contraddittorio, che non fa altro che alimentare distanziamento, alienazione e dissociazione.

Eppure le persone senza dimora cercano tenacemente la relazione, la desiderano. Alcuni di questi soggetti rimarrebbero ore a parlare delle loro giornate, dei vestiti scelti su un banco del mercato. Creano giacigli in mezzo alla strada, ti invitano ad andarli a trovare e ti offrono un tè.

Ma gli attaccamenti traumatici precoci creano una predisposizione a una serie di reazioni, che, a loro volta, se non intercettate da nessuno che faccia spazio per accoglierle e se ne prenda cura, si cronicizzano e, in una catena di eventi, portano ad altre complicazioni, come solitudine, perdita di fiducia nel mondo, marginalità, disabilità.

Il lavoro con le persone che vivono in strada richiede un approccio sanitario, clinico e non solo sociale. La formazione permette di osservare e comprendere la persona nella sua complessità e prima ancora di prepararsi all'accoglienza, superare le barriere difensive e lo stigma e accogliere le persone nel rispetto della giusta distanza: essere menti accoglienti (De Micco). Solamente dando un nome alle cose, queste possono essere rappresentate, riconosciute e conosciute.

Riferimenti Bibliografici

- Badry D, Walsh C, Bell M, Ramage K. The linkage between FASD and homelessness for individuals with a history of child welfare care in *Imaging Child Welfare in the Spirit of Reconciliation*. University of Regina Press, 2018, pp. 205-228.
- Carlson, N. R. (2001). *Fisiologia del comportamento*. Tr. it. Piccin, Padova, 2001.
- Coriale G, Fiorentino D, Di Lauro F, Marchitelli R, Scalese B, Fiore M, Maviglia M, Ceccanti M. Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD): profilo neuro-comportamentale, diagnosi differenziale e indicazioni per il trattamento. *Riv Psichiatr* 2013; 48 (5):359-369.
- Dworsky A. Assessing the Impact of Extending Care beyond Age 18 on Homelessness: Emerging Findings from the Midwest Study. *Chapin Hall, University of Chicago*, 2010.

- Ford Shah M, Liu Q, Eddy JM, Barkan S, Marshall D, Mancuso D, Lucenko B, Huber A. Predicting Homelessness among Emerging Adults Aging Out of Foster Care. *Am J Community Psychol*, 2017 Sep; 60 (1-2):33-43, Epub 2016 Nov 10.
- Johnson GC. *Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) Healthcare Policy and Homelessness: An Analysis and Case Study for Preventive Health Services*. Azusa Pacific University ProQuest Dissertations & Theses, 2020.
- Kingdon D, Cardoso C, McGrath JJ. Research Review: Executive function deficits in fetal alcohol spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder - a meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*, 2016; 57(2): 116–131.
- Minutillo A, Berretta P, Pichini S, Bazzo S, Riscica P (2022). *Prendersi cura dello Spettro dei Disordini Feto Alcolici (FASD). Manuale per conoscere una sindrome quasi invisibile*. Roma: Centro Nazionale Dipendenze e Doping.
- Mucci C (2018). *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2020.
- Mucci C (2014). *Trauma e perdono*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.
- Roman NP, Wolfe P. (1995) *Web of Failure: The Relationship Between Foster Care and Homelessness*. National Alliance to End Homelessness.
- Yehuda R, Golier JA, Harvey PD, Stavitsky K, Kaufman S, Grossman RA, Tischler L. (2005). Relationship between cortisol and age-related memory impairments in Holocaust survivors with PTSD. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 678–687.
- Van der Kolk B A, McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (a cura di) (1996). *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Edizioni Magi, Roma, 2007.