



Tarsha Gale, MA



Ann Stacks, Ph.D.

## L' affido di giovani che hanno figli e l'importanza di un Lavoro Basato sulla Relazione

Il maltrattamento e la successiva disposizione in affido interrompono le interazioni positive fra i caregiver e i bambini molto piccoli, che sono critiche per la costruzione di relazioni stabili, costanti e di cura. Queste relazioni sono gli elementi fondamentali per lo sviluppo sociale, emotivo e cognitivo del bambino (Herrenkohl, Herrenkohl, & Egolf, 2003). I neonati e i bambini in giovane età sono il maggior numero dei minori che entrano in cura e una percentuale relativamente grande della popolazione minorile in affido (24% secondo il Department of Health and Human Services degli Stati Uniti, 2008). Ma non sono l'unico gruppo che soffre per il maltrattamento e l'allontanamento dai genitori.

Il 30% della popolazione in affido ha più di 14 anni (U.S. Department of Health and Human Services, 2008). Questi adolescenti affrontano molte sfide. Sono probabilmente quelli che hanno passato un periodo notevole della vita fuori di casa, possono essere stati in cura per anni e sono a rischio molto elevato di scarsi risultati per la frequente interruzione nella cura. Ogni nuovo allontanamento toglie al giovane l'occasione di sviluppare durature relazioni positive con gli adulti che si occupano di loro e perciò di vivere relazioni sane con gli altri assieme a una stabilità scolastica e la possibilità di un impiego. Per esempio, il Northwest Alumni Study (Pecora et al., 2005), ha esaminato 659 adulti di età compresa tra i 20 e 33 che in passato erano stati posti in affido familiare per 12 o più mesi consecutivi. In media, questi giovani hanno cambiato 6.5 volte la scuola e circa un terzo ha sperimentato dieci o più cambiamenti di scuola dalle elementari alle medie inferiori e, quasi un terzo, 8 o più affidi differenti.

Purtroppo, per le ragazze teenager in affido è 2.5 volte più probabile rimanere incinta e avere un bambino all'età di 19 anni (The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2006). Come madri, queste giovani donne manifestano un significativo rischio di abuso nei confronti dei loro bambini. Però non tutte lo fanno. La trasmissione intergenerazionale dell'abuso è influenzata da vari fattori. Per esempio, le madri che hanno sperimentato un abuso fisico più grave e che hanno ricordi di quell'esperienza di tipo irrisolto-non elaborato sono a rischio estremamente alto di maltrattamento nei confronti dei loro bambini (Pears & Capaldi, 2001).

Nonostante la ricerca sul maltrattamento infantile nei bambini di madri adolescenti in affidamento sia scarsa, è ragionevole credere che questo rischio sia elevato. Queste madri possono avere subito abusi e maltrattamenti gravi con classificazioni di attaccamento irrisolto e frequenze elevate di malattia mentale (Pears & Capaldi, 2001; Pecora, 2005; Bailey, Moran & Pederson, 2007). Inoltre, le madri adolescenti con una storia di abuso e con stati irrisolti

della mente hanno più probabilmente bambini classificati come 'disorganizzati' e traggono meno facilmente giovamento da un intervento di video-feedback finalizzato a migliorare la sensibilità (Moran, Pederson & Krupka, 2005; Madigan, Moran, Schuengel, Pederson & Otten, 2007).

Molti programmi per le adolescenti incinte o già madri nel sistema di affido si concentrano sull'insegnamento di capacità genitoriali, sul promuovere l'educazione e sul diventare autosufficienti. Però non c'è nessuna evidenza che i bambini di coloro che partecipano a questi programmi avranno risultati migliori o che la madre adolescente sarà in grado di prendersi cura del proprio bambino.

Non è che le abilità genitoriali, l'educazione e l'autosufficienza non siano importanti. Però è più probabile che i programmi progettati per ridurre i fattori di rischio nei genitori adolescenti e nei loro bambini raggiungano lo scopo se sono basati sulla relazione. I programmi basati sulla relazione non solo guidano la relazione genitore-bambino – cioè promuovono lo sviluppo di un rapporto positivo e di un attaccamento sicuro tra la madre e il suo bambino – ma favoriscono anche lo sviluppo di una relazione positiva tra la madre e i professionisti che si occupano di lei (un'alleanza di lavoro).

**Annuncio**  
**IASA 2nd Biennial**  
**International Conference**  
**St. John's College,**  
**Cambridge University, UK**  
**29 – 31 Agosto 2010**



### Contenuti del DMM News n. 7 sull'affido:

#### Pagina:

- 1 **L'affido di giovani che hanno figli e l'importanza di un Lavoro Basato sulla Relazione**
- 2 **I prossimi corsi DMM**
- 3 **Special Review su: "La difficile transizione all'età adulta per i giovani in affido negli Stati Uniti: implicazioni o lo Stato come Genitore Corporativo**
- 4 **L'attaccamento in azione: utilizzare il DMM per prendere una famiglia in affido**
- 5 **Le conseguenze di Baby P**
- 6 **Le tavole rotonde del Gruppo Forense del DMM**
- 7 **La Seconda Conferenza Internazionale Biennale**

**Curatore Responsabile dell'Edizione Italiana: Franco Baldoni**

#### Traduttori di questo numero:

Franco Baldoni, Mattia Minghetti, Morena Muzi, Daniele Giovanni Poggioni.

La premessa sottostante a questi programmi, basata sulla ricerca, è che attraverso una relazione positiva, stabile e di fiducia con chi l'aiuta (costituendo in questo modo una base sicura per la madre), la madre sarà in grado fare l'esperienza di qualcuno che comunichi una comprensione della sua attuale situazione. Questa relazione le consente di elaborare e risolvere i problemi emozionali relativi al suo passato e sostenere una relazione di cura con il suo bambino. Gli interventi basati sulla relazione hanno dimostrato di migliorare la salute mentale materna e infantile, concentrandosi su caratteristiche materne quali la sensibilità materna, la rappresentazione materna dell'attaccamento e la capacità di insight, che favoriscono lo sviluppo di una relazione di attaccamento sicuro tra madre-bambino (Koren-Karie, Oppenheim, Dolev, Sher & Etzion-Carasso, 2002; McElwain & Booth-LaForce, 2006; Schuengel, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 1999).

Come specialisti della salute mentale infantile, abbiamo l'opportunità di aiutare le madri adolescenti che non hanno mai avuto la possibilità di essere in una relazione proficua e che non sanno come trarre vantaggio dal sostegno e dall'aiuto che viene loro offerto (See Jager, 2008). Possiamo essere frustrati dalla loro distanza e preoccupati per i loro bambini. Tuttavia, disponiamo del supporto dei nostri colleghi e della risorsa di una supervisione riflessiva che ci guida mentre aiutiamo le madri a iniziare ad allevare i loro bambini. Se i nostri interventi sono efficaci - e ci sono prove sempre più evidenti di che cosa sia efficace con le madri adulte - abbiamo l'opportunità di contribuire a porre fine al ciclo intergenerazionale dell'abuso.

**Tarsha Gale, MA, è attualmente responsabile di una agenzia no-profit del Michigan che lavora con gli adolescenti e genitori adolescenti in affido.**

**Ann M. Stacks, Ph.D., LMFT, è Professore Associato di Psicologia e direttore del Graduate Certificate in Salute Mentale Infantile presso il Merrill Palmer Skillman Institute della Wayne State University, Detroit, Michigan.**

### Bibliografia

Bailey, H. N., Moran, G. & Pederson, D. R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment and Human Development* 9, 139-161.

Elze, D.E., Auslander, W., McMillen, C., Edmond, T., & Thompson, R., (2001). Untangling the impact of sexual abuse on HIV risk behaviors among young in foster care. *AIDS Education and Prevention*, 13, 377-389.

Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C. & Egolf, B. P. (2003). The psychosocial consequences of living environment instability on maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry* 73, 367-380.

Jager, K. B. (2008). "But I don't trust you" – Recognizing and dealing with parents' history of trauma. In R.E. Lee & J. B. Whiting (Eds.), *Foster care therapist handbook: Relational approaches to the children and their families* (pp.451-467). Washington DC: Child Welfare League of America.

Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., Sher, E., Etzion-Carasso, A. (2002). Mothers' insightfulness regarding their infants internal experience: Relations with maternal sensitivity and attachment. *Developmental Psychology* 38, 534-542.

Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, R. & Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48, 1042-1050.

McElwain, N.L., & Booth-LaForce, C., (2006). Maternal sensitivity to infant distress and non distress as predictors of infant attachment security. *Journal of Family Psychology*, 20, 247-255.

Moran, G., Pederson, D., Krupka, A. (2005). Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Mental Health Journal* 26, 231-249.

Pears, K.C., & Capaldi, D.M., (2001). Intergenerational transmission of abuse: A two generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse and Neglect*, 25, 1439-1461.

Pecora, P. J., Kessler, R. C., Williams, J., O'Brien, K., Downs, A. C., English, D., White, J., Hiripi, E., Roller-White, C., Wiggins, T., & Holms, K. (2005). *Improving Family Foster Care: Findings From the Northwest Foster Care Alumni Studies*. Seattle, WA: Casey Family Programs.

Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H., (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganize infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54-63.

United States Department of Health and Human Services (2008). The AFCARS Report: Preliminary FY 2006 Estimates. Washington DC:

**L'articolo completo, Teens and their Babies: The Importance of Relationship Work /The Infant Crier, 121, 4-6 è disponibile su abbonamento all'indirizzo: <http://www.mi-aimh.org/infantcrier.php>**



**CARE-Index Trainers Course, Key Largo, FL, Nov. 29-Dec. 7, 2010**

**Contatti:** Patricia Crittenden [pmcrittenden@att.net](mailto:pmcrittenden@att.net)

**Prerequisiti:** CARE-Index Course & Advanced Clinical Seminar(s)

**SAA (in italiano): Reggio Emilia, Italy, Feb. 23-27, 2010, May 15-19, 2010, Sept 21-25, 2010**

**Contatti:** Andrea Landini [dutil@tin.it](mailto:dutil@tin.it)

**Prerequisiti:** A&P

**Advanced Clinical SAA Seminar: Northumberland, UK, June 11-13, 2010**

**Contatti:** Patricia Crittenden [pmcrittenden@att.net](mailto:pmcrittenden@att.net)

**Prerequisiti:** SAA Course

**AAI (in inglese): Reggio Emilia, Italy, Oct. 11-16, 2010, Feb. 21-26, 2011, May 9-13, 2010**

**Contatti:** Patricia Crittenden [pmcrittenden@att.net](mailto:pmcrittenden@att.net)

**Prerequisiti:** A&P

**Advanced Clinical AAI/TAAI Seminar: Shropshire, UK, Dec. 5-9, 2009**

**Contatti:** Patricia Crittenden [pmcrittenden@att.net](mailto:pmcrittenden@att.net)

**Prerequisiti:** AAI



**Lisa Mennet**

## Rassegna speciale su “La difficile transizione all’età adulta per i giovani in affido negli Stati Uniti: implicazioni per lo Stato in quanto Genitore Corporativo”

L’adolescenza ottimale è un graduale spostamento dei legami di attaccamento verso le relazioni amoroze e tra pari, con il supporto

degli adulti di riferimento. La maturazione di capacità fisiche, sessuali, cognitive e sociali portano gli adolescenti a oltrepassare i confini della famiglia. Comunque, come nei bambini, un riuscito processo di individuazione adolescenziale richiede di avvertire un senso di sicurezza garantito da una base sicura nei confronti del caregiver, dalla quale esplorare in modo flessibile l’ambiente circostante, bilanciando il bisogno di autonomia con il desiderio di mantenere la relazione. Questa esperienza ottimale è in contrasto con quella degli adolescenti in affido, a cui è richiesto, in molti stati, di raggiungere bruscamente la maturità al compimento del diciottesimo anno di età. Il fatto che questi giovani siano spesso impreparati alle richieste della vita adulta è documentato in: “The Difficult Transition to Adulthood for Foster Youth in the U.S.: Implications for the state as Corporate Parent (La difficile transizione all’età adulta per i giovani in affido negli Stati Uniti: implicazioni per lo Stato in quanto Genitore Corporativo)”, Mark Courtney della University of Washington School of Social Work, che prende in rassegna i recenti cambiamenti nel sistema americano di politiche infantili. Courtney definisce i risultati della ricerca sul processo di transizione alla vita adulta nei giovani che sono stati in affido, come “disilludente”. Confrontati con i loro pari, questi individui:

- ◆ è meno probabile che ottengano un diploma delle medie o accedano a un college;
- ◆ hanno maggiori problemi di salute e difficoltà di accesso al sistema sanitario
- ◆ accumulano scarse risorse economiche per fare una vita indipendente e si ritrovano più facilmente in uno stato di povertà;
- ◆ tendono a non avere fissa dimora o a essere senza casa;
- ◆ più frequentemente sono genitori single, con bambini che presentano problemi di salute e comportamentali

Courtney suggerisce che per ottenere migliori risultati è necessario in primo luogo un cambiamento del nostro modo di pensare il ruolo governativo. L’obiettivo del sistema di politiche infantili è stato a lungo quello di far cessare la dipendenza dallo Stato dei bambini adottati non appena raggiunta la maggiore età. Inoltre, i punti fermi del funzionamento adulto – il completamento degli studi, l’indipendenza lavorativa ed economica e la capacità di stabilire relazioni sentimentali – sono attualmente raggiunti dalla maggioranza della popolazione dopo un prolungato periodo di dipendenza: i giovani adulti, comunemente fanno affidamento sui genitori per un certo supporto economico ben oltre i vent’anni. Interrompendo precocemente il legame di attaccamento, lo stato non riesce a svolgere pienamente il proprio ruolo di “genitore corporativo”, il quale “dovrebbe agire in modo simile a quello dei ‘buoni’ genitori nei confronti dei loro figli. . . [prendendo] in considerazione le modalità di sostegno su cui generalmente i giovani possono contare in questo momento della loro vita.” Sebbene la ricerca sia limitata, è dimostrato che i ragazzi a cui è stato concesso rimanere in affido oltre i 18 anni ottengono risultati migliori riguardo a una varietà di indici di autosufficienza e benessere personale. Manifestando ottimismo, il Fostering Connections to Success and Increasing Adoptions Act, che entrerà in vigore nel 2011, permetterà ai ragazzi di rimanere sotto tutela (nella casa della famiglia affidataria, affidati alle cure di parenti, oppure in una vita indipendente sotto supervisione), fino all’età di 21 anni, purché siano inseriti in specifici programmi educativi e attività formative.

**Social Policy Report, 23(1), 3-18. Courtney, M. (2009)**

Prevede, inoltre, una regolamentazione per la gestione delle situazioni che si prolungano nel tempo, compreso un aiuto per lo sviluppo di progetti come l’accesso a una formazione superiore o alle opportunità di un lavoro.

Tuttavia, nonostante il supporto federale, i singoli stati potrebbero rimanere “ambivalenti” riguardo alle loro responsabilità genitoriali, esprimendo fuorvianti preoccupazioni a proposito di una eccessiva “dipendenza” da affido dovuta al sostegno prolungato di questa popolazione. Servono evidenze empiriche più concrete per convincere il legislatore e l’opinione pubblica che, per facilitare il passaggio verso una vita indipendente, è necessario un investimento maggiore in questo tipo di servizi. Entro poco tempo saranno disponibili studi di elevata qualità che mostrano come i costi maturati da una società caratterizzata da disoccupazione crescente, da problemi di salute, da genitori single, ecc., siano maggiori di quelli necessari per un prolungamento dei servizi di sostegno. Un aumento della gestione dei casi da parte di altre istituzioni pubbliche che coordini i servizi potrebbe essere di particolare importanza; non solo potrebbe aiutare a stabilizzare gli individui, ma potrebbe anche indurre altre strutture governative, oltre alle agenzie per le politiche infantili, a ricoprire ruolo di famiglia sociale. Courtney è speranzoso che l’aumento dei provvedimenti del National Youth in Transition Database (NYTD), che richiede di monitorare i risultati dei giovani in affido di età dai 17 ai 21 anni, possa aiutarci a colmare questo vuoto.



**Come cittadini e consulenti politici, noi dovremmo incoraggiare i nostri rispettivi governi a estendere l’affido al di là dei 18 anni, e valutarne attentamente i risultati.**

Come clinici e ricercatori, riconosciamo i principi dell’Act in merito al raggiungimento dell’indipendenza, ma c’è un’evidente mancanza di discussione in merito al bisogno di proteggere la continuità delle relazioni. Per esempio, sulla base del nuovo Act., è sottinteso che molti giovani, compiuti i 18 anni, si dovrebbero trasferire dalla casa di affido a una abitazione indipendente sotto supervisione, separandoli in questo modo da ciò che poteva essere stato una base sicura. Ci sarebbe molto da guadagnare se concepissimo le istituzioni come se avessero un ruolo genitoriale – a livello della popolazione. A livello individuale, in questo caso adolescenti con storie di attaccamento insicuro e interrotto, abbiamo anche bisogno di politiche che riconoscano e sostengano le relazioni di attaccamento sane, quando siano presenti.

**Lisa Mennet, Università di Washington**

Per l’articolo completo vedi [www.srpd.org](http://www.srpd.org) click su ‘Youth in Foster Care’



**Mike Blows**

## ‘Attaccamento in azione’ Uso del DMM per prendere in affido una famiglia

‘Sam’ abitava in un ostello. Aveva 16 anni, era sola, e il suo bambino di 2 settimane era già in affido. Sebbene facesse visita a Kyle (questo il nome del bambino) ogni giorno, né la propria madre, né il padre di Kyle volevano avere a che fare con lui – o con lei. Di fatto, l'affido (il

secondo di Sam in due anni) era stato già deciso prima che Kyle nascesse. Sam non frequentava una scuola, era fuori da casa e fuori di se stessa, stressata e confusa.

Il tribunale mi ha chiesto di valutare le sue capacità genitoriali – e quello che vidi non lasciava ben sperare. Sam era passiva e scarsamente sensibile nei confronti di Kyle, che, a sua volta, con lei era agitato e irritabile. Tuttavia, alla madre affidataria di Kyle piaceva Sam e apprezzava che venisse ogni giorno a trovarlo. Poiché desiderava dare a Kyle la possibilità di avere una vera madre, ha acconsentito che Sam venisse a vivere con loro, almeno per un periodo di valutazione. Questo era la svolta di cui Sam aveva bisogno. Si trasferì (Crittenden e Farnfield, 2007).

Per valutare ciò che Sam poteva o non poteva fare, le ho somministrato una Adult Attachment Interview (AAI). La sua AAI ha stabilito un record per la brevità e presentava molti marcatori distanzianti ed evitanti, con critiche evitanti alla propria madre; non aveva mai visto suo padre naturale fino all'età di 6 anni. Sam riferì di aver provato a dire a sua madre dei maltrattamenti da parte di suo padre adottivo, ma non era cambiato nulla. Ha “lottato” con il padre adottivo da quando aveva 14 anni, poi ha iniziato a marinare la scuola e a litigare con sua madre. È finita in affido quando sua madre e suo padre adottivo stavano separandosi. La desolazione di Sam era palpabile, nascosta dietro la sua espressione apparentemente imperturbabile.

Ho fatto delle videoregistrazioni con il CARE-Index, includendo la madre affidataria e Kyle. Il video di Sam e Kyle era preoccupante, con Sam molto silenziosa e incapace di calmare il piccolo. A un certo punto se lo è addirittura lasciato sfuggire di mano, urtandogli la testa quando lo ha rimesso a posto. Ho passato la videoregistrazione a un codificatore attendibile, che, nonostante tutto, mi ha dato qualche speranza, unitamente ai commenti di sostegno della madre affidataria. Il video mostrava che, nonostante fosse praticamente muta, Sam provava tenacemente a stabilire un legame con Kyle, anche se raramente era capace di anticipare i suoi cambiamenti di umore. Questo significava che reagiva costantemente a lui, ma che solo una volta o due questo permetteva qualche scambio. La madre affidataria, al contrario, entrava in contatto con Kyle facilmente, ma lei stessa tendeva a lasciarsi sfuggire la possibilità di unirsi in interazioni condivise e sembrava incoraggiare la performance.

La valutazione aveva suggerito una varietà di interventi delineati tenendo presente gli aspetti positivi emersi dal Care-Index e il temporaneo supporto fornito dalla madre affidataria, ma facendo attenzione agli aspetti emersi nell'AAI e al contatto veramente minimo tra Sam e la propria madre. Sam e Kyle hanno ricevuto una terapia supportiva genitore-figlio, unita a una psicoterapia per Sam, e io ho lavorato con la madre affidataria su come sviluppare interazioni sensibili con Kyle. I Servizi Sociali, benché riluttanti, sono stati persuasi a supportare questo programma e Sam è stata considerata formalmente “affidata”, ma solo per 3 mesi. L'accordo era che Sam non sarebbe uscita dal programma prima di tale data. Sam ha sorpreso tutti rispettando gli accordi e il tempo in affido le stato prolungato fino a 6 mesi.

La madre affidataria coraggiosamente ha acconsentito a un feedback sul suo CARE-Index, e, focalizzandola attentamente sui suoi aspetti positivi, è stata spronata a sviluppare una più vasta gamma di attività, in particolar modo tenendo un diario quotidiano, esprimendo a voce alta le risposte di Kyle e

cercando di aiutare Sam a iniziare a interrogarsi sui cambi di emozioni e interessi del piccolo. Allo stesso tempo, il trattamento cui Sam è stata sottoposta ha riguardato tematiche simili, ma ha anche cautamente indagato sul perché fosse stato così difficile per sua madre relazionarsi con lei e, a volte, proteggerla. Malgrado fosse stata proposta una terapia familiare, tutti alla fine concordarono con le riserve di Sam nell'aver a che fare con la propria madre.

Dopo 6 mesi, ho ripetuto il CARE-Index. Questa volta, Sam ha parlato a Kyle verbalizzando i propri sforzi, che erano più pertinenti, e, sebbene a volte non fosse ancora in grado di cogliere gli interessi di Kyle, era più affettuosa e ciò indusse il bambino a essere più cooperativo. Questo era il momento decisivo, le autorità locali volevano garanzie sul fatto che Sam potesse progredire da sola. Sembrava ci fosse fretta nel forzare Sam verso l'indipendenza!

Ancora una volta il CARE-Index è stato il punto di svolta, mostrando che, nonostante lo facesse ancora meccanicamente, Sam stava iniziando a utilizzare le tecniche apprese. L'ultimo video ha mostrato come Kyle ripetutamente riportava il suo libro preferito nel grembo di sua madre, finché lei ha finalmente capito che il gioco era usare il grembo come un contenitore e non quello di leggere! Sam si rese conto con piacere come la gioia di questo momento condiviso fosse differente dalla relazione che erano in grado di avere precedentemente. In più, la sicurezza e la buona volontà di Sam a mettersi maggiormente in gioco, grazie all'aiuto del suo terapeuta e della madre affidataria, la aiutavano a moderare il suo occasionale antagonismo verso gli operatori dei servizi sociali. Questa collaborazione nella cura ha consentito un rapido incremento della capacità di Sam di accettare un aiuto e di reagire alle risposte coercitive di Kyle. Sam continuava ad avere problemi nel gestire i momenti “difficili” di Kyle, ma vi erano miglioramenti.



Grazie a questi miglioramenti, paradossalmente, le autorità si sono convinte a mantenere Sam e Kyle in affido per altri due anni, fornendo a Sam i mezzi per completare la sua educazione e ottenere stabilmente un supporto dalla propria stessa madre. La madre affidataria prese in affido la nuova famiglia di Sam, la valutazione tramite il DMM ha fornito indicazioni sulla natura delle difficoltà che sono state incontrate e sul modo di andare avanti, e i professionisti hanno coordinato il loro lavoro attorno a queste competenze e obiettivi. Attualmente, nella loro nuova e vecchia famiglia, Kyle (che adesso ha 2 anni) e Sam stanno ancora bene, ma la tensione di spingere prematuramente la madre (che ha solo 18 anni) verso una indipendenza rimane.

**Mike Blows lavora come neuropsichiatra infantile a Suffolk, Gran Bretagna.**

Crittenden, P. M., & Farnfield, S. (2007). Fostering families: An integrative approach involving the biological and foster family systems. In R. E. Lee & J. B. Whiting (Eds.) *Handbook of Relational Therapy for Foster Children and their Families*. (pp. 227-250). Washington, D.C.: Child Welfare League of America.



**Patricia Crittenden**

## Sulle conseguenze di Baby P

Dalla morte di Baby P le autorità per la protezione infantile sono diventate estremamente caute, prendendosi cura dei bambini più di quanto non avessero fatto prima (Butler, 2009; Dugan & Lakhan, 2008). Questo li ha veramente protetti? Essere troppo cauti può essere dannoso? Ho ricevuto questa relazione

su un caso in cui un atteggiamento di iperprotezione ha danneggiato sia il bambino "protetto" che i suoi caregivers.

"David" a sette anni è stato tolto dalla casa dei suoi nonni – dove aveva vissuto con i suoi zii di 9 e 11 anni per i quattro anni successivi gli episodi di violenza tra i suoi genitori e di trascuratezza nei suoi confronti. Questa decisione fu presa per due ragioni. Primo, sua nonna era esausta e sempre meno capace di garantire una sicurezza per David. Per esempio, lo lasciava giocare fuori casa senza controllo per lunghi periodi, nonostante a volte si mettesse a girovagare, e aveva permesso ai tre ragazzi di guardare film violenti fino a tarda ora della notte. Preferendo risolvere i problemi per conto suo, incautamente, quando era impegnata, aveva mandato i suoi due bambini dalla propria sorella. Le Autorità locali avevano concluso che fosse incapace di occuparsene. Secondo, gli insegnanti di David avevano riferito che era spesso stanco ed era diventato difficile da gestire.

Furono intrapresi provvedimenti di cura e David fu messo in una casa affidataria in modo piuttosto precipitoso.

Dopo questo, gli insegnanti di David riferirono che si era chiuso in se stesso ed era diventato anaffettivo e anche aggressivo. La decisione di allontanarlo dai nonni li aveva scioccati; avrebbero voluto aiutare la famiglia, non un secondo frettoloso trasferimento. Ora, avrebbero preferito non aver detto niente. La madre affidataria di David aveva confermato che David era sconvolto e voleva ritornare a casa. I nonni di David si sentivano arrabbiati e senza aiuto; non sapevano come fare a riaverlo.

Quando ho iniziato a lavorare con David, fu chiaro che l'assistente sociale riteneva giustificate le preoccupazioni riguardo ai nonni e che era stato incapace di comunicare con loro in modo soddisfacente. Fu anche chiaro, comunque, che la vita di David non era stata a rischio. La situazione era stata così grave da giustificare il danno che il suo allontanamento avrebbe causato? L'assistente sociale si era prospettato una breve collocazione temporanea, senza capire quanto danno avrebbe provocato anche un allontanamento breve. Più tardi, con il passare delle settimane, si rassegnò a lasciare David nelle mani del sistema affidatario. Non aveva previsto che il "sistema" è preparato più per soccorrere che per restituire.

David diventò più depresso, con crisi aggressive. I suoi insegnanti notarono la sua sofferenza dopo queste crisi, ma non sapevano come capirlo o confortarlo. Diventava gentile e interessato, oppure violento e arrabbiato in modo imprevedibile

Durante il trattamento, divenne chiaro che David era rimasto traumatizzato dal suo allontanamento dalla casa dei nonni. Il suo dolore, la tristezza e il senso di inutilità erano quasi intollerabili. Sembrava tentare disperatamente di compiacere gli adulti con atteggiamenti compulsivi nei confronti della madre adottiva e assecondando gli insegnanti e l'assistente sociale – ma in realtà voleva ritornare a casa.

Utilizzando il DMM come cornice per la comprensione del suo comportamento, ho spiegato ai suoi insegnanti e ai suoi genitori adottivi quan-

to un "bambino così buono" potesse essere così "cattivo" – e perché si vergognasse così tanto delle sue crisi. Utilizzava strategie inibitorie per proteggere il Sé, ma, a volte, gli affetti negativi indotti dal trauma irrompevano violentemente. Questa spiegazione aiutò a collegare tra loro le percezioni contraddittorie di David. Anche così, per l'assistente sociale fu difficile riconoscere l'impatto negativo su David delle politiche più severe che avevano seguito la morte di Baby P. Mi disse che aveva consigliato ai nonni un corso di Parent Training, ma non erano stati disponibili. Più tardi venni a sapere che avevano frequentato il corso, trovandolo utile, e che avevano ottenuto l'attestato di partecipazione. Ma i docenti del corso si erano dimenticati di informare l'assistente sociale.

La mia opportunità di influenzare le cose si presentò quando David fu assegnato a una Tutrice infantile. Questa era a conoscenza del DMM e richiese informazioni sul mio lavoro. Sottolineai come il comportamento di David avesse lo scopo di proteggerlo e quanto l'eccessiva inibizione avesse portato la sua rabbia a essere incontrollabile, così da intrudere in modo aggressivo quando lui si sentiva impotente. Dopo essersi consultata con il tribunale, la Tutrice mi telefonò per dirmi che la mia relazione la aveva aiutata a presentare solide argomentazioni per riconsegnare David ai suoi nonni, organizzando un insieme di servizi di sostegno sviluppati in modo specifico sui bisogni della famiglia.



**di Katrina Robson**

Cosa ha prodotto questo disastro? Di solito è la confluenza di molti fattori. Un contesto: in questo caso, (1) i professionisti che si sono sentiti insicuri, (2) i nonni con troppe responsabilità e troppo scarse capacità (mandavano via i propri bambini), e (3) un bambino la cui vita era stata spezzata già una volta rendendolo vulnerabile al cambiamento e all'incertezza. Eventi inaspettati che hanno provocato una sequenza di conseguenze prevedibili che nessuno aveva predetto: lo spostamento dei giovani zii dalla loro zia probabilmente ha riattivato il trauma del trasferimento dai nonni, che ha aggravato i problemi a scuola e allarmato gli insegnanti che avvertirono gli assistenti sociali, i quali stavano già annaspando sul caso di Victoria Climbié e Baby P, così che si attivarono velocemente e con forza – in modo auto-protettivo (per se stessi, non per "Baby P"!)). E strategie auto-protettive: l'indipendenza silenziosa dei nonni, l'intervento impetuoso dell'assistente sociale, la compulsività di David. Più un crollo e alcuni sbagli: David era il punto critico; è crollato. Gli sbagli sono stati le comunicazioni distorte e i fallimenti di comunicazione: da parte dei nonni, degli insegnanti e del servizio sociale. Questo si è verificato quando i servizi hanno agito auto-protettendosi, spingendo David fuori da una "casa pericolosa" e esponendolo al trauma e alla depressione.

Chi sono i ragazzi cattivi in questa storia? Non ci sono ragazzi cattivi. Il DMM offre una cornice interpretativa per comprendere sia il comportamento com-

plesso di David che il comportamento di tutti gli adulti in un modo che non biasima nessuno. Se ci concentriamo solo sul bambino, possiamo perdere di vista le altre motivazioni: quelle degli insegnanti, dei nonni e dei professionisti. Solo quando si ha una visione d'insieme ed è rispettato il bisogno di ciascuno (a casa, a scuola, sul lavoro) si comprende come possa essere sviluppato un progetto nuovo che protegga tutti.

Butler P. May 9, 2009. 'Baby P scandal leads to sharp rise in children being taken into care' The Guardian: UK.



### **Ogni storia ha una morale. Questa è la nostra linea di fondo:**

**Il DMM riguarda le strategie auto-protettive che tutti noi utilizziamo. Quando c'è un conflitto qualcosa non è conosciuto o compreso, e, quando è rivelato, ognuno può sentirsi più al sicuro.**

**Gli insegnanti non considerano quanto i servizi si sentano minacciati da quando si è verificato il caso Baby P, perciò non si rendono conto di quanto una piccola segnalazione possa portare velocemente a un provvedimento di tutela.**

**Gli assistenti sociali e i tribunali non comprendono che anche un breve allontanamento provoca danni terribili al senso di sicurezza di un bambino.**

**La maggior parte del danno di un allontanamento è fatto – e non può essere annullato – nella prima ora.**

Dugan, E. & Lakhan, N. Nov. 23, 2008. 'Baby P effect causes rises in care applications' The Independent: UK.

**David è felice ora, ma la sua storia deve fare ricordare che, a meno che i familiari non minaccino la vita dei bambini, i bambini necessitano di un'abitazione stabile e di una famiglia, più di avere bisogno di una casa "perfetta".**

**Il punto è capire quale è il giusto grado di protezione.**

## **Tavole rotonde IASA dedicate a tematiche forensi**

La nostra prima tavola rotonda dedicata a tematiche forensi, tenutasi nell'Ottobre 2008 a Bertinoro, ha concluso che gli strumenti di valutazione del DMM possono contribuire significativamente al pensiero sulle decisioni prese nei tribunali relativamente all'affido dei bambini, ai contatti con la famiglia e all'intervento terapeutico.

Di solito le relazioni su procedimenti inerenti la cura e il diritto privato di famiglia sono frutto solo di osservazioni dirette o interviste, piuttosto che basarsi su procedure standardizzate affidabili per la valutazione dell'attaccamento.

Ci siamo incontrati di nuovo nell'Aprile 2009 all'Università di Roehampton in Gran Bretagna, per vedere quali possano essere gli obiettivi principali della IASA da proporre come modello per il lavoro nel sistema giuridico. Hanno partecipato Patricia Crittenden, Steve Farnfield, Senior Lecturer presso l'Università di Roehampton, Angela De Mille, assistente sociale, l'Onorevole Giudice Peter De Mille, Giudice di Diritto della Famiglia, Ben Grey, assistente sociale, Jayne Allam, psicologo forense e Julet Butler, psichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza. Tutti i presenti avevano una vasta esperienza sulle tecniche di valutazione e sulla stesura di relazioni per i tribunali.

Il Giudice De Mille ha messo a disposizione la sua esperienza di "utilizzatore del servizio" assieme alla sua visione personale su come articolare una relazione; inoltre ha aggiornato il gruppo sulle recenti linee guida legislative britanniche per le consulenze tecniche.

Il gruppo ha valutato che tutti gli strumenti del DMM trovano spazio nell'ambito forense. Abbiamo notato che la somministrazione di alcuni strumenti di valutazione, come il CARE- Index, non richiede nessuna formazione specifica, ma che potrebbero essere codificati a distanza o in cieco. Altri strumenti, come lo School-Aged Assessment of Attachment (SAA) e l'Adult Attachment Interview (AAI), richiedono una specifica formazione per la somministrazione. Vi è un numero limitato di intervistatori DMM formati e bisogna aumentarli.

La competenza per la codifica dei test pone problemi più complessi. Citando la letteratura relativa all'attaccamento, la dott.ssa Crittenden ha riferito che sono risultate più efficaci le valutazioni effettuate da codificatori all'oscuro della storia. Vi è un numero limitato di codificatori attendibili, specialmente per la AAI, ma, grazie ai corsi di formazione, questo problema è in via di risoluzione.

Ci siamo proposti una descrizione standardizzata del DMM e degli strumenti di valutazione che dovrebbero essere inclusi nelle relazioni. Esistono già dei

precedenti, ad esempio nelle relazioni si trovano descritti diversi questionari di personalità e le loro caratteristiche di



validità. Speriamo di fornire informazioni sugli strumenti del DMM attraverso un link nella pagina web del DMM. La descrizione standard dell'attaccamento secondo il DMM sarà utile per tutti quei professionisti che utilizzano il modello per orientarsi nel loro lavoro, anche se non utilizzeranno gli strumenti nel processo di valutazione.

Il gruppo ha esaminato diverse relazioni per le quali erano stati utilizzati differenti aspetti del DMM. In una relazione era stato utilizzato il DMM come riferimento teorico, ma le osservazioni riportate non potevano essere commentate da un altro esperto DMM perché erano soggettive e non video registrate. Si è convenuto sul fatto che le relazioni effettuate con il SAA e l'AAI erano più significative. Sono stati discussi l'utilizzo degli strumenti, l'inclusione di citazioni per chiarire le opinioni sostenute e la struttura da dare alle relazioni. Le trascrizioni di SAA o AAI, se utilizzati, potrebbe essere aggiunte in appendice.

Il gruppo ha pensato a come facilitare la diffusione del modello DMM: in futuro, attraverso la pagina web, verrà messa a disposizione degli interessati un elenco di valutatori e codificatori affidabili. Saranno utili linee guida per i consulenti tecnici. Ad esempio, chiunque debba produrre una relazione per una Corte potrà richiedere un feedback e, nel caso si utilizzano strumenti del DMM, è previsto un sistema di feedback per gli utenti. La prossima sfida potrebbe essere quella di chiedere alle famiglie un feedback su come hanno vissuto il percorso di valutazione e il processo che ha portato alla stesura della relazione.

Ci siamo incontrati nuovamente nel giugno 2009 con lo scopo di fornire una descrizione standardizzata dei metodi di valutazione del DMM e programmare la loro pubblicazione su riviste specializzate per sensibilizzare di chi lavora nel campo. Coloro tra di noi che utilizzano il DMM riconoscono la sua importanza per il lavoro con le famiglie e sono soddisfatti per i riconoscimenti che il modello sta ottenendo nel mondo molto rigoroso del sistema forense.

**Julet Butler - Giugno 2009**



*Seconda Conferenza Internazionale Biennale*  
St. John's College, Cambridge University, UK  
29-31 Agosto 2010

**Dettagli per la prenotazione nella prossima  
Newsletter e nella pagina Web!**

**Una presentazione significativa e importante dei dati psicologici,  
sociali e biologici sull'attaccamento**

**I nostri relatori nella sessione plenaria:**

**Prof. Peter Fonagy, UK**

**I trattamenti psicologici dei Disturbi Borderline di Personalità**

**Prof. Michael Meaney, Canada**

**Epigenetica del suicidio e dell'abuso**

**Prof. Penelope Trickett, USA**

**Impatto evolutivo longitudinale dell'abuso**

**Dr. Sverre Varvin, Norvegia**

**Treatmento del trauma**

**Dr. Andrea Landini, Italia**

**Integrazione di tutti i trattamenti per la salute mentale**

