Valutazione e tutela del bambino di un anno

L'ARTICOLO PROPONE UN MODELLO DI ASSESSMENT CHE NASCE NELL'AMBITO DELLA PSICOLOGIA GIURIDICA PER VALUTARE IL RISCHIO PSICOPATOLOGICO DEL BAMBINO E LA QUALITÀ DELLA RELAZIONE CON LE FIGURE D'ATTACCAMENTO. SCOPO DELLA VALUTAZIONE È INDIVIDUARE L'EVENTUALE SITUAZIONE DI PREGIUDIZIO E CAPIRE SE L'AMBIENTE DI VITA DEL BAMBINO GLI GARANTISCE UNA CRESCITA SERENA E ARMONICA.

Enza Gidaro *
Psicologa psicoterapeuta, Consulente tecnico d'ufficio per il Tribunale di Milano

LA VALUTAZIONE NEL SERVIZIO TUTELA MINORI

Il modello di *assessment* di seguito proposto nasce nell'ambito della psicologia giuridica per valutare il rischio psicopatologico del bambino e la qualità della relazione con le figure d'attaccamento. Il committente del processo di valutazione è l'Autorità giudiziaria e l'intero processo si inserisce in un contesto di multiproblematicità. Nello specifico, la magistratura richiede un'indagine sociale e psicologica; quest'ultima di ampia portata, ma allo stesso tempo molto specifica, contempla la valutazione psicologica del minore e della qualità della relazione con i genitori, oltre che la valutazione psicologica di questi ultimi e delle loro capacità genitoriali. Lo scopo della valutazione, oltre che di diagnosticare in "senso stretto", è quello di individuare l'eventuale situazione di pregiudizio e capire se l'ambiente di vita del bambino gli garantisce una crescita serena e armonica.

L'*assessment* approfondito e rigoroso consente all'operatore e all'equipe di lavoro di considerare l'itinerario evolutivo del bambino, di testare varie ipotesi diagnostiche, di considerare la tipologia d'intervento con tempi e scopi, di selezionare tecniche e strategie mirate, di valutare i contesti di intervento o il contesto di trattamento. Non bisogna dimenticare che gli obiettivi della tutela, oltre a quelli di attivare la protezione sono anche quelli di prevenire, favorire la ripresa di percorsi evolutivi perturbati, sostenere e riportare il bambino su un percorso che consenta di raggiungere uno stato di benessere psicofisico globale e, quando possibile, curare i *caregiver* circostanti (Ollendick, 1999; Ollendik, Grills, King, 2001). Nei casi più infausti è fondamentale formulare tempestivamente la diagnosi e la prognosi per consentire di accorciare i tempi dei percorsi giuridici laddove si contemplano ipotesi di crescita alternative per il minore.

I quesiti posti dal Tribunale richiedono un lavoro di indagine e diagnostico che vede necessariamente coinvolti altri soggetti del territorio, complessificando ulteriormente il percorso valutativo e richiedendo al contempo un'importante definizione di ruoli. La gravità di alcune situazioni richiede l'interfaccia con altri professionisti che ruotano intorno alla famiglia e al bambino piccolo (educatrici di nido o di comunità, pediatri, psichiatri, o altri operatori che si occupano a vario titolo degli adulti e/o del bambino) al fine di integrare le differenti valutazioni professionali.

Il modello di valutazione nasce dall'esperienza come psicologa, nei servizi di tutela e come Consulente tecnico d'ufficio, dalla quale è possibile evidenziare come l'insieme delle procedure consente la raccolta di una molteplicità di informazioni e di materiale clinico estremamente importante, generalmente sufficientemente esaustivo per porre diagnosi e prognosi. I giudici necessitano di indagini complete, dettagliate e approfondite e possono trovare nella documentazione loro fornita (l'elaborato finale) un quadro ampio della condizione del minore e del suo benessere psicologico che consenta di proporre l'intervento più adeguato nell'interesse dello stesso.

Sul versante dell'utenza vi sono risposte diversificate, gli incontri possono essere numerosi (colloquio iniziale di avvio, più colloqui con i genitori, osservazioni del bambino da solo, osservazioni della relazione, stesura della relazione e colloquio di restituzione al termine della procedura) e questo può creare scarsa collaborazione e accettazione dell'*iter* di valutazione, senza approfondire poi quelle situazioni a elevata conflittualità in cui gli adulti rivendicando diritti sul minore in modo aggressivo rendono ancora più arduo e complesso il processo diagnostico. Inoltre, poiché la valutazione è molto ricca di interventi può accadere che non vi sia lo spazio temporale per attuarla completamente (difficoltà oggettive, necessità di tutelare tempestivamente il minore).

Gli strumenti del modello esposto sono ben lungi dall'essere esaustivi e possono trovare integrazione con altri strumenti e modelli teorici. Il modello, che ha come riferimento la teoria dell'attaccamento, può essere applicato sia nell'ambito dei servizi di tutela minorile, sia nelle comunità di accoglienza, ma anche nel contesto privato.

Il bambino nel primo anno di vita

Le recenti teorie sullo sviluppo considerano il bambino piccolo come un essere attivo già dalla nascita tanto che i risultati sperimentali hanno evidenziato che dalle prime ore di vita extrauterina interagisce con il mondo fisico e sociale, grazie alla sua predisposizione biologica che lo rende un'organizzazione altamente complessa (Panzeri, 2001; Sameroff, Emde, 1996). Nel primo anno di vita l'assessment può essere effettuato sul bambino da solo o sul bambino come partecipante alla coppia di accudimento e quindi anche sulle figure parentali.

La valutazione approfondita richiede l'abilità nell'uso di una molteplicità di strumenti e tecniche che vanno dal colloquio clinico, alla raccolta anamnestica della storia evolutiva, all'osservazione del livello di sviluppo raggiunto e all'osservazione della relazione con le figure d'attaccamento.

Il colloquio clinico

Alcuni aspetti fondamentali, pertinenti al tipo di valutazione in questione, dovranno necessariamente essere indagati in modo prevalente. Innanzitutto, è fondamentale individuare le capacità di accudimento degli adulti verso il bambino, che cosa e come agiscono i genitori nell'allevamento quotidiano, come trascorrono il tempo con lui, chi si occupa del bambino in loro assenza. Sul versante dell'adulto è importante indagare la relazione tra i genitori al

Note

* Servizio Minori, adulti e famiglia, Comune di Sesto San Giovanni; .

momento della valutazione psicologica, la loro storia relazionale con i ricordi delle loro esperienze infantili che, riproposte attraverso i modelli di accudimento, influenzano le interazioni con il bambino stesso (Sameroff, Emde, 1996). E ancora, la presenza di patologie psichiatriche nei familiari e il livello di *compliance* alle cure e ai trattamenti, oltre che il grado di collaborazione che offrono i genitori. Utile, al clinico, l'indagine delle relazioni a livello familiare allargato, magari attraverso l'uso del genogramma, con riferimento alla teoria dei sistemi familiari; infine, non meno importanti le variabili socioeconomiche.

Attraverso il colloquio clinico con i genitori è possibile valutare le loro teorie *naif* in relazione alle difficoltà presentate dal bambino, il loro livello di tolleranza, le loro aspettative sulla cura e sullo sviluppo. Nel colloquio vanno costruite ipotesi su quali possibili fattori, ambientali e/o familiari, hanno scatenato il disturbo o il problema e contribuito a creare il disagio.

È fondamentale capire gli atteggiamenti, i pensieri e gli stati emotivi degli adulti in risposta alle problematiche del bambino, in modo da evidenziare il supporto che gli offrono ed eventuali circoli viziosi relazionali che possono amplificare e contribuire a mantenere il problema e, inoltre, evidenziare lo stile educativo del genitore o della coppia genitoriale: iperansioso, iperprotettivo, perfezionistico, incoerente, ipercritico (Kendall, Di Pietro, 1995), autoritario.

L'anamnesi psicofisiologica del bambino

La storia del bambino può essere indagata attraverso un questionario rivolto ai genitori e che raccoglie una serie di informazioni sul bambino e sul suo sviluppo; in una fase successiva i dati saranno integrati e arricchiti con quelli ottenuti dall'osservazione e dal colloquio.

Lo scopo di una raccolta anamnestica dettagliata è quello di ricostruire il decorso di sviluppo del bambino nei suoi aspetti principali: evoluzione affettiva, socio-relazionale, psicomotoria, preverbale e cognitiva. La ricostruzione dell'itinerario di sviluppo insieme ai genitori consente di cogliere eventuali criticità o eventi scatenanti l'insorgenza del problema o del sintomo nel tempo.

Costituiscono elementi importanti le abilità comunicative e narrative dei genitori (precisione, racconti vaghi, dimenticanze, insicurezze, aspettative di conferme, emozioni prevalenti), ma anche la loro capacità di trovare o ipotizzare insieme all'operatore legami di causa/effetto in relazione all'evento problematico o al malessere. Particolare importanza deve essere data all'approfondimento di eventuali episodi di lutti vissuti dai genitori in concomitanza dell'attesa del bambino o della nascita, oltre a episodi di separazioni familiari difficili, traumatiche o conflittuali. La presenza nella storia psicologica di tali eventi richiede un'attenta indagine di quelle che sono state le reazioni emotive e comportamentali dei genitori, dell'insorgenza di eventuali disturbi psicopatologici e delle reazioni del bambino. Le ricerche in questo ambito hanno evidenziato una forte correlazione tra episodi di lutti o traumi non risolti nel genitore e l'attaccamento disorganizzato del bambino ad esso (Liotti, 1994; 2001).

È importante indagare quali sono le reazioni del bambino alla separazione dalle figure affettivamente importanti; ciò consente di ottenere informazioni sulla tipologia di interazione in quella diade.

Il questionario anamnestico deve raccogliere informazioni relative al periodo prenatale, al periodo perinatale, allo sviluppo del bambino e all'accudimento. Lo sviluppo va considerato dalla nascita, procedendo per aree, sviluppo psicomotorio (dal controllo del capo al raggiungimento della stazione eretta), capacità sensoriale (visiva, uditiva, di reazione agli stimoli esterni e di esibire interazioni complesse, ad esempio seguire un oggetto in movimento con lo sguardo). Condotte esplorative: da quella orale alla manipolazione complessa. Evoluzione preverbale e verbale: dalle condotte ecolaliche, alla lallazione, alle prime parole, per giungere infine alle intenzioni di richiesta e dichiarazione. Aspetto emotivo: comprende la capacità del bambino di prestare attenzione all'altro in una dimensione di reciprocità sempre più ricca. Infine, la comparsa del sorriso e della paura dell'estraneo (Rochat, 1989; D'Odorico, 1992; Camaioni, 1993; Panzeri, 2001; Masson, 2002).

I dati emersi dal colloquio con i genitori e dall'anamnesi psicofisiologica consentono di formulare ipotesi diagnostiche sullo sviluppo del bambino, ipotesi sulle cause che hanno determinato la sofferenza, e di ipotizzare se essa è riconducibile al mondo degli adulti, all'interazione con il bambino, o di considerare l'entrata in gioco di più fattori.

Dopo il colloquio e la raccolta dell'anamnesi, si può procedere all'osservazione della relazione del bambino con le figure per lui significative, all'osservazione del livello di sviluppo ed eventualmente all'osservazione del minore nei suoi contesti di vita: ambiente familiare, asilo nido, comunità.

Tutte le informazioni ottenute dalle fasi precedenti devono essere inserite in un quadro più ampio, che comprende uno specifico *assessment* rivolto ai genitori, entrambi o singolarmente, in cui si focalizza l'attenzione sui seguenti aspetti:

- storia del genitore/i ed esperienze relazionali e *pattern* d'attaccamento;
- storia coniugale, anamnesi familiare e rete sociale;
- storia degli eventi stressanti, vulnerabilità e reattività allo stress;
- presenza di eventuali disturbi di personalità e gestione dell'emozionalità;
- capacità metacognitive del genitore (Semerari, 1999; Liotti, 2001; Isola, Mancini, 2003; Colle 2007);
- livello intellettivo, capacità di *problem solving* e di *coping*;
- credenze sull'infanzia e sull'educazione del bambino.

L'OSSERVAZIONE

Gli ambiti teorici di riferimento per la tecnica dell'osservazione sono molteplici, di seguito si farà riferimento al contributo etologico e alla teoria dell'attaccamento di Bowlby. Quest'ultimo propone lo studio dell'interazione tra madre e bambino come legame primario, e lo studio del comportamento del bambino negli ambienti naturali di vita. La tecnica dell'osservazione, per la sua flessibilità, ben s'inserisce nella procedura di *assessment*.

Osservazione del livello di sviluppo

La valutazione delle abilità raggiunte dal bambino può essere effettuata dal clinico attraverso l'osservazione clinica o l'uso di strumenti specifici.

L'osservazione implica una conoscenza approfondita delle tappe di sviluppo del bambino nel primo anno di vita e delle abilità attese per ogni area; il clinico può indagare solo il comportamento osservabile e compiere delle inferenze sulle caratteristiche dei sistemi sottostanti che lo hanno prodotto.

La stimolazione ludica e l'interazione con il clinico sono finalizzate a elicitare l'emissione delle risposte attese e a formulare una valutazione complessiva circa la capacità reattiva del bambino, la capacità di risposta agli stimoli sensoriali, l'abilità esplorativa che rivela: curiosità, vivacità cognitiva, comportamenti di ricerca con lo sguardo e gli arti, capacità motorie e di coordinazione, risposte emotive, di adattamento generale e all'ambiente, di interazione sociale e la tonalità emotiva complessiva.

Esistono numerosi strumenti di valutazione delle capacità del bambino a partire dalla nascita, tra queste ricor-

diamo, ad esempio, le scale di sviluppo della prima e della seconda infanzia di Gesell, di Griffiths e di Bayley che dividono il comportamento del bambino in categorie e valutano la motricità, le capacità adattive, il linguaggio e il comportamento sociale, misurando le abilità attraverso una serie di *item*. Questi strumenti consentono di valutare la presenza di un eventuale ritardo dello sviluppo e di quantificarne il grado.

La scala di Brazelton, *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (Nbas) è invece specifica per il bambino nei primi mesi di vita, osserva il comportamento spontaneo del bambino e valuta le risposte che il piccolo fornisce in seguito a una serie di prove compiute dal clinico.

La scala valuta inoltre sia l'aspetto neurologico sia l'adattamento all'ambiente esterno, oltre che le caratteristiche del bambino di sollecitare risposte di cure appropriate e l'interazione con il *caregiver*. Durante la valutazione, il bambino viene considerato un partecipante attivo a una situazione dinamica e interattiva con il clinico, che può così monitorare il suo sistema fisiologico e far esprimere pienamente la ricchezza del suo repertorio comportamentale. L'uso corretto della scala richiede un *training* specifico (Panzeri, 2001).

Osservazione della relazione

La qualità della relazione primaria stabilita dal bambino con chi si prende cura di lui ha fondamentale importanza per lo sviluppo cognitivo, affettivo, sociale e, in generale, per lo sviluppo della personalità.

La teoria dell'attaccamento considera il comportamento del bambino verso la figura d'attaccamento lungo due dimensioni: la prima di sicurezza/insicurezza (differenziando i tre tipi: sicuro B, insicuro evitante A, insicuro resistente C; la seconda di organizzazione/disorganizzazione (Liotti, 2001). Nella relazione con la figura d'attaccamento il bambino costruisce le basi per l'apprendimento della regolazione affettiva e costruisce la posizione di reciprocità, le aspettative verso il mondo e verso gli altri. Le recenti linee di ricerca sostengono che la dimensione della sicurezza nell'attaccamento risulta fondamentale per lo sviluppo della teoria della mente e i bambini con un attaccamento sicuro nel primo anno di vita sviluppano prima le capacità di base della teoria della mente, all'età di quattro anni, e sono in grado di superare più facilmente il test di falsa credenza intorno ai cinque anni. La dimensione dell'organizzazione/disorganizzazione dell'attaccamento, invece, creerebbe maggiori ostacoli verso la formazione della teoria della mente, rispetto agli altri tipi di attaccamento insicuro, con conseguenti deficit nelle funzioni metacognitive e dello sviluppo. Numerosissimi studi clinici ipotizzano che nel primo anno di vita la disorganizzazione dell'attaccamento costituisce un fattore di rischio per alcuni disturbi psicopatologici, così come anche l'attaccamento insicuro (evitante e ambivalente) è predittivo per lo sviluppo di psicopatologia (Liotti, 2001; Colle, 2007; Attili, 2007). Dopo la nascita, la relazione madre/bambino costituisce un'area protetta di importanti e costanti scambi che contribuiscono a definire il concetto stabile di madre. Imparare a percepire il *caretaker*, la mamma, in modo organizzato, consente al bambino la percezione del mondo. Secondo Rygaard, nei primi tre anni il bambino sviluppa la costanza dell'oggetto attraverso fasi ben precise; lo sviluppo adeguato delle prime due fasi, rispettivamente fase dell'"Attaccamento di base" da 0 a 6 mesi, e fase della "Gestione dell'ansia" da 0 a 12 mesi, è importante per comprendere l'eventuale insorgenza di futuri disturbi dell'attaccamento. Se in queste fasi i bambini non hanno un buon contatto, saranno poco capaci di sviluppare significati emotivi e formare modelli operativi interni degli altri, saranno incapaci di sviluppare relazioni personali e probabilmente più esposti a problemi psicopatologici (Rygaard, 2007).

Il genitore che accudisce in modo responsivo e con sensibilità contribuisce a un'adeguata regolazione emotiva con il proprio bambino, a un adeguato senso di efficacia, di autoregolazione e di aspettative positive rispetto alle reazioni interpersonali future. La qualità della metacognizione del genitore, inoltre, risulta essere predittiva dell'organizzazione dell'attaccamento del bambino e, in particolare, "la funzione riflessiva materna", cioè la capacità della madre di tenere in mente il proprio bambino e di riflettere sulla sua esperienza sono considerate determinanti nella trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento (Isola, Mancini, 2003; Attili, 2007). Anche Fonagy sostiene che la capacità del genitore di mentalizzare ha una forte correlazione con l'attaccamento sicuro del bambino, dove per capacità di mentalizzare s'intende che il genitore è in grado di contenere mentalmente il proprio bambino e di considerarlo un individuo dotato di propri stati mentali e affettivi. Il bambino può sviluppare un sé riflessivo all'interno della mente della figura d'attaccamento perché può sperimentarsi come persona che pensa e prova emozioni (Colle, 2007).

L'attivazione del sistema dell'attaccamento del bambino innesca l'attività del sistema di accudimento della figura d'attaccamento, dove le emozioni tipiche del primo sono quelle di conforto-gioia-sicurezza-fiducia nell'avvicinamento e di paura-collera-tristezza-disperazione-distacco emozionale nel caso vi si frappongano ostacoli nel conseguire la meta; le emozioni tipiche del sistema dell'accudimento sono rispettivamente di tenerezza protettiva-gioia nell'avvicinamento, ansiosa sollecitudine, compassione e colpa nel caso vi si frappongano ostacoli nel conseguire la meta.

Il genitore accudente che instaura una relazione sensibile e responsiva risponde in modo adeguato ai segnali del bambino ed esibisce i seguenti comportamenti: voce calda e affettuosa, guarda e instaura con il proprio bambino una reciprocità di sguardi, rispecchia le emozioni, è empatico, fornisce stimolazioni tattili adeguate, la comunicazione è calma e rispettosa dei tempi del bambino, segmenta i comportamenti di comunicazione in turni, manifesta sorriso sociale, emette vocalizzazioni, assume una posizione accogliente nell'interazione con il bambino (Crittenden, 1994).

Il comportamento della diade madre-bambino è stato classificato nelle seguenti categorie comportamentali, così per la madre si può rilevare la presenza di azioni come: toccare, tenere in braccio, vocalizzare, guardare, sorridere-ridere, giocare, cullare, baciare; per il bambino: tenere gli occhi chiusi, vocalizzare, frignare-piangere, giocare con un oggetto, con la persona, sorridere-ridere, guardare la madre (D'Odorico, 1992).

L'osservazione della relazione consente di rilevare la quantità e la qualità del comportamento interattivo osservabile, il grado di coinvolgimento reciproco, di adattamento e di benessere, chi è il promotore dell'interazione, gli effetti che il comportamento genitoriale esercita sul bambino e viceversa, data la dinamica circolare dell'interazione.

L'Asse II della Classificazione diagnostica 0-3 annovera tre aspetti della relazione che devono essere considerati ai fini diagnostici durante la valutazione: le caratteristiche dell'interazione che si colgono attraverso il comportamento dei soggetti; il tono affettivo che si riferisce al clima emozionale dei soggetti interagenti e il coinvolgimento psicologico. Attraverso la Scala di valutazione globale della relazione genitore/bambino viene proposto un sistema di classificazione che va da una relazione ben adattata, piacevole, priva di conflitti dalla quale i partecipanti traggono piacere, fino a una relazione gravemente disturbata e disorganizzata (Zero-To-Three, 2002).

Nel *Care Index*, Crittenden (1994) distingue diversi aspetti da osservare nell'interazione tra bambino e genitore. Nell'adulto vengono osservati: l'espressione del volto, la tonalità vocale, la posizione del genitore e il contatto corporeo con il bambino, l'espressione di affetto, la presenza di messaggi contrastanti, comportamenti di rassicurazione verso il bambino, comportamenti di evitamento o di riunione. Nella diade: il succedersi dei turni, il controllo del processo relazionale, la scelta di attività. Nel bambino: l'espressioni del volto e dell'emozioni, le condotte esplorative, le condotte di protesta, di autoconsolazione, gli atteggiamenti durante la riunione. Durante l'osservazione è utile prevedere un momento per la separazione e per la riunione del bambino dalla figura d'attaccamento, in particolare dalla fine del primo semestre.

È importante osservare che i comportamenti del genitore siano spontanei e non motivati dalla preoccupazione di soddisfare l'operatore. Il genitore viene aiutato a collegare i propri pensieri, convinzioni, credenze e aspettative e le proprie reazioni emotive al comportamento emesso dal bambino. Questi elementi insieme a tutti gli altri aspetti clinici indagati consentono allo psicologo di formulare ipotesi diagnostiche: sulla qualità e tipologia della relazione diadica, sulla capacità di accudire e proteggere il bambino. A tal proposito, si ricorda che sono stati individuati tre tipi di modelli operativi riguardo all'accudimento: l'adulto flessibile che esibisce un comportamento positivo e realistico davanti a segnali di pericolo; l'adulto rifiutante cioè centrato sui propri bisogni e preoccupato del ruolo esterno di genitore più che di rispondere ai bisogni del bambino; l'adulto incerto che enfatizza le richieste del bambino trascurando le proprie (Isola, Mancini, 2003).

Bibliografia

Attili G., *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente*, Raffaello Cortina, Milano, 2007.

Camaioni L. (a cura di), *Manuale di Psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna, 1993.

Colle L., "Metacognizione e attaccamento: una relazione complessa", in Isola L., Mancini F. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*, Franco Angeli, Milano, 2007.

Crittenden P., *Nuove prospettive sull'attaccamento in famiglie ad alto rischio*, Guerini, Milano, 1994.

D'Odorico, L., *L'osservazione del comportamento infantile*, Raffaello Cortina, Milano, 1992.

Isola L., Mancini F., (a cura di), *Psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza*, Franco Angeli, Milano, 2003.

Kendall P., Di Pietro M., *Terapia dell'ansia scolastica*, Erickson, Trento, 1995.

Lerner R. M., Hess L. E., Nitz K., "Toward the integration of human developmental and therapeutic change", in Martin P. M. (a cura di), *Handbook of Behavior Therapy and Psychological Science: An Integrative Approach*, Pergamon Press, New York, 1990, pp. 13-34.

Liotti G., *La dimensione interpersonale della coscienza*, La Nuova Italia, Roma, 1994.

Liotti G., *Le opere della coscienza. Psicopatologia e Psicoterapia nella prospettiva cogntivio-evoluzionista*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.

Ollendick T. H., "Empirically supported assessment for clinical practice: Is it possible? Is it desiderable?", *The Clinical Psychologist*, 52, 1999, pp. 1-3.

Ollendick T. H., Griels A. E., King N. J., "Applyimg Developmental Theory to the Assessment and Treatment of Childhood Disorders; Does it Make a Difference?", *Clinical Psychology Psychoterapy*, vol. 8, 5, 2001.

Panzeri M. (a cura di), "L'interazione madre-bambino nel primo anno di vita", Carocci, Roma, 2001.

Rochat P., "Object manipulation and exploration in 2-to 5-month-old infants", Developmental Psychology, 25, 1989, pp. 871-884.

Rygaard N. P., "Il paziente con difficoltà relazionali: un'introduzione al disturbo dell'attaccamento nella pratica clinica", in Isola L., Mancini F., (a cura di), *Psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza*, Franco Angeli, Milano, 2003..

Sameroff A. J., Emde R. N., *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Boringhieri, Torino, 1996.

Semerari A. (a cura di), *Psicoterapia del paziente grave*, Raffaello Cortina, Milano, 1999.

Zero-To-Three, *Classificazione diagnostica 0-3*, Masson, Milano, 2002.

Rita Cian

DIARIO DEI VENT'ANNI, ASSOCIAZIONE DE BANFIELD 1988 - 2007

Associazione Goffredo de Banfield, Trieste, 2008

Come ripercorrere i primi vent'anni dell'Associazione de Banfield? Dopo aver rivisitato un mare di documenti, colmi di parole e di immagini, abbiamo scelto quelli che rappresentano meglio un percorso di continua crescita. Una scelta difficile, perché vogliamo molto bene a tutti. Nel passare in rassegna la documentazione, sono riemerse anche le cose abbozzate e non realizzate, quasi sempre per mancanza di mezzi, umani o finanziari. Qui non ne parliamo: potrebbe essere idee utili per il futuro. Un rischio non è stato corso: quello di rivedere gli accadimenti come parole e immagini statiche, finite e definite. Perché per ogni accadimento si sono impegnate molte persone, con passione ed entusiasmo: sono emozioni che continuano a vivere. Non c'è tutta la storia dell'Associazione, dunque, in questa monografia. Questo non significa aver dimenticato qualcosa o qualcuno: tutti hanno lasciato il loro segno nella vita dell'Associazione. Chi ci conosce sa che per noi ha sempre contato il lavoro d'insieme, il perseguimento dell'obiettivo, più che i singoli attori impegnati. Ripercorriamo allora la strada, sostando solamente ad alcune fermate. Speriamo siano quelle giuste per incuriosire voi lettori, tanto da farvi salire insieme a noi, per proseguire il viaggio. Il mezzo di trasporto è articolato, perché accostarsi alla Vecchiaia non vuol dire solo servizi, ma culture, mostre convegni, conferenza, cinema, teatro. Vuol dire pensare alla Vecchiaia come espressione della nostra vita e pensare alle espressioni della nostra vita dalla parte della Vecchiaia.
(tratto dalla presentazione del volume)

G. Ballestrin

ALUNNI PAZIENTI

Erickson, Gardolo (TN), 2007

Alunni pazienti racconta storie di bambini e adolescenti che fanno scuola in ospedale. Alunni costretti da malattie gravi a studiare in pigiama, spesso attaccati alla flebo, a volte stesi sul letto di degenza con l'insegnante lì di fianco. Le narra il loro prof. di matematica, una materia considerata «fredda» più di ogni altra, ma che acquisisce colore e perfino sapore all'interno di una relazione autentica tra docente e studente, improntata al reciproco riconoscimento. E in questo quadro, dove campeggiano la sofferenza e la difficoltà, emerge gradualmente il valore dell'imparare, del condividere e del fare fatica, insieme. Una fatica che, se accettata, rende possibile la conquista delle proprie autonomie, restituisce un senso del vivere, nobilita, comunque, il tempo che ci è dato.