

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO - BICOCCA

Facoltà di Psicologia

Dottorato di Ricerca in Psicologia Sociale, Cognitiva e Clinica

XXII CICLO

MADRI ADOLESCENTI E SVILUPPO SOCIOEMOTIVO INFANTILE:

SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO

DI INTERVENTO PREVENTIVO

Tutor: Prof.ssa Cristina RIVA CRUGNOLA

Tesi di Dottorato di:

Simona Gazzotti

Matricola n. 027195

Anno Accademico 2009/2010

Nelle notti senza luna è facile perdere la strada di casa.

I profili familiari delle case, degli alberi, delle macchine parcheggiate diventano improvvisamente creature sconosciute e vive.

Eppure è proprio nelle notti senza luna che accade la magia: ogni cespuglio, ogni prato, ogni bosco o laghetto si popola di minuscole, flebili vocine e scrutando meglio anche di fugaci bagliori e sbatter d'ali.

Fu in questo modo che Sara conobbe le fate.

Quando la mamma di Sara non era ancora diventata un angelo, nel rimboccarle le coperte raccontava alla figlia di piccoli popoli, di creature magiche, di folletti, draghi e cavalieri dall'animo nobile.

Sara rimaneva affascinata da quel mondo sconosciuto e improbabile e sebbene crescendo si rendesse conto che si trattava solo di sciocche fantasie puerili rimaneva viva in lei la convinzione che all'insaputa di tutti esistessero davvero esseri fatati.

Esattamente in una notte senza luna il sonno di Sara fu disturbato da un rumore improvviso nella sua stanza: scrutò ovunque con il volto semi-nascosto dal lenzuolo e il suo sguardo sorvolò tutta la stanza passando dalla finestra fino alla casa delle bambole.

Sara, che al tempo era poco più di una bambina, sguscì fuori dalle lenzuola e si affrettò ad accendere la luce e quel che vide, proprio vicino al suo letto, la lasciò a bocca aperta: una donna, bellissima, dalla pelle argentea ed alta poco più di una bambola. Ma l'elemento che più di tutti la stupì fu la presenza di due grosse, multicolori ali sulla schiena di quella piccola donna.

Sara capì subito che si trattava di una fata; era identica alle descrizioni che ne faceva sua madre.

La fata si avvicinò a lei con passo leggero e le sorrise: aveva un sorriso incantevole ed enigmatico e mentre Sara la fissava estasiata e stupita, la fata le tese la mano e aprendo il palmo rivolto verso l'alto fece apparire una bianchissima ninfea.

Bastò toccare quel fiore che la stanza intorno a loro si dissolse e si ritrovarono in un turbine lucente finché Sara si trovò nuovamente con i piedi piantati per terra ma non più in camera sua, bensì in una piccola radura illuminata da gruppi di lucciole nascoste sotto la corolla delle campanule situate tutt'intorno tra i cespugli e le chiome degli alberi.

Nella radura venti piccole donne, le altre fate, si intrecciavano i folti capelli blu con piccoli fiori gialli e ridevano felici di quella che sembrava essere una festa.

*All'arrivo di Sara tutte le fate abbandonarono le loro occupazioni per andarle incontro e creare intorno a lei un cerchio magico all'interno del quale veniva emanata una forte energia che le fece venire i brividi lungo tutta la schiena e presero ad intonare un canto*

*che riproduceva alla perfezione quello degli uccelli.  
Sara si lasciò cullare da quella dolce melodia mentre le fate presero a danzare  
nell'armonia di quel cerchio e più loro danzavano più Sara si sentiva parte di quel mondo.*

(Francesca, 17 anni, mamma di Giacomo)



*Figura . Il cerchio delle fate*

## Indice

|  |           |
|--|-----------|
| Riassunto  | 6         |
| Introduzione   | 7         |
| <b>Capitolo 1</b>  |           |
| <b>La gravidanza e la maternità in adolescenza</b>   | <b>10</b> |
| 1.1 La maternità in adolescenza: aspetti psicosociali e motivazionali                            | 10        |
| 1.2 Le rappresentazioni materne in età adulta e in adolescenza                                   | 13        |
| 1.3 Fattori di rischio e di protezione della gravidanza in età adolescenziale                    | 16        |
| 1.4 Il parto in adolescenza: una duplice metamorfosi del corpo                                   | 20        |
| 1.5 La regolazione emotiva e gli scambi interattivi<br>tra le madri adolescenti e i loro bambini | 21        |
| 1.6 I figli delle madri adolescenti  | 24        |
| <b>Capitolo 2</b>  |           |
| <b>Il trattamento della relazione genitore-bambino</b>   | <b>28</b> |
| 2.1 Il bambino e i suoi caregiver: modelli di intervento   | 28        |
| 2.2 La valutazione dell'efficacia dell'intervento: meno è meglio?                                | 32        |
| 2.3 Comportamento sensibile e rappresentazione: un approccio integrato                           | 33        |
| 2.4 Il sostegno alla genitorialità in adolescenza  | 35        |
| 2.5 Fattori aspecifici condivisi dagli interventi rivolti alla relazione genitore-bambino        | 38        |
| 2.6 Accompagnare alla crescita le madri adolescenti e i loro bambini                             | 39        |

## **Capitolo 3**

### **Lo sviluppo socioaffettivo dei bambini di madri adolescenti 45**

|  |    |
|--|----|
| 3.1 Progetto di ricerca: la valutazione di un modello di intervento rivolto alle mamme adolescenti e ai loro bambini                         | 45 |
| 3.2 Studio 1: La maternità in età adolescenziale e adulta: stili di interazione e stati affettivi e di coordinazione affettiva madre-bambino | 49 |
| 3.2.1 Metodo   | 51 |
| 3.2.2 Risultati  | 56 |
| 3.2.3 Discussione  | 64 |
| 3.3 Studio 2: Valutazione del trattamento basato sul video-feedback nel gruppo di mamme adolescenti con intervento                           | 68 |
| 3.3.1 Metodo   | 69 |
| 3.3.2 Risultati  | 70 |
| 3.3.3 Discussione  | 73 |

## **Capitolo 4**

### **Le madri adolescenti e i loro bambini 74**

|   |    |
|---|----|
| 4.1 Lucia e Luca  | 75 |
| 4.1.1 Lo stato della mente secondo l'Adult Attachment Interview |    |
| 4.1.2 L'interazione tra Lucia e Luca                            | 76 |
| 4.1.3 Il bambino pensato  | 81 |
| 4.1.4 Crescere insieme  | 83 |
| 4.2 Sara e Daniela  | 85 |

|  |            |
|--|------------|
| 4.2.1 L'Adult Attachment Interview di Sara   | 86         |
| 4.2.2 Le interazioni tra Sara e Daniela  | 88         |
| 4.2.3 La trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento insicuro:<br>un esito diverso | 92         |
| <b>Capitolo 5</b>  |            |
| <b>Conclusioni e prospettive di ricerca</b>  | <b>96</b>  |
| <b>Riferimenti bibliografici</b>   | <b>100</b> |

## Riassunto

Numerosi studi hanno evidenziato come la maternità nel periodo adolescenziale costituisca un fattore di rischio per lo stabilirsi di una relazione adeguata tra madre e bambino (Aiello e Lancaster, 2008; Osofsky, Hann e Peebles, 1993; Reid e Meadows-Oliver, 2007; Secco, Profit, Kennedy, Walsh, Letourneau e Stewart, 2007), influenzando al contempo lo sviluppo affettivo dei loro bambini che dimostrano una ridotta capacità di comunicazione in tale ambito (Osofsky, 1992), nonché la tendenza a costruire legami di attaccamento insicuro di tipo evitante e disorganizzato in misura maggiore rispetto ai figli di madri adulte (Broussard, 1995; Frodi, Grolnick, Bridges e Berko, 1990; Ward e Carlson, 1995; Moran, Forbes, Evans, Tarabulsky e Madigan, 2008). Poco indagati risultano tuttavia gli stili di regolazione emotiva adottati dalle madri adolescenti e dai loro bambini nel corso del primo anno di vita, stili che come è noto appaiono determinanti per lo sviluppo socio-emotivo infantile e per il formarsi dei legami di attaccamento. In questa prospettiva il lavoro di tesi presenta un progetto di intervento rivolto alle mamme adolescenti e ai loro bambini, realizzato in collaborazione con l'A.O. San Paolo di Milano e coordinato dalla Prof.ssa Riva Crugnola.

Vengono presentati due differenti studi utilizzando i dati raccolti nel corso del trattamento con le mamme osservate. Nel primo studio vengono confrontati gli stili interattivi e di regolazione emotiva di madri adolescenti e adulte a 3 mesi di vita dei bambini, evidenziando come le diadi con madri adolescenti si delineino meno adeguate rispetto a quelle con madri adulte, configurandosi meno in grado di condividere le emozioni positive ed esprimendo individualmente meno stati positivi (madri e bambini) e più stati negativi (le madri). Nel secondo studio invece viene valutata l'efficacia dell'intervento rivolto alle mamme in età adolescenziale, rilevando in particolare un decremento dei livelli di comportamento controllante/intrusivo nelle mamme prese in esame.

Vengono illustrati infine due casi per poter entrare maggiormente nel merito della tecnica di trattamento elaborata.

## Introduzione

Il lavoro di tesi riguarda il progetto di ricerca avviato nel corso degli anni del Dottorato in Psicologia Sociale, Cognitiva e Clinica, focalizzato sulla sperimentazione di un modello di intervento preventivo rivolto alle madri adolescenti e ai loro bambini<sup>1</sup>.

Tale progetto, coordinato dalla prof.ssa Riva Crugnola, è stato attuato grazie alla collaborazione tra l'Università degli Studi di Milano-Bicocca e l'Azienda Ospedaliera San Paolo, in particolare con riferimento al reparto di Ostetricia e Ginecologia e al Servizio di Accompagnamento alla crescita, dipendente dall'Unità di Neuropsichiatria Infantile.

La maternità in età adolescenziale rappresenta un tema di grande rilievo socio-culturale soprattutto nelle società occidentali, molto dibattuto anche in ambito psicologico.

Nel primo capitolo vengono presentati i principali contributi teorici e gli studi che hanno affrontato il tema della gravidanza e della maternità in età adolescenziale. In particolare sono presi in esame i fattori di rischio e di protezione associati a tale condizione (Convington, Justason & Wright, 2001; Osofsky, 1992; Reid & Meadows-Oliver, 2007; Zampino, 2005), nonché gli esiti di sviluppo maggiormente riscontrati in figli di madri adolescenti (Gazzotti, Spinelli, Albizzati & Riva Crugnola, 2010; Jaffe, Caspi, Moffit, Belsky & Silva, 2010; Osofsky, 1995; Ward & Carlson, 1995). Viene affrontato inoltre il tema della doppia trasformazione corporea delle mamme adolescenti dovuta ai cambiamenti fisici tipici dell'età adolescenziale e all'esperienza della gravidanza e del parto (Ammaniti, Candelori, Pola & Tambelli, 1995; Ammaniti, Sergi, Speranza, Tambelli & Vismara, 2002; Quinlivan, Petersen & Gurrin, 1999; Savona-Ventura & Grech, 1990; Vegetti Finzi, 1995). Sono illustrati infine studi in cui sono confrontati gli stili di interazione e di regolazione emotiva di madri adolescenti e adulte

---

<sup>1</sup> Per linearità espositiva si è deciso di utilizzare i termini *bambino* / *bambini* sempre in forma maschile, intendendo comunque sia il genere maschile sia quello femminile dei partecipanti

(Dukewich, Borkowsky & Whitman, 1996; Easterbrooks, Chaudhri & Gestdottir, 2005; Hitchcock, Ammen, O'Connor & Beckman, 2008; Osofsky, 1992; Pormelau, Scuccimarri & Malcuit, 2003) e le diverse modalità di rappresentazione dell'esperienza della gravidanza (Ammaniti et al., 1995; Fava Viziello, Invernizzi, Antonolo & Maestro, 1995; Slade, Grienberger, Bernbach, Levy & Locker, 2005; Slade, Sadler & Mayes, 2005) durante l'adolescenza e l'età adulta.

Nel secondo capitolo invece vengono descritte le caratteristiche principali del nostro modello di intervento, riprendendo inizialmente il dibattito circa la rilevanza dei trattamenti precoci rivolti alla coppia genitore-bambino nel promuovere la salute infantile e descrivendo alcune delle principali strategie di trattamento messe a punto in letteratura (Sameroff, McDonough & Emde, 2004) che hanno ispirato la nostra modalità di lavoro con le madri adolescenti e i loro bambini. In particolare vengono riportate alcune riflessioni - nell'ambito degli studi sulla valutazione dell'efficacia degli interventi - circa le caratteristiche di questi ultimi che sembrano correlare con esiti evolutivi maggiormente funzionali (Van IJzerdoorn & Bakermans-Kranenburg, 2005).

Nel terzo capitolo presentiamo i dati raccolti nel corso dell'intervento attuato in collaborazione con l'A.O. San Paolo e due studi che coinvolgono il nostro gruppo di madri adolescenti.

Nel primo studio vengono messi a confronto gli stili di interazione e di regolazione emotiva tra diadi di madri adulte e adolescenti a 3 mesi di vita dei bambini (fase pre-intervento). Di particolare significato è l'analisi dei dati riguardante due livelli di codifica: da un lato una rilevazione maggiormente macroanalitica finalizzata a individuare gli stili interattivi attraverso la griglia di codificata elaborata da Patricia Crittenden (Care-Index - Child Adult Relationship Index, 1994, 2005) e dall'altro uno schema di codifica per valutare i comportamenti e gli stati affettivi di regolazione emotiva derivato da quello di Tronick (ICEP; Weinberg & Tronick, 1999). In particolare quest'ultimo aspetto relativo all'analisi delle strategie di regolazione emotiva risulta poco indagato dalla letteratura. Le due analisi giungono a risultati convergenti rispetto all'espressione e alla condivisione emotiva nelle diadi osservate, evidenziando come le

diadi con madri adolescenti si delineano meno adeguate rispetto a quelle con madri adulte, configurandosi meno in grado di condividere le emozioni positive ed esprimendo individualmente meno stati positivi (madri e bambini) e più stati negativi (le madri). L'insieme di questi dati conferma quanto evidenziato in letteratura (Osofsky, 1992; Passino et al., 1993; Pomerleau et al., 2003) circa la prevalenza di emozioni negative nelle interazioni di mamme adolescenti.

Infine lo studio 2 riguarda la valutazione dell'efficacia dell'intervento nel gruppo di madri trattate, attraverso la rilevazione dell'andamento degli stili di interazione nel corso del trattamento. I dati forniscono una conferma preliminare dell'efficacia dell'intervento attuato basato sia sull'incrementare la sensibilità diadica sia sull'elaborazione delle rappresentazioni materne attraverso una presa in carico interdisciplinare basata sul lavoro di rete dell'équipe. Nelle diadi osservate è stato possibile rilevare una diminuzione del Controllo materno. Tale dato appare rilevante nell'ambito del dibattito circa le caratteristiche ottimali per favorire l'efficacia degli interventi (Van IJzerdoorn et al., 2005).

Nel quarto capitolo sono proposti i casi di due madri adolescenti, Lucia e Sara, che hanno partecipato al progetto di intervento. L'illustrazione qualitativa di queste due esperienze rappresenta un'occasione per poter entrare maggiormente nel merito della tecnica di trattamento elaborata.

L'ultimo capitolo infine è dedicato alle riflessioni tra i risultati e le considerazioni emerse attraverso gli studi e gli aspetti evidenziati dalla letteratura in quest'ambito, con particolare attenzione verso le possibili prospettive di ricerca futura.

## **Capitolo 1**

### **LA GRAVIDANZA E LA MATERNITÀ IN ADOLESCENZA**

#### **1.1 La maternità in adolescenza: aspetti psicosociali e motivazionali**

La letteratura sul tema della genitorialità in età adolescenziale evidenzia come la maternità in questo periodo costituisca un fattore di rischio per lo stabilirsi di una relazione adeguata tra madre e bambino, nonché per lo sviluppo socioemotivo di quest'ultimo nel breve e lungo periodo (Milan et al. 2007). In particolare si evidenzia come tale condizione comporti un conflitto nel processo di costruzione della identità - basato in adolescenza sull'assolvimento di due compiti evolutivi fondamentali, quali l'integrazione delle trasformazioni somatiche e sessuali determinate dalla pubertà e il processo di separazione-individuazione dalle figure genitoriali - e gli intensi bisogni di accudimento fisico ed emotivo del bambino (Aiello & Lancaster, 2008).

Da notare inoltre il ruolo chiave giocato in quest'ambito dai fattori sociali e culturali: è nel mondo occidentale che la gravidanza in età precoce suscita allarme per gli effetti sul benessere psicofisico della madre e del nascituro (Marchegiani & Grasso, 2007; Jaffe, Caspi, Moffit, Belsky & Silva, 2001; Wilson & Huntington, 2005). Anche il ruolo ricoperto dalla donna sul piano sociale e lavorativo favorisce il considerare la maternità in adolescenza un problema, tanto da determinare in alcuni casi forme di emarginazione e stigmatizzazione sociale (Wilson & Huntington, 2005).

La società contemporanea grazie alla diffusione delle pratiche contraccettive, dell'aborto e dei progetti di educazione all'affettività e alla sessualità ha di fatto permesso la separazione fra sessualità e generatività, tra maturità fisica e psichica rispetto alla scelta di procreare (Pines,

1988). Con la gravidanza in età adolescenziale viene contratto o annullato il tempo tra queste due condizioni, come se l'adolescente cercasse di risolvere il compito di definire la propria identità di genere ed adulta attraverso la gravidanza. Sul piano psicosomatico nelle adolescenti madri rispetto alle madri adulte si assiste a una duplice difficoltà nello stabilirsi di un'immagine corporea dovuta alla metamorfosi legata sia al percorso di crescita sia alla gravidanza, ciò può portare ad una sorta di "doppia disorganizzazione" con effetti sul processo di individuazione che può risultare inibito o rallentato, con il rischio di confusione d'identità (Ammaniti, Candelori, Pola & Tambelli, 1995; Ammaniti, Sergi, Speranza, Tambelli & Vismara, 2002; Vegetti Finzi, 1995). L'arresto di sviluppo può riguardare secondo gli autori in modo specifico il processo di separazione-individuazione dalle figure genitoriali (Ammaniti et al., 1995; Ammaniti et al., 2002; Marchegiani & Grasso, 2007; Vegetti Finzi, 1995).

In questa prospettiva da notare come, per le ragazze, l'adolescenza rappresenti un momento cruciale di confronto con la figura materna, tra il desiderio da un lato di prenderne la distanza e il bisogno di dipendenza e di identificazione dall'altro (Formica, 1981). La gravidanza può rappresentare una forma di agito per affermare come il proprio corpo sia in grado di funzionare come quello materno e attraverso la concretezza dell'azione cercare di risolvere la questione della separazione-individuazione dai genitori. Da notare il carattere ambivalente di tale modalità di acting out: si afferma attraverso il corpo la propria maturità fisica pari a quella materna, ma al contempo gli effetti tendono a determinare nella maggior parte dei casi un ri-avvicinamento della figura materna e della famiglia, a causa per esempio della mancanza di indipendenza economica e psicologica (Ammaniti, Candelori & Speranza, 1997; Candelori & Mancone, 2001).

Molti studi hanno mostrato come le gravidanze in adolescenza solitamente non siano consapevolmente pianificate, ma sembra che una parte di adolescenti cerchi la gravidanza, condividendo tale progetto con il proprio partner. Ciò può essere letto come una via attraverso la quale la coppia adolescente prova a risolvere un problema evolutivo o di adattamento sociale o ad evadere da una situazione familiare difficile.

A tale riguardo, rispetto agli aspetti motivazionali alla base della gravidanza in adolescenza, sono distinguibili, secondo la prospettiva di Le Van (1998), cinque tipologie di gravidanza.

- I. **Rito di iniziazione:** la gravidanza segnala l'ingresso nell'età adulta e l'autenticità della relazione di coppia che risulta validata da questa sorta di prova. In questa tipologia è lo stato di gravidanza ad essere desiderato e cercato, non l'esperienza di maternità; l'esito finale dunque è spesso l'interruzione volontaria.
- II. **Segnale di allarme:** la gravidanza assume la funzione di segnalare un disagio al proprio ambiente familiare o al contesto sociale, al fine di sollecitarne attenzione e cura. Anche in questo caso viene preferito il ricorso all'aborto, pur vissuto in modo maggiormente conflittuale.
- III. **Status sociale:** il fine sottostante di questo tipo di gravidanza è quello di consentire alla ragazza di rivestire uno status socialmente riconosciuto e valorizzante all'interno della famiglia e del gruppo socioculturale di riferimento favorevoli alla genitorialità precoce. In questo la motivazione riguarda sia la gravidanza sia la maternità; l'aborto dunque, anche se proposto, viene frequentemente rifiutato.

**IV. Bisogno di identità:** in questo caso la gravidanza non risulta pianificata coscientemente, ma le ragazze tendono ad adottare comportamenti a rischio che le espongono facilmente al concepimento. Si tratta secondo l'autore di adolescenti disinvestite da un punto di vista sociale negli ambiti tipici di questa fascia d'età (scolastico, amicale, familiare) che cercano di procurarsi un'identità sociale attraverso la maternità. In particolare attraverso la non pianificazione del concepimento riescono a mediare tra il desiderio di un bambino ed il dissenso sociale circa una gravidanza precoce, affidando al caso la responsabilità dell'evento.

**V. Gravidanze accidentali:** l'ultima tipologia riguarda le gravidanze totalmente impreviste, in cui non vi è desiderio del bambino e l'evento è dovuto al fallimento contraccettivo considerato erroneamente efficace dall'adolescente. Di solito si assiste ad un rifiuto iniziale della gravidanza che può esitare sia nella scelta di portare a termine la gravidanza sia nella scelta di abortire a seconda di fattori quali le aspettative familiari e sociali, la condizione di vita, il desiderio di continuare gli studi, la presenza/assenza di un lavoro oppure – in caso di isolamento affettivo - il bisogno di riempire il vuoto di affetti con la nascita del bambino.

## **1.2 Le rappresentazioni materne in età adulta e in adolescenza**

Nel corso della gravidanza e del puerperio la madre si confronta con molteplici cambiamenti che implicano la necessità di sviluppare nuove rappresentazioni relative alla funzione genitoriale nei suoi due aspetti fondanti: rappresentazione di sé come madre e del futuro nascituro (Ammaniti et al., 1995; Fava Viziello, Invernizzi, Antoniolo & Maestro, 1995; Slade, Grienberger, Bernbach, Levy & Locker, 2005; Slade, Sadler & Mayes, 2005).

Stern (1995; 2004) ha descritto, per esempio, la struttura psicologica assunta dalla neomamma definendo il concetto di *costellazione materna* caratterizzato da sette principali aspetti: interesse maggiormente rivolto alla propria madre e alle altre donne, piuttosto che verso gli uomini; minor coinvolgimento verso la competizione, la dominanza e il sesso, ma maggiore sintonizzazione rispetto alla cooperazione e alla cura; nuove sensibilità e preferenze sensoriali; preoccupazione rivolta a tematiche relative alla capacità di offrire e accogliere gli affetti; innamoramento verso il bambino; comparsa di nuove paure, in particolare preoccupazione/paura circa la sopravvivenza del bambino caratterizzata da ipervigilanza; ricerca di figure femminili esperte intorno a sé.

Gli studi sulle rappresentazioni materne si basano sul presupposto che nel corso della gravidanza il genitore comincia ad attivare modelli anticipatori di sé come caregiver e a parallelamente sviluppare pensieri, fantasie, aspettative verso il bambino che andranno ad influenzare la relazione con quest'ultimo per quanto riguarda le modalità di cura e lo stile e la qualità di interazione (Ammaniti et al., 1995; Marchegiani & Grasso, 2007). La dialettica tra il mondo interno che si va a costellare nel genitore e le dinamiche interpersonali costituisce dunque il cuore delle ricerche in quest'ambito, nonché un elemento orientativo cruciale nella pianificazioni degli interventi rivolti alla relazione genitore-bambino. Tale aspetto è sottolineato nel modello di intervento rivolto alla coppia genitore bambino descritto da Stern (2004) in cui l'autore evidenzia la continua interazione reciproca tra gli aspetti intrapsichici, legati alle rappresentazioni e alle conoscenze implicite che genitore, operatore e bambino hanno del modo in cui si sta in una relazione – “schemi di essere con” - e le modalità interpersonali messe in atto.

L'emergere di fantasie nel corso della gravidanza ha la funzione di creare uno spazio psicologico per il nascituro, consentendo inoltre al genitore di esprimere ed elaborare le paure e le difficoltà legate a questa delicata fase di transizione. Marchegiani e Grasso (2007) evidenziano come aspetti problematici si rilevino nel caso in cui le fantasie siano completamente assenti, quando i vissuti sono puramente di segno emotivo positivo o assumono la forma di pensieri ossessivi che dominano l'attesa.

Interessante è il confronto delle differenze tra le rappresentazioni materne in adolescenza e in età adulta. A tale proposito è stato condotto uno studio da Ammaniti, Candelori e Speranza (1997) che ha messo in luce differenti caratteristiche specifiche. Sono stati confrontati due gruppi di 20 neomamme adulte di età compresa tra i 21 e i 35 anni e di adolescenti di età tra i 14 e i 20 anni, primipare e in assenza di patologie gravidiche o psichiatriche. Le rappresentazioni sono state indagate attraverso l'Intervista per le Rappresentazioni Materne in Gravidanza (I.R.M.A.G.), un'intervista semistrutturata che approfondisce aree relative alle rappresentazioni mentali quali: il desiderio di maternità nella storia personale e della coppia; le emozioni alla notizia della gravidanza; le emozioni e i cambiamenti nel corso della gravidanza nella vita personale, in quella di coppia e nel rapporto con la propria madre; le percezioni, emozioni e fantasie relative al bambino "interno"; le aspettative per il futuro riguardo alle caratteristiche di sé come madre e le caratteristiche del bambino; la prospettiva storica della madre, circa il proprio ruolo presente e passato di figlia (Ammaniti et al., 1995). Da un punto di vista statistico non sono emerse differenze significative tra i due campioni, ma a livello qualitativo è risultato come il mondo rappresentazionale delle adolescenti sia differente in modo specifico rispetto a quello delle madri adulte. In particolare rispetto alla rappresentazione di sé come madri, le adolescenti mostrano un quadro rappresentativo meno ricco, in cui emerge una differenziazione più limitata rispetto alla propria madre ed una minore dipendenza sociale. In particolare la rappresentazione del bambino è ancora poco differenziata dalla rappresentazione di sé, quest'ultimo è difficilmente riconosciuto come individuo separato e costituisce ancora una sorta di appendice materna. In generale le rappresentazioni del bambino sono significativamente più limitate nelle adolescenti e si accompagnano ad una minore presenza di fantasie sul futuro bambino. Gli autori ipotizzano che questa piattezza rappresentativa possa essere spiegata in termini di meccanismi difensivi volti a ridurre l'impatto di tale evento sia nella vita quotidiana sia nel proprio mondo interno. Attraverso questa chiave di lettura si può quindi comprendere la frequente assenza di sintomi tipici quali il vomito o la nausea nel corso della gravidanza in età adolescenziale. Tale

asintomaticità può essere spiegata ipotizzando che gli aspetti conflittuali interni legati al divenire madre in adolescenza comportino una mancata elaborazione della gravidanza talmente profonda da essere negata anche nel corpo (Marchegiani & Grasso, 2007). Da notare come l'assenza di un'adeguata elaborazione mentale dell'esperienza comporti degli esiti evolutivi disfunzionali sia per la madre adolescente sia per lo sviluppo della relazione con il bambino ( Jaffee et al., 2001; Osofsky, Eberhart-Wright, Ware & Hann, 1992).

In particolare gli autori sottolineano come l'area maggiormente a rischio sia quella affettivo-immaginativa, difficilmente integrabile per le giovani madri con gli aspetti più concreti e socialmente condivisi legati all'accudimento. La dissociazione tra questi due livelli può provocare dunque uno pseudoadattamento, per cui la madre riesce sul piano di realtà a svolgere la funzione di cura verso il bambino, ma con una difficoltà riguardo alla sintonizzazione affettiva. Quest'ultima funzione infatti sembra essere maggiormente in relazione con la capacità della madre di sviluppare fantasie e pensieri colorati affettivamente nel corso della gravidanza (Ammaniti et al., 2002; Marchegiani & Grasso, 2007).

### **1.3 Fattori di rischio e di protezione della gravidanza in età adolescenziale**

La ricerca ha individuato quali possono essere considerati i principali fattori di rischio e di protezione associati alla condizione della gravidanza in età adolescenziale.

I tre fattori di rischio principali che correlano con una più alta probabilità di maternità precoce risultano essere: la condizione socioeconomica svantaggiata, una famiglia d'origine multiproblematica, per esempio con padre assente o episodi di abuso e maltrattamento infantile e bassi livelli di istruzione. Altre variabili associate, anche se con un minor peso, sembrano essere: una storia familiare di genitorialità in giovane età, rapporti sessuali precoci, assenza di un partner stabile (Osofsky, 1992; Slade et al., 2005).

La condizione di massimo rischio è riconducibile a quelle situazioni in cui si genera un effetto cumulativo del rischio, con possibili gravi conseguenze sulla madre adolescente, quali depressione, ansia e comportamenti abusanti nei confronti del bambino (Convington, Justason & Wright, 2001; Reid & Meadows-Oliver, 2007; Zampino, 2005).

Da notare come l'analisi della letteratura non abbia evidenziato una significativa differenza nella presenza di psicopatologia nelle madri adolescenti rispetto alle madri adulte e alle coetanee non madri. D'altra parte le prime risultano rientrare in una categoria con un più alto rischio di sviluppare problemi prima e dopo la gravidanza, in particolare legati allo spettro depressivo (Milan et al., 2007; Secco et al., 2007).

In una recente meta-analisi, Reid e Meadows-Oliver (2007) sulla depressione postpartum (PPD) nelle mamme adolescenti hanno evidenziato come i fattori che risultano predisporre maggiormente l'innalzamento dei tassi PPD risultano essere principalmente tre: situazioni di maggior conflittualità familiare, minor supporto sociale, bassi livelli di autostima (Reid & Meadows-Oliver, 2007).

Rispetto al ruolo svolto dal supporto sociale, di notevole interesse è lo studio di Logsdon, Birkimer, Simpson e Looney (2005) che evidenzia la rilevanza della qualità del sostegno offerto, rispetto alla quantità del tempo investito dalle figure familiari, amicali e dal partner che circondano la giovane mamma. Infatti nello studio, in cui viene esaminato l'effetto del supporto sociale dato a madri adolescenti nelle settimane dopo il parto, si rileva da un lato come la maggior parte di esse abbiano ricevuto minor sostegno di quanto si aspettassero, dall'altro come troppo supporto possa risultare dannoso, in particolare quando non coincide con ciò che è realmente desiderato dalla giovane madre. In questa prospettiva l'eccesso di sostegno può influenzare la percezione che la madre ha di sé, contribuendo ad aumentare sentimenti di incapacità, inadeguatezza, incompetenza favorendo possibili esiti depressivi (Logsdon et al., 2005).

In particolare i bassi livelli di autostima ricorrono spesso come fattore di rischio appartenente alle caratteristiche psicologiche della madre, che in associazione al supporto sociale (in particolare quando eccessivo e screditante) possono incidere sulla qualità della vita della giovane madre, con particolare riferimento all'insorgenza del PPD (Logsdon et al., 2005; Reid & Meadows-Oliver, 2007).

D'altra parte per le giovani madri le difficoltà non sembrano limitarsi soltanto agli anni dell'adolescenza. Come adulte, tali mamme tendono a sperimentare maggiori percentuali di separazione coniugale, relazioni a breve termine, una storia più ampia di abuso di sostanze, uno stipendio più basso, un livello minore di educazione e, in generale, un sostegno sociale inadeguato (Furstenburg & Harris, 1993; Jaffee et al., 2001).

La presenza di un'adeguata rete sociale, in grado di sostenere, ma al contempo valorizzare la neomamma, appare dunque di cruciale rilevanza per un armonioso sviluppo della diade madre – bambino.

In un recente studio Devereux, Weigel, Ballard-Reisch, Leigh e Cahoon (2009) hanno esaminato i legami esistenti tra stress e supporto sociale durante il periodo di transizione alla genitorialità. In quest'ottica gli autori partono dal presupposto che il passaggio alla genitorialità in adolescenza produca una notevole quota di stress a causa dell'ambivalenza dei molteplici ruoli assunti, della difficoltà a far fronte ai normali compiti evolutivi e della negoziazione simultanea di molteplici transizioni (da figlio a genitore, dall'infanzia all'età adulta). Al contempo gli autori riscontrano come spesso le mamme adolescenti risultino meno coinvolte nelle relazioni interpersonali rispetto alle loro coetanee non in attesa, fatto che comporta un minor sostegno da parte di pari e spesso anche di familiari (Devereux et al., 2009). In questa prospettiva gli autori sottolineano, affinché il sostegno sociale rappresenti un reale fattore protettivo, la necessità della continuità nel tempo di tale sostegno a partire dal periodo prenatale fino ad arrivare al postpartum. In particolare è emerso come le madri che avevano avuto un buon sostegno durante i sei mesi precedenti al parto abbiano ottenuto lo stesso tipo di sostegno anche nei mesi successivi

(misurazioni effettuate a due e sei mesi postparto) mostrando una correlazione negativa con i livelli di stress che risultavano ridotti dalla presenza costante di supporto sociale (Devereux et al., 2009).

Da notare come il supporto sociale primario a cui l'adolescente fa riferimento è rappresentato dalla famiglia di origine, in cui la maggioranza delle madri adolescenti rimane a vivere dopo la nascita del bambino (Sadler & Clemmens, 2004). I genitori della giovane madre risultano ricoprire dunque un ruolo decisivo per lo sviluppo della relazione tra figlia e nipote. La ricerca in quest'ambito ha messo in luce come nei casi in cui il loro supporto si mantenga equilibrato, rispettoso e non intrusivo risulta esserci una correlazione positiva tra tale sostegno e la salute mentale della ragazza, progressi in campo educativo e competenza materna (Caldwell, Antonucci & Jackson, 1998).

Per quanto riguarda la figura del giovane adolescente che si confronta con il tema della paternità, egli sembra svolgere un ruolo importante nella decisione sul futuro del bambino al momento della scoperta della gravidanza della compagna e la sua presenza o assenza ha effetti visibili sia nella vita della madre sia nella crescita del bambino (Howard, Lefever, Borkowski & Whitman, 2006).

Nello specifico, una revisione della letteratura fatta da Roye e Balk (1996) mette in luce gli effetti della presenza di un partner accanto all'adolescente madre in tre aree specifiche: l'area della formazione, lo stato economico e il suo benessere psicologico. In sintesi sembra che la presenza supportiva di un partner corredi con il non completamento degli studi da parte della neomamma: convivere con un compagno o essere sposata risulta infatti associato al drop-out scolastico, indipendentemente dall'etnia di appartenenza. Rispetto alla seconda area indagata è emerso come convivere con un partner risulti economicamente benefico per la giovane madre e il bambino, soprattutto se il partner è il padre biologico. Per quanto riguarda infine il benessere psicologico della giovane madre, è risultato che il supporto da parte del partner, che sia il padre biologico del bambino o un nuovo compagno, corredi positivamente con la riduzione dei livelli di

stress e di depressione, aumento dell'autostima e generale aumento della soddisfazione rispetto alla qualità della vita (Roye & Balk, 1996). La presenza di un compagno dunque se da un lato sembra compromettere la possibilità di investire negli studi, obiettivo invece meglio sostenuto dalle figure genitoriali, dall'altro risulta preservare la salute e il benessere della giovane madre.

I tratti che caratterizzano i giovani padri infine sono analoghi a quelli individuati per le madri adolescenti: provenienza da contesti socio-economici svantaggiati, basso livello di scolarità con conseguente minore opportunità di impiego rispetto ai coetanei, rapporti sessuali in epoca più precoce, maggior rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili e anamnesi di esperienze infantili negative. Inoltre, questi ragazzi mostrano maggiori difficoltà rispetto alla gestione degli impulsi e all'adattamento sociale, presentano infatti spesso comportamenti delinquenti, associati ad abuso di alcol e droghe, che spesso perdurano anche dopo la nascita del figlio ed hanno una probabilità doppia di essere disoccupati, di ricevere sussidi di sostegno o l'assegnazione di case popolari e (Bunting & McAuley, 2004).

#### **1.4 Il parto in adolescenza: una duplice metamorfosi del corpo**

Si è osservato come anche l'area del parto in età adolescenziale costituisca un rischio sia per il neonato sia per la madre, in quanto si verificano maggiori complicazioni rispetto a quelle rilevate per madri adulte (ad esempio parto distocico con ventosa o cesareo); adolescenti sotto i 16 anni hanno il doppio di parti con forcipe, un'incidenza di anemia e di tossiemia più alta rispetto alle mamme di 20–24 anni. Le ragioni di questi parti “strumentali” vanno ricercate nell'im maturità fisica e psicologica (“*fright and lack of cooperation*”, paura e mancanza di collaborazione nella seconda parte del travaglio). Tuttavia, se ricevono le opportune cure durante la gravidanza, le adolescenti non dovrebbero avere una maggiore morbilità ostetrica rispetto alle donne dello stesso substrato sociale.

Questo dato può essere spiegato dal fatto che le madri adolescenti non sono adeguatamente preparate, la maggior parte non frequenta corsi parto, in quanto si sentono a disagio per la maggiore presenza di donne adulte e preferirebbero un gruppo di coetanee, fanno un minore uso dei servizi sociali e sanitari, con riflessi negativi sulle cure prenatali e sulla precoce individuazione di condizioni di maggior rischio, e dal fatto che il corpo non ha ancora raggiunto la completa maturazione osteoarticolare.

Inoltre molti studi indicano come le madri adolescenti mettano in atto più comportamenti a rischio per la loro salute e quella dei loro bambini, in particolare il fumo di sigarette, l'uso di alcool, l'abuso di droghe illegali e una dieta inadeguata durante la gravidanza e dopo il parto (Quinlivan, Petersen & Gurrin, 1999; Savona-Ventura & Grench, 1990).

Un'ulteriore caratteristica delle mamme adolescenti sembra essere la presenza di disturbi della condotta alimentare (DCA) in particolare sul versante obesità e sovrappeso (Favaro & Santonastaso, 1995); il DCA in gravidanza è spesso accompagnato da ansia e depressione, in particolare con aumento o diminuzione dell'apporto nutrizionale, bassa tendenza alle cure del feto, abuso di sostanze e complicanze ostetriche. Nel periodo successivo alla nascita il disturbo dell'alimentazione materno può quindi riflettersi anche sull'alimentazione del bambino, che potrà essere disregolata e problematica.

### **1.5 La regolazione emotiva e gli scambi interattivi tra le madri adolescenti e i loro bambini**

La letteratura e i contributi delle ricerche in quest'ambito evidenziano differenze significative tra le diadi di madri adolescenti e adulte (Ammaniti, Candelori & Speranza, 1997). Gli studi che hanno trattato le modalità di interazione delle mamme adolescenti mettono in luce come quest'ultime risultino meno interattive dal punto di vista verbale e meno responsive (Barratt &

Roach, 1995), nonché più facilmente inclini a manifestare atteggiamenti ostili nei confronti del bambino (Berlin, Brady-Smith & Brooks-Gunn, 2002).

Da notare come spesso le madri adolescenti abbiano meno consapevolezza e conoscenza riguardo le tappe evolutive infantili e come ciò si rifletta negativamente nello sviluppo socio-affettivo dei loro bambini, per quanto riguarda al sicurezza dell'attaccamento e lo sviluppo di competenze sociali (Hitchcock, Ammen, O'Connor & Beckman, 2008). E' possibile osservare come molte di queste madri usino spesso stimolare il proprio bambino con modalità e richieste non in sintonia con il grado di sviluppo da lui raggiunto, tendendo ad anticipare le normali tappe di sviluppo.

A tale riguardo in uno studio (Tamis-Lemonda, Shannon & Spellmann, 2002) è stato chiesto a 60 madri adolescenti di dare una stima dell'età in cui i bambini raggiungono determinate abilità nello sviluppo cognitivo, linguistico, motorio e nelle abilità sociali e di gioco. I risultati mostrano come queste madri tendono a stimare che lo sviluppo di tali abilità avvenga molto prima rispetto a quanto accada nella realtà. Ciò si traduce sul piano della relazione con i loro bambini in sentimenti di frustrazione e inadeguatezza di fronte all'incapacità dei figli di rispondere alle irrealistiche aspettative nutrite nei loro confronti.

La relazione madre adolescente-bambino sembra inoltre essere rappresentata più come una relazione tra pari rispetto ad un legame di tipo asimmetrico quale il rapporto genitore-figli, rispetto alle madri adulte (Easterbrooks, Chaudhurl & Gestdottir, 2005).

Molti studi mostrano come le madri adolescenti nell'interazione con i loro bambini siano caratterizzate da scarsa capacità e prontezza a percepire i segnali e i bisogni dei propri figli, ad interpretarli correttamente e a rispondervi adeguatamente, in particolare dalla mancata sensibilità agli stati affettivi e ai segnali dei bambini con poca espressione delle emozioni con prevalenza di quelle negative e scarsa conoscenza delle tappe di sviluppo infantile (Dukewich, Borkowsky & Whitman, 1996; Osofsky, 1992; Pomerleau, Scuccimarri & Malcuit, 2003). Gli stili di interazione delle madri sono maggiormente controllanti e intrusivi, caratterizzati dalla tendenza

alla punitività e alla negligenza nell'accudimento che possono portare al maltrattamento del bambino con frequenti accessi al pronto soccorso per trascuratezza e con un rischio maggiore di ospedalizzazione per ferite accidentali, diarrea e vomito, ritardi di sviluppo e scarsa alimentazione nel primo anno di vita.

In particolare Hitchcock et al. (2008) riportano come le madri adolescenti, osservate in interazione, mostrino uno scarso uso della comunicazione verbale, minore affettività nei confronti dei bambini e possiedano limitate strategie di coping per facilitare il raggiungimento dei compiti evolutivi dei loro figli. Sembrano presentare inoltre elevati livelli di stress che le lasciano sovraccaricate e affaticate nell'interagire con il bambino in una modalità che sia funzionale al percorso evolutivo.

Anche uno studio canadese (Pomerleau et al., 2003), nel quale sono state indagate le differenze nei comportamenti interattivi delle madri adolescenti e adulte e dei loro bambini a 1 e 6 mesi di vita, ha confermato come le madri adolescenti mostrino maggiori difficoltà interattive: vocalizzano meno con i propri bambini, presentano minori livelli di contingenza nell'interazione e sono meno propositive nell'offrire e mostrare i giochi. Gli autori inoltre hanno rilevato come ciò correli in maniera significativa con livelli di sviluppo psicomotorio inferiore, valutati attraverso le *Scale Bayley* (Bayley, 1993), nel gruppo dei bambini di madri adolescenti rispetto a quello di madri adulte.

Un'altra dato di notevole interesse riguarda la capacità delle madri adolescenti rispetto alle madri adulte (McClure-Martinez & Cohn, 1996): lo studio evidenzia come le madri adolescenti intervengano, nel concreto, in misura significativamente minore rispetto alle madri adulte. In un recente studio del 2008 (Giardino, Gonzalez, Steiner & Flaming, 2008) è stata studiata la responsività materna attraverso la valutazione delle risposte comportamentali e fisiologiche in un campione di 56 madri adolescenti messe a confronto con adolescenti non madri (58) e madri adulte (49). Gli autori hanno evidenziato pari livelli di responsività materna tra mamme adulte e mamme adolescenti rispetto alle adolescenti non madri, per quanto riguarda la risposta al pianto

infantile registrato in termini di attenzione e comprensione del segnale. Tuttavia in entrambi i gruppi di ragazze adolescenti non è stata notata differenza tra le madri e le non madri nei livelli di cortisolo e nel ritmo del battito cardiaco in risposta al pianto ascoltato. Al contrario le madri adulte, a differenza delle adolescenti, presentavano anche le risposte endogene di allerta, come la produzione di cortisolo e l'aumento del battito cardiaco in risposta al pianto udito.

Si evidenzia dunque come le madri adulte mostrino una risposta fisiologica che le orienta all'azione, mentre le madri adolescenti manifestano solo una risposta allo stimolo esterno.

Oltre a considerare le variabili ambientali e socio-demografiche che differenziano madri adolescenti e madri adulte, risultano in gioco anche fattori associati all'immaturità neuropsicologica ed emozionale delle madri adolescenti.

La corteccia prefrontale mediale, regione cerebrale deputata alla pianificazione del comportamento, è ancora in fase di sviluppo durante l'adolescenza raggiungendo la piena maturità solo verso i 25 anni (Toga, Thompson & Sowell, 2006).

Tale immaturità neuropsicologica rappresenta dunque un ulteriore ostacolo per la giovane mamma, affinché possa prendersi cura del proprio bambino, riconoscendo e rispondendo in modo adeguato e sensibile ai bisogni espressi da quest'ultimo.

## **1.6 I figli delle madri adolescenti**

La responsività delle madri adolescenti appare influenzare lo sviluppo affettivo dei loro bambini che dimostrano una ridotta capacità di segnalazione e di comunicazione affettiva (Gazzotti, Spinelli, Albizzati & Riva Crugnola, 2010; Osofsky, 1995), nonché la tendenza a costruire legami di attaccamento insicuro di tipo evitante e disorganizzato nei confronti delle proprie madri rispetto ai figli di madri adulte (Ward & Carlson, 1995). A loro volta d'altra parte le mamme adolescenti, rispetto alle adulte, presentano modelli di attaccamento insicuro, fattore che

correla significativamente con loro diminuita sensibilità (Ward & Carlson, 1995). La condizione adolescenziale si configura dunque come una condizione a rischio per lo sviluppo adeguato della responsività della madre e per lo stabilirsi di legami di attaccamento di tipo sicuro tra madre e bambino.

A breve termine dunque si possono presentare problemi di sviluppo psicomotorio con un ritardo nel raggiungimento delle diverse tappe di crescita ed emotivo, con difficoltà nella capacità di riconoscere e regolare le emozioni (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005). In particolare da notare come le modalità di regolazione emotive appaiono determinanti per lo sviluppo socioemotivo infantile e per il formarsi dei legami di attaccamento (Beebe et al., 2010). Nel lungo termine, tali bambini hanno anche un maggior rischio di problemi di adattamento socio-comportamentale, tra i quali disturbi della condotta, antisocialità e atteggiamenti di delinquenza giovanile, abbandono scolastico, difficoltà di apprendimento e hanno maggiori probabilità di diventare a loro volta genitori in adolescenza (Klein, 2005).

Una ricerca longitudinale del 2001 (Jaffee et al., 2001) ha indagato il rischio di esiti negativi dello sviluppo per i bambini nati da madri adolescenti.

Sono stati messi in luce maggiori esiti negativi comparando i bambini di madri adolescenti con quelli nati da madri in età adulta. In particolare essere figli di madri adolescenti è risultato essere un fattore di rischio significativo per le seguenti aree: 1. Maggiore probabilità di sperimentare a propria volta una gravidanza in età precoce; 2. Punteggi più bassi nei test riguardanti le abilità cognitive, maggiori disturbi dell'apprendimento e più alto rischio di drop-out scolastico; 3. Tendenza a evidenziare in età adulta maggiori disturbi antisociali, abuso di sostanze, delinquenza, rischio di incarcerazione; 4. Maggiori livelli di disoccupazione. Risultati analoghi sono stati rilevati da uno studio longitudinale che ha valutato i bambini di madri adolescenti a 3 e 13 anni, notando come questi ottengano più scarsi risultati nel rendimento scolastico e mostrino un'alta percentuale di problematiche legate all'area comportamentale (Hofferth & Reid, 2002).

Da notare come uno degli esiti riscontrato più frequentemente dalle ricerche sia la tendenza dei figli di madri adolescenti a perpetuare il modello evolutivo materno, sperimentando a loro volta una gravidanza in giovane età. Uno studio inglese del 2003 ha rilevato come tale possibilità sia due volte maggiore rispetto ai figli di genitori adulti (Ermisch & Pevalin, 2003).

I figli di madri adolescenti inoltre, oltre a potenziali problemi sanitari connessi spesso alla condizione di pretermine/basso peso e di rischio di mortalità neonatale, presentano delle conseguenze psicofisiche che si esplicano anche con un aumento del 44% dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico, per incidenti domestici, ma anche riduzione del 20% dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni (Kaiser & Hays, 2005).

Un'altra area di rischio evolutivo è rappresentata dalla maggiore insorgenza di problemi sanitari. I figli di madri adolescenti riscontrano più spesso problemi di salute nei primi mesi di vita rispetto ai figli di madri adulte, una maggior tendenza ad una nascita prematura in condizione di sottopeso e maggiori livelli di sofferenza perinatale, nonché un più alto rischio di mortalità neonatale (Kaiser & Hays, 2005; Pevalin, 2003).

Uno studio recente mirato a verificare possibili differenze nella conformazione fisica, in particolare nella grandezza del bambino, e nell'intelligenza tra bambini nati da madri adolescenti e da madri adulte a parità di condizione socioeconomica (Cornelius et al., 2009) ha rilevato interessanti differenze tra i due gruppi di bambini presi in esame, valutati dalla gestazione fino all'età di sei anni. I risultati mostrano come i figli delle adolescenti nascano con una circonferenza cranica minore sia rispetto alla propria massa corporea sia in relazione ai bambini di madri adulte, a confronto dei quali risultano comunque più piccoli per quanto riguarda sia il peso sia all'altezza; tale dato subisce un'inversione all'età di sei anni quando i figli delle madri adolescenti presentano un indice di massa corporea superiore a quello dei bambini di confronto. Per quanto riguarda lo sviluppo cognitivo, valutato con la scala Stanford-Binet (SBIS), i bambini di madri adolescenti presentano bassi punteggi nel quoziente intellettivo (QI), in particolare nel ragionamento verbale e nella memoria a breve termine. Nell'analisi dei dati oltre all'età materna

sono stati considerati altri due fattori: l'ambiente familiare e il quoziente intellettivo. In questo modo si è potuto verificare come la giovane età materna incidesse maggiormente per quanto riguarda il rischio sanitario (basso peso alla nascita e le caratteristiche fisiche del bambino), mentre il quoziente intellettivo materno e l'ambiente familiare influenzano maggiormente il QI infantile. Di cruciale significato appare dunque nella pianificazione di interventi rivolti a madri adolescenti favorire l'arricchimento degli stimoli ambientali per prevenire lo svantaggio cognitivo dei loro bambini.

Tra gli esiti dello sviluppo dei figli di madri adolescenti infine sono state riscontrate anche differenze di genere. Nello specifico i maschi sembrano più a rischio per uso e abuso di droghe, associazione a bande devianti, disoccupazione e genitorialità precoce (Pogarsky, Thornberry, Lizotte, 2006); mentre le femmine risultano più a rischio per la reiterazione della gravidanza in adolescenza (Pogarsky et al., 2006), maltrattamento da parte del partner (Jouriles, Barling & O'Leary, 1987) e conflittualità di coppia (Capaldi & Patterson, 1991; Emery & O'Leary, 1982).

I dati provenienti dalla ricerca in quest'ambito evidenziano dunque come essere figli di madri adolescenti si configuri una condizione di rischio significativa sia per quanto riguarda lo sviluppo socioemotivo nella prima infanzia, sia nel medio lungo periodo, con ripercussioni anche in età adulta. Si delinea dunque di vitale importanza poter promuovere delle politiche sociali che forniscano interventi ad hoc in grado di incrementare forme di accudimento sensibile, di offrire sostegno sociale e di arricchire l'ambiente familiare e gli stimoli offerti al bambino per favorire nei figli di madri adolescenti un più adeguato sviluppo socioemotivo, cognitivo e migliori competenze scolastiche.

## Capitolo 2

### IL TRATTAMENTO DELLA RELAZIONE GENITORE - BAMBINO

#### 2.1 Il bambino e i suoi caregiver: modelli di intervento

Negli ultimi anni sono stati messi a punto e avviati numerosi programmi di intervento finalizzati a promuovere una adeguata relazione tra genitore-bambino, considerando tale aspetto come cruciale per favorire lo sviluppo cognitivo e socioemotivo infantile.

Come sottolineato da Stern (2004) infatti negli ultimi decenni la psicopatologia deve confrontarsi con un nuovo paziente prototipico costituito dai problemi relazionali tra bambino e genitori, quali per esempio i ritardi evolutivi, il pianto eccessivo e incontrollabile, i problemi del sonno e dell'alimentazione. Se dunque, evidenzia l'autore, con la nascita della psicoanalisi il paziente tipo era rappresentato da una giovane donna con una psiconevrosi isterica, negli anni '50 da un adolescente schizofrenico e negli anni '60 da una persona con un disturbo di personalità, prevalentemente di tipo narcisistico, oggi il "vero paziente" (Sameroff, McDonough & Rosenblum, 2004) sembra rappresentato dalla relazione genitore-bambino. Da notare come ciò abbia implicato una rivoluzione teorica e clinica grazie soprattutto all'incontro tra psicologia dello sviluppo e psicologia clinica, con risvolti significativi sul modo di concettualizzare anche l'intervento clinico con gli adulti in cui il tema dell'intersoggettività (Trevarthen, 2009) e gli aspetti relazionali sono sempre più in primo piano, grazie in particolare alla prospettiva di ricerca e alle riflessioni elaborate dal Boston Change Process Study Group (Stern et al., 1998).

Nell'ambito degli interventi rivolti alla relazione, particolarmente interessante è il modello messo a punto da Emde (Emde, Everhart & Wise, 2004) in cui si evidenzia come sia possibile identificare diversi livelli o "vie di ingresso" per intervenire nel promuovere lo sviluppo

infantile, quali la “riparazione” focalizzata sul bambino al fine di favorire il suo adattamento all’ambiente familiare, per esempio in caso di cure mediche o fisioterapiche, la “ridefinizione” finalizzata a favorire credenze e aspettative adeguate nei genitori verso il bambino nel caso in cui le rappresentazioni familiari esistenti non siano adeguate e la “rieducazione” basata invece su un approccio maggiormente psicoeducativo. Da notare come tali livelli di intervento non siano da considerare autoescludendosi, ma anzi integrabili e in parte sovrapponibili. Secondo gli autori l’efficacia dell’intervento è data in primo luogo dalla capacità dell’operatore di definire in una prospettiva ecologica quale sia la “via di ingresso ottimale” in un dato contesto socio-economico, culturale e bio-psicologico. Si definisce dunque in questa prospettiva il concetto di *fulcro* inteso come punto di massima efficacia nel continuum – intreccio tra le tre R (riparazione, ridefinizione, rieducazione).

La maggior parte degli interventi fa riferimento al background teorico rappresentato dalla teoria dell’attaccamento (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969; Main & Goldwyn, 1994-1998) focalizzando il trattamento sulla promozione della sensibilità e responsività genitoriale, della sicurezza dell’attaccamento infantile o favorendo delle rappresentazioni e dei modelli operativi interni autonomi nei genitori rispetto alle proprie esperienze di attaccamento passate.

In questa prospettiva Juffer, Bakermans-Kranenburg e Van IJzendoorn (2005) hanno svolto una interessante meta-analisi su 70 studi in cui venivano riportati risultati in merito a trattamenti rivolti alla relazione genitore-bambino in base ai quali sono riusciti a identificare tre focus principali di intervento: 1. Il potenziamento della sensibilità e della responsività materna; 2. Il cambiamento delle rappresentazioni di attaccamento dei genitori; 3. Stimolare o offrire ai genitori un supporto sociale.

Per quanto riguarda il primo focus è evidente il riferimento alla teoria dell’attaccamento e in particolare agli studi di Mary Ainsworth sulla sensibilità materna, intesa come la capacità di leggere adeguatamente i segnali del bambino e di rispondere in maniera pronta adeguata. L’obiettivo finale di questa tipologia di interventi è rappresentato solitamente dall’aumentare la

sensibilità materna e promuovere l'attaccamento sicuro nel bambino. Tale focus si esprime attraverso modalità principalmente di tipo psicoeducativo, di "rieducazione", che si pongono su un piano concreto e comportamentale, attraverso varie strategie quali "il parlare al posto dei bambini" (Carter, Osofsky, Hann & 1991) o il rinforzare i comportamenti sensibili e responsivi dei genitori. Un esempio di trattamento basato sulla sensibilità materna può essere il modello di intervento messo a punto da Juffer, Ijzendoorn e Bakermans-Kranenburg (1997) VIPP (Video Intervention to promote Positive Parenting) in cui attraverso la tecnica del video-feedback si stimola la capacità della madre di percepire i segnali del bambino, inoltre si rinforzano i comportamenti sensibili e si offrono indicazioni sullo sviluppo e sulle strategie di cura grazie ai commenti degli operatori e ad opuscoli informativi. In particolare tale programma prevede che vengano affrontati quattro temi in successione: 1. La ricerca di contatto del bambino e il comportamento esplorativo; 2. La percezione accurata dei segnali e delle espressioni del bambino; 3. L'importanza di rispondere in modo adeguato e pronto ai segnali del bambino; 4. La condivisione delle emozioni e la sintonia affettiva.

Un ulteriore modello di intervento che si pone come focus principale quello di incrementare l'accudimento sensibile attraverso l'osservazione del comportamento tramite video-feedback è quello di *Guida all'interazione*, messo a punto da Susan C. McDonough e rivolto a famiglie multiproblematiche.

Rispetto a interventi specifici rivolti a madri adolescenti e ai loro bambini si possono citare lo studio di Black e Teti (1997) in cui si proponeva alla madre una sessione di video-feedback basata sul momento del pasto e anche la ricerca di Field et al. (1998) basata invece sull'addestramento all'interazione rivolta a gruppi di genitori.

Rispetto al secondo focus mirato a sviluppare le rappresentazioni genitoriali circa le proprie esperienze infantile è possibile rintracciare una duplice matrice teorica: da un lato il lavoro di Selma Fraiberg (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975) sulle fantasie e i "fantasmi" di esperienze infantili relative a quello che l'autrice definisce il "passato non ricordato", dall'altro la teoria

dell'attaccamento nella sua più recente versione rappresentazionale che fa capo al lavoro di studiosi quali Mary Main, Inge Breterthon e Peter Fonagy. In questa prospettiva si inseriscono tutti quei modelli di intervento focalizzati sul favorire la discussione con il genitore circa le proprie esperienze infantili e di attaccamento. L'operatore tende a svolgere la funzione di "base sicura" per poter consentire al genitore di esplorare il proprio mondo interno rispetto a tematiche riguardanti il proprio sviluppo affettivo. In questa prospettiva si inseriscono gli interventi di psicoterapia madre-bambino messi a punto per esempio da Lieberman (1997) o da Cramer (2000) mirati a intervenire sulle attribuzioni genitoriali eccessivamente rigide e distorte basate su processi di identificazione proiettiva (Ogden, 1982) per cercare di spezzare la trasmissione intergenerazionale del disagio psicopatologico. Da notare come anche Van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (2005) abbiano elaborato accanto al loro modello VIPP una ulteriore modalità di intervento denominata VIPP-R in cui accanto alle sessioni di video-feedback e al confronto con la madre su alcuni temi dello sviluppo infantile, viene proposta una riflessione circa alcune esperienze infantili del genitore quali: 1. Le esperienze di separazione vissute dalla madre nel corso della propria infanzia e le esperienze di separazione vissute dal figlio; 2. I ricordi circa l'accudimento ricevuto nell'infanzia e il proprio comportamento attuale come genitore; 3. Il momento del distacco dai genitori nel corso dell'adolescenza e della giovane età, le relazioni attuali con la famiglia d'origine e le aspettative circa il rapporto futuro con il proprio figlio; 4. Il legame che la madre consapevolmente riconosce tra il suo essere stata figlia dei propri genitori e l'essere madre del suo bambino. La modificazione delle rappresentazioni materne viene infine valutata attraverso la somministrazione dell'*Adult Attachment Interview* all'inizio e alla fine del trattamento.

Per quanto concerne infine l'ultimo focus, basato sul fornire o promuovere il sostegno sociale, è da notare come tale finalità sia spesso abbinata anche ad altri obiettivi di tipo educativo, informativo o all'incremento della sensibilità genitoriale. Si tratta dunque frequentemente di un focus trasversale rintracciabile nei differenti modelli di intervento.

Citiamo in questa direzione un programma messo in atto in Canada dal 2004 al 2006 (McDonald, Conrad, Fairtlough, Fletcher, Green, Moore & Lepps, 2009): il *Families and Schools Together (FAST) babies*, un trattamento mirato a favorire l'integrazione della madre adolescente nel tessuto sociale. Obiettivi specifici dell'intervento sono promuovere il legame tra madre-bambino, accrescere i sentimenti di efficacia genitoriale, ridurre lo stress, l'isolamento sociale e i conflitti intergenerazionali all'interno della famiglia d'origine. L'équipe multidisciplinare prevede la collaborazione di un assistente sociale, un professionista in ambito sanitario ed un terapeuta occupazionale. L'intervento, rivolto alla giovane madre, alla madre della ragazza e al padre del bambino, si basa sul promuovere lo scambio e il confronto attraverso piccoli gruppi prevalentemente autogestiti con rappresentanti della comunità e del gruppo dei pari senza esperienza di genitorialità in età precoce. Questo tipo di intervento sembra aver prodotto buoni risultati grazie al ruolo svolto dal fattore protettivo rappresentato dal supporto sociale e all'empowerment della funzione genitoriale favorita dalla modalità di conduzione dei lavori di gruppo basata sull'autoconduzione e sul confronto cross-generazionale e cross-familiare.

## **2.2 La valutazione dell'efficacia dell'intervento: meno è meglio?**

Van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (2005) hanno inoltre valutato nella loro meta-analisi quali caratteristiche dei trattamenti fossero maggiormente efficaci nel promuovere il cambiamento, riscontrando come quelli focalizzati sul comportamento e sulla sensibilità genitoriale di breve durata fossero maggiormente in grado di favorire lo sviluppo dell'attaccamento sicuro infantile. Gli autori hanno evidenziato inoltre come gli interventi in cui veniva proposto un trattamento multiplo sia sul comportamento sia sulle rappresentazioni e il sostegno sociale fossero quelli con un minor effetto sulla sicurezza dell'attaccamento. D'altra

parte, considerato il numero esiguo delle ricerche in quest'ambito analizzate nella meta-analisi, tale controverso risultato sembra necessitare ulteriori analisi e approfondimenti. In particolare per quanto riguarda il rapporto tra interventi puramente rivolti a incrementare la sensibilità materna e trattamenti in cui si integra anche l'aspetto rappresentazionale, interessante è la ricerca di Bakermans-Kranenburg e colleghi (Bakermans-Kranenburg, Juffer & Van Ijzendoorn, 1998) in cui gli autori confrontando i due modelli VIPP e VIPP-R mostrano come il primo intervento sia risultato più efficace con le madri distanzianti, mentre il secondo per le mamme valutate preoccupate all'AAI. Tale dato evidenzia dunque quanto sia di cruciale importanza definire dei criteri sempre più specifici per valutare quale sia la "via di ingresso" ottimale in un dato contesto, il fulcro su cui focalizzare l'intervento e, in questa prospettiva, la ricerca sui modelli di intervento può fornire preziose indicazioni applicative.

### **2.3 Comportamento sensibile e rappresentazione: un approccio integrato**

In letteratura è possibile rintracciare alcuni tentativi di promuovere lo sviluppo di un'adeguata relazione tra il bambino e i suoi caregiver andando ad intervenire sia sul comportamento di accudimento e sugli stili diadici di interazione e di regolazione emotiva sia sugli aspetti rappresentazionali relativi alle esperienze infantili e di attaccamento e sulla funzione riflessiva, nonché favorendo e offrendo sostegno sociale.

Un esempio di modello integrato è rappresentato dallo STEEP – *Step Toward Effective, Enjoyable Parenting* - (Egeland & Erikson, 1993; Egeland & Erikson, 2004). A partire dalle più recenti formulazioni della relazione di attaccamento intesa come pattern di regolazione emotiva (Cassidy, 1994) o come una forma di regolazione diadica delle emozioni sia positive sia negative e dello stato di attivazione del bambino (Sroufe, 1995), gli autori hanno elaborato un intervento finalizzato a favorire lo sviluppo di un adeguato rapporto genitore-bambino che porti alla

formazione di un attaccamento infantile sicuro, considerato il fattore protettivo cruciale per il successivo sviluppo infantile (Sroufe, 2005; Sroufe et al., 2005). L'attività dell'operato - definito "facilitatore" - nella relazione con la famiglia in cui si interviene è quello di favorire un adeguato accudimento del bambino attraverso l'osservazione del comportamento, per esempio grazie all'auto-osservazione guidata con il video-feedback e, al contempo, di lavorare sulle rappresentazioni dei genitori, aiutando il genitore ad affrontare il proprio passato, ad essere maggiormente consapevole delle proprie difese e a sviluppare strategie di coping più flessibili e differenziate. Per quanto riguarda quest'ultimo punto si può riconoscere l'influenza della teoria dell'attaccamento circa il funzionamento dei modelli operativi interni (Bowlby, 1982) e il contributo originale di Selma Fraiberg, all'interno della tradizione psicoanalitica della Psicologia dell'Io, rispetto all'importanza attribuita alle esperienze passate e allo studio delle difese infantili precoci, intese come pattern di adattamento cristallizzati e pervasivi che tendono dunque a divenire patologici e disfunzionali per lo sviluppo (Fraiberg, 1982).

Rispetto all'esperienza in ambito nazionale possiamo citare il *Programma di Home Visiting* messo a punto dal gruppo di ricerca dell'Università degli Studi La Sapienza di Roma (Ammaniti et al., 2006; Prezza, Speranza & Todini, 2006). Si tratta di un intervento domiciliare diretto a sostenere la genitorialità di madri a rischio psico-sociale e con madri a rischio depressivo. L'intervento viene proposto già durante la gravidanza e dura per tutto il primo anno di vita del bambino. L'obiettivo dell'intervento è quello di sostenere il ruolo materno, l'interazione tra madre e bambino e lo sviluppo socioemotivo di quest'ultimo; prendendo in considerazione qualora si evidenzino conflitti coniugali, anche le dinamiche di coppia. L'intervento si basa su un approccio non direttivo finalizzato a promuovere le potenzialità materne, fornendo un ascolto e un trattamento personalizzato che sappia tener conto delle specifiche problematiche e dei bisogni di ciascuna diade. Come anche in altri modelli l'operatore svolge la funzione di base sicura, sostenendo la madre ad esplorare i vissuti relativi al rapporto con il proprio bambino e a riflettere sull'impatto che ciò comporta sviluppo infantile, al fine di promuovere un accudimento sensibile

(Cassibba, Coppola & Costantino, 2007). I primi dati sull'efficacia dell'intervento evidenziano come il protocollo sia risultato efficace nel promuovere l'efficacia genitoriale e rispetto alla qualità dell'interazione materna: le madri che hanno preso parte al programma di intervento sono risultate infatti più sensibili e più cooperative alle rilevazioni effettuate ai 6 e ai 12 mesi di vita del bambino (Ammaniti et al., 2006; Cassibba et al., 2007).

Un'altra tipologia di intervento – rivolto in modo specifico a madri adolescenti e di giovane età – che si pone l'obiettivo di tenere in considerazione sia il comportamento interattivo che gli aspetti rappresentazionali, in particolare metacognitivi e associati alla funzione riflessiva, riguarda il lavoro di Arietta Slade.

L'autrice infatti ha elaborato un modello di intervento – *Minding the Baby* – (Slade et al., 2005) mirato a migliorare l'attaccamento, la salute mentale, gli esiti medici e socio emotivi in giovani madri e nei loro bambini, in un contesto ad alto rischio psicosociale.

In particolare, il programma è mirato alla promozione della funzione riflessiva materna, definita come la capacità della madre di “tenere nella mente il bambino” considerato come un soggetto dotato di stati interni, emozioni, pensieri ed intenzioni da comprendere ed esplorare a livello intrapsichico, nel proprio mondo interno, per poter rispondervi in modo sensibile e responsivo sul piano interpersonale (Fonagy et al., 1995; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Slade, 2002). Da notare come l'intervento sia rivolto a adolescenti e giovani donne ad alto rischio psicosociale, in cui frequentemente sono rintracciabili nell'anamnesi esperienze di abuso o traumatiche. La ricerca di Fonagy (Fonagy et al., 1995; Fonagy et al., 2002) suggerisce come la funzione riflessiva giochi un ruolo particolarmente importante proprio nel mediare e mitigare gli effetti del trauma su una serie di esiti psichiatrici in età adulta. In questa prospettiva di cruciale importanza è secondo l'autrice favorire la funzione riflessiva in un contesto in cui l'esperienza traumatica, favorendo difese di tipo dissociativo, può compromettere gravemente la capacità della madre di sintonizzarsi affettivamente con il proprio bambino e di rispondere in maniera adeguata ai suoi bisogni, con il rischio di una trasmissione intergenerazionale di forme di

maltrattamento, incuria e accudimento inadeguato. La funzione riflessiva e la capacità della madre di mentalizzare l'esperienza relazionale con il proprio bambino vengono valutate attraverso l'intervista elaborata dall'autrice, la Parental Development Interview (PDI) (Slade, Aber, Bresgi, Berger & Kaplan, 2004) a cui viene applicata la scala per la funzione riflessiva (Fonagy et al., 2002) intesa come la capacità di saper comprendere gli stati mentali e le intenzioni altrui attraverso l'osservazione del comportamento espresso dall'altro. L'intervista si basa principalmente sull'esplorare la capacità materna di riconoscere emozioni e stati d'animo nel bambino narrando episodi congruenti. Rispetto ad altri interventi che si basano sugli aspetti rappresentazionali, il modello della Slade pone l'accento maggiormente sulla capacità del genitore di riflettere sulla propria esperienza attuale con il proprio bambino, rispetto alle vicende di attaccamento passate.

L'intervento è organizzato attraverso una serie di incontri di home visiting e prevede la collaborazione di un'équipe multidisciplinare composta da un pediatra che fornisce valutazioni, counseling e cure primarie individuali e alla famiglia e da una figura che ricopre sia funzioni di assistenza sociale sia cliniche (la psicoterapia bambino-genitore, la terapia individuale, gli interventi nelle crisi e il supporto genitoriale).

Interessante infine come l'autrice sottolinei la necessità di una supervisione costante del lavoro degli operatori come fattore cruciale per l'efficacia dell'intervento, in particolare considerando il contesto multiproblematico in cui si trovano ad operare. La supervisione fornisce un spazio sicuro e organizzato per gli *home visitor* affinché possano ristrutturare se stessi e mentalizzare a loro volta le circostanze difficili e i sentimenti che nascono dall'utilizzare il loro rapporto con le madri per proteggere e favorire la relazione madre-bambino.

## 2.4 Il sostegno alla genitorialità in adolescenza

Rispetto al sostegno alla genitorialità in età adolescenziale, Marchegiani e Grasso (2007) sottolineano la necessità di calibrare l'intervento tenendo conto delle caratteristiche peculiari dei genitori in questa fascia d'età. In particolare per quanto riguarda il sostegno sociale accade che le giovani madri tendano a ricercare l'appoggio della rete sociale con modalità ancora infantili, basate per esempio esclusivamente sulla richiesta di immediata soluzione di problemi concreti, quali la ricerca di un lavoro o di una casa e su una scarsa consapevolezza rispetto alla necessità di un loro impegno e coinvolgimento personale nel percorso di intervento. Spesso tale atteggiamento implica una difficoltà ad accettare interventi di tipo psicopedagogico che comportano il fatto che la mamma si metta in gioco e porti il proprio contributo nella relazione con l'operatore (Marchegiani & Grasso, 2007).

Inoltre di particolare significatività si evidenzia l'opportunità che gli interventi siano messi in atto precocemente, subito dopo la nascita del bambino o durante la stessa gravidanza in modo da poter arginare e modificare la catena trans-generazionale di povertà e disturbi bio-psico-sociali che tende a perpetuarsi da madre a figlio.

Rilevante appare anche il fatto che le strategie di intervento agiscano contemporaneamente su più fronti: counseling, cure mediche, educazione e lavoro, servizi di integrazione nella comunità e di avviamento lavorativo, spazi ricreativi, progetti di educazione circa le competenze ed abilità genitoriali (Aracena et al., 2009) al fine di promuovere la sensibilità materna e un adeguato sviluppo infantile. Da privilegiare dunque è un intervento "a rete", orientato al sistema nel suo complesso, in grado di coinvolgere istituzioni sanitarie, professionisti nel campo della salute mentale, operatori socio-assistenziali e non solo il bambino e i suoi caregiver (Santona & Zavattini, 2006).

In particolare alcuni autori (Aracena et al., 2009; Elkan, Kendrick, Hewitt, Robinson, Tolley & Blair, 2000; Olds et al., 2004) evidenziano l'efficacia con le mamme adolescenti dei trattamenti

basati sull'*Home Visit* i quali sembrano condividere l'obiettivo generale di ridurre lo stress familiare garantendo un supporto diretto all'interno del contesto della casa della madre. Nello specifico secondo gli autori i programmi di *Home Visit* risultano particolarmente efficaci soprattutto per quanto riguarda i livelli di salute mentale e fisica raggiunti dalla madre ed i più alti livelli di sviluppo cognitivo – in particolare nel linguaggio – raggiunti dai bambini, nonché la prevenzione dell'abuso materno.

## **2.5 Fattori aspecifici condivisi dagli interventi rivolti alla relazione genitore bambino**

Al di là della via di ingresso prescelta e del focus dell'intervento definito dai ricercatori, è possibile rintracciare alcuni aspetti aspecifici che tutte le tipologie di intervento sembrano condividere (Stern, 2004). In primo luogo infatti, Stern, prendendo in considerazione il modello delle tre R (riparazione, rieducazione, ridefinizione), sottolinea come ogni via di ingresso faccia parte dello stesso sistema-modello risultando interdipendente con tutti gli altri elementi. Indipendentemente dal fulcro considerato dunque non è possibile stabilire a priori l'esito finale di un intervento e si possono attendere processi di cambiamento su livelli non direttamente presi in esame. Per esempio un trattamento direttivo, esclusivamente basato sul comportamento genitoriale e su modalità psicoeducative, può favorire non solo la responsività e l'accudimento, ma anche indirettamente la capacità del genitore di riflettere sulla relazione con il proprio bambino, incrementandone la funzione riflessiva.

Un altro fattore aspecifico considerato centrale dall'autore è rappresentato dalla relazione con l'operatore che svolge l'intervento. In tutti i tipi di trattamento infatti in maniera implicita o dichiarata tale relazione svolge un ruolo centrale fornendo una holding alla diade genitore-bambino e determinando un campo intersoggettivo in cui si incontrano le conoscenze relazionali implicite e di regolazione emotiva di terapeuta, genitore e bambino. In questa prospettiva la

possibilità di condividere e comprendere tali aspetti è considerata dagli autori che fanno capo al Boston Change Process Study Group (Stern, 1998; Stern et al., 1998) il principale promotore di cambiamento terapeutico. In particolare Tronick (2003) ha descritto tali processi di condivisione e sintonizzazione affettiva in termini di *espansione diadica degli stati coscienza* come un focus centrale dell'intervento.

Il contesto di holding infine si caratterizza in base ai bisogni peculiari della madre definiti da quella particolare configurazione psicologica definita da Stern (1995) *costellazione materna*. In questa prospettiva di centrale importanza appaiono alcune caratteristiche dei modelli di intervento in grado di rispondere al bisogno della madre di avere accanto una figura benevola che la sostenga e la valorizzi, attraverso forme di comprensione empatica anche di tipo non verbale, implicite, in cui fondamentali risultano il contatto affettivo e la comunicazione non verbale. Si tratta dunque di fornire un'atmosfera di accompagnamento calda e valorizzante, in grado di riconoscere le capacità materne, sapendole discernere e far brillare anche quando appaiono limitate.

## **2.6 Accompagnare alla crescita le madri adolescenti e i loro bambini**

Il presente modello di intervento rivolto alle madri adolescenti e ai loro bambini, coordinato dalla prof.ssa Riva Crugnola in collaborazione con l'Ospedale San Paolo di Milano, si inserisce nell'ambito dei protocolli finalizzati a promuovere lo sviluppo socioemotivo nella prima infanzia, nel contesto della relazione genitore-bambino.

Nella definizione del nostro intervento abbiamo integrato i modelli proposti da Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn e Juffer (2005) e da Slade et al. (2005), proponendo un approccio integrato a rete che prevede il coinvolgimento di più operatori: psicologo, neuropsichiatra, neuro psicomotricista.

L'intervento, implicando la rilevazione di dati concernenti le caratteristiche della madre e del

bambino (rischio psicosociale, indici di disagio psicopatologico, modelli rappresentazionali materni circa l'attaccamento e in riferimento alla relazione attuale con il proprio bambino, sviluppo senso-motorio attaccamento infantili), non consiste solo nell'utilizzo del video-feedback, ma in un più ampio monitoraggio della coppia madre-bambino nel corso del primo anno di vita e nella prima parte del secondo con inclusione anche del partner ed, eventualmente, della famiglia d'origine.

Nello specifico gli obiettivi del progetto di prevenzione sono:

- garantire al bambino un adeguato sviluppo socioemotivo nel primo anno di vita volto a favorire lo sviluppo di una relazione di attaccamento sicuro alla madre e alle altre figure di attaccamento, relazione che come noto è predittiva di un successivo sviluppo adeguato sia a livello socioemotivo sia della personalità.
- favorire nella madre un processo di integrazione dell'esperienza della gravidanza e della successiva relazione con il bambino, nel processo di individuazione adolescenziale.

Rispetto a quest'ultimo punto l'intervento è mirato a favorire il processo di mentalizzazione dell'esperienza della gravidanza, spesso agita e non simbolizzata in adolescenza. In questa prospettiva il lavoro è mirato ad aiutare la madre a trovare un suo stile nella relazione con il bambino – non necessariamente corrispondente a quello di una mamma “adulta” – favorendo la possibilità di coinvolgimento positivo con quest'ultimo. Congiuntamente si cerca di lavorare sulla riflessività della madre nella relazione con il bambino, cercando al contempo di rafforzare i suoi sentimenti di autostima ed efficacia. Viene posta dunque una particolare attenzione non solo verso le rappresentazioni materne circa le proprie esperienze infantili rilevate, ma soprattutto verso il modo di rappresentarsi la relazione con il bambino con l'obiettivo di aiutare la madre a leggere i segnali e la comunicazione del bambino arrivando così a “tenerlo in mente” (Slade et al., 2005).

Il modello di intervento che abbiamo messo a punto in collaborazione con la struttura ospedaliera inizia dai 2 mesi di vita del bambino, data la precocità del rischio di interazioni

madre adolescente/bambino disfunzionali verificate dal nostro gruppo di ricerca oltre che dagli studi precedenti.

Si è voluto di svolgere il nostro intervento in un ambulatorio dell'ospedale e non a casa della madre come nel caso degli interventi di *home visit*, allo scopo di fornire a quest'ultima, che spesso si trova a vivere con la famiglia d'origine, uno spazio *ad hoc* da poter sperimentare come esclusivo e privo di interferenze familiari.

L'intervento segue la seguente scansione:

- A due mesi di vita del bambino, viene rilevato il rischio psicosociale materno attraverso un'intervista che valuta fattori quali: vissuti relativi alla gravidanza e al parto, condizione socio-economica, relazione con il padre del bambino, supporto sociale, livello di istruzione (Ammaniti et al., 2002); al contempo le madri compilano un questionario self-report volto a individuare il rischio psicopatologico, la *Symptom Check List-90 - SCL-90* (Derogatis & Melisaratos, 1983). Attraverso l'*Adult Attachment Interview* si indaga poi lo "stato della mente della madre" rispetto all'attaccamento (Main & Goldwin, 1994-98).
- Tra i 2 e i 3 mesi di vita del bambino inizia il piano di osservazione longitudinale delle coppie madre-bambino con incontri condotti da psicologi e psicomotricisti fino ai 12 mesi. L'intervento basato sul video feedback prevede incontri della durata di 60 minuti da effettuare quando il bambino ha un'età compresa tra i 3 e i 12 mesi, all'incirca ogni tre settimane. Durante ogni incontro la madre ed il bambino sono videoregistrati per 5-10 minuti in situazioni di gioco libero con a disposizione giocattoli idonei; nell'incontro successivo segue una discussione del filmato con la madre e una nuova videoregistrazione delle interazioni madre/bambino. I dati osservativi raccolti vengono opportunamente codificati al fine di individuare gli stili di regolazione emotiva adottati da madre e bambino attraverso uno schema di codifica costruito ad hoc (Riva Crugnola, Albizzati, Caprin & Gazzotti, 2009; Riva Crugnola, Albizzati, Caprin, Gazzotti & Spinelli, 2009) sulla base dei sistemi già esistenti in letteratura (Diener, Mangelsdorf,

McHale & Frosch, 2002), (*Infant and Caregiver Engagement Phases – ICEP* -, Weinberg, Tronick, Cohn & Olson, 1999). Vengono valutati inoltre gli stili di interazione delle madri (sensibile, intrusivo, non responsivo) e del bambino (cooperativo, compiacente-compulsivo, difficile, passivo) attraverso il Care-Index (Child-Adult-Experimental Index; Crittenden, 1998), uno strumento che valuta il costrutto della sensibilità diadica considerando sette scale del comportamento interattivo: espressione emotiva, espressione vocale, contatto corporeo, affetto, alternanza dei turni, controllo, scelta di attività. La codifica delle videoregistrazioni permette di avere informazioni specifiche per ogni diade madre-bambino, importanti per la discussione con la madre dei filmati.

Gli interventi vengono svolti da una coppia di operatori, composta da una psicologa e da una psicomotricista, che rappresentano l'aspetto dialettico dell'intervento caratterizzato da una continua oscillazione tra il polo costituito dalle interazioni madre/bambino e quello delle rappresentazioni materne.

Come sottolineato in precedenza le modalità dell'intervento prevedono una particolare attenzione verso il modo di rappresentarsi il bambino e la propria relazione con lui da parte della madre. A tal fine nel corso dell'intervento la madre viene intervistata sulle sue modalità di rappresentarsi il bambino e la sua relazione con lui, utilizzando la traccia di intervista *Parental Developmental Interview*, messa a punto dalla Slade, che esplora come la madre si rappresenta i sentimenti e le emozioni associati alla relazione con il proprio bambino (Slade et al., 2004).

Duranti gli incontri di video feedback le operatrici commentano con le madri i punti di forza e di debolezza della loro interazione con il bambino sollecitandole a partire dal materiale videoregistrato ad esprimere esperienze emotive e pensieri nei confronti del figlio e della loro relazione con lui e a interpretare le emozioni e i segnali del bambino, facendo riferimento anche ai contenuti tematici emersi nel corso delle interviste sul proprio stato mentale rispetto all'attaccamento e sulle rappresentazioni circa il bambino. E' risultato importante infatti lavorare

con le madri adolescenti nelle sessioni di video-feedback non solo sui comportamenti interattivi, ma anche sulla loro rappresentazione del bambino, dei suoi bisogni e delle sue emozioni, nonché sulle emozioni vissute dalle madri nella relazione con quest'ultimo, rappresentazioni spesso indifferenziate e poco articolate. Un obiettivo dell'intervento si è in questo senso precisato come quello di aumentare le competenze riflessive delle madri rispetto al proprio bambino aiutandole a "tenere il bambino in mente" (*Minding the Baby*, Slade et al., 2005), oltre a quello di aumentarne la responsività e la capacità di coinvolgimento positivo.

Come è noto infatti la funzione riflessiva materna agevola la creazione di un attaccamento di tipo sicuro del bambino alla madre, in quanto facilita quest'ultima nel compito di sintonizzarsi e regolare le emozioni del bambino (Slade et al., 2005). Nel caso di interazioni caratterizzate da scarsa responsività e con scarso coinvolgimento positivo si è usata anche una tecnica più attiva, favorendo interazioni più agevoli, esemplificando alle madri giochi con emozioni positive, vedi ad esempio il gioco del cucù.

Nel caso emergano nel corso della presa in carico aspetti problematici legati ad esempio al rapporto con il partner o con la famiglia d'origine, le madri vengono affiancate con colloqui individuali svolti da psicologi. Lo sviluppo senso-motorio e cognitivo del bambino viene infine monitorato attraverso la sua valutazione tramite le scale Bayley (1993) a 6 e 10 mesi; qualora si evidenzino ritardi o particolari problematiche vengono effettuate visite specifiche con i neuropsichiatri infantili.

Dopo i 14 mesi allo scopo di verificare l'efficacia dell'intervento vengono valutati nuovamente gli stili di interazione adottati da madre e bambino nel setting di gioco libero videoregistrato; viene valutato anche il tipo di attaccamento sviluppato dai bambini nei confronti della madre attraverso la procedura della *Strange Situation* (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

L'intervento infine è supervisionato dal gruppo di ricerca guidato dal coordinatore del progetto e composto da tutti i soggetti coinvolti nel lavoro con le mamme adolescenti: psicologi, neuropsichiatri infantili, psicomotricisti. La supervisione è mirata a favorire il confronto fra le

diverse figure, a contenere i sentimenti e i vissuti che emergono nel lavoro con le giovani madri e a promuovere il processo di mentalizzazione da parte degli operatori dei singoli casi presi in esame, delineando in questo modo di volta in volta le modalità ottimali di intervento.

## Capitolo 3

# LO SVILUPPO SOCIOAFFETTIVO DEI BAMBINI DI MADRI ADOLESCENTI

### 3.1 Progetto di ricerca: la valutazione di un modello di intervento rivolto alle mamme adolescenti e ai loro bambini

#### *Partecipanti e reclutamento*

Per la realizzazione del progetto di ricerca abbiamo proceduto a una ricognizione delle agenzie territoriali – consultori, servizi e reparti ospedalieri – utili per identificare i soggetti dello studio, individuando il reparto di Ostetricia e Ginecologia e il Servizio di Accompagnamento alla crescita, dipendente dall'Unità di Neuropsichiatria Infantile, dell'Ospedale San Paolo di Milano, come luogo idoneo per il reclutamento delle madri e per la realizzazione dell'intervento di ricerca, sottoponendo quindi il progetto al Comitato Etico dell'Ospedale.

La partecipazione al progetto di intervento rivolto alle mamme adolescenti e ai loro bambini è stato proposto a 48 neomamme durante il loro periodo di degenza in ospedale dopo il parto.

Delle mamme contattate 29 hanno aderito al progetto; di queste 3 hanno concluso la fase dell'intervento, 10 sono arrivate a metà del percorso di video-feedback, 16 hanno iniziato la prima fase di accoglienza.

Riportiamo di seguito le rilevazioni e sessioni svolte fin'ora:

*SCL 90-R Symptom Checklist (Derogatis, 1997)*

E' un questionario self-report che permette di rilevare dimensioni sintomatiche e indici di disagio psichico. Le dimensioni considerate sono: Somatizzazione (SOM); Ossessione-Compulsione (O-C); Sensibilità interpersonale (INT); Depressione (DEP); Ansia (ANX); Ostilità (HOS); Ansia Fobica (PHOB); Ideazione Paranoide (PAR); Psicoticismo (PSY); Disturbi del sonno (SLEEP); Global Symptom Index (GSI). Viene somministrato nel corso della prima fase di accoglienza della madre. Riportiamo i punteggi medi ottenuti da 21 mamme che hanno compilato il questionario nelle diverse scale; 6 hanno ottenuto un punteggio globale di disagio psicologico medio-alto, maggiore di 1.

*Tabella 1. Punteggi medi e deviazione standard delle scale SCL-90*

|           | SOM   | O-C   | INT   | DEP   | ANX   | HOS   | PHOB  | PAR   | PSY   | SLEEP | GSI   |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <i>M</i>  | 0,958 | 0,955 | 0,811 | 0,835 | 0,725 | 0,750 | 0,493 | 1,000 | 0,495 | 0,667 | 0,784 |
| <i>DS</i> | 0,806 | 0,493 | 0,743 | 0,640 | 0,701 | 0,871 | 0,621 | 0,893 | 0,559 | 0,802 | 0,561 |

*Intervista sul rischio psico-sociale*

Secondo gli autori (Ammaniti et al., 2002) si può identificare la presenza di rischio psicosociale in presenza di almeno tre tra i seguenti fattori:

1. Assenza del partner
2. Numerosità della prole (3 o 4 figli, di cui almeno 2 di età inferiore ai 6 anni)
3. Storia di patologia psichiatrica
4. Eventi stressanti
5. Eventi stressanti nell'ultimo anno
6. Assenza supporto sociale familiare
7. Fruizione di servizi in gravidanza

8. Comportamento violento subito

9. Devianza

L'intervista è stata somministrata a 19 mamme, delle quali 9 sono risultate a rischio dal punto di vista psicosociale.

*Adult Attachment Interview (Main & Goldwyn, 1994)*

Per valutare i modelli di attaccamento della madre, somministrata a 3 mesi di vita del bambino.

Sono state effettuate e codificate 10 interviste:

- 5 mamme hanno riportato uno “stato delle mente” circa l’ attaccamento sicuro autonomo (F), caratterizzato dalla capacità di narrare in maniera coerente e ricca di ricordi le esperienze infantili, sia positive sia negative.
- 3 sono risultate aderire ad un modello di attaccamento insicuro distanziante (Ds), in cui prevalgono il blocco delle memoria circa le esperienze vissute con le figure di accudimento, la tendenza a idealizzare queste ultime, nonché la propensione a negare o a minimizzare eventuali esperienze negative, per esempio di rifiuto.
- 2, infine, hanno mostrato un attaccamento insicuri di tipo preoccupato (E), associato a aspetti di preoccupazione, rabbia, eccessivo coinvolgimento verso le figure genitoriali ancora attivi in età adulta o a passività e difficoltà ad articolare il discorso in maniera coerente.

L'analisi delle interviste è stata svolta da un giudice esperto e formato con apposito training con i professori M. Main and E. Hesse.

*Osservazione e valutazione degli stili di interazione di madre e bambino*

Attraverso il Care-Index (Child Adult Relationship Experimental Index; Crittenden, 1998): 22 coppie mamma-bambino hanno svolto la prima osservazione nei primi 3 mesi di vita (m= 3.000; ds= .577); 17 hanno effettuato la seconda (m= 4.809; ds= 1.691); 10 diadi anche la terza

osservazione (mesi  $m=6.111$   $ds= .782$ ); 4 coppie hanno svolto la quarta ( $m= 7.670$ ;  $ds= 2.081$ ); infine tre coppie madre-bambino hanno concluso anche la quinta ( $m= 9.330$ ;  $ds=.580$ ) e la sesta osservazione ( $m= 13.333$ ;  $ds= 1.533$ ) e una coppia l'ultima osservazione post-intervento a 17 mesi.

L'analisi delle interazioni è stata da me svolta grazie all'affidabilità nell'utilizzo del Care-Index ottenuta nel 2006 da P. Crittenden.

#### *Sessioni di intervento con video-feedback*

18 mamme hanno svolto l'incontro di video-feedback dopo la prima osservazione; 12 in seguito alla seconda osservazione; 8 in seguito alla terza; 4 in seguito alla quarta; 3 in seguito alla quinta e alla sesta, 1 in seguito alla settima.

#### *Scale Bayley III (Bayley, 1993)*

Sono scale che valutano lo sviluppo psicomotorio dei bambini da 1 a 42 mesi. Sono state effettuate 11 Scale Bayley tra i 4 e gli 8 mesi ( $M = 0,600$ ;  $ds= .894$ ). Riportiamo negli schemi sottostanti i punteggi medi relativi alle scale principali. Solo la scala motoria è leggermente inferiore alla media ( $M= 100$ ). In nessuno dei casi trattati sono stati riscontrati deficit nello sviluppo psicomotorio, inferiori a due deviazioni standard sotto la media.

*Tabella 2. Punteggi medi e deviazione standard delle scale Bayley*

|           | Cognitive | Language | Motor  | Global  |
|-----------|-----------|----------|--------|---------|
| <i>M</i>  | 120,000   | 112,667  | 99,222 | 104,000 |
| <i>DS</i> | 13,229    | 17,010   | 19,074 | 14,849  |

*Strange Situation Procedure* (Ainsworth et al., 1978)

Per valutare il tipo di attaccamento sviluppato dai bambini nei confronti della madre dopo i 14 mesi. Sono state svolte fin'ora 3 osservazioni e in tutti e tre i casi i bambini sono risultati sicuri, in grado dunque di utilizzare la madre come base sicura dalla quale ottenere conforto e rassicurazione al momento della riunione. Rispetto al processo di trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento nei tre bambini presi in esame da notare come in un caso lo stato della mente materna fosse insicuro distanziante: si è osservata dunque un'interruzione della trasmissione dell'insicurezza.

L'analisi dei video è stata da me svolta grazie all'affidabilità nella codifica della Strange Situation Procedure ottenuta nel 2009 da L.A. Sroufe.

### **3.2 Studio 1: La maternità in età adolescenziale e adulta: stili di interazione e stati affettivi e di coordinazione affettiva madre-bambino**

*Premessa*

Come evidenziato nel primo capitolo la maternità in età adolescenziale si configura una condizione a rischio per lo sviluppo adeguato della responsività della madre e delle competenze comunicative del bambino e, conseguentemente, per lo stabilirsi di legami di attaccamento di tipo sicuro tra questi ultimi. Poco indagati risultano invece gli stili di regolazione emotiva adottati dalle madri adolescenti e dai loro bambini nel corso del primo anno di vita, che come è noto appaiono determinanti per lo sviluppo socioemotivo infantile e per il formarsi dei legami di attaccamento (Beebe et al., 2010), esercitando un impatto a lungo termine sulle competenze di regolazione del bambino, influenzandone l'adeguatezza o gli aspetti di disregolazione (Sroufe, 1995). In particolare Tronick (1989) ha evidenziato come il bambino sia dotato fin dai primi

mesi di vita di competenze autoregatorie che si integrano con le strategie eteroregatorie basate sull'interazione con il caregiver e sulla capacità di mobilitare la funzione regolatoria in quest'ultimo attraverso specifiche configurazioni facciali, vocali e gestuali di tono emotivo negativo, neutro o positivo. Lo scambio tra bambino e adulto viene descritto dunque in termini di un sistema di mutua regolazione reciproca caratterizzato dall'alternarsi di stati affettivi coordinati e stati affettivi non coordinati (Tronick & Weinberg, 1997). In questa prospettiva appare centrale, in termini di comportamento sensibile e responsivo, non tanto la capacità materna di sintonizzarsi in maniera continuativa con lo stato affettivo del bambino, quanto la sua competenza nel riparare, grazie anche al contributo del bambino, eventuali errori interattivi. La comunicazione affettiva tra madre e bambino appare contraddistinta in quest'ottica da processi di sintonizzazione/rottura/riparazione nell'ambito dei quali, in condizioni ottimali, dopo mancate sintonizzazioni seguono riparazioni efficaci con l'emergenza di nuovi stati affettivi coordinati. Lo sperimentare riparazioni riuscite e ripetute trasformazioni degli affetti negativi in positivi è un processo fondamentale per lo sviluppo nel bambino di un nucleo affettivo positivo relativo al proprio Sé (Emde, 1991, 2005; Tronick et al., 1997). Al contrario, vivere ripetute rotture della comunicazione e stati affettivi non coordinati può comportare per il bambino la costruzione di un nucleo affettivo negativo di sé, fondato sulla rappresentazione di sé come inefficace e della madre come non disponibile, con possibili conseguenze anche per quanto riguarda il formarsi di un attaccamento di tipo disorganizzato da parte di quest'ultimo (Lyons-Ruth, 2003). Diversi lavori (Lyons-Ruth, Alpern & Repacholi, 1993; Mantymaa, Puura, Luoma, Salmelin & Tamminen, 2004) hanno evidenziato inoltre come l'ostilità e l'intrusività materna nel primo anno di vita, centrata sull'espressione di emozioni negative e sulla loro mancata modulazione, siano predittive di comportamenti esternalizzanti manifestati dal bambino nelle fasi successive.

A partire da queste considerazioni, scopo del presente lavoro è quello di verificare se la condizione adolescenziale rispetto alla maternità in età adulta costituisca un eventuale fattore di rischio per lo sviluppo della relazione madre e bambino per i seguenti aspetti: a) gli stili

interattivi di madre e bambino; b) le durate dei comportamenti di regolazione emotiva di madre e bambino; c) gli stati affettivi di madre e bambino durante l'interazione; c) la regolazione diadica madre-bambino rappresentata dalla coordinazione (match) e dalla non coordinazione (mismatch) degli stati affettivi di entrambi.

### **3.2.1 Metodo**

#### *I partecipanti*

I partecipanti alla ricerca sono state 53 diadi madre-bambino di 3 mesi (età media = 3,07 ; ds = .670), reclutate attraverso il “Servizio di Accompagnamento alla Crescita” istituito presso l’Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano.

Il gruppo delle 53 madri è composto da 30 madri adulte (età media = 32,95 ; ds = 3,81) e 23 madri adolescenti (età media = 19,03 ; ds = 1,34).

Per il gruppo delle madri adolescenti il livello di istruzione era così distribuito: 15 avevano la licenza media (78,95%), 4 madri avevano il diploma superiore (21,05%), una mamma frequentava ancora un istituto superiore e 3 lavoravano. Il livello socioeconomico era medio per il 52,64% dei casi e basso per il rimanente 47,36%. Per le madri adulte, il livello medio di istruzione era la scuola media superiore, tutte erano lavoratrici, con un livello socioeconomico medio nel 68 % dei casi e alto per il rimanente 32%. I bambini (30 maschi e 23 femmine) erano tutti nati a termine, senza patologie organiche, primogeniti nella totalità dei casi nel gruppo di mamme adolescenti e nell’ 84% dei casi nel gruppo di madri adulte.

## *Procedura e strumenti*

### *Stili interattivi di madre e bambino*

A 3 mesi di vita dei bambini (età media = 3,07 ; ds = .670) le diadi sono state videoregistrate durante una interazione di gioco libero della durata media di 5 minuti, la durata media delle interazioni è di 5 minuti (media = 5.03; ds = 0.028).

Le videoregistrazioni sono state realizzate in una stanza attrezzata con giocattoli idonei. Al genitore veniva chiesto di giocare con il bambino così come era solito fare. Madre e bambino venivano in seguito lasciati soli nella stanza davanti alla telecamera. Attraverso il Child-Adult Relational Experimental Index (Care-Index; Crittenden, 1998) gli stili interattivi sono stati valutati da due giudici indipendenti esperti, classificando le madri in Sensibili, Controllanti e Non Responsive e i loro bambini in Cooperativi, Compulsivi, Difficili e Passivi sulla base dei punteggi (da 0 a 14) attribuiti a 7 scale (Espressione Facciale, Espressione Vocale, Posizione e Contatto Corporeo, Affetto, Contingenze nella successione dei turni, Controllo e Attività scelta). L'accordo tra i due giudici nella valutazione delle categorie interattive relative alla madre e al bambino è stato calcolato con il kappa di Cohen, considerando 6 diadi di madri adulte e 5 diadi di madri adolescenti, per un totale di 11 diadi, 20.7% del campione ( $k = .96$  per le categorie materne;  $k = .82$  per le categorie del bambino).

### *Stati affettivi e coordinazione affettiva tra madre e bambino*

Le stesse videoregistrazioni delle interazioni svolte a 3 mesi sono state analizzate con l'Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP; Tronick & Weinberg, 1996), schema di codifica che permette di valutare in modo microanalitico con codici esaustivi e mutualmente escludentesi le durate relative dei comportamenti della madre e del bambino, degli stati affettivi e della coordinazione degli stati affettivi. Le codifiche sono state effettuate attraverso una rilevazione di eventi di tipo continuo, registrando l'inizio e la fine di ogni comportamento. Questo schema di

codifica permette un'analisi microanalitica delle interazioni valutando i diversi comportamenti della madre e del bambino, momento dopo momento, analizzati separatamente e in tempi differenti (Tronick & Weinberg, 1996a, 1996b, 2003). Le combinazioni di comportamenti espressi dalla madre e dal bambino vengono definite fasi monadiche (*Monadic Phases*) e sono segmenti di interazioni che definiscono un'unità comportamentale caratterizzata da espressioni facciali, vocalizzazioni, orientamento della testa e degli occhi, gesti e movimenti del corpo (Tronick, Als & Brazelton, 1980). Le fasi monadiche, riflettendo il livello di partecipazione interattiva, permettono di cogliere la struttura della comunicazione tra i due partner, valutando il contributo congiunto di entrambi. In particolare in questo sistema di codifica viene posta molta importanza ai comportamenti non verbali, come la direzione dello sguardo, l'espressione del volto, la manipolazione.

Poiché eravamo interessati anche alle modalità interattive fra mamma e bambino relative agli oggetti, lo schema originale di codifica è stato modificato con questo obiettivo come illustrato in Tabella 3 (Riva Crugnola et al. , 2009; Riva Crugnola, Albizzati et al., 2009).

Due diversi osservatori hanno codificato separatamente i comportamenti del 20,7% delle diadi del campione e i valori di accordo calcolati tramite il kappa di Cohen (1960) sono risultati essere  $k = .77$  per le categorie del bambino e  $k = .72$  per le categorie del genitore.

*Tabella 3. Schema di codifica dei comportamenti del genitore e del bambino, tratto dall' ICEP di Weinberg e Tronick (1999). Con \* sono indicate le categorie di codifica modificate rispetto alla definizione originaria degli autori*

|                           |   |   |
|---------------------------|---|---|
| <b>Codici del bambino</b> | Coinvolgimento sociale negativo             | Il bambino manifesta attivamente un disagio (es. si agita, protesta, piange, si ritira, freezing)               |
|                           | Osserva oggetto proposto dal caregiver*     | Il bambino osserva, manipola o gioca con il gioco proposto dalla madre  |
|                           | Osserva oggetto non offerto dal caregiver * | Il bambino osserva o manipola un oggetto di sua spontanea iniziativa senza che sia stato il genitore a proporlo |
|                           | Osserva l'ambiente*                         | Il bambino dirige il suo sguardo verso l'ambiente senza focalizzarsi su qualcosa in particolare                 |

|                      |                                 |  |
|----------------------|---------------------------------|--|
|                      | Monitoraggio sociale            | Il bambino dirige la sua attenzione verso il viso della madre con un'espressione neutra o interessata.   |
|                      | Coinvolgimento sociale positivo | Il bambino è positivamente coinvolto nell'interazione con l'adulto (con o senza gioco) e la gradisce (es. sorride, vocalizza con tono positivo, agita gambe o braccia).    |
|                      | Si fa consolare*                | Il bambino lascia che la madre lo consoli quando è agitato   |
|                      | Non codificabile                | Il bambino esce dall'inquadratura della telecamera, non gli si vede il viso o sta dormendo   |
|                      | Coinvolgimento sociale negativo | La madre assume comportamenti intrusivi o di ritiro nei confronti dell'attività o dello spazio fisico del bambino  |
|                      | Non focalizzata*                | La madre distoglie l'attenzione dal bambino (es. guarda altrove, gioca con oggetti in modo autonomo).  |
|                      | Monitoraggio sociale            | La madre osserva il bambino, in silenzio o con vocalizzazioni neutre   |
| Codici del caregiver | Coinvolgimento sociale positivo | La madre si rivolge al bambino con tono positivo con espressioni facciali di gioia (es. verbalizzazioni, social play, gioco del cucù, battiti di mani, risate, solletico). |
|                      | Propone gioco*                  | La madre propone un oggetto scelto da lei al bambino al fine di farglielo esplorare  |
|                      | Partecipa al gioco*             | La madre si inserisce nel gioco scelto spontaneamente dal bambino  |
|                      | Richiamo di attenzione*         | La madre richiama l'attenzione del bambino (es. agita un gioco, chiama il bambino, fischia)  |
|                      | Accudimento e consolazione*     | La madre risponde e tenta di porre rimedio ad uno stato di disagio del bambino (es. lo culla, lo accarezza, lo sistema in una posizione migliore, gli soffia il nasino)    |
|                      | Non codificabile                | Il viso della madre non è visibile   |

Al fine di valutare la coordinazione e la non coordinazione degli stati affettivi di madre e bambino durante l'interazione, i codici dello schema di codifica sono stati raggruppati in relazione allo stato affettivo di cui erano rappresentativi all'interno di tre categorie: stati affettivi neutri, stati affettivi positivi e stati affettivi negativi (vedi Tabella 4).

*Tabella 4. Definizione degli stati affettivi di madre e bambino*

| Stati affettivi  | Codici   |
|------------------|--|
| Bambino positivo | Coinvolgimento sociale positivo, Osserva oggetto non offerto dal caregiver, Osserva oggetto proposto dal caregiver |

|                  |   |
|------------------|---|
| Bambino neutro   | Monitoraggio sociale, Osserva l'ambiente, Si fa consolare                                 |
| Bambino negativo | Coinvolgimento sociale negativo   |
| Madre positiva   | Coinvolgimento sociale positivo, Propone gioco, Partecipa al gioco                        |
| Madre neutral    | Monitoraggio sociale, Accudimento e consolazione, Richiamo di attenzione, Non focalizzata |
| Madre negativa   | Coinvolgimento sociale negativo   |

Un altro fine della ricerca era quello di indagare possibili differenze, tra i due gruppi del campione, nella coordinazione degli stati affettivi a livello diadico tra madre e bambino (Tabella 5). A questo scopo si è utilizzato il concetto di *match* e *mismatch* utilizzato da Tronick e colleghi. Gli stati affettivi coordinati vengono definiti “match” e corrispondono ai momenti in cui madre e bambino contemporaneamente condividono ed esprimono gli stessi stati affettivi, siano essi positivi, negativi o neutri. Gli stati affettivi non coordinati vengono definiti “mismatch” e corrispondono ai momenti in cui madre e bambino presentano contemporaneamente uno stato affettivo differente (Tronick et al., 2005).

È stata quindi calcolata la durata media dei differenti stati affettivi coordinati (match) (madre positiva/bambino positivo, madre negativa/bambino negativo, madre neutra/bambino neutro) e di quelli non coordinati (mismatch) (bambino positivo/madre negativa, bambino positivo/madre neutra, bambino negativo/madre positiva, bambino negativo/madre neutra, bambino neutro/madre positiva, bambino neutro/madre negativa). Gli stati affettivi coordinati (match) corrispondono ai momenti in cui madre e bambino condividono gli stessi stati affettivi, positivi, negativi o neutri; gli stati affettivi non coordinati (mismatch) corrispondono ai momenti in cui madre e bambino non condividono lo stesso stato affettivo (Tronick et al., 2005). Le analisi sono

state effettuate in relazione alle durate relative degli stati affettivi individuali e degli stati affettivi coordinati e non coordinati.

*Tabelle 5. Definizione degli stati di coordinazione affettiva diadica*

| <i>Stati di coordinazione</i> | <i>Categorie</i>                                 |
|-------------------------------|--|
| <b>Match</b>                  | Bambino positivo-Madre positiva (match positivo) |
|                               | Bambino negativo-Madre negativa (match negativo) |
|                               | Bambino neutro-Madre neutra (match neutro)       |
| <b>Mismatch</b>               | Bambino positivo-Madre negativa                  |
|                               | Bambino positivo-Madre neutra                    |
|                               | Bambino negativo-Madre positiva                  |
|                               | Bambino negativo- Madre neutra                   |
|                               | Bambino neutro-Madre positiva                    |
|                               | Bambino neutro-Madre-negativa                    |

Due diversi osservatori hanno codificato separatamente i comportamenti del 20,7% delle diadi del campione e i valori di accordo calcolati tramite il kappa di Cohen (Cohen, 1960) sono risultati essere  $k = .72$  per le categorie del bambino e  $k = .77$  per le categorie del genitore.

### **3.2.2 Risultati**

Per analizzare eventuali differenze negli stili di interazione presenti nei due gruppi, sono state confrontati tramite il t-test i punteggi ottenuti nelle diverse scale materne (Sensibile, Controllante e Non responsiva) e infantili (Cooperante, Compulsivo, Difficile, Passivo) previste dal Care-Index come illustrato nelle tabelle 6 e 7. Il confronto è stato realizzato utilizzando il pacchetto statistico SPSS/PC versione 17,0.

*Tabella 6. Punteggi degli stili di interazione delle madri adulte e delle madri adolescenti*

|                | Md adulte<br>(N=30) |       | Md adolescenti<br>(N=23) |       | T      | Gdl    | P      |
|----------------|---------------------|-------|--------------------------|-------|--------|--------|--------|
|                | M                   | DS    | M                        | DS    |        |        |        |
| Sensibile      | 8.670               | 4.020 | 5.000                    | 2.928 | -3.078 | 50     | .003** |
| Controllante   | 3.970               | 4.047 | 7.550                    | 3.851 | 2.758  | 45.975 | .008** |
| Non Responsivo | 1.370               | 1.991 | 1.450                    | 2.686 | .186   | 50     | .853   |

\*p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001.

*Tabella 7. Punteggi degli stili di interazione dei bambini con madri adulte e dei bambini con madri adolescenti*

|             | B/i con Md adulte<br>(N=30) |       | B/i con Md adol.<br>(N=23) |       | T      | Gdl    | P     |
|-------------|-----------------------------|-------|----------------------------|-------|--------|--------|-------|
|             | M                           | DS    | M                          | DS    |        |        |       |
| Cooperativo | 7.370                       | 4.694 | 4.450                      | 3.501 | -2.462 | 50     | .049* |
| Compiacente | .980                        | 1.675 | .297                       | 1.189 | -1.569 | 41     | .152  |
| Difficile   | 1.600                       | 2.737 | 3.360                      | 3.513 | 2.175  | 35,464 | .036* |
| Passivo     | 3.730                       | 4.051 | 5.410                      | 3.376 | 2.031  | 48.517 | .048* |

\* p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001.

Le analisi evidenziano differenze significative per quanto riguarda la Sensibilità: le madri adulte mostrano punteggi medi maggiori rispetto a quelli delle adolescenti. Anche per la scala del Controllo sono presenti differenze significative: sono in questo caso le madri adolescenti ad avere punteggi maggiori rispetto alle adulte. Per quanto riguarda i bambini – come illustrato nella Tabella 7 – si riscontrano punteggi di Cooperazione maggiori nei figli di madri adulte.

Questi ultimi mostrano al contempo livelli di comportamento Difficile e Passivo inferiori rispetto ai bambini di mamme in età adolescenziale.

Le analisi dei dati relative agli stati affettivi sono state effettuate tramite il programma GSEQ che permette di calcolare le statistiche per quanto riguarda sia la durata dei comportamenti materni e del bambino sia la co-occorrenza dei comportamenti nella diade (Bakeman & Quera, 1995). Al fine di valutare l'eventuale presenza di differenze nei due gruppi, sono state confrontate le durate relative delle diverse categorie, degli stati affettivi di madre e bambino e degli stati affettivi coordinati e non coordinati rispetto ai due gruppi di diadi. Il confronto è stato realizzato tramite il t-test utilizzando il pacchetto statistico SPSS / PC versione 17,0.

Sono state calcolate in primo luogo le durate relative delle diverse categorie relative ai comportamenti manifestati dalla madre e dal bambino, questo al fine di identificare eventuali differenze fra le diadi con madri adulte e le diadi con madri adolescenti.

Sono state confrontate le medie delle durate relative dei comportamenti codificati dei bambini con madri adulte e con madri adolescenti.

Non sono state presentate le categorie "bambino non codificabile" e "sguardo rivolto verso l'estraneo" perché poco frequenti e non rilevanti ai fini della ricerca.

Come si può vedere dalla Tabella 8 sono emerse delle differenze significative nei due gruppi per quanto riguarda il comportamento del bambino.

Tabella 8. Durate relative dei comportamenti dei bambini con madri adulte e madri adolescenti

|  | Bambini con Md<br>adulte<br>(N=30) |      | Bambini con Md<br>adol.<br>(N=23) |      | T      | gdl | P      |
|--|------------------------------------|------|-----------------------------------|------|--------|-----|--------|
|  | M                                  | DS   | M                                 | DS   |        |     |        |
| Osserva oggetto proposto dal caregiver                 | .312                               | .154 | .164                              | .194 | 3.001  | 41  | .005** |
| Osserva oggetto non offerto dal caregiver              | .107                               | .150 | .098                              | .097 | .271   | 49  | .788   |
| Si fa consolare  | .055                               | .063 | .072                              | .081 | -.797  | 40  | .430   |
| Monitoraggio sociale                                   | .179                               | .134 | .158                              | .128 | .575   | 48  | .568   |
| Coinvolgimento sociale positivo                        | .040                               | .045 | .041                              | .058 | -.051  | 40  | .960   |
| Osserva ambiente<br>Coinvolgimento sociale<br>negativo | .190                               | .130 | .293                              | .136 | -2.772 | 46  | .008** |
|  | .080                               | .114 | .143                              | .173 | -1.508 | 36  | .140   |

Nota. Numero dei soggetti (N), media (M), deviazione standard (DS), t di Student (t), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p).

\*p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001.

I risultati mostrano che i bambini con madri adulte osservano maggiormente l'oggetto che viene loro proposto dal caregiver ( $t = 3.001$ ;  $p = .005$ ), rispetto ai bambini con madri adolescenti.

Inoltre è stata trovata una differenza significativa fra i due gruppi per il comportamento "osserva ambiente". I bambini con madri adolescenti passano più tempo di quelli con madri adulte ad osservare l'ambiente circostante ( $t = -2.772$ ;  $p = .008$ ), senza soffermarsi su di un oggetto o qualcosa di specifico.

Sono state confrontate inoltre le durate relative dei comportamenti delle madri adulte e delle madri adolescenti.

Come si può vedere dalla Tabella 9 sono emerse delle differenze significative tra il gruppo delle mamme adulte e quello delle mamme adolescenti.

*Tabella 9. Durate relative dei comportamenti delle madri adulte e delle madri adolescenti*

|                                 | Md adulte<br>(N=30) |      | Md adol.<br>(N=23) |      | T      | Gdl | p      |
|---------------------------------|---------------------|------|--------------------|------|--------|-----|--------|
|                                 | M                   | DS   | M                  | DS   |        |     |        |
| Coinvolgimento sociale positivo | .190                | .124 | .259               | .133 | -1.921 | 45  | .061   |
| Monitoraggio sociale            | .203                | .124 | .229               | .112 | -.799  | 49  | .428   |
| Propone gioco                   | .171                | .116 | .094               | .100 | 2.573  | 50  | .013*  |
| Partecipa al gioco              | .175                | .117 | .085               | .107 | 2.920  | 49  | .005** |
| Accudimento e consolazione      | .148                | .102 | .190               | .121 | -1.337 | 42  | .118   |
| Non focalizzata                 | .058                | .044 | .069               | .056 | -.792  | 40  | .433   |
| Richiamo di attenzione          | .041                | .034 | .045               | .034 | -.483  | 47  | .631   |
| Coinvolgimento sociale negativo | .004                | .018 | .018               | .031 | -2.118 | 51  | .039*  |

*Nota.* Numero dei soggetti (N), media (M), deviazione standard (DS), t di Student (t), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p).

\*p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001.

I risultati mostrano come le mamme adulte propongano maggiormente oggetti al bambino (t = 2.573; p = .013) e partecipino maggiormente al gioco scelto autonomamente dal bambino (t = 2.920; p = .005). Le mamme adulte, quindi, utilizzano maggiormente il gioco con oggetti, sia in forma di proposta di oggetti sia inserendosi nel gioco del bambino, rispetto alle mamme adolescenti che lo utilizzano meno.

È risultata significativa anche la differenza nei comportamenti di coinvolgimento negativo della madre ( $t = - 2.118$ ;  $p = .039$ ). Le madri adolescenti risultano essere maggiormente negative delle madri adulte nelle interazioni con il bambino. Sempre attraverso il programma GSEQ sono state calcolate le durate relative dei diversi stati affettivi individuati considerati separatamente per madre e bambino al fine di verificare eventuali differenze tra i due gruppi: diadi con madri adulte, diadi con madri adolescenti. Come si può vedere dalla Tabella 10 sono emerse delle differenze significative tra i due gruppi riguardo allo stato affettivo presentato dal bambino.

*Tabella 10. Durate relative degli stati affettivi dei bambini nelle diadi con madri adulte e nelle diadi con madri adolescenti*

|                  | Bambini con Md adulte<br>(N=30) |      | Bambini con Md adol.<br>(N=23) |      | T      | Gdl | P     |
|------------------|---------------------------------|------|--------------------------------|------|--------|-----|-------|
|                  | M                               | DS   | M                              | DS   |        |     |       |
| Bambino positivo | .460                            | .211 | .303                           | .228 | 2.551  | 45  | .014* |
| Bambino neutro   | .459                            | .200 | .552                           | .235 | -1.527 | 43  | .134  |
| Bambino negativo | .080                            | .114 | .143                           | .173 | -1.508 | 36  | .140  |

*Nota.* Numero dei soggetti (N), media (M), deviazione standard (DS), t di Student (t), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p).

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Dalle analisi, effettuate attraverso il t-test, si evidenzia una differenza significativa per quanto riguarda lo stato affettivo positivo del bambino ( $t = 2.551$ ;  $p = .014$ ).

I bambini delle madri adulte sono più positivi rispetto a quelli delle madri adolescenti.

Come si può vedere dalla Tabella 11, effettuando l'analisi con il t-test sulle durate medie relative dei differenti stati affettivi materni, sono emerse ulteriori differenze significative tra i due gruppi.

*Tabella 11. Durate relative degli stati affettivi delle madri nelle diadi con madri adulte e nelle diadi con madri adolescenti*

|                | Md adulte<br>(N=30) |      | Md adol.<br>(N=23) |      | T      | Gdl | p     |
|----------------|---------------------|------|--------------------|------|--------|-----|-------|
|                | M                   | DS   | M                  | DS   |        |     |       |
| Madre positiva | .537                | .159 | .438               | .135 | 2.426  | 50  | .019* |
| Madre neutra   | .458                | .160 | .542               | .127 | -2.122 | 50  | .039* |
| Madre negativa | .004                | .018 | .018               | .031 | -2.118 | 51  | .039* |

*Nota.* Numero dei soggetti (N), media (M), deviazione standard (DS), t di Student (t), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p).

\*p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001.

Le madri adulte presentano stati affettivi positivi ( $t = 2.426$ ;  $p = .019$ ) in misura maggiore rispetto alle adolescenti.

Le madri adolescenti presentano stati affettivi neutri ( $t = -2.122$ ;  $p = .039$ ) e negativi ( $t = -2.118$ ;  $p = .039$ ) più delle madri adulte.

È stata infine calcolata la durata relativa degli specifici stati affettivi coordinati e non coordinati tra madre e bambino e la durata relativa generale degli stati di match e mismatch (vedi Tabella 12).

*Tabella 12. Durate relative degli stati affettivi coordinati e non coordinati in diadi con madri adulte e in diadi con madri adolescenti*

|                                   | Diadi con Md adulte<br>(N=30) |      | Diadi con Md adol.<br>(N=23) |      | T      | gdl | p      |
|-----------------------------------|-------------------------------|------|------------------------------|------|--------|-----|--------|
|                                   | M                             | DS   | M                            | DS   |        |     |        |
| Bambino positivo – Madre positiva | .339                          | .160 | .202                         | .184 | 2.832  | 43  | .007** |
| Bambino positivo – Madre neutra   | .119                          | .110 | .098                         | .079 | .804   | 50  | .425   |
| Bambino positivo – Madre negativa | .001                          | .005 | .002                         | .009 | -.539  | 34  | .593   |
| Bambino negativo – Madre negativa | .000                          | .001 | .007                         | .018 | -2.209 | 51  | .032*  |
| Bambino negativo – Madre neutra   | .053                          | .071 | .094                         | .120 | -1.433 | 33  | .161   |
| Bambino negativo – Madre positiva | .026                          | .056 | .040                         | .049 | -1.011 | 50  | .317   |
| Bambino neutro – Madre neutra     | .284                          | .159 | .348                         | .166 | -1.424 | 46  | .161   |
| Bambino neutro – Madre positiva   | .172                          | .108 | .195                         | .109 | -.768  | 47  | .446   |
| Bambino neutro – Madre negativa   | .002                          | .010 | .008                         | .018 | -1.406 | 51  | .166   |
| Match                             | .623                          | .121 | .559                         | .161 | 1.600  | 39  | .118   |
| Mismatch                          | .376                          | .121 | .440                         | .161 | -1.600 | 39  | .118   |

*Nota.* Numero dei soggetti (N), media (M), deviazione standard (DS), t di Student (t), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p).

\*p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001.

Per quanto riguarda gli stati affettivi coordinati, le diadi con madri adolescenti trascorrono meno tempo in stati di match positivo nei quali entrambi i partner hanno uno stato affettivo positivo

rispetto alle diadi con madri adulte ( $t = 2.832$ ;  $p = .007$ ). Le diadi con madri adolescenti presentano livelli significativamente maggiori di match negativi rispetto alle diadi con madri adulte ( $t = -2.209$ ;  $p = .032$ ).

### **3.2.3 *Discussione***

Per quanto riguarda gli stili di interazione di madre e bambini codificati attraverso il Care-Index si rileva un profilo di rischio per le diadi costituite dalle madri adolescenti e dai loro bambini rispetto alle madri adulte. Le madri adolescenti appaiono infatti meno sensibili e più controllanti rispetto alle madri adulte e i loro bambini meno cooperativi e più difficili e passivi.

Anche le analisi svolte con il sistema derivato da Tronick evidenziano come le diadi con madri adolescenti si delineino meno adeguate rispetto a quelle con madri adulte.

Per quanto riguarda l'analisi delle durate dei comportamenti di madre e bambino, sono state rilevate differenze significative, in particolare rispetto alle categorie relative al gioco da noi aggiunte al sistema di codifica di Tronick ai fini della ricerca. I bambini di madri adulte infatti osservano in misura maggiore l'oggetto che viene proposto dalla madre, mentre i bambini di mamme adolescenti sembrano maggiormente orientarsi verso l'osservazione dell'ambiente circostante. Parallelamente le mamme adulte mostrano più propensione a proporre oggetti al bambino e a inserirsi nel gioco scelto autonomamente dal bambino.

Nelle diadi costituite da mamme adulte e dai loro figli sembra presentarsi una superiore possibilità di condividere l'attenzione verso gli oggetti, grazie al ruolo di scaffolding e sostegno intersoggettivo fornito dalla madre (Bruner, 1977; Riva Crugnola, 2007; Tronick, 1997). In questa prospettiva il comportamento materno sembra ricoprire una funzione evolutiva, in quanto, facendo leva sulle innate competenze sociali del bambino (Trevarthen, 2009), favorisce lo sviluppo dell'interesse per la madre – centrale nell'*intersoggettività primaria* - coordinandolo con quello progressivamente crescente per l'ambiente e gli oggetti (Trevarthen, 1979).

Al contrario nelle diadi di madri adolescenti tali comportamenti di incorniciamento e orientamento dell'esplorazione del bambino appaiono deficitari, il loro gioco risulta essere più primitivo, con un limitato interesse nei confronti degli oggetti che impoverisce la costruzione di un'impalcatura per la condivisione di significati, con una possibile ripercussione nello sviluppo cognitivo dei bambini stessi (Pomerleau et al., 2003).

Rispetto ai comportamenti mostrati dai bambini colpisce d'altra parte la tendenza dei figli di madri adolescenti ad osservare l'ambiente circostante senza soffermarsi su un oggetto specifico. Tale modalità viene letta nell'ambito del sistema di codifica elaborato da Tronick come un comportamento difensivo precoce, attraverso il quale il bambino cerca di autoregolarsi. Si tratta infatti secondo l'autore di una forma di condotta difensiva (Tronick, 1989) volta a distogliere l'attenzione da una relazione inadeguata e poco in grado di sintonizzarsi e di regolare le emozioni del bambino. Il rischio per i bambini di madri adolescenti è che il ricorso a tali modalità possa diventare nel percorso evolutivo massiccio e ricorsivo, con gravi ripercussioni per lo sviluppo del Sé infantile. Il poter sperimentare riparazioni riuscite e fare esperienza delle trasformazioni degli affetti negativi in positivi è alla base del processo di sviluppo del bambino e della strutturazione di un nucleo affettivo positivo relativo al proprio Sé; il ricorso frequente a modalità autoregatorie comporterebbe invece per il bambino la possibilità di strutturare un nucleo affettivo negativo del Sé come inefficace a sollecitare l'intervento dell'adulto e un modello interno della madre come non disponibile emotivamente (Lyons-Ruth, 2003).

Per quanto concerne invece gli stati affettivi individuali mostrati da madre e bambino, è emerso come le madri adulte si mostrino più positive nell'interazione, esprimendo un'emozionalità positiva attraverso, ad esempio, vocalizzazioni positive, utilizzo del motherese, espressioni facciali positive. Accanto a questo dato è interessante notare come anche gli stati affettivi presentati dai bambini siano differenti tra loro: i figli delle madri adulte sono più positivi rispetto a quelli delle madri adolescenti, esprimendo tale positività per esempio con maggiori vocalizzazioni e sorrisi diretti alla madre.

Le madri adolescenti si caratterizzano invece per una maggiore presenza di stati affettivi neutri e negativi. Aver trovato le madri adolescenti più negative rispetto alle adulte conferma il dato già riportato in letteratura (Osofsky, 1992; Passino et al., 1993; Pomerleau et al., 2003) secondo il quale presentano maggiori livelli di negatività all'interno della relazione con i loro bambini. Di interesse è la differenza significativa emersa anche per quanto riguarda il tono affettivo neutro, marcatamente presente nelle madri adolescenti rispetto alle adulte.

Questo dato è importante poiché i comportamenti classificati come neutri hanno la comune caratteristica di non veicolare uno stato affettivo definito e di non ricercarne una condivisione, lasciando così l'interazione ad un livello superficiale di coinvolgimento.

Le madri adolescenti mostrano così di essere poco presenti nella relazione poiché si impegnano in tutti quei comportamenti, come il guardarsi attorno, non essere focalizzati sul bambino oppure mantenersi in uno stato di osservazione e monitoraggio passivi, che non favoriscono una sintonizzazione affettiva ed un coinvolgimento relazionale positivo con il bambino. Esse si impegnano in modalità di accudimento come sistemare il bambino, spostarlo e accomodarlo senza però cercare di ingaggiare con lui un contatto positivo e ripetono prevalentemente gesti di cura fisica e concreta. Ciò può essere messo in relazione con quello che viene descritto in letteratura come uno pseudo adattamento delle madri adolescenti, in cui regna una dissociazione tra la cura concreta che mostrano di saper attuare e il piano affettivo-immaginario maggiormente carente (Ammaniti et al., 2002; Marchegiani & Grasso, 2007).

Dal punto di vista degli stati affettivi coordinati infine emerge come le madri adulte ed i loro bambini presentino un livello significativamente maggiore di match positivi, ovvero madre e bambino si trovano a condividere e sperimentare nello stesso momento lo stato affettivo positivo molto più spesso di quanto non accada per le mamme adolescenti ed i loro bambini.

Durante le interazioni, quindi, le mamme adulte ed i bambini fanno più esperienza di momenti di sintonizzazione affettiva positiva rispetto alle adolescenti.

Al contrario madri adolescenti e bambini condividono lo stato affettivo negativo più frequentemente rispetto alle mamme adulte. La presenza di maggiori momenti di match negativi nelle diadi composte da madri adolescenti si conferma in linea con quanto riporta la letteratura (Easterbrooks et al., 2005; Osofsky, 1992; Pomerleau et al., 2003) sulla maggiore presenza di negatività che caratterizza le interazioni di queste ultime, confermandone gli aspetti di rischio sullo sviluppo affettivo del bambino, in particolare sulla possibilità di apprendere dal caregiver strategie di regolazione emotiva più funzionali (Gianino & Tronick, 1988; Tronick, 2008).

Le analisi svolte a livello microanalitico con il sistema derivato dai lavori di Tronick portano in luce come le diadi con madri adolescenti si delineino meno adeguate rispetto a quelle con madri adulte, configurandosi meno in grado di condividere le emozioni di segno positivo, con maggiore condivisione di emozioni negative, esprimendo individualmente, madri e bambini, meno stati positivi e per le madri più stati negativi. L'insieme di questi dati conferma ipotesi analoghe formulate sulla base di osservazioni di tipo clinico da Osofsky (1992), il quale ha sottolineato gli aspetti di mancata condivisione affettiva caratterizzanti la relazione madre adolescente-bambino. Anche una nostra recente ricerca svolta sulla maternità in adolescenza mostra come queste mamme si delineino meno adeguate rispetto alle adulte, configurandosi meno in grado di condividere le emozioni, in particolare quelle positive, e più inclini ad esprimere meno stati affettivi positivi e più stati negativi (Gazzotti et al., 2010). Risulta, quindi, confermato il profilo di rischio per le diadi costituite dalle madri adolescenti e dai loro bambini rispetto alle diadi delle adulte.

Questi dati consentono inoltre di evidenziare come le madri adolescenti presentino alcuni punti in comune con le madri depresse studiate da Tronick e Weinberg (1997), in cui prevalgono gli affetti negativi sia a livello individuale che diadico e la minor presenza di stati affettivi positivi coordinati. Questo è importante poiché tali stati affettivi individuali e diadici, all'interno della relazione con il bambino, implicano una crescente necessità da parte di quest'ultimo di autoregolarsi: tale forma di adattamento iniziale caratterizzato dal rifugiarsi continuamente nel

proprio mondo interno compromette nel tempo i suoi interscambi con l'ambiente sociale e la spinta ad occuparsi del mondo esterno (Tronick & Weinberg, 1997).

In sintesi dunque l'analisi dei dati ha posto in luce come l'età adolescenziale materna rispetto a quella adulta possa costituire un fattore di rischio relativamente sia alle modalità di coordinazione affettiva intercorrenti tra madre e bambino sia ai loro stili interattivi, con possibili gravi ripercussioni per lo sviluppo socioaffettivo infantile.

### **3.3 Studio 2: Valutazione del trattamento basato sul video-feedback nel gruppo di mamme adolescenti con intervento**

Come evidenziato nel capitolo 2 di grande rilievo appare la possibilità di valutare l'efficacia degli interventi preventivi finalizzati a promuovere un adeguato sviluppo socioaffettivo infantile. In particolare un dibattito significativo riguarda la struttura degli interventi e se agire sia sul comportamento sia sulle rappresentazioni materne risulti un vantaggio o al contrario un limite, per cui sia meglio preferire interventi maggiormente di stampo educativo-comportamentale (Van IJzendoorn et al., 2005). In questa prospettiva, nell'ambito della valutazione dell'efficacia dell'intervento, scopo dello studio 2 è quello di analizzare lo sviluppo degli stili di interazione nel gruppo di madri con intervento di video-feedback. Essendo la ricerca ancora *in progress* è stato possibile effettuare una prima valutazione verificando eventuali cambiamenti tra l'osservazione pre-trattamento e quella effettuata in seguito alla presa in carico della coppia madre-bambino da parte dell'èquipe e dopo almeno due sessioni di video-feedback.

### **3.3.1 Metodo**

#### *I partecipanti*

I partecipanti alla ricerca sono state 10 diadi madre-bambino che hanno effettuato la prima osservazione pre-trattamento a 3 mesi (età media = 3,360 ; ds = .638) e l'osservazione dopo due interventi di video-feedback a 6 mesi circa (età media = 6,111 ; ds = .782), reclutate attraverso il “Servizio di Accompagnamento alla Crescita” istituito presso l’Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano.

Il livello di istruzione era così distribuito: 7 madri avevano la licenza media e 3 il diploma superiore. Il livello socioeconomico era medio per 5 casi e basso per il rimanente. I bambini (5 maschi e 5 femmine) erano tutti nati a termine, senza patologie organiche, primogeniti nella totalità dei casi.

#### *Procedura e strumenti*

A 3 mesi (età media = 3,360 ; ds = .638) e a 6 mesi (età media = 6,111; ds = .782) di vita dei bambini le diadi sono state videoregistrate durante una interazione di gioco libero della durata media di 5 minuti, la durata media delle interazioni è di 5 minuti.

Le videoregistrazioni sono state realizzate in una stanza attrezzata con giocattoli idonei. Al genitore veniva chiesto di giocare con il bambino così come era solito fare. Madre e bambino venivano in seguito lasciati soli nella stanza davanti alla telecamera. Attraverso il Child-Adult Relational Experimental Index (Care-Index; Crittenden, 1998) gli stili interattivi sono stati valutati da due giudici indipendenti esperti, classificando le madri in Sensibili, Controllanti e Non Responsive e i loro bambini in Cooperativi, Compulsivi, Difficili e Passivi sulla base dei punteggi (da 0 a 14) attribuiti a 7 scale (Espressione Facciale, Espressione Vocale, Posizione e Contatto Corporeo, Affetto, Contingenze nella successione dei turni, Controllo e Attività scelta).

L'accordo tra i due giudici nella valutazione delle categorie interattive relative alla madre e al bambino è stato calcolato con il kappa di Cohen, considerando 4 diadi, 20% del campione rispetto al numero di osservazioni effettuate ( $k = .92$  per le categorie materne;  $k = .80$  per le categorie del bambino).

### **3.3.2 Risultati**

Attraverso il test non parametrico Wilcoxon Signed Ranks Test a misure ripetute sono stati valutati eventuali cambiamenti tra l'osservazione pre-trattamento dei 3 mesi e quella dei 6 mesi effettuata in seguito alla presa in carico della coppia madre-bambino e dopo almeno due trattamenti di video-feedback. Dall'analisi dei dati è emersa una differenza significativa dei punteggi per quanto riguarda la scala del controllo materno (vedi Tabella 13 e Figura 2). Da un punto di vista descrittivo è interessante rilevare l'incremento dei punteggi nella scala di Sensibilità. Per quanto riguarda il bambino non sono state riscontrate differenze significative dal punto di vista statistico. Tuttavia a livello descrittivo si può evidenziare un miglioramento delle medie dei punteggi per quanto riguarda la cooperazione e un calo rispetto al comportamento Difficile e alla Passività (vedi Tabella 14 e Figura 3).

*Tabella 13. Punteggi degli stili di interazione delle madri adolescenti nella prima osservazione e dopo due sessioni di video-feedback*

|                | Prima osservazione<br>(N=10) |       | Seconda<br>osservazione<br>(N=10) |       | Z      | P     |
|----------------|------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|--------|-------|
|                | M                            | DS    | M                                 | DS    |        |       |
| Sensibile      | 4.400                        | 2.675 | 6.400                             | 2.319 | -1.690 | .091  |
| Controllante   | 8.300                        | 3.860 | 5.700                             | 2.710 | -2.082 | .037* |
| Non Responsivo | 1.300                        | 2.452 | 1.800                             | 1.398 | -1.127 | .260  |

\*p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001.

*Tabella 14. Punteggi degli stili di interazione dei bambini di madri adolescenti nella prima osservazione e dopo due sessioni di video-feedback*

|             | B/i con Md adulte<br>(N=10) |       | B/i con Md adol.<br>(N=10) |       | Z      | P    |
|-------------|-----------------------------|-------|----------------------------|-------|--------|------|
|             | M                           | DS    | M                          | DS    |        |      |
| Cooperativo | 3.400                       | 3.062 | 5.400                      | 3.239 | -1.191 | .234 |
| Compiacente | 0.000                       | 0.000 | .600                       | .843  | -1.857 | .063 |
| Difficile   | 4.500                       | 3.979 | 2.100                      | 3.348 | -1.328 | .184 |
| Passivo     | 6.100                       | 3.755 | 5.700                      | 4.111 | -.102  | .919 |

\* p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001.

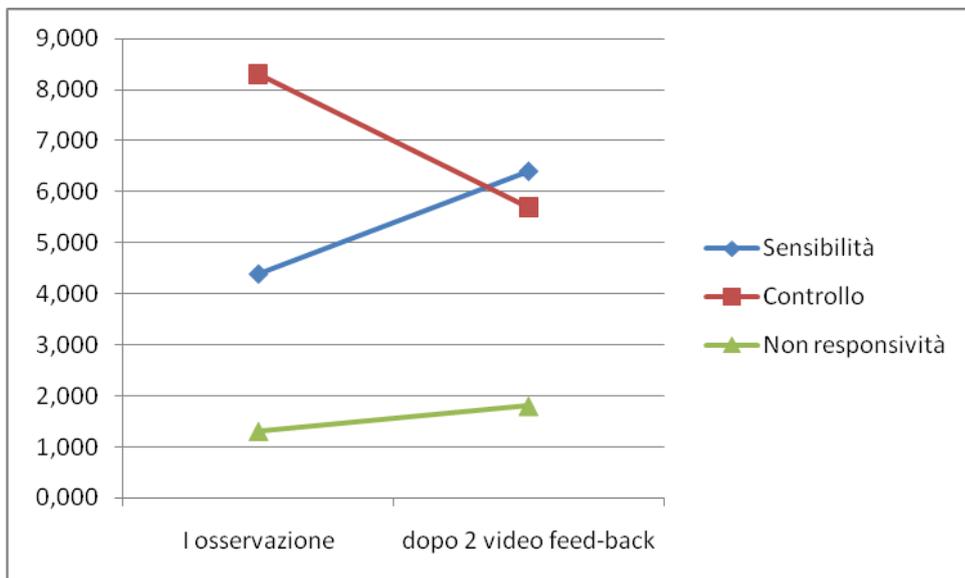


Figura 2. Medie dei punteggi di sensibilità materna a 3 mesi (condizione pre-intervento) e a 6 mesi (condizione post-intervento) delle madri adolescenti trattate

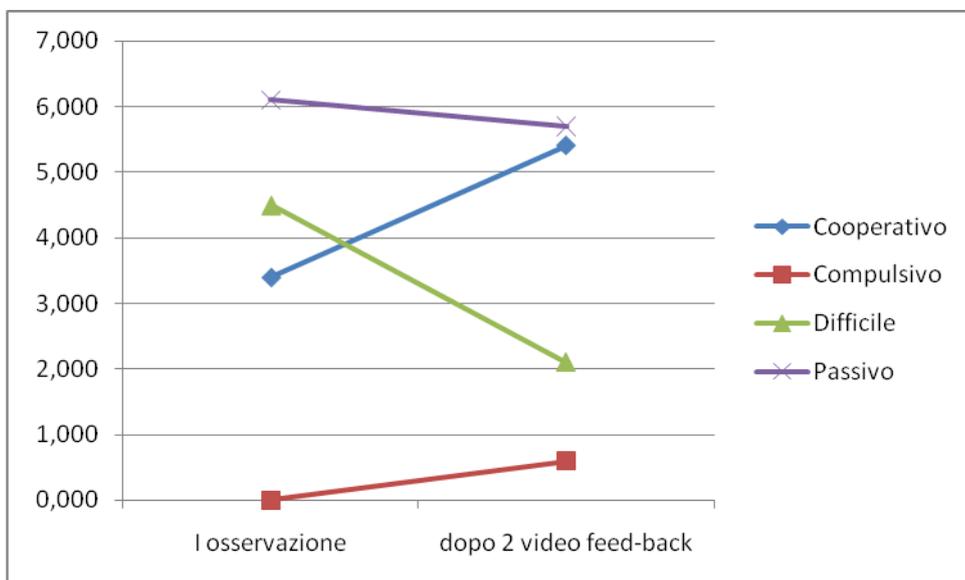


Figura 3. Medie dei punteggi di sensibilità dei bambini a 3 mesi (condizione pre-intervento) e a 6 mesi (condizione post-intervento) delle madri adolescenti trattate

### ***3.3.3 Discussione***

I dati preliminari evidenziano da un punto di vista descrittivo delle tendenze interessanti che riteniamo possano consolidarsi, aumentando la numerosità dei campioni, anche rispetto alla significatività statistica.

Per quanto riguarda l'efficacia dell'intervento, seppure i dati siano preliminari è possibile evidenziare un calo dei punteggi medi della scala Controllo materna nel gruppo delle madri. Si rilevano inoltre da un punto di vista descrittivo un incremento della scale della Sensibilità materna e della Cooperazione infantile. Questo dato appare di particolare interesse vista la specificità del nostro intervento focalizzato sia sulla sensibilità sia sulla riflessività della madre, in linea con quanto proposto da Slade (2005) a proposito di interventi con madri adolescenti.

Il decremento del comportamento intrusivi/controllante a sei mesi mette in luce infine la rilevanza di un tipo di intervento adottato precocemente quale quello da noi attuato a partire dai 3 mesi di vita del bambino, intervento che si rivela in grado di garantire condizioni più idonee per lo sviluppo di una relazione madre-bambino adeguata.

## **Capitolo 4**

# **LO SVILUPPO DELLA RELAZIONE TRA MADRE ADOLESCENTE E BAMBINO**

Nel presente capitolo vengono illustrate le storie di due giovani mamme e dei loro bambini che sono stati coinvolti nel nostro progetto di intervento. I casi vengono illustrati al fine di fornire una descrizione maggiormente qualitativa, in grado di esemplificare la complessità dell'intervento avviato, in particolare per quanto riguarda la modalità di conduzione degli incontri, gli stimoli forniti nel corso del video-feedback e il lavoro di rete tra le diverse figure coinvolte: neuropsichiatri infantili, psicologici, psicomotricisti.

### **4.1 Lucia e Luca**

Lucia è una ragazza di 17 anni che arriva al nostro servizio quando il suo bambino, Luca ha poco più di 2 mesi; il parto è avvenuto nello stessa struttura ospedaliera. Dai primi incontri ciò che colpisce maggiormente è la condizione abitativa di Lucia: la ragazza vive infatti con i genitori insieme al suo compagno e padre del bambino di 18 anni – il quale aveva iniziato a risiedere presso l'abitazione, dormendo in cameretta con la ragazza, alcuni mesi prima del concepimento di Luca; con la famiglia vive inoltre la sorella di 20 anni, a sua volta divenuta mamma precocemente, il suo convivente e la loro bambina di pochi mesi. Come risulta dai primi incontri, grazie anche alla somministrazione dell'intervista sul rischio psicosociale (Ammaniti et al., 2002) all'età adolescenziale di Lucia si assommano altri fattori di rischio: condizioni

socioeconomiche svantaggiate del nucleo d'origine, situazione familiare caotica nella quale fa molta fatica a trovare uno spazio fisico dove poter dedicarsi al suo bambino, abbandono degli studi da parte di entrambi i giovani genitori, lavori precari per il partner. Per quanto riguarda il quadro psicopatologico valutato attraverso la SCL-90-R emerge una condizione di rischio globale, le aree maggiormente colpite sono quelle dalla somatizzazione, dell'ansia e dell'ideazione paranoide, aspetti che di fatto si evidenzieranno meglio nel corso dell'intervento. Dai colloqui, in particolare grazie alla *Adult Attachment Interview*, risulta inoltre che nella sua infanzia Lucia ha vissuto fino a 3 anni senza il padre, in carcere in quel periodo, percependolo, al suo ritorno, come un intruso rispetto al legame con la madre. Durante l'infanzia inoltre, quando la madre lavorava, Lucia è stata accudita prevalentemente dal fratello maggiore che considerava come un padre. Attualmente la relazione con la madre appare molto stretta e con aspetti conflittuali. Rispetto alla gravidanza infine Lucia dichiara di aver desiderato il concepimento e che la famiglia, in particolare la madre, abbia accolto positivamente tale evento. Dal punto di vista motivazionale, seguendo la classificazione di Le Van (1998) si può leggere dunque l'esperienza della gravidanza nella vita di Lucia come funzionale al bisogno di acquisire uno status sociale all'interno del proprio contesto di vita. Da notare infatti come anche la sorella ventenne fosse da poco divenuta mamma e in termini anamnestici anche i genitori avessero concepito il primo figlio in età adolescenziale; Lucia è infatti la quarta nella fratria, i due fratelli maggiori, di età adulta, vivono fuori casa. Si può dunque rintracciare un processo di trasmissione intergenerazionale rispetto al tema della gravidanza in età adolescenziale.

#### ***4.1.1 Lo stato della mente secondo l'Adult Attachment Interview***

Attraverso l'Adult Attachment Interview svolta a tre mesi di vita di Luca, si può evidenziare come lo "stato della mente" di Lucia rispetto all'attaccamento, nonostante le difficoltà sperimentate nell'infanzia, risulti autonomo/sicuro, caratterizzato dunque dalla capacità di

narrare in maniera coerente le esperienze di attaccamento sia positive sia negative, valorizzando il legame di attaccamento affettivo (Main, 1995). Il trascritto è stato codificato attribuendo Lucia alla sottocategoria relativa all'attaccamento Autonomo F5, in cui si possono rintracciare alcuni temi conflittuali verso le figure di attaccamento: nella ragazza permangono aspetti di rabbia in particolare nei confronti della figura del padre.

Durante il racconto della sua infanzia Lucia si dimostra consapevole della qualità delle sue relazioni: “appiccicata alla madre” e “in conflitto perenne con il padre” fin da quando quest'ultimo torna dal carcere. Appare anche conscia delle sue reazioni – “ho dovuto imparare a cavarmela da sola” – e dei comportamenti a volte trascuranti dei genitori, che riesce a motivare e in parte a comprendere collegandoli alle loro esperienze infantili di deprivazione; entrambi hanno vissuto in collegi/orfanotrofi nell'infanzia. Nel corso dell'intervista sembra esserci una valutazione coerente e ben supportata da ricordi e episodi specifici delle proprie esperienze, con poca idealizzazione e una rabbia emotivamente contenuta rispetto al padre e alla sorella di cui si dichiara gelosa rispetto al padre. Relativamente ai fattori di rischio che abbiamo illustrato in precedenza la sicurezza dell'attaccamento di Lucia rispetto alle proprie figure genitoriali si delinea un fattore protettivo per il futuro attaccamento del bambino. Molte ricerche hanno infatti dimostrato la trasmissione della qualità dell'attaccamento da madre a figlio (H. Steele, M. Steele & Fonagy, 1996), evidenziando inoltre una maggiore competenza nel sintonizzarsi e nel regolare le emozioni del figlio da parte delle mamme con un modello di attaccamento sicuro (Haft & Slade, 1989; Riva Crugnola et al., 2009; Riva Crugnola et al., 2009) rispetto a quelle con attaccamento insicuro.

#### ***4.1.2 L'interazione tra Lucia e Luca***

Dai primi incontri e dalle osservazioni effettuate con Lucia e il suo bambino si evidenzia come le interazioni madre-figlio a due mesi siano caratterizzate da elevata intrusività da parte della madre

e da scarsa sensibilità nei confronti dei segnali espressi dal bambino. Ecco uno stralcio della prima interazione videoregistrata:

*La mamma Lucia tiene in braccio il piccolo Luca. Lucia ha in mano un libretto di plastica che inizia a far oscillare sulla testa del bambino. Luca ha il volto rivolto verso di lei e osserva con un'espressione neutra. Lucia, mentre Luca la guarda, continua a far oscillare il libretto, battendolo lievemente sul capo del bambino. Il bambino socchiude leggermente gli occhi. Lucia continua con lo stesso gesto, mentre il bambino inizia progressivamente a voltare la testa dall'altra parte, evitando il volto della madre, chiudendo gli occhi e immobilizzandosi. Lucia allora cerca di attirare l'attenzione del bambino, sorreggendolo in piedi davanti a sé. Luca inizia a piangere, mantenendo sempre la testa voltata.*

In base alla codifica effettuata con il sistema Care-Index (Crittenden, 1998) è emerso un profilo di alto rischio caratterizzato da un punteggio molto basso di Sensibilità, da alto Controllo/intrusività per la mamma e per il bambino da scarsa Cooperazione e alta Passività (nella figure 2 e 3 sono presentati i punteggi ottenuti da mamma e bambino nel corso delle osservazioni longitudinali). Come si può evincere dall'osservazione, la madre fa proposte al bambino che egli rifiuta, divenendo sempre più intrusiva e incapace di rispettarne le progressive reazioni di chiusura, il bambino quindi è costretto a "immobilizzarsi" e a ritirarsi nel proprio mondo interno, per fronteggiare le proposte della madre, utilizzando precocemente in maniera massiccia difese quali l'evitamento dello sguardo e il freezing.

Il lavoro di video-feedback si è concentrato dunque sull'aiutare Lucia a riconoscere e comprendere passo dopo passo i segnali del bambino, grazie anche alla possibilità data dal materiale videoregistrato di rallentare il video e di tornare più volte sullo stesso passaggio; valorizzando e incoraggiando i tentativi della ragazza, cercando sempre di mantenere il più possibile un atteggiamento aperto, accogliente, dialettico, poco direttivo e non giudicante.

Dopo il primo incontro di video feedback, centrato sull'analizzare e comprendere con Lucia le reazioni del bambino, nella videoregistrazione successiva, a 3 mesi, è possibile evidenziare una sorta di dicotomia tra i primi minuti e gli ultimi. Nella prima parte infatti madre e bambino appaiono maggiormente sintonizzati con scambi di sguardi e sorrisi; dopo breve tempo tuttavia la mamma, cambia bruscamente la posizione del bambino, da sdraiato a seduto fino a porlo in piedi davanti a sé, suscitando in lui reazioni di protesta, con evitamento dello sguardo e aspetti di disorganizzazione, quali l'inarcamento della schiena:

*Lucia tocca le mani di Luca parlandogli e sorridendo, Luca, sdraiato su un cuscino, risponde guardandola negli occhi e agitando mani e braccia. Lucia, dopo poco, interrompendo il gioco, mette il bambino seduto, sorreggendogli con difficoltà la testa; Luca non sorride più e sembra perdere l'equilibrio, inarcandosi leggermente. Lucia lo pone in piedi davanti a sé, lo bacia ripetutamente facendo schioccare la bocca, Luca volta la testa dall'altra parte, cercando di respingere i suoi baci con la mano e voltando contemporaneamente il volto dall'altra parte rispetto alla madre, di nuovo inarcandosi.*

Da questa seconda breve descrizione si evidenzia un secondo nucleo problematico nell'interazione tra Lucia e Luca – in parte già emerso verso la fine della prima interazione - legato alla gestione dello spazio e del corpo del bambino. Lo scambio infatti diviene intrusivo per il bambino nel momento in cui si passa da un posizionamento comodo e in sintonia con il suo sviluppo psicomotorio ad una postura inadeguata. Lucia non sembra essere consapevole del fatto che il corpo del bambino non sia pronto per essere posto bruscamente in posizione eretta, al contrario quest'ultima cercherà – nonostante i nostri interventi educativi – di far camminare il bambino molto precocemente, compiacendosi della capacità del bambino di “stare in piedi da solo”. Tali aspetti sono in linea con la tendenza riscontrata in letteratura da parte delle madri adolescenti a non riconoscere o ad anticipare le normali tappe di sviluppo (Hitchcock et al.,

2008; Tamis-Lemonda et al., 2002), come evidenziato nel primo capitolo. Si riscontra dunque anche in Lucia una spinta verso l'autonomia e una rapida crescita di Luca, come per voler contenere gli intensi bisogni di dipendenza presenti nei primissimi mesi di vita.

Nel procedere dell'intervento si riscontrano progressivi miglioramenti nello scambio diadico, grazie anche all'utilizzo di strategie quali il mostrare in diretta a Lucia nel corso degli incontri esemplificazioni di interazioni caratterizzate da sintonizzazione affettiva e emozioni positive, per esempio il gioco del cucù proposto a Luca dalla psicomotricista. A quattro mesi bambino e madre appaiono avere acquisito una maggiore capacità di comunicazione reciproca, scambiandosi sorrisi e vocalizzazioni, interagendo faccia-a-faccia. Tuttavia, durante l'interazione, Lucia si mantiene fisicamente distante da Luca, non riuscendo ancora a entrare in contatto in maniera adeguata anche attraverso il corpo con lui.

A sei mesi la sintonizzazione tra madre e bambino entra nuovamente in crisi. Lucia sembra in difficoltà ad accettare la condizione di maggiore autonomia di Luca, legata al suo sviluppo senso-motorio, cercando di riportarlo alla relazione diadica, come nella seconda osservazione ponendolo in braccio davanti a sé in piedi e suscitando in lui evitamento e pianto. Da notare infatti come il secondo semestre di vita comporti una riorganizzazione psichica nel bambino associata al passaggio dall'intersoggettività primaria basata sulla scambio faccia-a-faccia alla intersoggettività secondaria caratterizzata invece da un maggior orientamento del bambino verso l'esplorazione e gli oggetti (Trevarthen, 1984). Tale transizione può essere vissuta in maniera negativa dalle mamme, se interpretata per esempio come un calo di interesse affettivo nei loro confronti e non come una normale tappa evolutiva.

Grazie anche al supporto fornito a Lucia circa questo delicato passaggio, dagli otto mesi l'interazione madre/bambino si stabilizza positivamente, mantenendosi tale fino alla fine dell'intervento, come si può verificare anche dopo la sua conclusione, a 17 mesi, in cui madre e bambino giocano creativamente insieme, condividendo i giochi ed esprimendo entrambi emozioni positive. In particolare quest'ultima osservazione ha ottenuto dei punteggi molto alti di

sensibilità materna e cooperazione infantile, si tratta infatti di uno scambio carico di entusiasmo, gioia e piacere nel condividere l'attività, in cui in particolare l'intrusività fisica ha lasciato spazio a un contatto corporeo libero e piacevole:

*Lucia e Luca sono seduti su un tappeto: Luca batte un tamburo con un'asticella, la mamma getta una pallina sul tamburo, producendo suoni in modo alternato con il bambino. Dopo poco Luca si lascia cadere sul corpo della madre, facendola sdraiare sul tappeto e sedendosi a cavalcioni su di lei. Lucia lo sorregge per la vita, in modo che non cada. Luca prende il tamburo e lo batte, sempre seduto sulla madre, la madre batte, questa volta contemporaneamente al bambino il tamburo con le mani, sorridendo e parlandogli. Poi Lucia porge al bambino uno xilofono, Luca lo prende e lo batte, poi scende sul tappeto. Insieme Lucia e Luca battano nuovamente il tamburo insieme nello stesso momento, la mamma con le mani, con molta energia, il bambino con l'asticella. Entrambi sorridono.*

Nel corso degli interventi con il video-feedback è stato fondamentale dunque aiutare Lucia a riconoscere il suo stile intermittente a volte "brusco", a volte sintonizzato, dando voce alle comunicazioni del bambino, sia positive (sguardi e sorrisi) sia negative (ritiro, pianto) affinché la mamma potesse imparare a leggere e a rispondere in maniera crescente ai segnali di Luca.

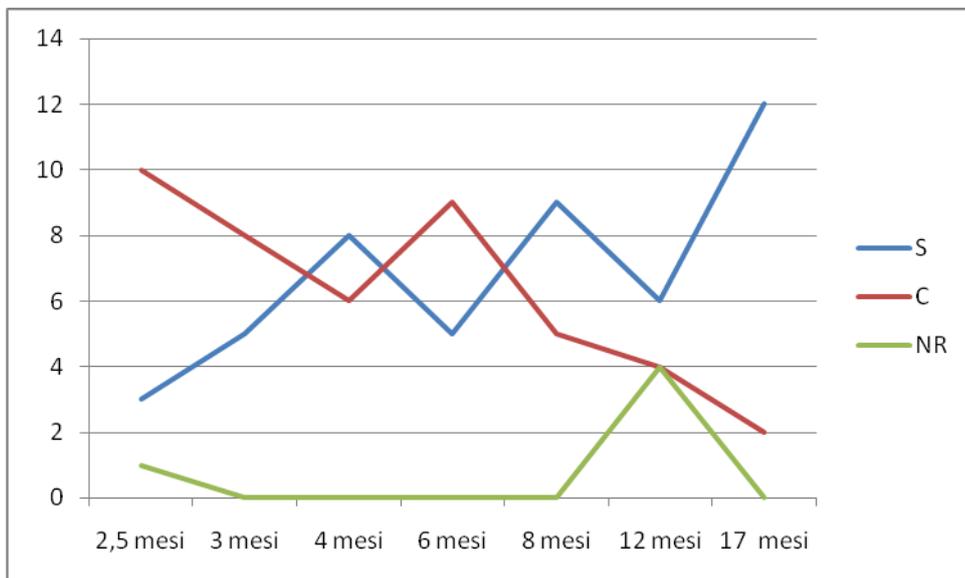


Figura 2. Profilo dei punteggi Care-Index di Lucia

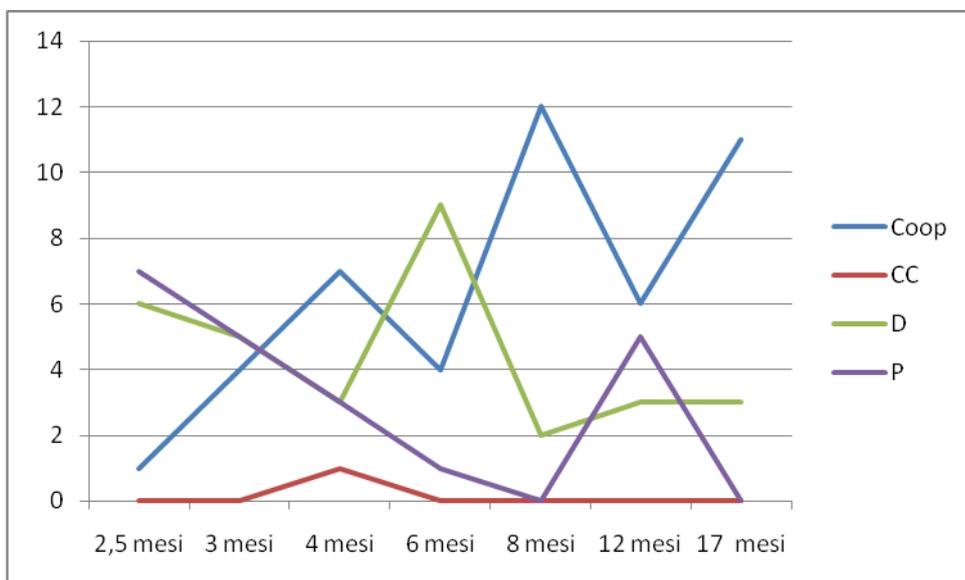


Figura 3. Profilo dei punteggi Care-Index di Luca

#### 4.1.3 Il bambino pensato

Di particolare interesse, anche per orientare i nostri interventi, sono state le descrizioni che Lucia ci ha dato di sé, del bambino e della sua relazione con lui attraverso la *Parental Developmental Interview (PDI)* che abbiamo effettuato a 6 mesi di vita di Luca. Nell'intervista Lucia dimostra

una buona capacità riflessiva sia nella rappresentazione del bambino sia di se stessa. Nella relazione con il bambino essa enfatizza gli aspetti di reciprocità e di somiglianza (“mi assomiglia, ha il mio stesso carattere”) del bambino nei suoi confronti ed anche il rapporto di sintonizzazione reciproca (“siamo chiacchieroni, quando lui vuole attenzioni e come se anch’io in quel momento glielo volessi dare”). Particolarmente sottolineati sono anche gli aspetti di autonomia: (“lui è un bimbo autonomo, anch’io da piccola facevo tutto da sola”), e quelli di crescita, (“beve il latte da solo, con il biberon”).

Nell’intervista Lucia attribuisce molta importanza all’attaccamento del bambino nei suoi confronti, ma anche al proprio attaccamento a lui: “quando arrivo a casa la prima cosa è che non vedo l’ora di vederlo, voglio vedere solo lui”. Molto importante in tale rappresentazione appare il ruolo di conferma attribuito al bambino rispetto alla propria competenza materna, in particolare rispetto alla capacità di tranquillizzarlo se agitato o si è fatto male. D’altra parte Lucia appare anche in grado di riconoscere gli aspetti di difficoltà insiti nel rapporto con il bambino: “certe volte non riesco a calmarlo, magari sta male, tipo le gengive, vado nel panico ... c’è mia mamma in casa, c’è sempre mia mamma comunque sia”.

A sei mesi di vita di Luca, Lucia sembra dunque “avere in mente il bambino” è in grado di attribuirgli emozioni (“ride, è contento”) e pensieri rivolti a lei, (“capisce quando sono arrabbiata”). Al contempo le sue rappresentazioni hanno degli aspetti specifici che possono essere collegati alla sua condizione di adolescente. Come è stato evidenziato anche da altre ricerche (Easterbrooks et al., 2005) al bambino sembra attribuito un ruolo più paritetico rispetto alle mamme adulte e al contempo di conferma delle proprie capacità materne (Easterbrooks et al., 2005); ne vengono infine sottolineati gli aspetti di autonomia, quasi ad attenuarne la dipendenza e i bisogni di accudimento.

#### *4.1.4 Crescere insieme*

L'intervento con Lucia non si è focalizzato unicamente sulle interazioni madre/bambino e sulle rappresentazioni correlate, ma ha previsto anche una presa in carico della ragazza per alcuni colloqui di sostegno psicologico in momenti di particolare difficoltà. In particolare il disagio maggiore è emerso in concomitanza con l'inizio di un nuovo lavoro come parrucchiera grazie al supporto del nostro servizio e al lavoro di rete con un centro milanese che si occupa dell'inserimento lavorativo per la fascia d'età giovanile. Parallelamente Luca a 12 mesi era stato inserito al nido, sempre grazie al lavoro di integrazione con i servizi del territorio. In questa fase Lucia ha mostrato veri e propri stati di panico legati a somatizzazioni e timori per la propria incolumità fisica, che hanno comportato nella ragazza la necessità di rivolgersi al Pronto Soccorso. Tali sintomi possono essere in parte messi in relazione all'ingresso nel mondo del lavoro e alle necessità di assumersi responsabilità da adulta al di fuori del contesto familiare; abbiamo dato spazio dunque ai bisogni e alle ansie di Lucia, relative al suo diventare "grande", non riferibili unicamente alla sua relazione con il bambino.

A 17 mesi la valutazione con la Strange Situation (Ainsworth et al., 1978) evidenzia come il bambino abbia sviluppato un attaccamento di tipo sicuro verso la madre: in presenza della mamma, gioca tranquillamente con lei, esplorando ambiente e giocattoli; quando compare l'osservatrice estranea si rivolge a lei per farsi rassicurare, riuscendo poi a interagire; dopo la separazione dalla madre, quando quest'ultima ricompare nella prima riunione esita un po' nel salutarla e coinvolgerla nel gioco, nella seconda si fa prontamente consolare e riprende a giocare con tranquillità. Dall'analisi delle videoregistrazioni l'attaccamento infantile è stato codificato come sicuro con alcuni aspetti di evitamento, facendo riferimento alla sottocategoria B1. Il bambino sembra dunque aver interiorizzato, grazie allo sviluppo dell'interazione con Lucia nel corso del primo anno di vita, un'immagine della madre come emotivamente disponibile nelle

condizioni di gioco e in grado di fornire protezione e conforto in caso di stress, e contemporaneamente di sé come oggetto della protezione e disponibilità materna.

In sintesi il lavoro con Lucia e Luca si è svolto tenendo conto di diversi fronti, coinvolgendo e integrando gli interventi di differenti figure professionali (psicologo, neuro psicomotricista, assistente sociale, educatore per l'inserimento lavorativo) attraverso un approccio a rete di continuo confronto e cooperazione, pur rimanendo il focus centrale dell'intervento la relazione madre-bambino. Per tutto il percorso si è cercato innanzitutto di aumentare la capacità di Lucia di dialogare con il bambino e di leggere i suoi segnali comunicativi. Sono state molto preziose le informazioni ottenute grazie alla PDI, circa le rappresentazioni di Lucia sul suo bambino – simile a lei, in grado di capirla, molto autonomo. Ciò ha orientato il nostro intervento portandoci a valorizzare in Lucia gli aspetti di rispecchiamento e condivisione dell'attività “da pari”, che nel corso delle osservazioni emergevano nel gioco con il suo bambino. L'obiettivo infatti è che le mamme adolescenti possano sviluppare uno stile personale e autentico, che non necessariamente ricalchi quello di una mamma adulta. In questa prospettiva la sequenza riportata dei 17 mesi è emblematica, l'intrusività e l'essere brusca di Lucia appare trasformata in gioco carico di entusiasmo, vivacità ed energia.

Da notare infine come Lucia abbia partecipato in modo costante, seppure con appuntamenti mancati o rinviati, al nostro intervento stabilendo un rapporto positivo con gli operatori, riuscendo a utilizzarli come “basi sicure” e autorevoli rispetto alla propria condizione di mamma adolescente e al conseguente rapporto con il bambino, ma anche per quanto riguarda la necessità di esprimere un disagio maggiormente personale, come nel periodo dell'inserimento lavorativo.

Molto significativa appare infine nel processo di individuazione di Lucia la possibilità di aver integrato un'immagine positiva di sé come mamma, fondata sulla crescente consapevolezza del rapporto positivo costruito con Luca e sulla sua capacità di dialogare con il proprio bambino e di recuperare e “riparare” in maniera efficace eventuali errori comunicativi (Tronick, 1989).

La gravidanza e la maternità dunque non appaiono più qualcosa di agito o, come abbiamo visto nel caso di Lucia, una via per attribuirsi uno status sociale nel proprio ristretto contesto familiare, ma un'esperienza rappresentabile, incarnata nel corpo e nella mente e colorata affettivamente.

#### **4.2 Sara e Daniela**

Sara è una ragazza di 20 anni che giunge al nostro servizio quando la sua bambina ha 2 mesi di vita, insieme alla propria madre. Nella prima parte del colloquio è soprattutto la mamma di Sara a condurre la conversazione, sottolineando di essere soddisfatta che la figlia possa ricevere un supporto. Sara invece appare inizialmente piuttosto chiusa in se stessa, inibita e intimorita dalla situazione. Nel momento in cui viene spiegata la modalità degli incontri, Sara afferma di essere interessata e sembra progressivamente rilassarsi, spontaneamente infatti inizia a porre numerose domande riguardo alla bambina e le tappe di sviluppo. Al di là di un atteggiamento iniziale di chiusura ed evitamento, intuiamo dunque l'interesse e la motivazione di Sara, nonché uno spirito acuto e intelligente. Tale oscillazione tra inibizione e partecipazione sarà una costante di tutta la prima parte dell'intervento, che si rifletterà nel rapporto con la bambina e nel rapporto con gli operatori del servizio, fornendo al contempo una chiave di lettura fondamentale per comprendere il mondo di Sara e sostenerla nel suo percorso di crescita come giovane mamma. La gravidanza non è stata desiderata e Sara afferma di aver reagito inizialmente con stupore e indecisione circa la possibilità di portarla a termine, ma successivamente sia in lei sia nel suo partner è prevalso il desiderio di diventare genitori. Rispetto alla classificazione illustrata da Le Van (1998) la motivazione circa la gravidanza nel caso di Sara può rientrare nella tipologia delle gravidanze accidentali, anche se la condizione di vita caratterizzata da disinvestimento sociale causato da

scarse amicizie, abbandono scolastico, assenza di una attività lavorativa, può far pensare maggiormente alla maternità come al tentativo di soddisfare il bisogno di identità.

La ragazza vive con il partner e padre del bambino, un ragazzo di 22 anni che svolge un lavoro come falegname, in un piccolo paese in provincia di Como. Si è trasferita in seguito alla nascita della bambina, lasciando così la famiglia d'origine, della quale afferma di sentire molto la mancanza. Rispetto al percorso di studi e di formazione, Sara ha un diploma di medie inferiori, non ha infatti concluso il liceo artistico che ha frequentato fino al terzo anno. Frequenta invece con assiduità una scuola di danza, il suo sogno è infatti quello di poter diventare una maestra di danza moderna.

Nel corso dei primi colloqui vengono inoltre somministrati il questionario per valutare il rischio psicopatologico (SCL-90, Derogatis & Melisaratos, 1983) e l'intervista sul rischio psicosociale. Dall'analisi della SCL-90-R emergono solo alcuni tratti significativi relativi alla scala della depressione e dell'ansia. Ciò è in linea con l'atteggiamento di chiusura, inibizione e passività mostrato all'inizio, caratterizzato da lunghi momenti di silenzio in cui Sara ci guardava quasi scrutandoci. Da notare comunque come fin dall'inizio a questi episodi abbia alternato momenti in cui appariva rilassata e sorridente, come se avesse raggiunto un suo soggettivo livello di fiducia verso la situazione circostante e l'interlocutore. Per quanto riguarda il rischio psicosociale valutato con l'intervista socio-anagrafica non è stato riscontrato un livello di rischio significativo.

#### ***4.2.1 L'Adult Attachment Interview di Sara***

Grazie all'AAI è stato possibile evidenziare come lo "stato delle mente" della ragazza circa l'attaccamento fosse distanziante, caratterizzato dunque da aspetti di idealizzazione relativi al rapporto con le figure di attaccamento e da difficoltà ad accedere ai ricordi associati alle esperienze infantili, con tendenza a minimizzare le emozioni negative (Main, 1995). In particolare il trascritto è stato codificato all'interno della sottocategoria dell'attaccamento

distanziante Ds3, ovvero con parziale capacità di riconoscimento delle esperienze negative, per esempio di rifiuto da parte dei genitori. L'idealizzazione sembra coinvolgere entrambi i genitori, Sara infatti alla richiesta di pensare a cinque aggettivi/parole o piccole frasi che descrivano il rapporto con loro riesce a verbalizzare un numero inferiore di aggettivi, tutti positivi, per esempio "rapporti ottimi" per la madre o "bel rapporto" con il padre, ma non si mostra in grado di portare episodi specifici e ricordi a sostegno di quanto dichiarato. Emergono al contrario nel corso dell'intervista brevi accenni allo stile educativo dei genitori che sembrano contraddire la positività esclusiva della relazione, come il ricorso a minacce di punizioni che Sara riconosce che da piccola la spaventavano o il fatto di sentirsi se non rifiutata, ignorata da loro, in particolare dalla madre: "non lo so se magari io gli raccontavo qualcosa di brutto che mi era capitato a scuola con i compagni, cioè lei sì stava un po'... cioè mi parlava, mi diceva qualcosa, mi dava qualche consiglio, però non più di tanto diciamo".

Nel complesso l'intervista è caratterizzata da uno stile superficiale, da lunghi silenzi e ciò è in linea con la classificazione distanziante, così come la tendenza ad enfatizzare valori come l'autonomia e il "cavarsela da soli" nella vita.

Emerge infatti l'immagine di una ragazza che ha dovuto affrontare da sola le paure e le preoccupazioni, per esempio relative al confronto con i pari, a cui lei associa gli stati d'ansia vissuti tre-quattro anni prima. Da notare come tale periodo coincida con il momento in cui ha lasciato la scuola superiore, evento che Sara giudica negativamente, augurandosi per la sua bambina che possa concludere il percorso di studi. L'abbandono scolastico e gli stati d'ansia vengono descritti da Sara come segni di debolezza, si avverte una fragilità rispetto alla stima in se stessa, e al contempo l'assenza di un mondo adulto capace di empatia e comprensione.

Interessante infine è la figura del nonno paterno, morto sempre tre anni prima, che Sara descrive come dotato di doti artistiche che condivideva con lei, rispetto al quale la ragazza sembrava dunque identificarsi in maniera positiva.

Tali aspetti emersi nel corso dell'intervista hanno orientato il nostro intervento, mostrandoci la necessità di aiutare Sara a riconoscere le sue potenzialità e capacità artistiche, a sostenerla nell'investire nel percorso formativo presso la scuola di danza, rinforzando così la sua autostima e aiutandola a poter fare affidamento su figure disponibili ad ascoltarla, accogliere le sue paure, ma anche a valorizzare i suoi sogni e i suoi progetti.

L'insicurezza dell'attaccamento di Sara rispetto alle proprie figure genitoriali si delinea un fattore di rischio per il futuro attaccamento della bambina. Molte ricerche hanno infatti dimostrato la trasmissione della qualità dell'attaccamento da madre a figlio (Steele et al., 1996), evidenziando inoltre un deficit nella competenza di sintonizzarsi e regolare le emozioni del figlio da parte delle mamme con un modello di attaccamento insicuro (Haft & Slade, 1989; Riva Crugnola et al., 2009; Riva Crugnola et al., 2009) rispetto a quelle con attaccamento sicuro.

#### ***4.2.2 Le interazioni tra Sara e Daniela***

La prima interazione videoregistrata tra Sara e Daniela ha così inizio:

*Daniela è seduta a gambe incrociate, mentre Sara è seduta di fronte a lei. La mamma guarda verso la bambina, le tocca il pancino e le sfiora la manina con il dito che viene afferrato dalla bambina, rimanendo in silenzio. La bambina ha lo sguardo rivolto altrove, ad un certo punto rivolge l'attenzione verso la mamma che riesce ad agganciare lo sguardo di Daniela e reagisce sorridendole e salutandola con un "Ciao". Il tono della voce è dolce, ma molto basso. La bambina non risponde al sorriso della mamma e distoglie nuovamente lo sguardo. Sara sempre rimanendo in silenzio solleva la bambina tendendola in braccio e cerca il contatto visivo avvicinandola al suo viso.*

*Daniela rimane in braccio alla mamma senza muoversi, lo sguardo non è focalizzato, sembra evitare il contatto visivo con lei.*

In base alla classificazione Care-Index questa prima interazione evidenzia uno stile materno caratterizzato sia da tratti di sensibilità (per es., espressione del volto, posizione e contatto corporeo) sia da aspetti di non responsività (per es., espressione vocale) (nella figure 3 e 4 sono presentati i punteggi ottenuti da mamma e bambino nel corso delle osservazioni longitudinali). Ancora una volta troviamo dunque in Sara una dicotomia tra tendenza all'evitamento e inibizione da un lato ed espressione comunicativa e affettiva dall'altro. Da notare come nella bambina prevalgono aspetti di passività, che non favoriscono lo scambio con la mamma. In questo caso infatti si può ipotizzare che la passività della bambina sia in parte attribuibile ad aspetti temperamentali, riferibili alle caratteristiche dei *bambini a lenta attivazione* descritti da Thomas e Chess (1977).

Nel secondo video effettuato a 4 mesi di vita della bambina la situazione peggiora; Sara infatti comincia a rispondere alla passività espressa, cercando di orientare l'attenzione di Daniela verso di lei con modalità a volte intrusive e controllanti, come testimoniato da questa breve descrizione:

*Daniela ha in mano un giochino che se toccato fa rumore e sembra le piaccia molto. Sara guarda la bambina e commenta il gioco di Daniela dicendo: "Ti piace?" e "Che bello il giochino!". La bambina continua a guardare il gioco, Sara allora chiede a Daniela: "Ti piace di più il giochino? Non vuoi più la mamma? Non mi vuoi più?" e la chiama per nome per riuscire ad attirare la sua attenzione. La bambina continua a guardare il gioco o altrove, Sara allora le sottrae il gioco e lo mette dietro alla schiena in modo che Daniela non lo veda, ma Daniela continua a non guardarla, orientando lo sguardo verso il soffitto.*

In questa prima fase le restituzioni attraverso il video-feedback si sono basate sul valorizzare gli aspetti di sensibilità di Sara e al contempo a sottolineare la necessità di adattare il comportamento di accudimento alle caratteristiche della bambina. Anche per Sara inoltre è stato rilevante analizzare come dopo i tre mesi l'attenzione dei bambini si orienti maggiormente verso il mondo degli oggetti, contenendo così i vissuti di rifiuto sperimentati dalla mamma. In particolare un focus su cui abbiamo lavorato a lungo riguarda l'utilizzo della voce e dei suoni come strumenti efficaci per agganciare l'attenzione di Daniela e favorire lo scambio di emozioni. Abbiamo fatto riferimento all'esperienza di Sara nell'ambito della danza per sottolineare l'importanza del ritmo e dell'armonia negli scambi interattivi.

Di fatto Sara è riuscita progressivamente a sintonizzarsi con Daniela proprio attraverso un maggior utilizzo della modulazione della voce, inizialmente bassa e talvolta monocorde e dei suoni prodotti dagli oggetti. Le interazioni hanno cominciato ad acquisire un ritmo diverso, più vitale e fresco, grazie a una maggiore condivisione di emozioni positive tra mamma e bambina, come in questo scambio avvenuto quando Daniela aveva 7 mesi:

*Sara e Daniela sono sedute una di fronte all'altra. Daniela prende in mano un cucchiaino rosso di plastica tra i vari giochi che ci sono attorno a lei e lo batte contro un piatto di plastica. Anche Sara ha in mano un cucchiaino di plastica blu e vedendo quello che fa Daniela lo batte contro un pentolino chiamando la bambina. Daniela non le rivolge attenzione e continua a battere il cucchiaino contro il piatto mentre Sara la chiama. Daniela non le bada, allora Sara prende in mano il piatto di plastica e dicendole: "Guarda!" batte il cucchiaino contro il piatto. Daniela allora le rivolge la sua attenzione, così Sara le sorride e le chiede mostrandole il cucchiaino: "Lo vuoi?" . Daniela allunga la mano, ma poi torna a battere il suo cucchiaino rosso contro il pentolino. Sara allora fa finta di imboccarla con il suo cucchiaino. Daniela apre la bocca come se si aspettasse di ricevere la pappa e Sara ride e le dice: "Eh, non c'è la pappa!". Daniela si allunga e prende di nuovo in bocca il cucchiaino. Di nuovo non trova nulla e Sara ride. Daniela*

*allora torna ad agitare il suo cucchiaino. Sara richiama la sua attenzione dicendole: “Ehi, Daniela, lo vuoi?” e mostrandole il cucchiaino fa finta di nuovo di imboccarla e le ripete: “Eh, ma non c'è la pappa!”.*

In questo scambio l'interazione appare migliorata; Sara e Daniela condividono l'attenzione per i giochi, infatti Sara cerca di sintonizzarsi interessandosi alle attività sui cui è focalizzata la bambina, la condivisione triadica madre-bambino-oggetti sembra quindi maggiormente raggiunta a differenza del video precedente.

A nove mesi tale scambio positivo si è consolidato ulteriormente, l'interazione è caratterizzata da un'alta sintonizzazione e condivisione emotiva e di gioco, c'è “danza” tra Sara e Daniela.

*Sara e Daniela sono sedute per terra una di fronte all'altra. Daniela ha in mano un gioco di plastica composto da palline colorate che si possono unire o staccare. Sara prende due palline dal tappeto e le unisce. Daniela mordicchia una pallina del gioco e Sara le dice: “Che bel gioco, è buono?” poi le mostra le due palline che ha unito ed esclama: “Vedi, anche io ce l'ho!”. Tutte e due poi agitano il gioco e Daniela manifesta il piacere vocalizzando e ridendo. Daniela lascia cadere il suo gioco e si allunga verso il gioco della mamma per prenderlo in mano vocalizzando. Prende in mano il gioco della mamma e lo agita mentre Sara afferra il suo e la imita dicendo: “Sono uguali, hai visto?”.*

*Sara poi le dà anche il suo gioco e batte le mani, mentre Daniela agita i due giochi al ritmo del battito delle mani e guarda la mamma sorridendo.*

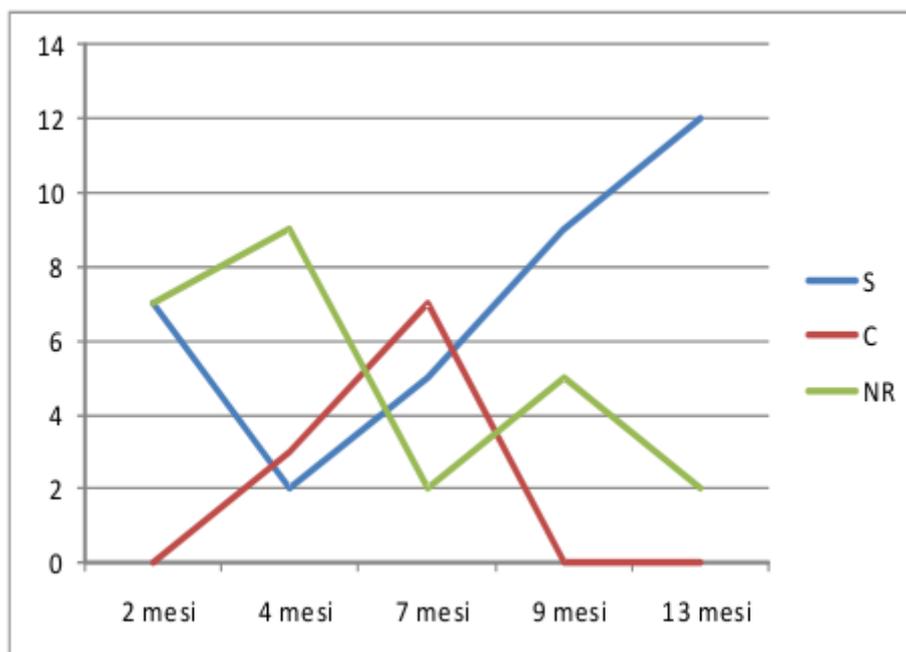


Figura 4. Profilo dei punteggi Care-Index di Sara

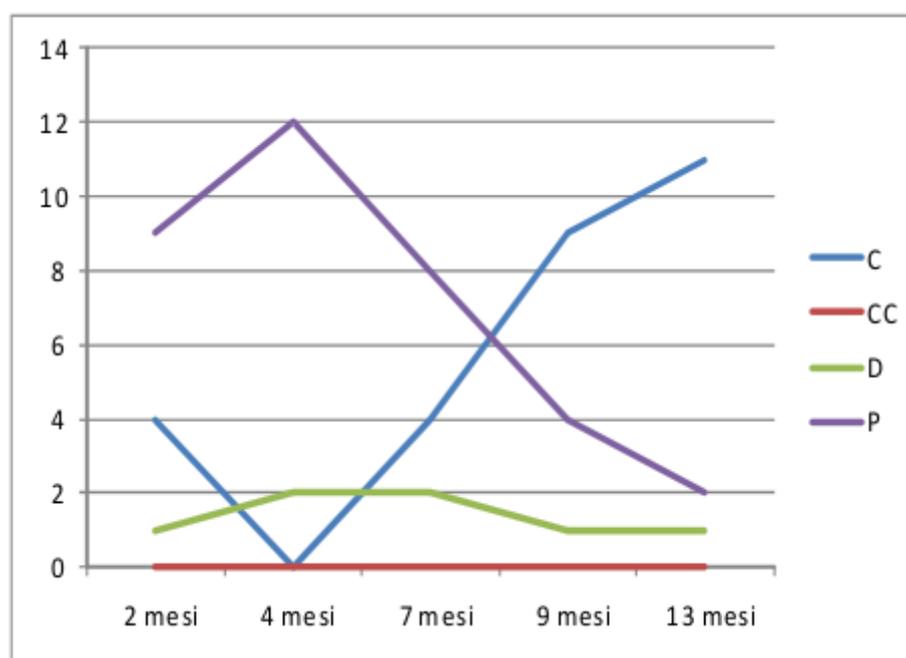


Figura 5. Profilo dei punteggi Care-Index di Daniela

#### 4.2.3 La trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento insicuro: un esito diverso

In base al modello di attaccamento insicuro riscontrato in Sara all'età di 3 mesi di vita della bambina, era prevedibile lo sviluppo da parte di Daniela di un attaccamento a sua volta di tipo insicuro. In particolare le prime osservazioni condotte, nelle quali si evidenziava da parte di

Daniela, la tendenza ad evitare il coinvolgimento con la madre e ad orientare l'attenzione maggiormente verso gli oggetti e l'ambiente circostante, potevano far pensare al delinarsi di un legame di attaccamento infantile di tipo evitante, in linea con lo stato della mente distanziante di Sara. Come per il caso di Lucia, di particolare significato è stata la somministrazione della Parental Development Interview che ci ha consentito di esplorare le rappresentazioni che Sara ci ha dato di sé, della bambina e della sua relazione con lei. Nell'intervista Sara dimostra una buona capacità riflessiva nella rappresentazione sia del bambino sia di se stessa. In particolare nell'intervista Sara attribuisce molta importanza all'attaccamento della bambina nei suoi confronti, ma anche al proprio attaccamento verso di lei, che si esprime per esempio nei sentimenti di preoccupazione e di mancanza che sperimenta quando la deve lasciare, per esempio per frequentare la scuola di danza. Rispetto all'AAI dunque Sara sembra riconoscere e legittimare i bisogni di dipendenza e attaccamento, non solo quelli legati all'autonomia, alla sicurezza in se stessi e al "cavarsela da soli".

In questa prospettiva si può comprendere come, in seguito al duplice cambiamento di Sara sul piano del comportamento di accudimento e sul piano rappresentazionale, il processo di trasmissione intergenerazionale di attaccamento insicuro si possa essere interrotto nel caso di Daniela.

A 17 mesi infatti la valutazione con la Strange Situation (Ainsworth et al., 1978) evidenzia come la bambina abbia sviluppato un attaccamento di tipo sicuro verso la madre: in presenza della mamma, gioca tranquillamente con lei, esplorando ambiente e giocattoli; dopo la separazione dalla madre, quando quest'ultima ricompare nella prima riunione esita un po' nel salutarla e coinvolgerla nel gioco, nella seconda si dirige verso la madre per farsi prendere in braccio e riprende poi a giocare con tranquillità. Dall'analisi delle videoregistrazioni l'attaccamento infantile è stato codificato come sicuro con blandi aspetti di evitamento, facendo riferimento alla sottocategoria B2. La bambina sembra dunque aver interiorizzato, grazie allo sviluppo dell'interazione con Sara nel corso del primo anno di vita, un'immagine della madre come

emotivamente disponibile nelle condizioni di gioco e in grado di fornire protezione e conforto in caso di stress, e contemporaneamente di sé come oggetto della protezione e disponibilità materna. Il circolo di trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento così ampiamente evidenziato in letteratura appare dunque disatteso, mettendo in luce l'esito positivo del lavoro condotto.

In sintesi il nostro intervento si è focalizzato sull'accogliere la preoccupazione di Sara relativa alla sua capacità genitoriale, valorizzando le sue tante risorse e sostenendo la sua fragile autostima. Dal punto di vista dell'interazione diadica i momenti di video-feedback sono stati mirati a favorire in Sara una più elevata condivisione dell'attenzione, aiutando la giovane mamma a seguire maggiormente l'interesse manifestato dalla bambina. Un altro punto centrale è stato quello di sensibilizzare Sara sull'importanza di utilizzare la voce per esprimere le sue emozioni e per attirare l'attenzione della bambina.

Un altro elemento cruciale è stato infine quello di aiutare Sara a riflettere circa i suoi timori sull'essere rifiutata dalla bambina, che appaiono in relazione ai sentimenti sperimentati nel rapporto con i genitori e in particolare con la madre circa l'essere ignorata, espressi nell'AAI. Favorendo la funzione riflessiva in merito a tali temi e accogliendo le paure di Sara è stato possibile aiutarla a scoprire come in realtà la bambina fosse ben disposta ad entrare in relazione con la sua mamma, contenendo i processi di attribuzione negativa in atto. Complessivamente si può dunque notare come a partire da una condizione di duplice rischio determinata da un attaccamento insicuro e dall'età adolescenziale della madre, l'intervento di video-feedback, i cui aspetti peculiari si fondano sul potenziare la riflessività e la sensibilità adulta, abbia favorito per la bambina di un attaccamento di tipo sicuro.

Anche nel caso di Sara si può riconoscere come il nostro obiettivo fosse quello di aiutarla a sviluppare uno stile personale e autentico, che non necessariamente ricalcasse quello di una mamma adulta. In questa prospettiva il progressivo uso del ritmo e della musicalità sono il

risultato della crescente libertà acquisita da Sara di esprimere nel rapporto con Daniela il suo amore per la musica e la sua creatività, senza timori e inibizioni.

Anche Sara, come Lucia, ha partecipato in modo costante, stabilendo un rapporto positivo con gli operatori, espresso inizialmente soprattutto con la puntualità e il rispetto degli appuntamenti, fatto inusuale nel nostro gruppo di mamme adolescenti, e successivamente riuscendo ad aprirsi e ad esprimere le proprie insicurezze e paure. Rispettare i tempi di Sara e i suoi silenzi, mantenendo un atteggiamento disponibile e accogliente, ha sicuramente rappresentato la chiave di volta perché lei potesse fidarsi del nostro lavoro e farsi sostenere, apprezzando i vantaggi dell'essere supportata, senza dover necessariamente esclusivamente "cavarsela da sola".

In questa prospettiva ipotizziamo che l'intervento possa aver avuto un impatto positivo anche nel processo di individuazione di Sara, rafforzandone l'autostima, grazie all'integrazione di un'immagine di sé come madre positiva ed efficace, nonché favorendo un maggiore sentimento di fiducia verso gli altri e di valorizzazione dei legami di attaccamento.

## Capitolo 5

### CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI RICERCA

Rispetto ai contributi teorici presentati nel primo capitolo che evidenziano i rischi associati alla maternità in adolescenza per lo sviluppo infantile, i dati raccolti attraverso il progetto di intervento attuato presso la A.O. San Paolo, confermano tali aspetti di criticità.

In particolare attraverso lo studio 1 sono stati confrontati gli stili interattivi e di regolazione emotiva di madri adolescenti e adulte, evidenziando come le diadi con madri adolescenti si delineino meno adeguate rispetto a quelle con madri adulte, configurandosi meno in grado di condividere le emozioni positive ed esprimendo individualmente meno stati positivi (madri e bambini) e più stati negativi (le madri). L'insieme di questi dati conferma ipotesi analoghe formulate sulla base di osservazioni di tipo clinico da Osofsky (1992), che ha sottolineato gli aspetti di mancata condivisione affettiva caratterizzanti la relazione madre adolescente-bambino, nonché quanto evidenziato in letteratura (Osofsky, 1992; Passino et al., 1993; Pomerleau et al., 2003) circa la prevalenza di emozioni negative nelle interazioni di mamme adolescenti.

L'analisi dei dati risulta di particolare interesse in quanto permette di considerare congiuntamente risultati provenienti da differenti livelli di codifica rispetto alle medesime videoregistrazioni: da una parte l'elaborazione basata sui punteggi attribuiti attraverso il Care-Index utilizzando macrocategorie valutate sulla durata totale delle osservazioni, dall'altra l'elaborazione di dati codificati in modo microanalitico attraverso il sistema derivato da quello di Tronick sulla base di una rilevazione di tipo continuo dei comportamenti. Le due analisi giungono a risultati convergenti rispetto all'espressione e alla condivisione emotiva nelle diadi

osservate. Secondo tale chiave di lettura infatti lo stile sensibile materno per la codifica del Care-Index di Crittenden (1998) implica l'espressione di emozionalità positiva da parte della madre nei confronti del bambino, allo stesso modo dello stile cooperativo del bambino rivolto alla madre. D'altra parte lo stile controllante della madre comprende l'espressione di emozioni negative, con aspetti di aggressività più o meno aperta, così come lo stile difficile del bambino è correlato a reazioni di evitamento o di rabbia, mentre quello passivo è associato a ritiro e distacco emotivo. Da notare come le diverse categorie previste per madre e bambino implicino una valutazione dei diversi stili in riferimento al contesto diadico, considerando come ciascun partner sia responsivo rispetto all'altro.

In questa prospettiva i risultati ottenuti con la codifica prevista dal Care-Index, secondo i quali le madri adolescenti sono meno sensibili e più controllanti rispetto a quelle adulte, possono essere letti come una minore espressione di emozioni positive e una maggiore espressione di emozioni negative. Al contempo i loro bambini appaiono meno cooperativi e più difficili e passivi, rivelando dunque una maggiore emozionalità negativa e una minore emozionalità positiva. L'analisi microanalitica svolta con il sistema mutuato da Tronick è concorde con gli esiti macroanalitici descritti, avendo evidenziato la maggiore durata di stati affettivi negativi nelle madri adolescenti e la minore durata di quelli positivi, così come la minore durata di stati affettivi positivi nei loro bambini. Questa convergenza appare di particolare interesse nell'ambito degli studi sullo sviluppo socioaffettivo e sulla trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento. Di recente infatti è stato sottolineato (Mesman, 2010) come finora poche ricerche abbiano utilizzato in modo congiunto analisi micro e macroanalitiche per valutare la responsività materna, giungendo a risultati univoci che non evidenzino contraddizioni tra le diverse misure utilizzate. Si veda lo studio di Beebe (Beebe et al., 2010) che rileva come la contingenza materna, rispetto a vari aspetti del comportamento del bambino misurata a livello microanalitico a 4 mesi di vita, non sia predittiva dell'attaccamento di quest'ultimo alla madre, diversamente da quanto rilevato da altre ricerche condotte con differenti modalità.

In sintesi l'analisi dei dati ha posto in luce come l'età adolescenziale materna rispetto a quella adulta possa costituire un fattore di rischio relativamente sia alle modalità di coordinazione affettiva intercorrenti tra madre e bambino sia ai loro stili interattivi. La regolazione emotiva che contraddistingue le coppie di madri adolescenti e dei loro bambini, caratterizzata dalla minore condivisione di stati affettivi coordinati positivi, potrebbe avere effetti rilevanti sullo sviluppo socioemotivo del bambino sia a livello di regolazione delle emozioni sia a livello della sicurezza dei pattern di attaccamento. Cruciale infatti, nelle prime fasi dello sviluppo, è la possibilità da parte del bambino di condividere con il caregiver stati affettivi positivi neghentropici (Emde, 1991, 2005; Stern, 1985), esperienza che fornisce un contributo essenziale alla formazione dei primi nuclei del Sé infantile. D'altra parte la presenza cospicua di stati affettivi non coordinati può svolgere una funzione disorganizzante su tale sviluppo (Lyons-Ruth, 2003). E' interessante infine, come rilevato nel capitolo 3, il fatto che le diadi con madri adolescenti presentino alcuni punti in comune con le diadi con madri depresse studiate da Tronick (Bell, Weinberg, Yergeau & Tronick, 2005) e Field (Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990) sia per quanto concerne la prevalenza di affetti negativi nei bambini e nelle madri a livello individuale sia la minore presenza di stati affettivi positivi coordinati.

Interessante sarà un proseguimento della ricerca a livello longitudinale, con la finalità di indagare da una parte la stabilità nel corso del primo anno di vita delle modalità di regolazione rilevate a 3 mesi, dall'altra i possibili effetti di tale modalità regolatorie sulla formazione dei pattern di attaccamento e sullo sviluppo socioemotivo infantile. Tali dati mostrano inoltre la rilevanza di attuare modelli di prevenzione rivolti a madri adolescenti in grado di intervenire precocemente relativamente alla regolazione emotiva intercorrente tra madri adolescenti e bambini, incrementandone sensibilità, cooperatività e condivisione di emozioni positive.

In quest'ambito lo studio 2 fornisce una conferma preliminare dell'efficacia dell'intervento attuato basato sia sull'incrementare la sensibilità diadica sia sull'elaborazione delle rappresentazioni materne attraverso una presa in carico interdisciplinare basata sul lavoro di rete

dell'équipe. Nelle diadi osservate è stato possibile rilevare una diminuzione del Controllo materno. Tale dato appare rilevante nell'ambito del dibattito circa le caratteristiche ottimali per favorire l'efficacia degli interventi (Van IJzerdoorn et al., 2005). Per validare ulteriormente tali risultati preliminari sarà utile costituire un gruppo di controllo, senza intervento o a cui sottoporre un intervento fittizio come suggerito da Van IJzerdoorn (Van IJzerdoorn et al., 2005) in modo da cercare di arginare il fenomeno della perdita di soggetti nei gruppi di controllo.

L'analisi dei due casi, infine, ha consentito di entrare maggiormente nel merito del protocollo di intervento, delle modalità di presa in carico e di lavoro di rete dell'équipe.

Da notare infine come l'osservazione dei singoli casi presi in carico ci abbia consentito di evidenziare alcuni aspetti specifici connessi all'essere madri durante l'adolescenza in linea con la letteratura in quest'ambito (Osofsky, 1995; Quinlivan, Petersen & Gurrin, 1999; Savona-Ventura & Grench, 1990; Trivellato, 2002) quali per esempio: storia familiare di genitorialità in giovane età (quasi sempre le proprie madri hanno partorito precocemente); rapporti conflittuali con la famiglia d'origine in situazioni spesso di disagio a livello socio-economico; abbandono scolastico; e - per quanto riguarda il rapporto con il bambino - la tendenza ad anticipare le tappe di crescita. Da rilevare inoltre l'elevato grado di coinvolgimento di alcuni dei partner delle madri, in alcuni casi di età superiore a queste ultime, che hanno fruito dell'intervento, i quali hanno partecipato spesso in modo informale alle diverse fasi della ricerca. In prospettiva futura potrà essere significativo allargare in maniera più sistematica l'intervento anche ai padri.

Considerando infine sia la problematicità delle interazioni osservate già a 3 mesi di vita sia gli aspetti di problematicità legati a complicanze durante il parto o a comportamenti a rischio nel corso della gravidanza, di particolare significato appare nella pianificazione di un modello di intervento la possibilità di agganciare le giovani madri fin dall'epoca della gravidanza, affinché possano gradualmente mentalizzare l'esperienza che stanno attraversando, concependo e facendo crescere nel loro mondo interno uno spazio affettivo che possa consentire loro di "tenere nella mente" la relazione con il bambino che nascerà.

## Riferimenti bibliografici

AIELLO, R., & LANCASTER, S. (2008). Influence of adolescent maternal characteristics on infant development. *Infant Mental Health Journal*, 28, 496-516.

AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M., WATERS, E., & WALLS, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. New York: Erlbaum, Hillsdale.

AMMANITI, M., CANDELORI, C., POLA, M., & TAMBELLI, R. (1995). *Maternità e gravidanza: studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

AMMANITI, M., CANDELORI, C., & SPERANZA, A.M. (1997). Dinamiche psicologiche e culturali delle gravidanze in adolescenza: Indagine in un campione italiano. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 64 (2), 161-171.

AMMANITI, M., SERGI, G., SPERANZA, A.M., TAMBELLI, R., & VISMARA, L. (2002). Maternità a rischio, interazioni precoci e attaccamento infantile. *Età Evolutiva*, 72, 61-67.

AMMANITI, M., SPERANZA, A.M., TAMBELLI, R., MUSCETTA, S., LUCARELLI, L., VISMARA, L., ... CIMINO, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27 (1), 70-90.

ARACENA, M., KRAUSE, M., PEREZ, C., MENDEZ, M.J., SALVATIERRA, L., SOTO, M., ... SALINAS, A. (2009). A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 878-887.

BAKEMAN, R., & QUERA, V. (1995). *Analyzing interaction : Sequential Analysis with SDIS and GSEQ*. New York: Cambridge University Press.

BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., JUFFER, F., & VAN IJZEENDOORN, M.H. (1998). Intervention with videofeedback and attachment discussions: does type of maternal insecurity make a difference? *Infant Mental Health Journal*, 19 (2), 1-32.

BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., VAN IJZEENDOORN, M.H., & JUFFER, F. (2005). Sensibilità materna e temperamento infantile nella formazione del legame di attaccamento. In: R. CASSIBBA & M.H. VAN IJZEENDOORN (Eds.), *L'intervento clinico basato sull'attaccamento*. Bologna: Il Mulino.

- BARRATT, M. S., & ROACH, M. A. (1995). Early interactive processes: Parenting by adolescent and adult single mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 97-109.
- BAYLEY, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development (2nd ed.)*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- BEEBE, B., JAFFE, J., MARKESE, S., BUCK, K., CHEN, H., COHEN, P., ... FELDSTEIN, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attachment & Human Development*, 12(1-2), 3-141.
- BELL, L., WEINBERG, K.M., HAM, J., YERGEAU, E., & TRONICK, E.Z. (2005). Mutual affect regulation in depressed and non-depressed mother-infant dyads during naturalistic home observations at 3 months. Affiche présentée dans le congrès de Society of Research for Child Development (SRCD). Atlanta, Georgia.
- BERLIN, L., BRADY-SMITH, C., & BROOKS-GUNN, J. (2002). Links between childbearing age and observed maternal behaviours with 14-month-olds in the Early Head Start Research and Evaluation Project. *Infant Mental Health Journal*, 23, 104-112.
- BLACK, M.M., & TETI, L.O. (1997). Promoting mealtime communication between adolescent mothers and their infants through videotape. *Pediatrics*, 99, 432-437.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books & Hogart Press (Tr. it. Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 1972).
- BOWLBY, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- BRUNER, J. (1977). *The process of education*. Harvard: Harvard University Press.
- BUNTING, L., & MCAULEY, C. (2004). Research Review: Teenage pregnancy and parenthood: the role of fathers. *Child and Family Social Work*, 9, 295-303.
- CALDWELL, C.H., ANTONUCCI, T.C., & JACKSON, J.S. (1998). Supportive/conflictual family relations and depressive symptomatology: teenage mother and grandmother perspectives. *Family Relations*, 47, 395-402.
- CANDELORI, C., & MANCONE, A. (2001). Genitorialità: Situazioni a rischio e psicopatologiche. In: M. Ammaniti, (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* (pp.91-124). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- CAPALDI, D.M., & PATTERSON, G.R. (1991). Relation of parental transitions to boys' adjustment problems: I. A linear hypothesis. II. Mothers at risk for transitions and unskilled parenting. *Developmental Psychology*, 27, 489 – 504.
- CARTER, S.L., OSOFSKY, J.D., & HANN, D.M. (1991). Speaking for the baby: A therapeutic intervention with adolescent mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 12, 291-301.
- CASSIBBA R., COPPOLA G., & COSTANTINO E. (2007). Interventi a sostegno della genitorialità: l'utilizzo del VIPP-R per promuovere la sicurezza dell'attaccamento. In: P. Bastianoni & A. Taurino (a cura di), *Famiglie e genitorialità oggi: nuovi significati e prospettive* (pp.195-228). Milano: Unicopli.
- CASSIDY, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In: N.A. Fox (Ed.), *The Development of Emotion Regulation. Biological and Behavioural Considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 228-249.
- COHEN, P. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- COLE, P.M., MICHEL, M.K., & TETI, L.O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. In: N.A. Fox (Ed.), *The Development of Emotion Regulation. Biological and Behavioral Considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 73-100.
- CONVINGTON, D., JUSTASON, B., & WRIGHT, L.N. (2001). Severity, manifestations and consequences of violence among pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 1, 55-61.
- CORNELIUS, M.D., GOLDSCHIMDT, L., WILLFORD, J. A., LEECH, S.L., LARKBY, C., & DAY, N.L. (2009). Body Size and Intelligence in 6-year-olds: Are Offspring of Teenage Mothers at Risk? *Maternal and Child Health Journal*, 13, 847-856.
- CRAMER, B. (2000). *Cosa diventeranno i nostri bambini?* Milano: Raffaello Cortina.
- CRITTENDEN, P.M. (1998). *Care-Index: Revised coding manual*. Manoscritto non pubblicato.
- D'ODORICO, L. (1990). *L'osservazione del comportamento infantile*. Milano: Raffaello Cortina.
- DEROGATIS, L.R. (1977) *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

- DEROGATIS, L.R., & MELISARATOS, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- DEVEREUX, P.G., WEIGEL, D.J., BALLARD-REISCH, D., LEIGH, G., & CAHOON, K.L. (2009). Immediate and Longer-Term Connections Between Support and Stress in Pregnant/Parenting and Non-Pregnant/Non-Parenting Adolescents. *Child Adolescent Social Work Journal*, 29, 431-446.
- DIENER, M.L., MANGELSDORF, S.C., MCHALE, J.L., & FROSCH, C.A. (2002). Infants' behavioural strategies for emotion regulation with fathers and mothers: associations with emotional expressions and attachment quality. *Infancy*, 3(2), 153-174.
- DUKEWICH, T.L., BORKOWSKY, J.G., & WHITMAN, T.L. (1996). Adolescent mothers and child abuse potential: An evaluation of risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 11, 1031-1047.
- EASTERBROOKS, M.A., CHAUDHURI, J.H., & GESTDOTTIR, S. (2005). Patterns of emotional availability among young mothers and their infants: a dyadic, contextual analysis. *Infant Mental health Journal*, 26(4), 309-326.
- EGELAND, B., & ERICKSON, M. (1993). Implications for attachment theory for prevention and intervention. In: H. Parens & S. Kramer, (Eds.), *Prevent in mental health*. Lanham, MD: Jason Aronson Publishers.
- EGELAND, B., & ERICKSON, M. (2004). Lezioni tratte dallo STEEP™: collegare teoria, ricerca e pratica per il benessere di bambini e genitori. In: A.J. Sameroff, S.C. McDonough & K. Rosenblum (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino* (pp. 313-342). Bologna: Il Mulino.
- ELKAN, R., KENDRICK, D., HEWITT, M., ROBINSON, J.A., TOLLEY, K., & BLAIR, M. (2000). The effectiveness of domiciliary health visiting: A systematic review of international studies and selective review of the British literature. *Health Technology Assessment*, 4, 1-339.
- EMDE R.N., (1991). Positive emotions for psychoanalytic theory: Surprises from infancy research and new direction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39 (Suppl.), 5-44.
- EMDE R.N. (2005). A Developmental Orientation for Contemporary Psychoanalysis. In: G. Gabbard, E. Person & A. Cooper (Eds.), *Textbook of Psychoanalysis* (pp.117-130). Washington: American Psychiatric Publishing.

- EMDE R.N., EVERHART, K.D., & WISE, B.K. (2004). Relazioni terapeutiche nella salute mentale infantile e il concetto di fulcro. In: A.J. Sameroff, S.C. McDonough & K. Rosenblum (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino* (pp. 313-342). Bologna: Il Mulino.
- EMERY, R.E., & O'LEARY, K.D. (1982). Children's perceptions of marital discord and behaviour problems for boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 11 – 24.
- ERMISCH, J., & PEVALIN, D. (2003). Does a teen-birth have longer-term impact on the mother? Evidence from the 1970 British Cohort Study. *Institute for Economic and Social Research, Working Paper*, 2003-32, University of Essex.
- FAVA VIZIELLO, G., INVERNIZZI, R., ANTONIOLI, M.E., & MAESTRO, P. (1995). La struttura del cambiamento rappresentativo e narrativo nella madre dalla gravidanza alla maternità e modalità di attaccamento. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 62, 185-197.
- FAVARO, A., & SANTONASTASO, P. (1995). Effects of parents' psychological characteristics and eating behaviour on childhood obesity and dietary compliance. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 145-151.
- FIELD, T.M., HEALY, B., GOLDSTEIN, S., & GUTHERTZ, M. (1990). Behaviour-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14.
- FIELD, T.M., SCFIDI, F., PICKENS, J., PRODROMIDIS, M., PELAEZ-NOGUERAS, M., TORQUATI, J., ... KUHN, C. (1998). Polydrug-using adolescent mothers and their infants receiving early intervention. *Adolescence*, 33, 117-143.
- FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., LEIGH, T., KENNEDY, R., ... TARGET, M. (1995). Attachment, Reflective Self and Borderline disorders. (Tr. it. in: RIVA CRUGNOLA, C. (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1999).
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E.L., & TARGET, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- FONAGY, P., & TARGET, M. (2002). Lo sviluppo normale e il break down in adolescenza. *Infanzia e adolescenza*, 1, 2-23.
- FORMICA, F. (1981). Problemi psicodinamici delle adolescenti in gravidanza. *Rivista di sessuologia*, 52, 45-53.

- FRAIBERG, S. (1982). Difese patologiche nell'infanzia. Tr. it. in: FRAIBERG, S. (a cura di), *Il sostegno allo sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1999.
- FRAIBERG, S.H., ADELSON, E., & SHAPIRO, V.B. (1975). Ghosts in the Nursery: A psychoanalytic approach to the problem of infant/mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 386-422.
- FURSTENBERG, F., & HARRIS, K.M. (1993). When fathers matter/ why fathers matter: the impact of paternal involvement on the offspring of adolescent mothers. In: A. Lawson & D.L. Rhode (Eds.), *The Politics of Pregnancy*. Yale University: New Haven.
- GAZZOTTI S., SPINELLI M., ALBIZZATI A., & RIVA CRUGNOLA C. (2010). Maternità in età adolescenziale: attaccamento materno, stili di interazione, stati affettivi e coordinazione affettiva tra madre e bambino. *Età evolutiva*, 96, 64-67.
- GIANINO, A., & TRONICK, E. (1988). The mutual regulation model: The Infant's self and interactive regulation. Coping and defense capacities. In: T. Field, P. McCabe & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and Coping* (pp. 47-68). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- GIARDINO, J., GONZALEZ, A., STEINER, M., & FLEMING, A. (2008). Effects of motherhood on physiological and subjective responses to infant cries in teenage mothers: A comparison with non-mothers and adult mothers. *Hormones and Behavior*, 53, 149-158.
- HAFT, W., & SLADE, A. (1989). Sintonizzazione affettiva e attaccamento: uno studio pilota. Tr. it. In: RIVA CRUGNOLA C. (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina, Editore, 1999.
- HITCHCOCK, D.L., AMMEN, S., O'CONNOR, K., & BACKMAN, T.L. (2008). Validating the Marschak Interaction Method Rating System With Adolescent Mother- Child Dyads. *International Journal of Play Therapy*, 17(1), 24-38.
- HOFFERTH, S.L., & REID, L. (2002). Early childbearing and children's achievement and behaviour over time. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* (formerly *Family Planning Perspectives*), 34, 41-49.
- HOWARD, K.S., LEFEVER, J.E., BORKOWSKI, J.G., & WHITMAN, T.L. (2006). Fathers' influence in the lives of children with adolescent mothers. *Journal of Family Psychology*, 20 (3), 468-476.

- JAFFEE, S., CASPI, A., MOFFITT, T.E., BELSKY, J., & SILVA, P. (2001). Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Result from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, *13*, 377-397.
- JOURILES, E.N., BARLING, J., & O'LEARY, K.D. (1987). Predicting child behaviour problems in maritally violent families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *15*, 165 – 173.
- JUFFER, F., BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., & VAN IJZENDOORN, M.H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*, 263-274.
- JUFFER, F., VAN IJZENDOORN, M.H., & BAKERMANS-KRANENBURG, M.J. (1997). Interventi nella trasmissione dell'attaccamento insicuro: studio di un caso. Tr. it. in: RIVA CRUGNOLA, C. (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1999.
- KAISER M.M., & HAYS B.J. (2005). Health-risk behaviours in a sample of first-time pregnant adolescents. *Public Health Nursing*, *22* (6), 483-493.
- KLEIN, J.D. (2005). Adolescent pregnancy: Current trends and issues. *Pediatrics*, *116*, 281-286.
- LE VAN, C. (1998). *Le grossesses à l'adolescence normes sociales, réalités vécues*. Paris: L'Harmattan.
- LIEBERMAN A. (1997). Toddlers' internalization of maternal attribution as a factor in quality of attachment. In: L. Atkinson & K.J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology*. New York: Guilford Press.
- LOGSDON, M.C., BIRKIMER, J.C., SIMPSON, T., & LOONEY, S. (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *34*, 46-54.
- LYONS-RUTH, K. (2003). Dissociation and the Parent-Infant Dialogue: A Longitudinal Perspective from Attachment Research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *51*, 883-911.
- LYONS-RUTH, K., ALPERN, L., & REPACHOLI, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, *64*, 572-585.

- MAIN, M. (1995a). Recent studies in attachment: Overview, with selected implication for clinical work. In: S. GOLDBERG, R. MUIR & J. KERR (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale: Analytic Press.
- MAIN, M. (1995b). Discorso, predittività e studi recenti sull'attaccamento: implicazioni per la psicoanalisi. Tr. it. in: RIVA CRUGNOLA, C. (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1999.
- MAIN, M., & GOLDWYN, R. (1994-98). *Adult Attachment Scoring and Classification System*. Manoscritto non pubblicato, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- MANTYMAA, M., PUURA, K., LUOMA, I., KAUKONEN, P., TAMMINEN, T., & SALMELIN, R. (2004). A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 35 (1), 37-53.
- MARCHEGIANI, I., & GRASSO, M. (2007). Gravidanze in adolescenza. *Infanzia e adolescenza*, 3, 178-196.
- MCCLURE-MARTINEZ, K., & COHN, L.D. (1996). Adolescent and Adult Mothers' Perceptions of Hazardous Situations for their Children. *Journal of Adolescent Health*, 18, 227-231.
- MCDONALD, L., CONRADT, T., FAIRTLOUGH, A., FLETCHER, J., GREEN, L., MOORE, L., & LEPPS, B. (2009). An evaluation of a groupwork intervention for teenage mothers and their families. *Child and Family Social Work*, 14, 45-57.
- MESMAN, J. (2010). Maternal responsiveness to infants: comparing micro- and macro-level measures. *Attachment & Human Development*, 12 (1-2), 143-149.
- MILAN, S., KERSHAW, T.S., LEWIS, J., WESTDAHL, C., SCHINDLER RISING, S., PATRIKIOS, M., & ICKOVICS, J.R. (2007). Caregiving history and prenatal depressive symptoms in low-income adolescent and young adult women: moderating and mediating effects. *Psychology of Women Quarterly*, 31, 241-251.
- OGDEN, T. (1982). *Projective Identification and Psychoterapeutic Technique*. New York: Aronson.
- OLDS, D., ROBINSON, J., PETTITT, L., LUCKEY, D., HOLMBERG, J., ISACKS, K., ...HENDERSON, C.R. (2004). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114, 1560-1568.

- OSOFSKY, J. (1992). Sviluppo affettivo e relazioni precoci. Tr. it. In: C. Riva Crugnola (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1999.
- OSOFSKY, J. (1995). Applied psychoanalysis: How research with infants and adolescents at high psychosocial risk informs psychoanalysis. In: T. SHAPIRO & R.N. EMDE (Eds.), *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome*. Madison, Connecticut: International University Press.
- OSOFSKY, J.D., EBERHART-WRIGHT, A., WARE, L.M., & HANN, D.M. (1992). Children of adolescent mothers: A group of at risk for psychopathology. *Infant Mental Health Journal*, 2, 119-130.
- PASSINO, A.W., WHITMAN, T.L., BORKOWSKI, J.G., & SCHELLENBACH, C.J. (1993). Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence*, 28 (109), 97-122.
- PEVALIN, D. (2003). Outcomes in childhood and adulthood by mother's age at birth: Evidence from the 1970 British Cohort Study. *Institute for Economic and Social Research, Working Paper*, 2003-2031, University of Essex.
- PINES, D. (1988). Adolescent pregnancy and motherhood: Psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 8, 234-251.
- POGARSKY, G., THORNBERRY, T.P., & LIZOTTE, A.J. (2006). Developmental outcomes for children of young mothers. *Journal of Marriage and Family*, 68, 332-344.
- POMERLEAU, A., SCUCCIMARRI, C., & MALCUI, G. (2003). Mother-Infant behavioural interactions in teenage and adult mothers during the first six months postpartum: relations with infant development. *Infant Mental Health Journal*, 24 (5), 495-509.
- PREZZA M., SPERANZA A.M., & TODINI G. (2006). Gli interventi domiciliari per i primi anni di vita. In: M. Prezza (cura di), *Aiutare I neo-genitori in difficoltà. L'intervento di sostegno domiciliare*. Milano: Franco Angeli.
- QUERA, V., & BAKEMAN, R. (2000). *GSEQ for Windows: New Software for the Sequential Analysis of Behavioral Data, with an Interface to The Observer*. Measuring Behavior 2000.3rd International Conference on Methods and Techniques in Behavioral Research. Nijmegen, The Netherlands.

- QUINLIVAN, J.A., PETERSEN, R.W., & GURRIN, L.C. (1999). Adolescent pregnancy: Psychopathology missed. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 864-868.
- REID, V., & MEADOWS-OLIVER, M. (2007). Postpartum Depression in Adolescent Mothers: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Pediatric Health Care*, 21, 289-298.
- RIVA CRUGNOLA C. (2007). *Il bambino e le sue relazioni. Attaccamento e individualità tra teoria e osservazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- RIVA CRUGNOLA C., ALBIZZATI A., CAPRIN C., & GAZZOTTI S. (2009). Regolazione emotiva tra madre e bambino e attaccamento materno. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 1, 105-126.
- RIVA CRUGNOLA C., ALBIZZATI A., CAPRIN C., GAZZOTTI S., & SPINELLI M. (2009). Dyadic emotional regulation in mother and infant interaction and maternal attachment at nine months. In: *International Workshop. Enacting intersubjectivity. Paving the way for a dialogue between cognitive science, social cognition and neuroscience*. Lugano, Switzerland, February (13-14), 2009 (pp. 191-209). Istituto di psicologia e sociologia della comunicazione IPSC, Lugano Switzerland.
- ROTHBART, M. K. (1994). Emotional development: Changes in reactivity and self-regulation. In: P. Ekman & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions*. Series in affective science. Cambridge: Oxford University Press.
- ROYE, C.F., & BALK, S.J. (1996). The Relationship of Partner Support to Outcomes for Teenage Mothers and Their Children: A Review. *Journal of Adolescent Health*, 19 (2), 86-93.
- SADLER, L.S., & CLEMMENS, D.A. (2004). Ambivalent Grandmothers Raising Teen Daughters and Their Babies. *Journal of Family Nursing*, 10 (2), 211-231.
- SAMEROFF, A.J., MCDONOUGH, S.C., & ROSENBLUM K.L. (2004). *Il trattamento clinico della relazione madre-bambino*. Bologna: Il Mulino Editore.
- SANTONA, A., & ZAVATTINI, G.C. (2006). Introduzione. In A.J. Sameroff, S.C. McDonough & K.L. Rosenblum, (Eds.), *Il trattamento clinico della relazione genitore- bambino* (pp.7-18). Bologna: Il Mulino Editore.
- SAVONA-VENTURA, C., & GRECH, E.S. (1990). Risks in pregnant teenagers. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 32, 7-13.

- SECCO, M.L., PROFIT, S.,KENNEDY, E., WALSH, A., LETORNEAU, N., & STEWART, M. (2007). Factors Affecting Postpartum Depressive Symptoms of Adolescent Mothers. *JOGNN Clinical Research*, 36, 47-54.
- SHAW, D.S., DISHION, T., SUPPLEE, L.H., GARDNER, F.M., & ARNDS, K. (2006). A family-centered approach to the prevention of early-onset antisocial behaviour: Two-year effects of the family check up in early childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 1-9.
- SLADE, A., (2002). Keeping the Baby in Mind: A Critical Factor in Perinatal Mental Health. In: A. Slade, L. Mayes & N. Epperson (Eds.), *Special Issue on Perinatal Mental Health*,. Zero to Three, June/July 2002.
- SLADE, A., ABER, J.L., BRESGI, I., BERGER, B., & KAPLAN (2004). The Parent Development Interview Revised. Manoscritto non pubblicato, City University of New York.
- SLADE, A., GRIENENBERGER, J., BERNBACH E., LEVY, D., & LOCKER, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment , and the transmission gap: a preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7, 283-298.
- SLADE, A., SADLER, L.S., MAYES, L.C. (2005). Minding the Baby: Enhancing Parental Reflective Functioning in a Nursing/Mental Health Home Visiting Program. In: L.J. Berlin (Ed.), *Enhancing early attachments: theory, research, intervention, and policy* (pp. 152-174). New York: Guilford Press.
- SROUFE, L.A. (1995). *Lo sviluppo delle emozioni* (Tr. it.), Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- SROUFE L.A., EGELAND B., CARLSON E.A., & COLLINS W.A. (2005). *The Development of the Person*. New York: Guilford Press.
- STEELE, H., STEELE, M., FONAGY, P. (1996). “Association among classifications of mothers, fathers, and their infants”. In *Child Development*, 67, 541-555.
- STERN, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- STERN, D.N. (1995). *La costellazione materna*. Torino: Bollati Boringhieri.
- STERN, D.N. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychoterapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 300-308.

- STERN, D.N. (2004). *Il momento presente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- STERN D.N., SANDER, L.W., NAHUM, J.P., HARRISON, A.M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A.C., ...TRONICK, E.Z. (1998). Noninterpretative mechanism in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- STEVENS-SIMON, C., NELLIGAN, D., & KELLY, L. (2001). Adolescents at risk for mistreating their children. Part II: A home –and-clinic-based prevention program. *Child Abuse and Neglect*, 25, 753-769.
- TAMIS-LEMONDA, C.S., SHANNON, J., & SPELLMANN, M. (2002). Low-income adolescent mother' knowledge about domains of child development. *Infant Mental Health Journal*, 23, 88-103.
- THOMAS, A., & CHESSE, S. (1977). *Temperament and Development*. New York: Brunner/Mazel.
- TOGA, A.W., THOMPSON, P.M., & SOWELL, E.R. (2006). Mapping brain maturation. *TRENDS in Neurosciences*, 29 (3), 148-159.
- TREVARTHEN, C. (1979). Instincts for Human Understanding and for Cultural Cooperation: their development in infancy. In: M. von Cranach (Ed.), *Human Ethology: Claims and New Disciplin*. Cambridge: Cambridge University Press.
- TREVARTHEN, C. (1984). Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali. Tr. it. In: C. RIVA CRUGNOLA (a cura di) *Lo sviluppo affettivo nell'infanzia* (pp. 73-108). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- TREVARTHEN, C. (1993). Il sé generato nell'intersoggettività: La psicologia della comunicazione infantile. Tr. It. In: U. Neisser (a cura di), *La percezione del sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.
- TREVARTHEN, C. (2009). The intersubjective psychobiology of human meaning: Learning of culture depends on interest for co-operative practical work and affection for the joyful art of good company. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 507-518.
- TRIVELLATO, P. (A CURA DI) (2002) *Giovani madri sole*. Roma: Carrocci.
- TRONICK, E.Z. (1989). Le emozioni e la comunicazione affettiva nei bambini. Tr. it. In: C. Riva Crugnola (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina, 1999.

TRONICK, E.Z. (2003). 'Of course all relationships are unique': How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 473-491.

TRONICK, E.Z. (2008). *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

TRONICK, E.Z., ALS, H., & BRAZELTON, T.B. (1980). Monadic phases: A structural descriptive analysis of infant-mother face-to-face interaction. *Merrill-Palmer Quarterly*, 26, 3-24.

TRONICK, E.Z., MANDL, K.D., BRENNAN, T.A., WISE, P.H., & HOMER, C.J. (1997). Maternal and infant health: effects of moderate reductions in postpartum length of stay. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151 (9), 915-921.

TRONICK, E.Z., MESSINGER, D.S., WEINBERG, M.K., LESTER, B.M., LAGASSE, L., SEIFER, R., ...LIU J. (2005). Cocaine exposure is associated with subtle compromises of infants' and mothers' social-emotional behaviour and dyadic features of their interaction in the face-to-face still-face paradigm. *Developmental Psychology*, 41, 711-22.

TRONICK, E.Z., & WEINBERG, M.K. (1996a). *The Infant Regulatory Scoring System (IRRS)*. Documento non pubblicato. Childrens' Hospital/Harvard Medical School, Boston.

TRONICK, E.Z., & WEINBERG, M.K. (1996b). *The Maternal Regulatory Scoring System (MRRS)*. Documento non pubblicato. Childrens' Hospital/Harvard Medical School. Boston.

TRONICK, E.Z., & WEINBERG, M.K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In: L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Post partum depression and child development*. New York: Guilford Press.

TRONICK, E.Z., & WEINBERG, M.Z. (2003). *Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP)*. Manoscritto non pubblicato. Childrens' Hospital/Harvard Medical School, Boston.

VAN IJZEENDOORN, M.H., & BAKERMANS-KRANENBURG, M.J. (2005). Sensibilità materna e temperamento infantile nella formazione del legame di attaccamento. In: R. CASSIBBA & M.H. VAN IJZEENDOORN (a cura di), *L'intervento clinico basato sull'attaccamento*. Bologna: Il Mulino.

VEGETTI FINZI, S. (1995). *Il bambino della notte. Divenire donna, divenire madre*. Milano: Mondadori.

WARD, M.J., & CARLSON, B. (1995). Associations among adult attachment representations, maternal sensitivity, and infant–mother attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Development, 66*, 69–79.

WEINBERG, M.K., TRONICK, E.D., COHN, J.F., & OLSON, K.L. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology, 35*, 175-188.

WILSON, H., & HUNTINGTON, A. (2005). Deviant Mothers: The Construction of Teenage Motherhood in Contemporary Discourse. *Journal of Social Policy, 35 (1)*, 59-76.

ZAMPINO, A.F. (2005). Alcune riflessioni sulla gravidanza in adolescenza negli Stati Uniti e in Italia. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, 72*, 735-754.

## *Ringraziamenti*

Desidero ringraziare in primo luogo la mia tutor, Prof.ssa Cristina Riva Crugnola per tutto il sostegno e l'incoraggiamento che ho ricevuto nel corso degli anni del Dottorato di Ricerca, ma soprattutto per i molteplici stimoli che ha saputo offrirmi grazie all'ampia e profonda conoscenza del sapere psicologico, nonché ad una grande ricchezza culturale.

Ringrazio inoltre Maria Spinelli, la collega con cui ho condiviso gli ultimi due anni di dottorato. Grazie per l'amicizia e lo spirito di collaborazione e condivisione.

Infine tutta la mia gratitudine va all'équipe di lavoro che ha reso possibile avviare e realizzare il progetto di intervento rivolto alle mamme adolescenti coordinato dalla Prof.ssa Riva Crugnola.

Ringrazio dunque il professor Carlo Lenti, primario dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera San Paolo-Università degli Studi di Milano che ne ha permesso la realizzazione e le persone che vi hanno collaborato, i neuropsichiatri infantili Alessandro Albizzati e Marco Siviero e le psicologhe Laura Boati e Elena Ierardi. Un grazie in particolare a Margherita Moioli, neuropsicomotricista, che ha curato gli aspetti istituzionali del progetto, accogliendolo con entusiasmo, calore e partecipazione.