

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

Facoltà di Psicologia

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo e

dei Processi Educativi



**MATERNITÀ A RISCHIO: STATI
AFFETTIVI E REGOLAZIONE EMOTIVA
MADRE ADOLESCENTE-BAMBINO A 3
MESI DI VITA**

Relatore: Chiar.ma Prof.ssa Cristina RIVA CRUGNOLA

Tesi di Laurea di:

Sarah DI VITO

Matricola 703806

Anno Accademico 2011/2012

INDICE

RIASSUNTO	3
ABSTRACT	4
INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1 LA MATERNITÀ A RISCHIO	8
1.1 I cambiamenti e le competenze nella maternità	8
1.2 Il disturbo borderline di personalità e la maternità	9
1.3 La schizofrenia, il disturbo psicotico e la maternità	12
1.4 L'uso di sostanze e la maternità	15
1.4.1 L'uso di droghe	15
1.4.2 L'uso di alcol	19
1.5 Il disturbo d'ansia e la maternità	20
CAPITOLO 2 LA MATERNITÀ IN ADOLESCENZA	24
2.1 Descrizione del fenomeno	24
2.2 Il rapporto tra i compiti evolutivi dell'adolescenza e della maternità	25
2.3 Fattori di rischio nella maternità in adolescenza	27
2.3.1 La depressione	30
2.3.2 Il ruolo della nonna	32
2.4 Le interazioni madre adolescente-bambino	33
2.5 Figli di mamme adolescenti	35
2.6 Il padre adolescente	36
CAPITOLO 3 MATERNITÀ A RISCHIO: STATI AFFETTIVI E REGOLAZIONE EMOTIVA MADRE ADOLESCENTE-BAMBINO A 3 MESI DI VITA	39
3.1 Introduzione	39
3.2 Metodo	41
3.2.1 Ipotesi e obiettivi della ricerca	41
3.2.2 I partecipanti	42
3.2.3 Procedura	43
3.3 Strumenti	44
3.3.1 L'Infant and Caregiver Engagement Phases	44
3.3.2 L'accordo tra osservatori	50
3.3.3 Il programma GSEQ	51
CAPITOLO 4 ANALISI DEI DATI	52
4.1 Introduzione	52
4.1.1 Riorganizzazione delle categorie	52
4.2 Analisi delle durate	53
4.2.1 Analisi delle durate relative dei comportamenti del bambino e della madre	53
4.2.2 Analisi delle durate relative degli stati affettivi del bambino e della madre a livello individuale	55
4.2.3 Analisi delle durate relative degli stati affettivi del bambino e della madre a livello diadico	57

CAPITOLO 5 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	60
5.1 Discussione	60
5.2 Limiti e riflessioni	64
5.3 Conclusioni	65
BIBLIOGRAFIA	71
RINGRAZIAMENTI	100

RIASSUNTO

La maternità in adolescenza è considerata un fattore di rischio per lo sviluppo emotivo del bambino e per la formazione della relazione mamma-bambino, in termini di regolazione emotiva e coordinazione affettiva diadica.

Sono state reclutate 30 diadi mamme adolescenti-bambini e 25 coppie mamme adulte-bambini al fine di individuare le differenze tra i due gruppi rispetto agli stili di regolazione emotiva e coordinazione affettiva a livello individuale e diadico. A 3 mesi di vita sono state videoregistrate le osservazioni delle interazioni diadiche durante momenti di gioco libero e sono state successivamente codificate con lo schema di codifica Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP; Tronick & Weinberg, 2003) in versione modificata (Riva Crugnola *et al.*, 2009). I risultati mostrano che le madri adolescenti trascorrono più tempo nell'espressione di stati affettivi negativi e meno tempo in stati affettivi positivi rispetto alle adulte e i bambini di madri adolescenti esprimono meno stati affettivi positivi. A livello diadico, le diadi con madri adolescenti sono caratterizzate da meno stati affettivi coordinati e più stati affettivi non coordinati e anche da minor tempo trascorso in stati affettivi coordinati di tipo positivo e più tempo in stati affettivi coordinati di tipo negativo rispetto alle diadi con madri adulte.

Parole chiave: *maternità in adolescenza; regolazione emotiva; interazioni madre-bambino.*

ABSTRACT

Motherhood in adolescence is considered a risk factor for emotional development of child and adequate mother-infant relationship, regarding to the emotional regulation and the coordination of dyadic affective states.

30 adolescents mother-infant dyads and 25 adults mother-infant dyads were recruited to identify the differences between the two groups in relation to emotion regulation strategies and coordinated affective states at individual and dyadic level. At an infant age of 3 months mother-infant interactions were video-recorded during free play session and were subsequently coded by using the Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP; Tronick & Weinberg, 2003) in adapted version (Riva Crugnola *et al.*, 2009). The results show that adolescent mothers spend more time in the expression of negative affective states and less time in positive affective states than adult mothers and infants of adolescent mothers express less positive affective states compared to infants of adult mothers. At a dyadic level, dyads with adolescent mothers are characterized by less coordinated affective states and more non-coordinated affective states and they also spend less time in positive matches and more time in negative matches compared to dyads with adult mothers.

Key words: *motherhood in adolescence; emotion regulation; mother-infant interactions.*

INTRODUZIONE

Nell'immaginario popolare, la maternità è da sempre stata concepita come un periodo idillico di estrema felicità, in cui ci si dovrebbe trovare all'apice della soddisfazione femminile. Questa rappresentazione non concede spazio ad elementi che la descrivano negativamente (Cramer, 2000). In realtà, durante questa fase evolutiva, la donna passa attraverso un tempo di instabilità e confusione (Ridner, 2004), di stress ed angoscia dovuti al cambiamento fisico e psicosociale (Emmanuel & St John, 2010). La madre affronta una crisi normale che disorganizza e riorganizza gran parte della sua vita psicologica (Stern, 1995). La nascita è dunque un evento cruciale del ciclo di vita, dove ciò che accade è in grado di cambiare significativamente il mondo intrapsichico della madre e le sue abitudini di vita pratiche e interpersonali. Quando arriva una nuova vita tutto deve essere riorganizzato e tale riorganizzazione richiede una considerevole energia mentale ed emotiva (Stern & Bruschiweiler-Stern, 1998). La maternità comporta l'elaborazione di un grembo psichico in cui il bambino che nascerà possa essere atteso, pensato ed amato (Vegetti Finzi, 1997).

Possono presentarsi delle situazioni, definite di maternità a rischio, in cui i normali cambiamenti descritti vengono ostacolati da condizioni che rendono difficile l'adattamento e l'acquisizione del ruolo genitoriale.

Negli ultimi decenni è maturato l'interesse per lo studio del disturbo psichiatrico materno e dell'influenza che può esercitare sul bambino durante il primo anno di vita e nelle fasi successive. Molti autori hanno sostenuto che la sua presenza durante le fasi chiave dello sviluppo infantile determini un impatto negativo (Stein, Lehtonen, Harvey *et al.*, 2009). I sintomi della malattia hanno il potenziale di mettere in pericolo le capacità genitoriali durante il periodo post-partum (Park, Solomon, & Mandell, 2006; Reupert & Maybery, 2007) e di influenzare la responsività materna (Hammen, 1997). Anche il comportamento del genitore verso il figlio, la loro interazione e la loro relazione possono esserne disturbati (Mattejat & Remschmidt, 2008). La cognizione disfunzionale materna potrebbe, dunque, influenzare lo sviluppo di un legame emotivo e il formarsi di un'interazione positiva con il bambino (Hornstein, Trautmann-Villalba, Hohm *et al.*, 2006).

Quando la fase della maternità coincide con quella adolescenziale, ai caratteristici compiti evolutivi legati alla costruzione della personalità adulta si aggiungono quelli relativi al passaggio dal ruolo filiale a quello parentale e la costruzione e la percezione di sé come genitore (Figueiredo, Pacheco, & Magarinho, 2005). La sovrapposizione di due importanti tappe del ciclo di vita determina le condizioni che definiscono questa esperienza come maternità a rischio, in cui la capacità di prendersi cura del figlio e la qualità della relazione genitore-bambino possono risultare disturbate.

A partire dagli anni '70, l'*Infant Research* ha introdotto una visione bidirezionale della diade mamma-bambino, sottolineando il contributo di ogni partecipante all'organizzazione di tale campo interattivo attraverso le capacità autorganizzanti e autoregatorie che entrambi possiedono (Lewis & Roseblum, 1974). Precedentemente, la ricerca evolutiva aveva posto l'accento solamente sull'influenza del genitore sul bambino, trascurando quella esercitata dal bambino sul genitore (Beebe & Lackman, 2002). Gli studi sull'autoregolazione e quelli sulla regolazione interattiva erano considerati separatamente, in realtà essi sono due processi reciproci e simultanei, in quanto l'uno influenza il successo dell'altro (Zaccagni & Zavattini, 2005, 2007). A dispetto di una tendenza ingenua che per molti anni ha delineato il bambino come un soggetto passivo, molti studi hanno sottolineato la precoce presenza di numerose competenze percettive, cognitive, sociali ed interattive (Forbes, Cohn, Allen, & Lewinsohn, 2004; Rodini, 2008; Riva Crugnola, 2007; Schaffer, 1977; Trevarthen, 1979). Il bambino possiede, sin dalle prime fasi di sviluppo, un linguaggio emotivo che gli permette di comunicare con i suoi partner e che svolge gli importanti ruoli di regolatore delle prime interazioni e di organizzatore del mondo intrapsichico (Battacchi, 2004; Riva Crugnola, 1999). Attraverso l'espressione delle emozioni, il bambino cerca di coinvolgere l'altro nel difficile compito di aiutarlo a modulare e a regolare l'intensità delle emozioni che inizia a sperimentare. La madre, che è chiamata a trasformare le emozioni negative in positive e a condividere in modo sintonizzato gli affetti del bambino (Stern, 1985), svolge un ruolo fondamentale nello sviluppo delle competenze autoregatorie infantili (Sroufe, 1995; Tronick, 1989, 2005; Tronick & Weinberg, 1997); il mancato incontro della funzione regolatoria del

caregiver può ostacolare lo sviluppo delle capacità relazionali del bambino (Tronick, 1989; Tronick & Gianino, 1986).

Il periodo perinatale si presenta dunque come una fase particolarmente significativa della vita, in quanto può fornire una solida base per lo sviluppo fisico e mentale del bambino. Un'interazione sensibile e responsiva tra il bambino e una mamma sufficientemente buona (Winnicott, 1960) sembra essere il fattore più importante che contribuisce ad uno sviluppo ottimale e alla regolazione emotiva (Richter, 2004), per questo motivo l'analisi delle interazioni precoci e delle fasi di sviluppo emozionale assume grande rilevanza.

Nel primo capitolo verranno presentate alcune condizioni di maternità a rischio, rappresentate da diverse tipologie di malattie psichiche materne, come il disturbo borderline di personalità, la schizofrenia, il disturbo psicotico, il disturbo da uso di sostanze e il disturbo d'ansia. Per ogni situazione patologica verrà considerato come i sintomi specifici influenzino le competenze genitoriali e l'interazione con il figlio.

Nel secondo capitolo verrà affrontata la maternità in adolescenza, nello specifico saranno esposti i fattori di rischio vissuti dalle diadi, gli effetti di tale condizione sullo sviluppo del bambino, le interazioni madre adolescente-bambino, il ruolo della nonna e quello del padre del bambino.

Nel terzo capitolo verrà illustrata la ricerca svolta su 55 diadi mamme-bambini (30 adolescenti e 25 adulte) volta a valutare gli stili di regolazione emotiva e di coordinazione affettiva a livello individuale e diadico. L'osservazione delle diadi è avvenuta in laboratorio, alla mamma è stato chiesto di interagire con il figlio come è solita fare, per questo motivo sono stati messi a disposizione degli oggetti da poter utilizzare come giochi durante gli scambi. I comportamenti manifestati sono stati videoregistrati e successivamente codificati attraverso l'Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP) di Tronick & Weinberg (2003) in versione modificata (Riva Crugnola *et al.*, 2009). L'obiettivo della ricerca è di esplorare la condizione di maternità in adolescenza al fine di individuare possibili differenze con quella adulta nell'espressione degli stati affettivi individuali e diadici, nella capacità di regolarli e di correggere gli errori comunicativi, nel coinvolgimento e nell'uso degli oggetti durante l'interazione.

CAPITOLO 1

LA MATERNITÀ A RISCHIO

“Successful parenting is a principal key to the mental health of the next generation”.
(John Bowlby, 1969/82)

1.1 I cambiamenti e le competenze nella maternità

La maternità è un’esperienza importante e unica nella vita di una donna, è un evento che determina un cambiamento da una realtà nota ad una nuova e sconosciuta (Mercer, 2004). La gioia e il piacere di avere un bambino sono accompagnati da grandi sfide per la futura madre, infatti, la transizione alla genitorialità è un processo di trasformazione che richiede l’integrazione di nuove conoscenze, la rinuncia o il cambiamento dei propri ruoli all’interno della famiglia e del contesto sociale per assumere quello di madre, lo sviluppo di un’identità materna e di comportamenti materni adeguati alle varie fasi di crescita del bambino (Schmitt, Lahti, & Piha, 2010). Durante la gravidanza, la madre si prepara a queste modificazioni portando avanti un lavoro psicologico che consiste nell’elaborazione dell’immagine del proprio bambino e di se stessa come mamma (Bruschweiler-Stern, 2000). Questa fase del ciclo di vita si presenta, dunque, come un periodo vulnerabile, caratterizzato da momenti di instabilità, angoscia, confusione, dallo sviluppo di ipersensibilità e intensa emotività, dalla nascita di nuove paure (Stern, 1995).

Il processo di acquisizione del ruolo genitoriale e la formazione del rapporto con il proprio bambino richiedono quindi specifiche competenze che possono essere influenzate negativamente da esperienze infantili traumatiche (Fraiberg, 1980), dalla qualità del rapporto di coppia, dalla mancanza di sostegno sociale (Belsky, 1984) o da una malattia mentale della madre (Gjerdigen & Yawn, 2007); situazioni che possono essere definite di maternità a rischio.

Il genitore che presenta un disordine psichico dovrà gestire contemporaneamente le difficoltà associate allo sviluppo del nuovo ruolo e gli effetti della propria malattia (Diaz-Caneja & Johnson, 2004; Park, Solomon, & Mandell, 2006; Lagan, Knights, Barton *et al.*, 2009). La cognizione disfunzionale materna può compromettere un sano

sviluppo fisico e mentale del bambino, che necessita di un ambiente di sostegno e di nutrimento, di un'interazione sensibile con il caregiver per sviluppare competenze emotive e regolatorie (Richter, 2004; Loureiro, Goes, Paim da Câmara *et al.*, 2009). La malattia mentale è associata, inoltre, a diversi problemi genitoriali, essa colpisce il comportamento della madre negli scambi interattivi, riducendo la responsività e la capacità di percepire i segnali del bambino e di interpretarli correttamente, diminuendo il contatto visivo, la comunicazione verbale e il gioco. Infine, predispone il bambino ad un elevato rischio di sviluppare a sua volta una malattia mentale (Mattejat & Remschmidt, 2008).

Le difficoltà affrontate da ogni madre dipenderanno dal tipo di malattia, dalla sua gravità e dal momento di esordio, dai fattori di protezione e dalla rete di sostegno presenti nell'ambiente (Mattejat & Remschmidt, 2008). Tra i vari disturbi che potrebbero essere presenti in una madre, ne verranno analizzati alcuni che non sono ancora stati studiati in modo approfondito e che hanno ricevuto scarsa attenzione dalla ricerca, nonostante determinino conseguenze significative nelle mamme e nei bambini.

1.2 Il disturbo borderline di personalità e la maternità

Una persona con disturbo borderline di personalità (BPD) presenta difficoltà nella regolazione degli affetti, nel controllo degli impulsi e nel funzionamento interpersonale. Le relazioni tendono ad essere instabili e oscillano tra la svalutazione e l'idealizzazione dell'altro (American Psychiatric Association, 2007), il rapido passaggio dall'eccessiva vicinanza a qualcuno al rifiuto del contatto è dunque una caratteristica specifica degli scambi interattivi. Questo comportamento è dannoso per ogni relazione e riflette un grande deficit nella stabilità dell'immagine di sé, in mancanza di un senso stabile d'identità questi individui possono identificarsi in maniera esagerata con l'altro e successivamente sentirsi ansiosi e sopraffatti dall'eccessiva intimità. Il senso d'instabilità porta generalmente all'abuso di sostanze o a comportamenti autolesionisti, i quali rappresentano tentativi di lenire tali sentimenti negativi (Newman & Stevenson, 2005). Nella maggior parte dei casi, è stato presente un trauma relazionale precoce, come un genitore abusante, che rimanendo irrisolto continua a disorganizzare il

funzionamento mentale (Fonagy & Target, 1997; Newman, Stevenson, Bergman *et al.*, 2007).

Le caratteristiche principali di questo disturbo, relazionali e di regolazione emotiva, avranno dunque un impatto sulla genitorialità e sulle capacità di gestire l'esigenze emotive del bambino e gli scambi comunicativi, sulla promozione di un attaccamento sicuro e su uno sviluppo sano (Lamont, 2006).

Per una donna con BPD, ad esempio, la gravidanza potrebbe verificarsi come conseguenza di relazioni instabili o abusanti o di atti sessuali impulsivi. Il desiderio di divenire genitore potrebbe essere ambivalente e comportare motivazioni in conflitto tra loro, come il prendersi cura del bambino e la necessità di essere curati. I compiti psicologici della genitorialità, come la dipendenza fisica del bambino dalla mamma, potrebbero portare ad un rifiuto, ad ansia e ad angoscia (Newman & Stevenson, 2008). L'immagine distorta e fluttuante, che la madre ha di se stessa, potrebbe avere effetti negativi sullo sviluppo del senso di sé del bambino (Lamont, 2006). In generale una mamma con BPD ha difficoltà a riconoscere l'esistenza dell'indipendenza psicologica del bambino e a vederlo come un individuo separato con delle proprie esperienze emotive (Newman & Stevenson, 2005). Mamme con disturbo borderline manifestano rabbia intensa e immotivata e difficoltà di regolarla, questi scoppi di rabbia possono esporre il bambino ad essere vittima di abusi verbali e fisici (Lamont, 2006). Alcune madri descrivono di sentirsi estraniare, sopraffatte e anche arrabbiate con il loro bambino (Newman & Stevenson, 2005).

Il genitore che non è in grado di riflettere sulla propria esperienza infantile e di integrarla ha una disponibilità emotiva limitata verso il figlio (Crandell & Hobson, 1999). In particolar modo una mamma con BPD potrebbe proiettare materiale del passato nell'interazione madre-bambino, rievocare e replicare il trauma nella relazione con il proprio figlio, esponendolo a situazioni negative che avranno un impatto sullo sviluppo emotivo e sociale (Newman & Stevenson, 2008). La madre potrebbe fluttuare nella percezione del bambino, da una parte buona del Sé genitoriale che deve essere protetta dagli abusi, a una parte cattiva del Sé che merita di essere abusata; oppure il bambino potrebbe essere identificato nella mente come una figura di attaccamento irrisolta e divenire il persecutore, il proprio genitore cattivo, e di conseguenza essere attaccato (Newman & Stevenson, 2005).

Mamme che hanno subito abusi possono temere di abusare loro stesse del bambino e per questo motivo assumono un comportamento ritirato, altre, invece, nel tentativo di proteggere il figlio risultano invadenti e ansiose (Newman & Stevenson, 2005). Come conseguenza di precoci esperienze di negligenze o di abuso, la maggior parte delle donne con BPD presenta un attaccamento disorganizzato e relazioni inveschiate e irrisolte (Hobson, Patrick, Crandell *et al.*, 2005).

Crandell, Patrick, & Hobson (2003) hanno esaminato l'interazione tra mamme con disturbo borderline e i loro bambini di 2 mesi, attraverso la procedura dello Still Face, per dimostrare come tale diagnosi si traduca in un particolare pattern d'interazione che influenza lo sviluppo del bambino. Lo studio ha messo in evidenza che le madri con BPD utilizzano uno stile interattivo intrusivo e insensibile. I bambini, nell'episodio del volto immobile, hanno distolto lo sguardo e manifestato uno sguardo stordito e confuso; nella fase successiva l'interazione è risultata poco soddisfacente e lo stato d'animo del bambino era depresso rispetto all'episodio iniziale. Inoltre, i bambini hanno ottenuto punteggi bassi sulle misure di organizzazione del comportamento in situazione stressante e necessitavano di maggior tempo per riprendersi da tali situazioni. Già a 2 mesi di età, dunque, i bambini di mamme borderline manifestano caratteristiche distintive in situazioni di stress interpersonale.

In un altro studio, Hobson, Patrick, Crandell *et al.* (2005) hanno valutato le capacità interattive e il pattern di attaccamento di bambini di 12 mesi di madri borderline in tre diverse situazioni: Set Situation di Winnicot modificata, in cui il bambino interagiva inizialmente con un estraneo non responsivo che successivamente cercava di coinvolgerlo in un gioco di dare e prendere, Strange Situation e una situazione in cui era richiesto alla madre d'insegnare al bambino a giocare con personaggi in miniatura e con un treno giocattolo. Nell'interazione con l'estraneo, i bambini hanno mostrato scarsa disponibilità per un impegno positivo, carente organizzazione comportamentale e ridotta proporzione di sguardi positivi. Nella Strange Situation la maggior parte ha manifestato comportamenti tipici dell'attaccamento disorganizzato. Questo stile sembra essere legato alla tipologia di attaccamento della madre non risolto/disorganizzato, che la predispongono a comportamenti spaventati e spaventanti nei confronti del bambino, il quale non riuscirà a trovare sicurezza nel rapporto con il caregiver. Nella situazione di gioco le mamme sono state descritte come

intrusive e insensibili. La ricerca conferma le difficoltà nello sviluppo emotivo del bambino e la presenza di comportamenti invadenti e di relazioni invischiate nelle madri.

Newman, Stevenson, Bergman *et al.* (2007) hanno valutato attraverso l'Emotional Availability Scale momenti d'interazioni di gioco di madri con BPD e le loro percezioni di personalità attraverso una forma abbreviata del Parenting Stress Index e del Parenting Sense of Competence Scale. Le mamme sono risultate essere poco sensibili nell'interazione con i figli e meno efficaci nello strutturare le attività del bambino. Nelle misure di self-report hanno riportato insoddisfazione e senso d'incompetenza rispetto al ruolo genitoriale ed alti livelli di stress. Inoltre, i loro figli non orientavano i comportamenti verso la madre, apparivano disinteressati nel coinvolgerla nell'interazione ed erano meno sensibili alle sue richieste di scambi. Questi comportamenti possono essere considerati segni del loro iniziale ritiro dall'interazione con il caregiver.

La capacità di regolazione emotiva, le rappresentazioni di sé e della relazione con il caregiver sono stati valutati da Macfie & Swan (2009), attraverso un compito di completamento di storie in bambini di madri con BPD, di età compresa tra i 4-7 anni. I racconti riportati erano caratterizzati da: scambio di ruolo con i genitori, paura di essere abbandonati e aspettative negative della relazione con la madre, rappresentazioni incongruenti e vergognose di sé, povera regolazione emotiva indicata da una confusione dei confini tra realtà e fantasia e tra sé e fantasia, scarsa coerenza narrativa e intrusione di temi traumatici. Dallo studio emerge come la negativa relazione genitore-bambino e le difficoltà nella regolazione emotiva siano associati ai disturbi dell'identità della madre e ai comportamenti autolesionisti.

1.3 La schizofrenia, il disturbo psicotico e la maternità

La schizofrenia è un disturbo psicotico cronico caratterizzato da deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico, appiattimento dell'affettività, alogia e abulia (American Psychiatric Association, 2007).

La maternità sembra peggiorare la salute mentale di una donna con schizofrenia, si potrebbe verificare ad esempio una negazione psicotica della gravidanza, credendo di

non essere incinta la futura madre potrebbe rifiutare cure prenatali. A causa dell'esacerbazione acuta del disturbo nel periodo post-partum, la neomamma potrebbe non rendersi conto dell'impegno richiesto dal nuovo ruolo e rimanere scioccata dalla presenza del bambino, tanto da arrivare a compiere un neonaticidio (Solari, Dickson, & Miller, 2009).

Le madri con schizofrenia vivono sfide uniche nella genitorialità, i sintomi positivi possono portare ad allucinazioni che comandano di danneggiare il bambino, o allucinazioni che il bambino sia morto o difettoso. Le allucinazioni interferiscono dunque con le capacità di parenting, portando la mamma a non essere disponibile durante gli scambi, o ad assumere comportamenti inadeguati (ad esempio una madre che interpreta il normale rigurgito del bambino dopo la poppata come un segno della presenza di un demone nel figlio). Il bambino potrebbe essere coinvolto nei deliri, oppure la mamma potrebbe avere il delirio che la nascita non sia avvenuta (Solari, Dickson, & Miller, 2009). I sintomi negativi, come il riconoscimento delle emozioni o errori di attribuzione, possono interferire con la capacità di leggere i segnali del bambino e possono ridurre la competenza di comunicare e di stimolare adeguatamente il figlio, portando a risposte anormali e incongruenti di responsività (Plant, Byrne, Barkla *et al.*, 2002; Howard, Thornicroft, Salmon *et al.*, 2004). Per alcune donne la paranoia interferisce con la capacità di creare e mantenere relazioni di sostegno e di fidarsi degli altri come aiuto nella crescita del bambino, di conseguenza possono mancare di un supporto sociale e vivere forti situazioni di stress genitoriale (Solari, Dickson, & Miller, 2009). Anche l'uso di farmaci ed i loro effetti secondari correlati compromettono la capacità di occuparsi del figlio, riducendo la concentrazione e l'attenzione della madre sul bambino (Lagan, Knights, Barton *et al.*, 2009).

Madri con schizofrenia, rispetto a mamme sane o con altri disturbi, sono risultate essere meno reattive e responsive, più concentrate su se stesse durante momenti di nutrimento o di scambi di gioco con il loro bambino. Un'altra caratteristica di queste madri è la forte carenza di comunicazione verbale, Wan e colleghi (2008) hanno esaminato il contenuto e lo stile del discorso rivolto al proprio figlio. Il motherese, o Child Direct Speech (CDS), è una forma di linguaggio caratterizzata da frasi semplici e brevi, da molte ripetizioni e continuità semantica, da un contenuto incentrato sul bambino, da molte domande, da frasi direttive e poche dichiarative e da un'intonazione

pronunciata (Tomasello, Mannle, & Kruger, 1986). L'utilizzo di questo linguaggio, adattato dalla mamma, regola l'arousal del bambino e la sua attenzione, svolge un ruolo fondamentale nel supportare lo sviluppo cognitivo e l'acquisizione del linguaggio (Tomasello & Farrar, 1986; Paavola, Kunnari, & Moilanen, 2005). Dall'analisi di videoregistrazioni di 5 minuti d'interazioni di gioco non strutturato, è emerso che il discorso di madri con schizofrenia non è focalizzato sul bambino e non prevede l'utilizzo di canzoni o rime che generalmente attirano la sua attenzione. Tali caratteristiche del CDS riflettono la mancanza di sensibilità in queste madri, dovuta probabilmente a una teoria della mente compromessa, a un ottundimento degli affetti e a un'incapacità di comprendere l'esperienza del figlio. Queste carenze materne, associate alla scarsa presenza di altre stimolazioni verbali dovute all'isolamento sociale della diade, possono compromettere lo sviluppo linguistico del bambino.

L'osservazione di momenti di gioco non strutturato, finalizzata ad esplorare la qualità delle risposte delle mamme con schizofrenia, ha messo in luce la presenza di mancate risposte verso il bambino, manifestazioni di ritiro dall'interazione e comportamenti anomali (Wan, Warren, Salmon *et al.*, 2008). Questo studio è in linea con ricerche precedenti che sottolineavano la povertà di risposta al bambino, dovuta a una debole responsività positiva (Riordan, Appleby, & Faragher, 1999). Tale responsività sembrerebbe essere determinata dal deficit d'interazione sociale e di competenza emotiva, tipici del disturbo. In particolare, tre tipi di risposte sono risultate caratteristiche di questo gruppo: risposte negative al comportamento positivo del bambino, quindi una risposta incongruente, ritiro dall'interazione e comportamenti anomali e spaventanti.

Un'ulteriore ricerca ha confermato la povertà dell'interazione delle mamme schizofreniche, in modo specifico hanno mostrato difficoltà nel rispondere emotivamente al figlio, sono risultate meno responsive e sensibili, più egocentriche e intrusive, sia verbalmente e sia a livello comportamentale, mentre sporadicamente hanno mostrato un atteggiamento evitante (Wan, Salmon, Riordan *et al.*, 2007). Questo tipo d'interazione, caratterizzata da imprevedibilità, danneggia la formazione del legame di attaccamento. I loro bambini sono stati più evitanti e meno impegnati, la loro interazione è risultata essere meno reciprocamente soddisfacente. Tale evitamento è in linea con l'elevata presenza di attaccamento insicuro-evitante osservata nei bambini di

mamme con schizofrenia. Molti aspetti dell'interazione della diade appaiono dunque essere danneggiati (Wan, Salmon, Riordan *et al.*, 2007).

Anche il disturbo psicotico sembra avere ripercussioni sulla formazione del legame mamma-bambino (Abel, Webb, Salmon *et al.*, 2005), in particolare nel periodo post-partum sono le allucinazioni relative al bambino a creare svariati effetti negativi, tra cui l'aggressione verso il neonato (Chandra, Bhargavaraman, Raghunandan *et al.*, 2006). Uno studio ha esaminato la natura di tali allucinazioni e il loro impatto sulla coppia: madri che avevano allucinazioni che il loro bambino venisse aggredito o ucciso sono risultate più competenti e in grado di occuparsi dei suoi bisogni, ma mostravano di essere agitate e disturbate se allontanate da lui; madri che avevano allucinazioni che il figlio fosse un diavolo o che fosse un altro bambino assumevano comportamenti aggressivi come gridare, colpirlo o soffocarlo; altre invece avevano allucinazioni più bizzarre (come credere di aver partorito una femmina mentre in realtà il figlio era un maschio, oppure aver dato alla luce due gemelli quando invece avevano un solo bambino). In generale, chi aveva allucinazioni relative al figlio è stata considerata come non sicura nel prendersene autonomamente cura (Chandra, Bhargavaraman, Raghunandan *et al.*, 2006).

Hornstein, Trautmann-Villalba, Hohm *et al.* (2006) hanno valutato nello specifico l'interazione tra mamme psicotiche e i loro bambini, sottolineando come la responsività materna sia compromessa e individuando il distoglimento dello sguardo come risposta prevalente del bambino durante gli scambi. Tale forma di autoregolazione sembra essere molto presente in bambini di mamme con disturbo psicotico e potrebbe rappresentare un elemento vulnerabile per lo sviluppo emotivo.

1.4 L'uso di sostanze e la maternità

1.4.1 L'uso di droghe

Madri con storie di tossicodipendenza sono particolarmente vulnerabili alla disregolazione emotiva nel ruolo genitoriale, svariate prove evidenziano che i percorsi

neurologici coinvolti nell'utilizzo di sostanze illecite sono anche implicati nelle capacità degli adulti di investire nella cura dei bambini (Leckman & Mayes, 1998). L'uso di sostanze può dunque essere considerato come un "dirottamento" delle competenze genitoriali, in quanto il loro uso devia le capacità di accudimento e protezione richieste dal ruolo verso manifestazioni comportamentali ed emotive qualitativamente negative nei confronti del figlio (Suchman, Rounsaville, DeCoste *et al.*, 2007).

Il consumo di sostanze materne generalmente è associato alla presenza di ulteriori fattori di rischio, come condizione di povertà, stress, esposizione alla violenza, abusi fisici, mancanza di supporto sociale, infezioni trasmesse sessualmente, cattiva alimentazione, ridotte cure mediche e disturbi psichiatrici (Steinhausen, Dal Mas, Ledermann *et al.*, 2006). La depressione, i disturbi d'ansia e di personalità sono le patologie maggiormente riscontrate tra le donne in gravidanza che assumono droghe, la loro presenza può comportare l'assunzione di farmaci che a loro volta influenzano il funzionamento materno (Lam, Cance, Eke *et al.*, 2007; Jansson & Velez, 2011). Nel valutare le capacità genitoriali bisogna tener conto dell'età di insorgenza dell'abuso, della gravità, del tipo di sostanza utilizzata e delle conseguenze legate all'uso, come problemi legali o di salute o perdita del lavoro (Suchman, Rounsaville, DeCoste *et al.*, 2007).

A causa delle esperienze disadattative della madre, della frequente confusione di segni e di sintomi di astinenza e di disregolazione neurocomportamentale, la diade è spesso non sincronizzata o non legata (Jansson & Velez, 2011). Tra le varie sfide che la coppia deve affrontare, il sospetto di abuso o di trascuratezza è, più di qualsiasi altro disturbo psichiatrico o sociale, il principale motivo di segnalazione ai servizi (Strathearn & Mayes, 2010), infatti sono frequentemente presenti comportamenti materni aggressivi (Eiden, Schuetze, Colder *et al.*, 2011).

Dalle osservazioni delle interazioni di mamme con storie di abuso e/o dipendenza di droghe illecite, come eroina e cocaina, si è notato che tendenzialmente manifestano un disimpegno generale negli scambi, carenza di piacere, ridotta sensibilità, mancanza di responsività alle richieste emotive del figlio, intrusività e provocazioni fisiche (Molitor, Mayes, & Ward, 2003; Strathearn & Mayes, 2010). Queste madri, considerando alcuni aspetti della genitorialità, esprimono mancanza di comprensione di alcune questioni fondamentali concernenti lo sviluppo infantile e sentimenti ambivalenti

relativi all'averne e al prendersi cura di un bambino. In generale, ottengono risultati peggiori su una vasta gamma di indici di genitorialità rispetto a mamme che non hanno storie di uso di droghe. Sono stati inoltre osservati stili genitoriali duri, minacciosi, eccessivamente coinvolti, autoritari giustapposti con permissivismo, abbandono, coinvolgimento povero, scarsa tolleranza delle richieste del bambino e inversione di ruolo genitore-figlio (Strathearn & Mayes, 2010). Il pattern di attaccamento maggiormente presente in bambini di mamme che usano delle droghe è insicuro, in particolar modo disorganizzato (Molitor, Mayes, & Ward, 2003), che è considerato quello più a rischio per lo sviluppo di problematiche emotivo-comportamentali nelle fasi successive (Sroufe, 2005).

Le sostanze iniziano ad influenzare il bambino già durante la gravidanza, infatti, passando attraverso la placenta possono danneggiare la sua crescita determinando conseguenze negative a livello fisico e neurologico. I maggiori effetti sono visibili nei processi di sviluppo e di differenziazione del cervello, una conseguenza diretta è l'alterazione dello sviluppo dei neurotrasmettitori e dei sistemi neuromodulatori, o la morte di alcune cellule (Molitor, Mayes, & Ward, 2003).

Tra le varie droghe utilizzate (marjuana, oppioidi, cannabis, anfetamine) gli effetti della cocaina sono stati particolarmente studiati sia nella fase pre, sia in quella post-partum. In utero, la cocaina influenza la formazione dei neuroni e distrugge la migrazione neurale, comportando cambiamenti nell'architettura corticale. Inoltre, questa sostanza rappresenta un fattore di stress intrauterino che altera le traiettorie di sviluppo. I neonati esposti alla cocaina sono a rischio di parto pretermine e basso peso alla nascita. Dopo il parto si possono osservare alcuni segni neurocomportamentali come: nervosismo e tremore, pianto acuto, irritabilità, ipertonicità ed eccitabilità. L'esposizione prenatale alla cocaina ha effetti sul sistema responsabile della regolazione emotiva e comportamentale (Mayes, 2002), tanto che in questi bambini si notano difficoltà in situazioni di stress e di controllo dell'arousal, alti stati di labilità, problemi di attenzione e di orientamento nel periodo neonatale. All'età di 3-4 mesi, manifestano elevati affetti negativi in risposta a nuove stimolazioni o a stress. In età successive, tra i 14-60 mesi, presentano scarsa regolazione comportamentale (Heffelfinger, Craft, White *et al.*, 2002), elevata impulsività a 2 anni, comportamenti distruttivi durante compiti di problem solving a 4 anni (Eiden, Macauliffe, Kachadourian *et al.*, 2009).

L'utilizzo di cocaina (acuto, intermittente e cronico) disturba inoltre diversi aspetti del comportamento materno, nella misura relativa alla dose e al tempo d'uso (Strathearn & Mayes, 2010). In molti casi, l'abuso di tale sostanza è associato all'assunzione di altre droghe, quali marijuana e nicotina, e all'elevato consumo di alcol (Brown, Bakeman, Coles *et al.* 2004).

Una delle conseguenze degli effetti neurofisiologici dell'esposizione alla cocaina è una sottile distruzione dell'organizzazione regolatoria dell'interazione tra la mamma e il bambino, queste interruzioni possono avere effetti cumulativi a lungo termine sulla qualità dello sviluppo sociale e cognitivo del bambino. Le difficoltà nella relazione possono essere il risultato di una combinazione tra le difficoltà della madre, che non riesce a funzionare come un partner sociale adeguato, e la compromissione affettiva del figlio e le sue ridotte capacità attentive e di arousal. Gli effetti distruttivi dell'uso di cocaina non si manifestano solamente nei comportamenti emotivi della mamma e del bambino, ma anche in specifiche caratteristiche di interazione (Tronick, Weinberg, Seifer *et al.*, 2005).

Tronick, Weinberg, Seifer *et al.* (2005), hanno analizzato microanaliticamente i comportamenti delle madri e dei loro bambini in una sessione che prevedeva l'uso del paradigma dello Still Face. I risultati riportano che le madri che usano cocaina hanno scambi interattivi caratterizzati da emozionalità negativa con i figli, la diade mostra in generale alti livelli di momenti di non coordinazione affettiva come ad esempio coinvolgimenti negativi della madre quando il bambino è in uno stato affettivo neutro. I bambini manifestano elevati indicatori di stress, come singhiozzare o sputare. In particolare, quelli esposti ad un uso più pesante della sostanza, mostrano coinvolgimenti negativi di ritiro o passività e più momenti di coordinazione affettiva in cui entrambi i partner hanno uno stato affettivo negativo rispetto a diadi le cui madri non ne fanno alcun uso. L'esposizione alla cocaina, dunque, è associata a interscambi negativi che possono avere un impatto cumulativo sullo sviluppo del bambino e sulla relazione con il caregiver.

Eiden, Schuetze, & Coles (2011), in uno studio longitudinale sull'esposizione prenatale alla cocaina, durante un'interazione di gioco hanno osservato nelle madri manifestazioni di emozioni negative e minore sensibilità verso i loro bambini di 13 mesi e nei figli minore responsività verso il caregiver. Nello specifico, la presenza di bassa

sensibilità materna a 1 mese era predittiva di elevata reattività del bambino a 7 mesi, che a sua volta prediceva minor calore materno a 13 mesi. In generale, le madri che percepivano il loro bambino come molto reattivo nei primi mesi mostravano successivamente minore sensibilità e calore.

Brown, Bakeman, Coles *et al.* (2004) hanno osservato che i neonati esposti all'uso di cocaina nella fase prenatale nascono con un basso peso, hanno minore età gestazionale e maggiori complicazioni ostetriche. In un episodio di allattamento con bambini di 4-8 settimane, hanno notato una forte insensibilità materna nei confronti del figlio. Queste madri riportano elevati livelli di depressione e di ansia, anche quando non usano attivamente la sostanza, sono meno in grado di rispondere in modo adeguato ai segnali del bambino e percepiscono l'interazione come poco gratificante o stressante, mettendo il bambino a rischio di abbandono o di abuso (Strathearn & Mayes, 2010).

1.4.2 L'uso di alcol

Le ricerche che hanno preso in esame l'uso materno di alcol si sono concentrate maggiormente sul periodo della gravidanza, focalizzandosi sui possibili effetti avversi che comporta sullo sviluppo fisico e cerebrale del feto. L'alcol raggiunge l'utero passando attraverso la placenta, il liquido amniotico funziona come un serbatoio per l'etanolo, aumentando la presenza della sostanza al suo interno. I conseguenti risultati osservabili nel bambino possono essere una nascita pretermine, basso peso alla nascita, anomalie fisiche al cuore, ai reni, alle orecchie e al sistema scheletrico. Danni significativi sono esercitati sullo sviluppo cerebrale, con derivanti deficit d'attenzione, iperattività, impulsività, comportamenti antisociali e difficoltà linguistiche e di apprendimento (Kumpfer & Fowler, 2007). Un fenomeno di astinenza neonatale è stato descritto in bambini di madri che usano alcol, come caratterizzato da nervosismo, irritabilità, convulsioni e anomalie nei riflessi (Jansson & Velez, 2011).

La sindrome alcolica fetale è una delle più gravi conseguenze visibili, tale malattia è caratterizzata da specifiche difformità dei tratti del viso, anomalie del sistema nervoso centrale, alterazioni nel comportamento e ritardo mentale, deficit di funzionamento del sistema motorio e difficoltà di crescita (dovuta probabilmente alla

presenza di vomito persistente nei primi 6 mesi di vita). Durante il primo mese, il bambino manifesta insonnia, pianto eccessivo e inconsolabile, iperattività e nervosismo, questi comportamenti possono frustrare la madre che non vede ricompensati i suoi tentativi di calmare il bambino, e che come conseguenza potrebbe diventare ritirata e punitiva e creare un ambiente familiare instabile (Kumpfer & Fowler, 2007).

L'uso di alcol intacca il sistema nervoso centrale determinando riduzione della percezione, diminuzione della prontezza dei riflessi e di sensibilità al dolore, coordinamento dei movimenti disturbato, perdita di autocontrollo e inibizione con conseguente aumento di comportamenti aggressivi e violenti. A seguito di questi effetti, la madre potrebbe non avere la capacità di essere di sostegno durante l'interazione con il bambino e di avere un coinvolgimento emotivo caldo, generalmente infatti mostrano scarso calore e coinvolgimento positivo durante momenti di gioco (Eiden, Edward, & Leonard, 2007).

Problemi legati all'abuso si annidano tendenzialmente in un più ampio contesto di fattori di rischio ambientale, come la presenza di psicopatologia nel genitore. I principali disturbi associati sono la depressione e il comportamento antisociale, il rischio di complicazioni per lo sviluppo del bambino aumenta dunque per la concomitante presenza degli effetti derivanti dall'utilizzo della sostanza e delle difficoltà psichiatriche materne (Eiden, Edward, & Leonard, 2007). I figli di genitori che usano alcol hanno inoltre un maggior rischio di sviluppare un disturbo da uso di sostanze, disturbo della condotta, disturbo oppositivo e deficit di attenzione e iperattività (Hill, Tessner, & McDermott, 2011).

1.5 Il disturbo d'ansia e la maternità

L'ansia materna ha ricevuto scarsa attenzione nonostante molte donne manifestino alcuni sintomi dopo il parto e sebbene risulti essere associata a diversi esiti negativi. Sintomi di stress e di ansia sono normali e prevedibili in un periodo vulnerabile come quello della maternità, ma la presenza del disturbo può avere un considerevole impatto sulla salute psicologica della neomamma (Giakoumaki, Vasilaki, Lili *et al.*, 2009). Di frequente si presenta in comorbilità con la depressione, per questo

motivo in diverse ricerche è stata considerata come un suo sintomo, anche se dovrebbero essere valutate separatamente in quanto sono due disturbi distinti, infatti, l'ansia rappresenta una risposta a una percezione di stress, mentre la depressione è la reazione a una percezione di perdita (Giakoumaki, Vasilaki, & Lili, 2009). Nella sua forma più grave, un disturbo d'ansia può rendere incapace il genitore di prendersi cura del proprio figlio, in particolar modo è la capacità materna di leggere i segnali emotivi del bambino ad essere compromessa (Schechter, Coates, Kaminer *et al.*, 2008). Le mamme manifestano riduzione dell'impegno nell'interazione, maggiore comportamento ritirato e disinvestito e un alterato clima emotivo (Nicol-Harper, Harvey, & Stein, 2007).

Un genitore ansioso è molto probabile che iperprotegga il figlio a causa dei pregiudizi cognitivi nei confronti delle minacce, che abbia una maggiore percezione del pericolo e che manifesti un'elevata sensibilità alla sofferenza del bambino (Gar & Hudson, 2008).

Alcuni studi hanno preso in esame lo stile genitoriale di madri ansiose, sottolineando che l'espressione emotiva è caratterizzata da eccessivo coinvolgimento e criticismo verso il figlio. Dall'osservazione delle interazioni hanno notato minor calore e promozione dell'autonomia psicologica dei bambini. I genitori hanno espresso di essere consapevoli degli effetti del disturbo sulle loro capacità genitoriali e sul bambino (Challacombe & Salkovskis, 2009).

I bambini di madri ansiose hanno un rischio più elevato di sviluppare essi stessi un disturbo d'ansia, sia a causa di una predisposizione genetica, sia a motivo dello stile genitoriale poco sensibile, critico e eccessivamente controllante. Il comportamento materno aumenta, dunque, la vulnerabilità del figlio di manifestare lo stesso disturbo. È importante sottolineare però che il comportamento del bambino potrebbe avere un ruolo nello stimolare e nel mantenere il modo di agire della mamma (Schneider, Houweling, Gommlich-Schneider *et al.*, 2009).

L'evitamento di risposta in situazioni di ansia e le espressioni verbali manifestate dalla mamma, come l'incertezza sulla capacità di far fronte a un evento e di ottenere un successo, possono ridurre le credenze di autoefficacia del bambino. L'intento di proteggere il figlio da situazioni di ansia o di sofferenza, attraverso un atteggiamento eccessivamente controllante, potrebbe non portare ad una riduzione

dell'angoscia, ma piuttosto ad un aumento della percezione di locus of control esterno (Becker & Ginsburg, 2011). Il bambino di conseguenza potrebbe iniziare a sviluppare sentimenti d'ansia, a concepire il mondo come luogo pericoloso e a considerare se stesso come non competente nell'affrontare il pericolo (Challacombe & Salkovskis, 2009).

Nicol-Harper, Harvey, & Stein (2007) hanno esaminato l'impatto dell'ansia materna nel primo anno dopo il parto sull'interazione mamma-bambino, videoregistrando la diade in una situazione di gioco standardizzata. Dallo studio emerge che il disturbo compromette la sensibilità materna generando minore reattività e riduzione del tono emotivo, inoltre è associato a esiti negativi nel bambino. Gli autori ipotizzano che la riduzione della sensibilità nelle mamme ansiose, che comporta il deterioramento dei processi attentivi, potrebbe essere dovuta all'elevata preoccupazione nei confronti di possibili problemi e minacce presenti nell'ambiente.

Beebe, Steele, Jaffe *et al.* (2011) hanno analizzato momenti d'interazione faccia a faccia di mamme ansiose con i loro figli di 4 mesi con l'obiettivo di valutare l'influenza dei sintomi sulla diade. Nella ricerca hanno trovato pattern atipici nella contingenza interattiva della coppia, caratterizzati da discrepanza intermodale e da forme confuse di comunicazione. In particolare la contingenza interattiva risultava essere vigile in alcune situazioni e ritirata in altre. La madre monitorava visivamente il bambino in modo vigile, ma si ritirava nella coordinazione contingente con le emozioni del bambino, non rispondendogli in modo empatico. Ad esempio, anche se le mamme guardavano a lungo i volti dei bambini, quando i piccoli manifestavano visi felici, le madri erano meno propense a comunicare gioia; quando invece i bambini avevano volti preoccupati, le madri non mostravano visivamente empatia. Tali risposte rappresentano una violazione dell'aspettativa che potrebbe creare confusione nel bambino, indicandogli che la sua esperienza non viene compresa.

I bambini a loro volta durante l'interazione diventavano vigili nella coordinazione visiva e diminuivano la coordinazione vocale con il volto della madre, nel tentativo di risolvere i segnali conflittuali della madre o di compensare il suo ritiro emotivo.

La combinazione della discordanza dello sguardo e dell'affetto visivo della madre e la discordanza dell'affetto visivo e vocale del bambino, può essere vista come un'ambivalenza affettiva reciproca che crea confusione ad entrambi i partner. Le madri

ansiose vengono dunque descritte dagli autori come molto vigilanti e impaurite, allo stesso tempo ritirate e poco sensibili, che affrontano la loro paura distaccandosi emotivamente dal bambino.

Tra i disturbi d'ansia, una ricerca (Murray, Cooper, Creswell *et al.*, 2007) ha valutato una specifica psicopatologia quale la fobia sociale, che è caratterizzata da una paura intensa di controllo o di valutazione da parte degli altri, con conseguente evitamento di incontri sociali e ristretto funzionamento sociale (American Psychiatric Association, 2007). Mamme con fobia sociale in una situazione d'interazione faccia a faccia con i loro bambini di 10 settimane hanno manifestato una sensibilità generale nella norma, anche se risultavano essere ansiose e ritirate, mentre in una situazione di sfida sociale in cui era presente uno sconosciuto erano maggiormente ansiose, meno impegnate loro stesse con l'estraneo e non incoraggiavano il bambino a interagire con lui. Anche la responsività sociale dei bambini sembrerebbe essere già compromessa, infatti, hanno comunicato meno positivamente con l'estraneo.

CAPITOLO 2 LA MATERNITÀ IN ADOLESCENZA

*“La differenza tra una madre buona e una cattiva
non sta nel commettere errori,
ma in ciò che si fa degli errori commessi”.*
Donald Winnicott

2.1 Descrizione del fenomeno

Tra i diversi fattori che definiscono una maternità a rischio, oltre a quelli analizzati finora, se ne aggiunge un altro di particolare rilevanza: l'età della madre (Kluth, Stern, Trebes *et al.*, 2010).

Il fenomeno della maternità in adolescenza è molto presente a livello internazionale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2012) ha stimato che circa 16 milioni di adolescenti e 2 milioni di ragazze sotto i 15 anni partoriscono ogni anno, a queste stime si aggiungono 3 milioni di ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni che vengono sottoposte ad aborti clandestini. Si calcola che nel mondo 1 su 5 ragazze ha partorito prima dei 18 anni, questa cifra passa a 3 su 5 nei paesi più poveri, infatti, circa il 95% dei parti si verifica nei paesi a basso e medio reddito. La percentuale di bambini di mamme adolescenti varia dunque da paese a paese, inoltre all'interno di ogni singolo stato, tali nascite hanno maggiore probabilità di verificarsi tra le giovani più povere, meno istruite e che abitano nelle zone rurali.

Focalizzando l'attenzione sui paesi industrializzati dell'Europa, si può notare che è il Regno Unito a registrare il tasso più elevato di mamme adolescenti, rappresentato dal 10% delle nascite totali. Il tasso di concepimento in Inghilterra e in Scozia è del 29 per 1000. La metà di tutte le gravidanze in adolescenza si verifica nei primi 6 mesi di inizio dell'attività sessuale e l'età, sempre più precoce, del primo rapporto ha un'elevata correlazione con gravidanza, maternità e aborto sotto i 18 anni (Bradley-Stevenson & Mumford, 2007). I Paesi Bassi e l'Italia, invece, sono i paesi che presentano il numero minore di gravidanze in adolescenza. Secondo il rapporto Cedap 2009, nella nostra nazione l'1,47% dei parti ha riguardato ragazze con età inferiore ai 20 anni; tuttavia il fenomeno sembra essere in lieve aumento (Cedap, 2009). A livello

internazionale, sono gli Stati Uniti ad avere il più alto tasso di parti di bambini di madri adolescenti: 52,1 nascite ogni 1000 donne, contro le sole 7 di paesi come il Giappone e la Svizzera. Alcuni ritengono che la differenza di percentuale registrata tra gli stati sia il riflesso della disparità di reddito: le madri adolescenti sono più numerose dove si registra una maggiore lacuna tra persone ricche e povere, dunque la presenza è più elevata nelle società maggiormente disuguali (Wilkinson & Pickett, 2009).

Il significato e l'accettazione della gravidanza adolescenziale varia nei contesti culturali in cui si verifica, in alcuni infatti può essere considerato come un evento normale (Helman, 2000) e rappresentare la conferma della fertilità e della capacità di generare di una donna (Whitehead, 2009). Il raggiungimento della maturità fisica sembra dunque essere l'evento che giustifica la procreazione precoce in molti paesi in via di sviluppo che la approvano, la sostengono e la promuovono. In Africa e in Asia meridionale, ad esempio, è presente la convinzione che le ragazze debbano sposarsi al raggiungimento della pubertà, in quanto il matrimonio rappresenta per la famiglia di origine le opportunità di transizione economica e di protezione della minore dalla pratica della sessualità fuori dal contesto del matrimonio (Franzoni, 2004). La presenza di un numero elevato di mamme adolescenti, in alcuni paesi, può anche essere spiegata dall'assenza di un'adeguata educazione sessuale o dal fatto che molte ragazze non sanno come poter evitare una gravidanza, in altri casi invece non hanno la possibilità di avere a disposizione dei contraccettivi. A tutto ciò si aggiungono le gravidanze dovute a violenze sessuali (OMS, 2012). In altri stati, in particolar modo quelli occidentali, la maternità in adolescenza rappresenta un problema e una sfida per la società, in quanto essa costituisce una condizione di rischio sia per la madre e sia per il bambino (Mayers, Hager-Budny, & Buckner, 2008). L'argomento è degno dunque di particolare rilevanza e interesse per la ricerca (Rafferty, Griffin, & Lodise, 2011).

2.2 Il rapporto tra i compiti evolutivi dell'adolescenza e della maternità

La gravidanza in adolescenza rappresenta una "transizione precoce atipica" verso l'età adulta (Coren, Barlow, & Stewart-Brown, 2003). Queste giovani madri si trovano ad affrontare grandi cambiamenti causati dalla maternità, nello stesso momento

in cui evolutivamente devono far fronte ad una crisi tipica del periodo adolescenziale (Stiles, 2010). Tale fase del ciclo di vita è caratterizzata dalla risimbolizzazione del Sé, dall'acquisizione di nuovi compiti e dallo sviluppo di diversi ruoli. L'adolescente è chiamato a compiere alcuni passaggi chiave per la definizione della sua identità adulta, come portare a termine il processo di separazione-individuazione iniziato nell'infanzia e che termina nello sviluppo dell'indipendenza dai genitori, mentalizzare il corpo che cambia come generativo, seduttivo e mortale, crearsi un proprio sistema di valori attraverso dei modelli identificativi, assumere un ruolo socialmente riconosciuto che permette di progettare il futuro e di realizzarsi (Maggiolini & Pietropolli Charmet, 2004).

La gravidanza altera radicalmente la traiettoria di sviluppo dell'adolescente, richiedendo di abbandonarla per dirigersi verso quella della maternità (Mayers & Siegler, 2004), crea, dunque, un conflitto tra le esigenze evolutive del genitore e quelle del bambino (Catrone & Sadler, 1984; Wakschlag & Hans, 2000). Il dover focalizzare l'attenzione su una persona che richiede cura e impegno, è una grande sfida in un momento in cui si è completamente concentrati su se stessi.

Un'adolescente, a seconda della fase in cui si trova nella realizzazione dei compiti evolutivi, potrebbe essere più o meno preparata ai compiti della maternità ed essere costretta a maturare prima di sentirsi pronta. La sensibilità materna costituisce un'enorme complessità per la maggior parte delle mamme adolescenti, infatti, ancora non hanno raggiunto lo stadio del pensiero operativo formale, quindi risulta difficile poter vedere e capire che le proprie azioni, i sentimenti e gli atteggiamenti influenzano direttamente i bambini (Sadler & Cowlin, 2003). Delle madri più mature possono aver raggiunto tale stadio, ma possono essere ancora fortemente egocentriche. L'egocentrismo rende difficile avere empatia e poter vedere le cose dal punto di vista del figlio, ostacola la capacità di mettere da parte i propri bisogni e sentimenti per comprendere e poter rispondere a quelli manifestati dal bambino (Secco & Moffatt, 2003; Slade, 2005).

Tenendo conto dello sviluppo cognitivo ed emotivo dell'adolescente, è importante prendere in considerazione la capacità di essere pronta cognitivamente a diventare madre. La prontezza cognitiva di un genitore è definita dalla conoscenza sullo sviluppo infantile e da pratiche genitoriali adeguate alle fasi di crescita (Chang, Fine,

Ispe *et al.*, 2004). La comprensione della complessa natura dello sviluppo infantile è un fattore critico per il successo della genitorialità (Ryan Krause, Meadows-Oliver, Sadler *et al.*, 2009). Molti studi descrivono le mamme adolescenti come poco informate sulla durata delle varie fasi evolutive, soprattutto dopo il primo anno di vita (Whitman, Borkowski, Keogh *et al.*, 2001). Questa lacuna porta ad avere aspettative inappropriate sulla crescita del bambino, influenza le pratiche genitoriali e può fare insorgere sentimenti di distacco, di frustrazione o di delusione verso il figlio (Thompson, Powell, Patterson *et al.*, 1995). Molteplici ricerche, che hanno esaminato alcuni progetti di sostegno alla genitorialità, hanno mostrato il desiderio delle mamme adolescenti di conoscere in modo più approfondito le caratteristiche specifiche delle fasi di crescita e dei modi pratici di prendersi cura del bambino, come fargli il bagnetto o allattarlo. Nonostante l'interesse manifestato verso aspetti più concreti dell'accudimento, sembrano però sottovalutare i bisogni affettivi e relazionali del bambino. I programmi d'intervento volti ad accompagnare queste ragazze verso la maternità dovrebbero dunque sensibilizzarle alle esigenze emotive del figlio, in quanto esse sono responsabili di un adeguato sviluppo relazionale ed affettivo (Aujoula, Libion, Berrewaerts *et al.*, 2010).

2.3 Fattori di rischio nella maternità in adolescenza

Numerosi studi hanno individuato le seguenti condizioni come fattori che aumentano il rischio per le adolescenti di avere una gravidanza precoce: crescere in una famiglia con un reddito socio-economico basso, vivere in una zona svantaggiata ad elevata criminalità e violenza, avere subito abusi sessuali, fisici e psicologici, crescere con un solo genitore, in particolare se la madre ha una storia di maternità in adolescenza, iniziare precocemente l'attività sessuale, avere rapporti sessuali non protetti (Arai, 2003; Corcoran, Franklin, & Bennet, 2000; Miller, Benson, & Galbraith, 2001; Hillis, Anda, Dube *et al.*, 2004).

Altri fattori di rischio sono associati al divenire madre durante l'adolescenza e riguardano numerose aree fisiche, sociali, psicologiche ed educative, che verranno di seguito brevemente affrontati.

Le adolescenti in stato di gravidanza hanno un'elevata probabilità di avere complicazioni fisiche come anemia, tossemia, scarso aumento di peso e mortalità (Savio-Beers & Hollo, 2009).

Un dato interessante riguarda l'elevata probabilità di ripetere una successiva gravidanza a breve distanza dalla precedente (Rowlands, 2010), in particolar modo 1/2 delle ragazze che partoriscono prima dei 17 anni ha una nuova gravidanza e 1/3 ha il secondo bambino entro i due anni dalla nascita del primo (McDonell, Limber, & Connor-Godebey, 2007). Sono, inoltre, potenzialmente a rischio di trasmissione di malattie sessuali (Meade & Ickovics, 2005; Kershaw, Niccolai, Ethier *et al.*, 2004). Molti programmi rivolte a queste mamme si focalizzano proprio sul fornire informazioni relative all'educazione sessuale e ai contraccettivi (Aujoulat, Libion, Berrewaerts *et al.*, 2010). Uno degli scopi fondamentali di questi interventi di prevenzione secondaria deve essere quello di convincere l'adolescente che ritardare una nascita successiva è prima di tutto importante per il suo bambino (Rowlands, 2010).

La mancanza di cure prenatali, cattiva alimentazione, condizioni di vita sfavorevoli (Meade, Kershaw, & Ickovics, 2008), inadeguate risorse finanziarie, assente o carente aiuto da parte del padre del bambino ed elevati conflitti all'interno della famiglia, rappresentano i fattori di rischio sociale maggiormente affrontati da queste ragazze. Tali esperienze contribuiscono ad uno stato generale di tensione e di aumento di stress nella mamma (Bunting & McAuley, 2004; Jenkins, Shapka, & Sorenson, 2006). Il contesto sociale in cui si sviluppa la relazione tra mamma e bambino interagisce dunque con le caratteristiche personali dell'adolescente, influenzando l'efficacia genitoriale e lo sviluppo del bambino.

Ulteriori difficoltà psicologiche possono sommarsi a queste problematiche, le mamme adolescenti presentano generalmente delle complicazioni peculiari: difficoltà di coping, scarsa autonomia (Osofsky, Hann, & Peebles, 1993), bassi livelli di autostima e fiducia nelle proprie capacità genitoriali, alti livelli di stress genitoriale (Andreozzi, Flanagan, Seifer *et al.*, 2002). Lo stress genitoriale è una condizione in cui i vari aspetti della genitorialità risultano in una discrepanza percepita tra esigenze situazionali e risorse personali (Östberg, 1999). Lo stress può influenzare la sensibilità materna e rendere la madre meno tollerante ai segnali negativi del figlio, o incapace di interpretarli correttamente. Per questi motivi sembra importante che i professionisti con cui entrano

in contatto mostrino fiducia nella possibilità che riescano a diventare dei buoni genitori (McDonald, Conrad, Fairtlough *et al.*, 2008).

Le giovani mamme tendono a partecipare meno ai corsi di cure prenatali rispetto alle madri adulte, si sentono a disagio, insicure e giudicate in un contesto in cui sono prevalentemente presenti persone più grandi e che di solito sono accompagnate dai mariti o dai partner (McDonald, Conrad, Fairtlough *et al.*, 2008).

Un ruolo importante durante l'adolescenza è rivestito dal gruppo dei pari, esso svolge una specifica funzione evolutiva di sostegno alla trasformazione del Sé infantile in Sé adulto, funziona come un contenitore psichico che rende affrontabile i cambiamenti della crescita (Maggioloni & Pietropolli Charmet, 2004). Tuttavia, la gravidanza determina, nella maggior parte dei casi, un distacco dal gruppo dei pari e un marcato isolamento sociale (McDonald, Conrad, Fairtlough *et al.*, 2008). All'allontanamento dai coetanei si aggiunge inoltre una maggiore dipendenza della ragazza dai propri genitori, durante la fase in cui ogni adolescente dovrebbe invece iniziare ad essere più indipendente dalla famiglia (Mayers, Hager-Budny, & Buckner, 2008).

La scuola è il luogo in cui l'adolescente può soddisfare le esigenze di valorizzazione e di successo e dove si prepara ad assumere dei ruoli all'interno della società. A causa della maternità, la maggior parte delle ragazze è però costretta ad abbandonare il percorso scolastico e i progetti lavorativi (Stanger-Hall & Hall, 2011). Hanno, infatti, meno probabilità di completare le scuole superiori, di andare all'università e di trovare un'occupazione stabile (Letourneau, Stewart, & Barnfather, 2004). La rinuncia della propria formazione comporta inoltre la perdita o la riduzione delle relazioni sociali, proprio nel momento evolutivo in cui rivestono maggiore importanza.

I fattori di rischio illustrati sottolineano l'importanza di sostenere queste giovani mamme nella transizione alla genitorialità, rivolgendo particolare attenzione a quelle socialmente isolate (Aujoulat, Libion, Berrewaerts *et al.*, 2010).

2.3.1 La depressione

Diverse ricerche hanno messo in luce che le madri adolescenti si differenziano da quelle adulte per il numero e per il tipo di fattori di rischio da affrontare, tali difficoltà possono esercitare un'influenza significativa sull'autostima materna (Rafferty, Griffin, & Lodise, 2011). Tra i diversi ostacoli, particolarmente considerevole è la presenza di sintomi depressivi riscontrati nella maggior parte delle ragazze in gravidanza (Osofsky, Hann, & Peebles, 1993). La depressione si può manifestare sia durante la fase prenatale, sia nel periodo successivo alla nascita del bambino. Nel post-partum, il disturbo è caratterizzato dalla presenza di affaticamento, angoscia per la cura del bambino (ad esempio paura di non avere sufficiente latte per allattarlo, timore di essere troppo brusca), ossessione per il momento del pasto, paura della morte del bambino. Un'altra caratteristica significativa è il giudizio negativo della propria efficacia materna e il senso di inadeguatezza percepito rispetto a questo ruolo (Cramer, 2000). Le stime di mamme adolescenti che presentano sintomi depressivi nel periodo post-partum varia tra il 32% e il 60% (Barnet, Joffe, Duggan *et al.*, 1996; Hudson, Elek, & Campbell-Grossman, 2000).

La presenza di sintomi depressivi può comportare l'insorgenza di altri fattori di rischio che si inseriscono nella situazione materna già compromessa per la giovane mamma. In una ricerca, il 42% delle mamme adolescenti aveva problemi di salute mentale, tra cui la depressione, a cui si aggiungevano problematiche quali l'utilizzo di sostanze, comportamenti delinquenti, eventi di vita avversi e il protrarsi della malattia (Oxford, Gilchrist, Gillmore *et al.*, 2006). La depressione, come indicato da numerosi studi, influenza il modo in cui la mamma si prende cura del bambino, riducendo la capacità di rispondere al figlio e determinando una bassa competenza genitoriale. Inoltre, questa condizione patologica è associata a esiti negativi visibili nel bambino, come ad esempio: limitato numero di sguardi rivolti alla mamma, scarsa espressione di emozioni positive, carente produzione di vocalizzazioni e ridotta reattività fisiologica. Tali comportamenti, considerati come manifestazioni di angoscia, sembrano dimostrare la percezione da parte del bambino della presenza della depressione materna (Weinberg & Tronick, 1998; Cramer, 2000).

Gli effetti del disturbo interferiscono marcatamente sulla qualità dell'interazione che si instaura nella diade. Tra i pochi studi effettuati sulle modalità di interazione madre-bambino in mamme adolescenti depresse, Leadbeater e colleghi (1996), hanno scoperto che i loro figli sperimentano interazioni conflittuali negli scambi genitore-bambino e manifestano problemi nel comportamento all'età di 3 anni (Leadbeater, Bishop, & Raver, 1996). La disarmonia interattiva è la conseguenza del sentimento di incompetenza genitoriale e della percezione del figlio come difficile, che portano la madre a irritarsi o a ritirarsi dalla relazione (Cramer, 2000).

La tendenza a rinunciare e ad evitare gli scambi sociali è un'altra caratteristica di questo disturbo, lo stato depressivo della madre può inoltre ridurre la capacità di mobilitare dei supporti adeguati (Reid & Meadows-Oliver, 2007). Tuttavia, in un periodo già vulnerabile come quello successivo al parto, è importante costruire una rete di sostegno attorno alla partoriente e fare in modo che riesca a mantenere i contatti con l'esterno. Uno studio ha mostrato che la competenza materna è inversamente correlata alla depressione e che l'isolamento sociale è direttamente collegato alla malattia (Hudson, Elek, & Campbell-Grossman, 2000). Il sostegno sociale sembra essere un fattore di protezione (Cox, Buman, Valenzuela *et al.*, 2008), esso può includere il gruppo dei pari, il padre del bambino, la propria famiglia e i programmi di educazione. La percezione del supporto esterno è correlata alla qualità dell'interazione mamma-bambino e alla fiducia nel fornire cure (Ruchala & James, 1997). Da una ricerca è emerso che la percezione dell'aiuto familiare e della tipologia di relazioni mantenute con la rete sociale sono associate a comportamenti materni positivi e alla soddisfazione genitoriale (Schilmoeller, Baranowski, & Higgins, 1991). In un altro studio, la simultanea presenza del sostegno familiare, del partner e degli amici è risultata essere legata alla diminuzione dell'incidenza di depressione tra le madri adolescenti (Turner, Grindstaff, & Phillips, 1990). Dormire, Strauss, & Clarke (1989) hanno trovato che una vasta gamma di caratteristiche del sostegno sociale, come la fonte di supporto (famiglia, partner, amici e professionisti), le funzioni del supporto (informazioni, aiuto, affetto), le proprietà della rete sociale (durate delle relazioni, frequenza dei contatti), sono correlate ad un'interazione positiva tra mamma e bambino.

2.3.2 Il ruolo della nonna

I genitori delle neomamme ricoprono un ruolo unico e significativo nell'esperienza di maternità che l'adolescente si trova ad affrontare, in particolar modo la loro presenza e il loro aiuto assumono singolare valore nei primi 24 mesi di vita del bambino. La maggior parte delle ragazze continua a vivere nella propria famiglia sia durante la gravidanza, sia dopo la nascita del figlio. Tra i diversi aiuti che i genitori forniscono, molto importanti risultano essere il supporto sociale, come l'alloggio e il sussidio economico, e il sostegno alla genitorialità (Oberlander, Shebl, Magder *et al.*, 2009) che consiste nel sostenere la figlia durante questa fase di transizione, in modo che sia il più possibile psicologicamente pronta per il ruolo di madre.

Una gravidanza adolescenziale intacca tutto il sistema familiare attraverso l'alterazione delle relazioni tra i vari membri. I nonni, ad esempio, dovendosi prendere cura del nipote, dedicano molto meno tempo ai fratelli o alle sorelle più piccoli della figlia incinta (East, 1998; East & Jacobson, 2003). Alcune ricerche hanno sottolineato che le nonne possono trattare tutti i propri figli meno affettuosamente, predisponendoli a problemi del comportamento e a gravidanze precoci. Anche il sistema di valori e di credenze familiare è influenzato da questa esperienza, in particolare, sembra che si sviluppi una maggiore tolleranza verso la maternità in adolescenza, tanto che le sorelle più giovani hanno una probabilità due o tre volte maggiore di concepire durante questa fase evolutiva rispetto a ragazze che non hanno una sorella maggiore incinta (Stevens-Simon, 2000).

La propria madre è per la neomamma una figura chiave in questo periodo di grandi cambiamenti, infatti, le ricerche sottolineano che l'adolescente aiutata nella cura del bambino ha maggiore fiducia nelle proprie capacità genitoriali (Oberlander, Black, & Starr, 2007). La ragazza che ha una relazione aperta e comunicativa con la madre tende a esibire più comportamenti positivi nei confronti del figlio, l'aiuto materno può inoltre portare alla riduzione dei sintomi depressivi (Shanok & Miller, 2007). La presenza di un rapporto ostile con il proprio genitore comporta, invece, l'aumento di stress genitoriale e di sintomi depressivi, l'abbandono della casa che come conseguenza determina la perdita del supporto sociale per la mamma e per il bambino (Bunting & McAuley, 2004). Nonostante il vantaggio dovuto al sostegno della propria madre,

l'eccesso di aiuto può portare a esiti negativi sia per la nonna stessa, determinando la diminuzione della soddisfazione coniugale e delle risorse finanziarie per la famiglia; sia per la ragazza, comportando un aumento di conflitti con i propri genitori e senso di inadeguatezza rispetto al ruolo materno.

Le nonne sembrano giocare un ruolo sostanziale anche nel rapporto che l'adolescente mantiene con il padre del bambino, è lei, infatti, che porta la figlia a scegliere di limitargli il tempo e la possibilità di vedere il figlio. Inoltre, i suoi giudizi sul ragazzo hanno un enorme peso sulla decisione di mantenere o di terminare una relazione con lui (Krishnakumar & Black, 2003).

2.4 Le interazioni madre adolescente-bambino

Da quanto esaminato finora, si può comprendere che le mamme adolescenti e i loro bambini si trovano a vivere e a far fronte a molte sfide, determinate dai fattori di rischio che sperimentano (Osofsky, Hann, & Peebles, 1993).

Gli studi che si sono focalizzati sull'analisi di tale diade, di solito, non hanno esaminato separatamente gli effetti dovuti all'età delle madri, da quelli legati allo svantaggio sociale ed economico che caratterizzano la vita delle ragazze. In una ricerca di Hann, Osofsky, & Culp (1996), che valutava il legame tra la relazione mamma adolescente-bambino e gli esiti in età prescolare, è emerso che lo sviluppo cognitivo e linguistico del bambino è influenzato sia dalla relazione intrattenuta con la madre, sia dall'indice di rischio demografico associato. Questi risultati sottolineano che al rischio dell'età di per sé, in una gravidanza adolescenziale, si aggiungono gli effetti di ogni fattore di rischio che la diade affronta.

Tipicamente, le mamme adolescenti hanno relazioni meno adeguate con il figlio rispetto a madri adulte (Andreozzi, Flanagan, Seifer *et al.*, 2002; Letourneau, 2001), alcuni studi hanno individuato delle differenze tra i due gruppi durante momenti di interazioni.

Queste madri si esprimono meno a livello verbale, nell'ambiente domestico forniscono meno stimolazioni linguistiche e cognitive, sono meno sensibili e responsive nei confronti del comportamento del bambino (Stevenson Barratt & Roach, 1995; Culp,

Culp, Osofsky *et al.*, 1991). Le carenze nell'interazione vocale si aggiungono ad un ambiente familiare poco stimolante (McDonell, Limber, & Connor-Godbey, 2007).

A livello emotivo, le madri adolescenti durante le interazioni tendono ad essere meno affettuose, più distaccate ed invadenti, mostrano comportamenti più negativi e ostili e affetti meno positivi (Stevenson Barratt & Roach, 1995; Berlin, Brady-Smith, & Brooks-Gunn, 2002). Controllo e intrusività sembrano caratterizzare gli stili genitoriali manifestati durante gli scambi relazionali, tanto che la presenza di comportamenti eccessivamente punitivi e carenti nell'accudimento può portare al maltrattamento del bambino (Moffitt, 2002).

Culp e colleghi (1991) hanno confrontato mamme adolescenti e adulte durante un episodio in cui davano da mangiare al bambino e in un momento di gioco. I risultati dello studio sottolineano che i pattern comportamentali di interazione tra mamma adolescente e figlio sono problematici. Nel primo episodio, infatti, le giovani mamme sono state meno espressive sia a livello facciale e sia a livello verbale, hanno avuto meno atteggiamenti positivi, mostrato meno piacere nello scambio, manifestato ridotti sguardi positivi, vocalizzato di meno e registrato una peggiore qualità delle vocalizzazioni rispetto al gruppo delle mamme adulte. Durante l'episodio di gioco, hanno mostrato meno inventiva, meno pazienza e hanno avuto un atteggiamento poco positivo verso il bambino.

Le capacità genitoriali di mamme adolescenti ed adulte sono state esaminate da Stevenson Barratt & Roach (1995) mettendo a confronto le frequenze comportamentali, l'appropriatezza e la responsività vocale. Le mamme sono state osservate presso le loro case per un'ora in due sessioni: quando i figli avevano 4 mesi e 12 mesi. Nella prima, le mamme adolescenti hanno vocalizzato e sorriso meno, hanno offerto e mostrato un minor numero di giochi al bambino rispetto al gruppo delle adulte. Quando i bambini avevano 12 mesi, le mamme adolescenti sono state valutate come poco adatte nell'interazione ed erano significativamente meno responsive. I loro figli hanno mostrato meno sorrisi e vocalizzi a 4 mesi e assenza di responsività vocale a 4 e a 12 mesi.

I dati provenienti da diversi studi sottolineano dunque aspetti qualitativamente negativi caratteristici delle interazioni di queste diadi, i quali risultano essere presenti sin dalle prime fasi di sviluppo.

2.5 Figli di mamme adolescenti

La genitorialità in adolescenza è considerata un fattore che eleva la possibilità di rischio per lo sviluppo del bambino in diversi ambiti evolutivi (Culp, Culp, Osofsky *et al.*, 1991).

Alcune difficoltà si riscontrano già al momento del parto, infatti, i figli di mamme adolescenti hanno una maggiore probabilità di presentare basso peso alla nascita, di nascere prima del termine o di morire nel periodo perinatale (Coley, Chase-Lansdale, & Lindsay, 1999; Klein, 2005). Nelle fasi successive, presentano un ritardo nel raggiungimento delle tappe di crescita, in particolar modo i problemi più rilevanti si manifestano nello sviluppo psicomotorio (Rafferty, Griffin, & Lodise, 2011).

Le modalità specifiche di interazione della mamma adolescente con il suo bambino possono compromettere lo sviluppo emotivo e relazionale del piccolo e danneggiare la formazione di un legame di attaccamento sicuro (Flaherty & Sadlerr, 2011), tanto che si è riscontrata una maggiore presenza di attaccamento insicuro nei figli di giovani madri rispetto a quelli di mamme adulte (Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999).

Anche se ci sono grandi differenze individuali, la maggior parte di questi bambini tende ad avere punteggi più bassi in test che valutano le abilità linguistiche e cognitive, confrontati con i figli di mamme adulte (Brooks-Gunn & Chase-Lansdale, 1995; Furstenberg, Brooks-Gunn, & Chase-Lansdale, 1989; Keown, Woodward, & Field, 2001; Miller, Miceli, Whitman *et al.*, 1996). Tali disparità sono visibili dai 3 anni e tendono ad accentuarsi con la crescita (Manlove, Terry-Humen, Mincieli *et al.*, 2009; Miller, Miceli, Whitman *et al.*, 1996; Shaw, Lawlor, & Najman, 2006).

Considerando abilità cognitive e sociali, i bambini nati da mamme che hanno meno di 19 anni, in particolare i figli di mamme con meno di 17 anni e più giovani, mostrano una minore prontezza ad affrontare la scuola materna rispetto a figli di mamme adulte (Terry-Humen, Manlove, & Moore, 2005). Nel periodo scolastico hanno, inoltre, maggiori problemi scolastici, di apprendimento e ritardo dello sviluppo. In età adolescenziale presentano un elevato rischio di drop-out scolastico, di abusare di sostanze, di iniziare precocemente l'attività sessuale, di diventare genitori adolescenti a

loro volta e di avere problemi cognitivi e comportamentali persistenti (Pogarsky, Thornberry, & Lizotte, 2006).

Come si può notare, la maggior parte delle ricerche sottolinea differenze significative, in vari domini di sviluppo, tra i figli di mamme adolescenti e quelli di mamme adulte. Questa evidenza potrebbe dipendere dalla ridotta conoscenza dello sviluppo infantile dimostrata dalle ragazze e dalle povere pratiche genitoriali connesse (Ryan-Krause, Meadows-Oliver, Sadler *et al.*, 2009). Infatti, il bagaglio conoscitivo relativo alle tappe evolutive permette ad un genitore di fornire un ambiente e delle esperienze ottimali che massimizzano il potenziale sociale, cognitivo ed emotivo del bambino.

2.6 Il padre adolescente

Diversi elementi sembrano predire comportamenti genitoriali positivi nelle mamme adolescenti, come una buona relazione con la propria madre, la maturità cognitiva, una buona autostima, una conoscenza dello sviluppo infantile, un bambino con un temperamento facile che riesce ad attirare l'attenzione del suo ambiente (Osofsky, Hann, & Peebles, 1993). Tra i fattori di protezione che aumentano la capacità di resilienza assume molta importanza il mantenere una relazione stabile con il padre del bambino (Hess, Papas, & Black, 2002). La sua presenza è associata ad una maggiore soddisfazione materna, in quanto facilita l'adeguamento al nuovo ruolo genitoriale e migliora la qualità dell'interazione tra mamma e bambino (Letourneau, Stewart, & Barnfather, 2004).

Uno scarso sostegno dopo la nascita è correlato, invece, a comportamenti aggressivi e punitivi della mamma verso il bambino (Crockenberg, 1987). Gli effetti positivi della partecipazione paterna potrebbero essere in parte spiegati dal fatto che mamme adolescenti con il proprio partner ricercano maggiormente assistenza sanitaria e hanno più probabilità di partecipare a programmi di sostegno (Letourneau, 2001).

I padri di bambini nati da mamme adolescenti sono molte volte loro stessi degli adolescenti, anche se più grandi. Alcuni studi hanno documentato che in media questi padri hanno da 2,6 a 3,4 anni in più rispetto alle ragazze (Dallas, Wilson, & Salgado,

2000; Futris & Schoppe-Sullivan, 2007). Una ricerca del 2002 riporta che il tasso di paternità, tra i giovani con età compresa tra i 15 e i 19 anni, è di 19 su 1000 ragazzi. La genitorialità paterna adolescente è stata poco studiata, la ricerca in questo ambito è stata caratterizzata da una mancanza di accesso diretto ai padri e si è basata prevalentemente sui report delle mamme in merito al coinvolgimento paterno.

Come per le giovani madri, anche per i ragazzi, la probabilità di diventare genitori in adolescenza è più elevata tra chi presenta diversi fattori di rischio quali: appartenere a una famiglia con basso status socio-economico, avere una mamma che ha partorito precocemente, ottenere uno scarso rendimento scolastico e manifestare comportamenti sessuali a rischio (Pears, Pierce, Kim *et al.*, 2005). Tra i comportamenti maggiormente osservati in questi padri si possono notare: attività sessuale precoce, appartenenza a bande, delinquenza e uso di droghe (Weinman, Buzi, Smith *et al.*, 2007). Nel descrivere le caratteristiche del gruppo dei padri adolescenti, bisogna tener conto che in genere non possiedono un'abitazione propria e non sono sposati con la madre del bambino, tutto ciò influenza la possibilità di impegnarsi con il proprio figlio (Krishnakumar & Black, 2003).

I padri adolescenti manifestano il desiderio di essere partecipi nella crescita del bambino, molte volte, però, percepiscono delle barriere al coinvolgimento, che includono: la mancanza di soldi, la carenza di conoscenza dello sviluppo infantile, l'aumento di stress psicosociale e di ansia, la presenza di un rapporto controverso e conflittuale con la mamma del bambino e con la sua famiglia (Saleh, Buzi, Weinman *et al.*, 2005). Il mantenimento della relazione sentimentale con la ragazza determina come conseguenza la possibilità di creare una relazione con il figlio, invece, in assenza di un legame rilevante è la qualità del rapporto tra i due ragazzi a stabilire il tempo che il padre potrà trascorrerci insieme (Dudley, 2007).

In molti studi e da un punto di vista sociale, la partecipazione del padre è considerata semplicemente come supporto finanziario alla crescita del bambino (Coley, 2001). In realtà, il coinvolgimento paterno comprende una vasta gamma di comportamenti genitoriali, come prendersi cura del bambino, giocare con lui e dargli da mangiare. I padri che possiedono un lavoro hanno maggiore probabilità di essere coinvolti nella vita del figlio sia da un punto di vista economico, sia attraverso pratiche genitoriali (Gavin, Black, Minor *et al.*, 2002).

Nonostante il desiderio del ragazzo di mantenere un rapporto con il bambino, diversi studi hanno sottolineato che la partecipazione paterna tende a diminuire con il tempo e che il coinvolgimento è maggiore quando il bambino è più piccolo.

Le indagini che hanno preso in esame la soddisfazione genitoriale dei padri adolescenti non sono numerose ed in generale si sono focalizzate sulla soddisfazione materna dei comportamenti genitoriali del padre del bambino. Tra le poche effettuate, una ricerca ha sottolineato che alcuni degli elementi che influenzano positivamente la soddisfazione paterna sono l'autostima e un supporto sociale adeguato (Thompson & Walker, 2004).

Il coinvolgimento paterno è considerato positivo per lo sviluppo del bambino, tuttavia, gli studi che esaminano la relazione tra la presenza del padre nella crescita e il benessere dei bambini sono ancora limitati. E' stato riscontrato un miglioramento dei risultati cognitivi in bambini che hanno sperimentato relazioni positive e calde con il padre, rispetto a quelli che hanno avuto interazioni limitate e non calorose (Black, Dubowitz, & Starr, 1999). Un'analisi longitudinale ha sottolineato che i bambini, i quali mantengono una relazione con il genitore, manifestano un miglioramento nei risultati sociali e scolastici e minori problemi comportamentali (Howard, Lefever, Borkowski *et al.*, 2006).

Il supporto paterno è, dunque, correlato sia al benessere psicosociale della mamma e sia a risultati di sviluppo favorevoli nel bambino (Royce & Balk, 1997).

CAPITOLO 3

MATERNITÀ A RISCHIO: STATI AFFETTIVI E REGOLAZIONE EMOTIVA MADRE ADOLESCENTE-BAMBINO A 3 MESI DI VITA

“Allevare i figli è una impresa creativa, un’arte più che una scienza”.
Bruno Bettelheim

3.1 Introduzione

La regolazione emotiva è definita come la capacità di modulare l'intensità delle proprie emozioni mantenendo l'organizzazione comportamentale di fronte a stati elevati di tensione (Bridges & Grolnick, 1995). La capacità di regolare le emozioni da parte del bambino si struttura durante i primi anni di vita, necessita del ruolo fondamentale del caregiver e risulta determinante per lo sviluppo socio-emotivo infantile e per il formarsi del legame di attaccamento. I bambini mostrano precocemente di possedere delle competenze autoregatorie, come il distoglimento dello sguardo dallo stimolo stressante, e comportamenti di autoconsolazione che per svilupparsi adeguatamente devono incontrare la funzione regolatoria del caregiver; a tali condotte si affiancano quindi delle modalità di eteroregolazione di tipo interattivo. Attraverso differenti espressioni, come vocalizzi, sguardo del volto, pianto, definite da Tronick comportamenti regolatori eterodiretti, il bambino mobilita la funzione regolatoria della madre, che viene pertanto chiamata a trasformare le emozioni negative in positive. Si instaura tra il bambino e la mamma un sistema di mutua regolazione caratterizzato da momenti sintonizzati, in cui gli stati affettivi dei due partner sono coordinati, e da momenti in cui non sono sintonizzati sullo stesso stato affettivo; alla mancata sintonizzazione possono seguire riparazioni efficaci degli errori di comunicazione che permettono il ripristino di stati affettivi nuovamente coordinati (Tronick & Weinberg, 1997). Le interazioni tra madre e bambino appaiono dunque costituite da processi di sintonizzazione/rottura/riparazione. Sperimentare riparazioni e trasformazioni degli affetti negativi in positivi permette al bambino di formarsi un nucleo affettivo positivo relativo al proprio Sé, fondato su una rappresentazione di sé come efficace dal punto di vista comunicativo (Tronick & Weinberg, 1997; Emde, 1991, 2005) e della madre come

accessibile emotivamente (Riva Crugnola, 2007). Vivere, invece, ripetutamente rotture comunicative, stati affettivi non coordinati e mancate riparazioni può portare alla costruzione di un nucleo affettivo negativo del Sé, caratterizzato da un'immagine di sé come incapace di riparare la comunicazione nelle interazioni e di una madre non disponibile emotivamente. Tali esperienze potrebbero costituire un fattore di rischio per la formazione di un attaccamento insicuro, in particolare di tipo disorganizzato (Lyons-Ruth, 2003).

Affinché una madre possa svolgere in modo adeguato il ruolo di trasformatrice degli affetti del bambino, è necessario che sia pronta psicologicamente alla realizzazione di questo importante compito. Le diverse condizioni di maternità a rischio illustrate nei capitoli precedenti possono rappresentare degli ostacoli al suo adempimento e influenzare negativamente lo sviluppo del bambino.

La maternità in adolescenza, come sottolineato dalla letteratura, si presenta come un fattore di rischio per lo sviluppo della madre, per la crescita del bambino a breve e a lungo termine e per la formazione della relazione diadica (Milan, Kershaw, Lewis *et al.*, 2007).

Da diverse ricerche è emerso che le madri adolescenti sono meno responsive rispetto alle mamme adulte, questa condizione determina l'espressione di emozioni prevalentemente negative, scarsa disponibilità emotiva (Osofsky, 1992; Pomerleau, Scuccimarri, & Malcuit, 2003) e negligenza nell'accudimento del bambino (Dukewich, Borkowski, & Whitman, 1996). Le conseguenze della mancanza di responsività sono visibili nello sviluppo affettivo del bambino e nella costruzione del legame di attaccamento, infatti si riscontrano una ridotta capacità di comunicazione affettiva (Osofsky, 1992) ed elevata presenza di attaccamenti insicuri (Moran, Forbes, Evans *et al.*, 2008).

Nonostante la rilevanza degli effetti che la condizione di maternità adolescenziale esercita sulla responsività materna e sulle competenze comunicative ed emotive del bambino, sono pochi gli studi che hanno preso in esame gli stili di regolazione emotiva adottati dalle madri adolescenti e dai loro bambini durante il primo anno di vita. Gazzotti, Spinelli, Albizzati & Riva Crugnola (2010), confrontando delle mamme adulte con madri adolescenti, hanno trovato che quest'ultime utilizzano uno stile interattivo poco sensibile e controllante e che i loro bambini sono più difficili. A

livello diadico, sono meno adeguate e sono meno capaci di condividere le emozioni, in particolar modo quelle positive; spesso i loro stati affettivi non sono coordinati a quelli del bambino.

Basandosi sull'importanza della competenza emotiva e sulla presenza di scarsi studi che affrontano il suo sviluppo in relazione alla maternità adolescenziale, la ricerca che verrà illustrata di seguito si prefigge di individuare eventuali differenze significative tra gli stili affettivi e interattivi di diadi con mamme adolescenti e quelli di diadi con mamme adulte.

3.2 Metodo

3.2.1 Ipotesi e obiettivi della ricerca

La ricerca ha voluto indagare se la condizione di maternità adolescenziale si differenzia da quella adulta per lo sviluppo della relazione madre-bambino, considerando: a) l'espressione degli stati affettivi manifestati dalla mamma e dal bambino, b) la regolazione diadica rappresentata dalla coordinazione e dalla non coordinazione degli stati affettivi di entrambi e c) la capacità di riparare gli errori di comunicazione. L'analisi si è focalizzata su diadi di mamme adolescenti-bambini e mamme adulte-bambini, a 3 mesi di vita, al fine di individuare eventuali differenze nelle modalità di scambio intercorrenti all'interno della coppia.

In particolare si ipotizza che:

- I bambini di madri adolescenti rispetto ai bambini di madri adulte trascorrono più tempo in stati affettivi negativi e meno in stati affettivi positivi.
- Le madri adolescenti rispetto a quelle adulte abbiano una maggior durata di stati affettivi negativi e una minor durata di stati affettivi positivi.
- I bambini di madri adolescenti trascorrono meno tempo nel comportamento di osservazione dell'oggetto proposto dal caregiver e più tempo nel comportamento di osservazione dell'oggetto scelto autonomamente rispetto ai bambini di mamme adulte.

- Le diadi con madri adolescenti siano caratterizzate da una maggior durata degli stati di non coordinazione affettiva totali e di coordinazione affettiva di tipo negativo rispetto alle diadi con madri adulte.
- Le diadi con madri adolescenti abbiano una minor frequenza di riparazione dell'errore di comunicazione affettiva rispetto alle diadi con madri adulte.

3.2.2 I partecipanti

I partecipanti sono 55 diadi mamma-bambino suddivise in due gruppi. Il primo è costituito da 30 diadi madri adolescenti-bambini, reclutate presso il “Servizio di Accompagnamento alla Crescita per Giovani Mamme” dell’A. O. San Paolo di Milano, all’interno del progetto sulla Maternità in Età Adolescenziale, coordinato dalla Professoressa Cristina Riva Crugnola e finanziato dalla Fondazione Cariplo, che vede la collaborazione dell’A.O. San Paolo, dell’Università degli Studi di Milano–Bicocca e della Fondazione Ambrosiana per la vita. Il progetto consiste in un modello di intervento preventivo volto ad una presa in carico globale della diade madre adolescente-bambino fino al secondo anno di vita del bambino e all’utilizzo della tecnica di video–feedback che ha l’obiettivo di aumentare la sensibilità e la riflessività materna e di favorire uno sviluppo adeguato del bambino in termini di competenze emotive e legame di attaccamento.

Le madri adolescenti hanno un’età compresa tra i 15 e i 21 anni (media=18.76; d.s.=1.33), l’84% ha un diploma di scuola media inferiore e il 16% di scuola media superiore, il 66% appartiene ad un livello socio-economico basso, il 10% ad un livello medio-basso e il restante 24% ad un livello medio. Considerando lo stato civile, il 36% delle ragazze è coniugata, il 13% non ha un partner e il 41% convive con il compagno. Il 53% delle adolescenti ha espresso di aver desiderato la gravidanza.

I bambini (15 femmine e 15 maschi) sono tutti primogeniti, nati a termine senza patologie alla nascita, hanno un’età media al momento della rilevazione di 3,07 mesi (d.s.=.670).

I padri dei bambini hanno un'età compresa tra i 16 e i 39 anni (media=23.79; d.s.=5.492), l'80% ha conseguito il diploma di scuola media inferiore e il 20% di media superiore.

Il secondo gruppo è costituito da 25 madri adulte e bambini, che sono state reclutate attraverso il "Servizio di Accompagnamento alla Crescita", presso l'A. O. San Paolo di Milano, finalizzato a osservare la relazione genitore-bambino durante il primo anno di vita (Riva Crugnola, 2007, 2012). Le madri hanno un'età compresa tra i 25 e 40 anni (età media=32.95; d.s.=3.81), un livello socioeconomico medio nel 68% dei casi e alto per il rimanente 32%; per quanto riguarda il livello di istruzione, il 16% è laureata, il 76% ha il diploma e l'8% la licenza media. Il 64% delle madri è sposata, il 32% convive con il compagno e il 4% non ha un partner stabile.

I bambini (17 maschi e 8 femmine) hanno un'età media al momento della rilevazione di 3,4 mesi (d.s.=.068), sono tutti nati a termine e senza patologie alla nascita; nell'86% sono primogeniti.

I padri dei bambini hanno un'età compresa tra i 30 e i 45 anni (media=35.15; d.s.=4.38), il livello di istruzione è: 48% il diploma, 32% la laurea e il 20% la licenza media.

3.2.3 Procedura

La procedura della ricerca prevedeva la videoregistrazione di momenti interattivi di gioco libero tra madre e bambino a 3 mesi di vita. Le videoregistrazioni sono state effettuate in laboratorio, in un setting appositamente pensato e adibito per l'osservazione dell'interazione, e hanno una durata di circa 5 minuti (media=4.91; d.s.=1.05).

La consegna richiesta alle madri era di interagire con il figlio come sono solite fare a casa.

Affinché la situazione fosse il più possibile naturale e familiare, all'interno del setting, adibito in una stanza, erano presenti un materassino e diversi giochi e oggetti da poter essere utilizzati per iniziare e sviluppare momenti di scambio.

Successivamente, le videoregistrazioni sono state analizzate e codificate dagli osservatori attraverso lo schema di codifica Infant and Caregiver Engagement Phases di Tronick & Weinberg (2003).

3.3 Strumenti

3.3.1 L'Infant and Caregiver Engagement Phases

Per analizzare la regolazione emotiva e gli stati affettivi espressi durante le interazioni videoregistrate, è stato utilizzato il sistema di codifica Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP) di Tronick & Weinberg (2003) in versione modificata (Riva Crugnola *et al.*, 2009). Attraverso tale schema è possibile analizzare microanaliticamente le interazioni, focalizzandosi, momento dopo momento, sui comportamenti e sulla direzione degli sguardi della mamma e del bambino, permettendo dunque di esaminarli separatamente e in tempi differenti (Tronick & Weinberg, 1996a, 1996b, 2003).

L'ICEP è uno strumento che consente di segmentare il flusso comportamentale in unità diverse e successive, pertanto si costituisce di categorie mutualmente esclusive. Tale schema di codifica è costituito da categorie esaustive, fornisce quindi tutte le categorie possibili per rilevare il fenomeno oggetto di studio, ciò significa che in uno specifico intervallo di tempo è sempre presente una categoria da poter attribuire ad una data unità. La quantificazione del comportamento osservato risulta essere complessa e articolata.

Le sequenze comportamentali del caregiver e del bambino sono state delineate come eventi temporali di tipo continuo, due flussi paralleli di eventi che avvengono contemporaneamente; di ogni categoria di comportamento sono stati registrati il tempo di inizio e di termine, espresso in minuti e in secondi (D'Odorico, 1990).

L'attribuzione di una categoria ai diversi comportamenti manifestati durante le interazioni richiede l'analisi della direzione dello sguardo, della qualità delle vocalizzazioni, dell'espressione facciale e del tono emotivo.

Allo schema di codifica originale sono state aggiunte alcune categorie al fine di osservare anche le modalità interattive fra mamma e bambino relative agli oggetti; l'ampliamento dello strumento è stato dunque realizzato per renderlo maggiormente adeguato agli scopi della ricerca (Riva Crugnola *et al.*, 2009). Sono state utilizzate rispettivamente 12 categorie per il bambino e 12 per la madre.

CATEGORIE PER IL BAMBINO:

1. Monitoraggio sociale (BMS): l'attenzione del bambino è rivolta verso il volto del caregiver oppure ad una parte del corpo del genitore durante uno specifico gioco, lo guarda con un'espressione neutra o interessata, ma non annoiata. Possono essere presenti vocalizzazioni positive o neutre che non indicano però un coinvolgimento particolarmente positivo. È stata codificata come *Monitoraggio sociale* anche ogni situazione in cui il bambino guarda il caregiver tenendo il gioco in mano o in bocca senza mostrare segni di coinvolgimento sociale positivo.
2. Osserva oggetto proposto dal caregiver (OO): il bambino rivolge la sua attenzione verso il gioco proposto dall'adulto, lo osserva oppure ci gioca, si mostra interessato anche se è poco attivo. Sono considerati oggetti proposti dal caregiver anche le parti del corpo del bambino o dell'adulto, parti del vestiario di entrambi e tutti gli oggetti presenti nel setting. Questa categoria viene attribuita anche quando il bambino osserva il gioco dell'adulto pur tenendone in mano o in bocca un altro. Tale categoria è stata introdotta rispetto al sistema di codifica originale per gli scopi della ricerca.
3. Osserva oggetto scelto dal bambino (OG): il bambino orienta l'attenzione verso un oggetto di sua spontanea iniziativa senza che sia stato il genitore a proporlo, inizia a giocare da solo senza il coinvolgimento dell'adulto. Il suo sguardo è rivolto verso l'oggetto, lo manipola o si limita a guardarlo con espressione neutra o interessata. Questa categoria viene utilizzata anche nel caso in cui il bambino osserva oggetti lontani, non raggiungibili con sguardo fisso. Sono considerati come oggetti scelti dal bambino anche le parti del corpo del bambino o dell'adulto, parti del vestiario di entrambi e tutti gli oggetti presenti nel setting. Anche questa categoria è stata introdotta per gli obiettivi della ricerca.

4. Coinvolgimento sociale positivo (BCP): il bambino sorride all'adulto dimostrando di essere positivamente coinvolto nell'interazione e di gradirla. I bambini più piccoli, in particolare, dimostrano la propria allegria agitando le gambe e le braccia e sorridendo al genitore, vocalizzando in tono positivo, rivolgendo lo sguardo al caregiver, cercando il contatto.
5. Coinvolgimento negativo (BCN): il bambino manifesta un disagio, si agita, esprime sofferenza, ha espressioni facciali negative (rabbia, tristezza, disgusto, pianto) oppure tossisce, starnutisce, si lamenta perché è scomodo, rigetta. Si agita perché non gradisce il gioco o perché il genitore non glielo avvicina. Questa categoria è codificata quando non è possibile stabilire con precisione quale delle due categorie specifiche seguenti (protesta o ritiro) è prevalente.
6. Coinvolgimento negativo di protesta (BCNP): il bambino manifesta evidenti espressioni di rabbia, smorfie, lamenti, pianto. Il comportamento negativo è di carattere attivo, ad esempio il bambino inarca la schiena, tenta di scappare, di allontanarsi, agita la testa, scalcia, tira pugni. Se lo sguardo è diretto all'adulto questo è imbronciato o minaccioso, il contatto di sguardo è fermo senza un sorriso oppure con espressioni di sfida. La protesta può essere rivolta verso il gioco proposto dal caregiver allontanandolo, lanciandolo, battendo sul gioco in modo negativo. Il pianto è disperato e agitato.
7. Comportamento negativo di ritiro (BCNR): il bambino si ritira dall'interazione e dal coinvolgimento con il caregiver. L'espressione del bambino è triste e impassibile. Spesso c'è evitamento dello sguardo e avversione del capo. Ad esempio il bambino gira la testa quando il caregiver o il gioco sono troppo vicini. Il bambino evita di guardare il genitore e il gioco in silenzio o con vocalizzazioni negative. La posizione appare collassata, "congelata" (Fraiberg, 1980) come se si fosse lasciato andare. Non risponde alle sollecitazioni del caregiver e non protesta per le sue intrusioni. Lo sguardo è rivolto altrove intenzionalmente oppure è vacuo e privo di espressione. I bambini più piccoli possono avere espressioni rigide come se fossero ipnotizzati, incantati con occhi sgranati senza battere ciglio. Le vocalizzazioni mancano di un ritmo naturale, possono consistere in lamenti di basso tono continui.

8. Si fa consolare (SFCONS): il bambino lascia che il genitore lo consoli. Dopo una manifestazione di disagio o pianto il bambino si tranquillizza grazie all'intervento del caregiver. Questo comportamento è evidente quando il bambino si lascia andare tra le braccia del genitore che lo ha preso in braccio e smette di piangere appoggiando la testa al corpo dell'adulto, ma anche quando il caregiver sposta o sistema il bambino e questi lo lascia fare. L'impressione che si ha è che il bambino si affidi all'adulto e apprezzi i suoi tentativi di consolazione. Questa categoria è stata introdotta per gli obiettivi della ricerca.
9. Osserva ambiente (OE): il bambino dirige il suo sguardo verso l'ambiente senza focalizzarsi su qualcosa in particolare, guarda in giro, guarda per terra, se sdraiato guarda il soffitto. Corrisponde a ciò che Tronick (1982) definisce *scanning*. Può avere valenza negativa qualora il bambino non stia attivamente esplorando l'ambiente, ma si limiti ad osservare senza partecipazione. È meno negativo del ritiro, ma indica comunque un'esclusione dalla relazione con l'adulto e la direzione dell'interesse verso l'esterno. Questa categoria è utilizzata anche nel caso in cui il bambino si guarda in giro con il gioco in bocca.
10. Sguardo rivolto all'estraneo (OP): il bambino guarda verso una persona che non è il caregiver, ad esempio lo sperimentatore che esce o entra nella stanza all'inizio e alla fine della videoregistrazione.
11. Dorme (BD): il bambino dorme.
12. Non codificabile (BNONCOD): non è possibile codificare il comportamento del bambino perché questi è girato o non visibile.

CATEGORIE PER IL CAREGIVER:

1. Monitoraggio sociale (MS): il caregiver rivolge lo sguardo al bambino o all'attività del bambino con espressione positiva o neutra, in silenzio o con vocalizzazioni neutre o positive. L'adulto può toccare il bambino, ma senza la chiara intenzione di interagire con lui, lo osserva mentre gioca senza partecipare attivamente al gioco, ma senza mostrarsi annoiato o disinteressato.
2. Coinvolgimento sociale positivo (CP): il caregiver interagisce attivamente con il bambino manifestando espressioni di gioia, sorridendo, rivolgendosi a lui con tono positivo. Sono compresi in questa categoria: il social play, le lingue, il

“motherese”, gli apprezzamenti verso il bambino, il gioco del cucù, i battiti di mani. Il caregiver può inoltre interagire attraverso un contatto fisico con il bambino, lo stimola allo scopo di provocargli piacere, come ad esempio il solletico, le carezze e i baci, il gioco con parti del corpo del bambino, il lanciare in alto il bambino in modo piacevole, l'avvicinare il viso a quello del bambino in modo non intrusivo. Viene usata questa categoria anche nel caso in cui l'adulto utilizza il gioco per toccare o fare il solletico al bambino.

3. Propone gioco (PG): il caregiver avvicina un oggetto al bambino e gli propone di giocare, sia per cercare di coinvolgerlo attivamente proponendo un eventuale utilizzo del gioco, sia quando la proposta è passiva limitandosi a mostrare il gioco al bambino. Sono considerati degli oggetti sia i giochi che fanno parte del setting, sia le parti del vestiario dell'adulto o del bambino, le parti del corpo del bambino sono considerate tali se non manipolate. Questa categoria è stata introdotta per gli obiettivi della ricerca.
4. Partecipa al gioco (CG): il caregiver s'inserisce nel gioco del bambino. Questa categoria viene codificata ogni qualvolta il genitore si accorge che il bambino è interessato ad un gioco e inizia a giocare attivamente con lui, viene inoltre utilizzata anche quando il gioco è stato in principio proposto da lui, ma è successivamente subentrato un altro tipo di comportamento. Anche questa categoria è stata aggiunta allo schema originale.
5. Richiamo di attenzione (RA): il caregiver richiama l'attenzione del bambino. Il richiamo può avvenire sia quando l'attenzione del bambino è rivolta altrove, sia al fine di mantenere l'attenzione del bambino sul gioco o sull'adulto. Il genitore chiama per nome o con nomignoli il bambino, agita il gioco o fa rumore con il gioco, tocca il bambino per farlo girare, batte per terra, dice “guarda”, “ehi”, fischia. Anche questa è una categoria aggiunta.
6. Accudimento e consolazione (CONS): il caregiver risponde ad un disagio del bambino. Lo consola se piange, lo sistema se è scomodo, gli pulisce la bocca o il naso, gli sistema il vestitino o il bavaglino, gli dà delle pacche sulla schiena se tossisce, sistema il cuscino su cui è adagiato il bambino, lo mette seduto o sdraiato, lo prende in braccio e lo culla dolcemente per calmarlo. Questa categoria viene utilizzata anche nel caso in cui il genitore sposta il bambino in

modo non intrusivo al fine di metterlo in una posizione più comoda o di avvicinarlo al gioco.

7. Non focalizzato (NONFOC): l'attenzione del genitore non è rivolta né al bambino né al gioco con cui stanno giocando. Ad esempio, l'adulto si volta verso lo sperimentatore che esce o entra nella stanza, o si gira per cercare un gioco o per esplorare l'ambiente, oppure gioca da solo con un oggetto senza cercare il coinvolgimento del bambino.
8. Coinvolgimento negativo (CN): l'adulto assume comportamenti negativi nei confronti del bambino. Le sue espressioni facciali sono arrabbiate ostili, tristi o inespressive. Non ci sono sorrisi o accenni di sorriso. Le vocalizzazioni dell'adulto sono incongrue rispetto allo stato emotivo del bambino, possono essere di tono eccessivamente elevato o piatto. La posizione non è rivolta verso il bambino o l'attività. Questa categoria viene codificata quando non è possibile stabilire con precisione quale delle tre categorie specifiche seguenti (ostilità, intrusività o ritiro) è prevalente.

Viene considerato in questa categoria anche un coinvolgimento sociale eccessivamente positivo, in cui il caregiver ha un comportamento positivo inadeguato rispetto allo stato emotivo del bambino, ad esempio le espressioni di gioia e divertimento sono esagerate e le risate troppo forti. In generale viene posta in evidenza l'esagerazione dei comportamenti e l'inadeguatezza rispetto al bambino, a tal punto che il comportamento del caregiver sembra essere artificiale.
9. Coinvolgimento negativo ostile (CNO): il caregiver ha comportamenti ostili e di rabbia nei confronti del bambino. L'espressione è irritata, tesa, ostile. Non ci sono sorrisi o accenni di sorriso. Il tono vocale può essere troppo elevato, arrabbiato, severo, inadatto al comportamento del bambino. L'adulto non interagisce con il bambino se non al fine di punirlo o di esprimere la sua rabbia.
10. Coinvolgimento negativo di ritiro (CNR): l'adulto è minimamente coinvolto nell'interazione e ritirato rispetto al bambino. L'espressione facciale è triste, piatta o inespressiva. L'adulto può essere silenzioso o parlare con un tono di voce basso e monotono senza cercare di coinvolgere il bambino. Il genitore può posizionarsi in modo da voltare la schiena al bambino, o essere sufficientemente

lontano affinché non ci possa essere contatto tra loro. Può guardare lontano oppure se l'attenzione è rivolta al bambino lo sguardo è fisso e non vivace. Si può avere l'impressione che l'adulto non sappia cosa fare, sia evitante, a disagio, annoiato.

11. Coinvolgimento negativo intrusivo (CNI): il caregiver assume comportamenti intrusivi nei confronti del bambino. Sono comprese in questa categoria l'intrusività spaziale verso l'attività del bambino (lo sposta in modo brusco mentre sta giocando, lo mette in una posizione tale che il bambino non riesce più a muoversi liberamente) e l'intrusività nei confronti degli oggetti con cui il bambino sta giocando (gli toglie di mano o di bocca l'oggetto, gli avvicina troppo un oggetto al viso, pretende di giocare al posto del bambino). L'intrusività può essere rivolta verso lo spazio fisico del bambino: baci troppo intensi e continuati, togliere bruscamente la mano dalla bocca, solletico intenso che non provoca piacere nel bambino, infilare il dito in bocca o nell'occhio del bambino. In particolare viene presa in considerazione la distanza fisica intercorrente tra il volto del genitore e quello del bambino e viene considerato intrusivo il caso in cui questa distanza sia troppo ridotta.
12. Non codificabile (NONCOD): il comportamento del caregiver non è codificabile. L'adulto è fuori dalla visuale della telecamera, il volto non è visibile e non si comprende dunque quale comportamento stia mettendo in atto.

3.3.2 L'accordo tra osservatori

Le videoregistrazioni sono state codificate da due osservatori (io stessa e un altro giudice addestrato allo schema di codifica ICEP), successivamente è stato calcolato il Kappa di Cohen per stabilire il grado di accordo tra gli osservatori (Cohen, 1960). Tale indice permette di confrontare le rilevazioni di osservatori indipendenti effettuate sui medesimi eventi attraverso sistemi di codifica multicategoriali. Consente dunque di avere una stima dell'affidabilità delle rilevazioni, cioè di stabilire il grado in cui i dati raccolti costituiscono effettivamente una misura oggettiva di ciò che si voleva osservare e non il risultato di desideri o di caratteristiche di chi ha svolto la codifica (D'Odorico,

1990). Per l'osservazione del comportamento dei bambini si è ottenuto $K=.850$, mentre per l'osservazione del comportamento delle madri $K=.835$ (sono considerati accettabili i valori di $K>.70$).

3.3.3 Il programma GSEQ

L'analisi dei dati ottenuti dalla codifica delle videoregistrazioni è stata effettuata attraverso l'utilizzo del programma GSEQ (Bakeman & Quera, 1995; Quera & Bakeman, 2000), un software indicato per lo studio delle sequenze che permette di calcolare statistiche semplici come la frequenza, la durata del comportamento individuale di ogni partner e della loro reciproca interazione e le co-presenze (D'Odorico, 1990), ossia le coincidenze temporali nei comportamenti della madre e del bambino allo scopo di individuare il grado di sintonia interattiva presente nella diade momento dopo momento.

CAPITOLO 4

ANALISI DEI DATI

“L'avvenire di un bambino è l'opera di sua madre”.
Napoleone Bonaparte

4.1 Introduzione

Per individuare la presenza di eventuali differenze tra le diadi di mamme adolescenti-bambini e quelle di mamme adulte-bambini, negli stati affettivi e nella regolazione emotiva, sono stati effettuati dei test inferenziali attraverso il programma di analisi statistica SPSS (versione 19.0).

L'analisi dei dati ha previsto come primo passo il calcolo delle durate relative delle singole categorie utilizzate per codificare i comportamenti dei bambini e delle madri. Successivamente, le categorie sono state raggruppate in stati affettivi corrispondenti e sono state calcolate le rispettive durate relative. Per ultime, sono state analizzate le durate relative generali degli stati di coordinazione e non coordinazione delle diadi, la frequenza di riparazione dell'errore e le durate relative dei singoli stati affettivi di match e mismatch.

4.1.1 Riorganizzazione delle categorie

Utilizzando il programma GSEQ, si è deciso di raggruppare insieme alcuni codici con bassa frequenza, che si riferiscono a comportamenti simili.

Per quanto riguarda le categorie di codifica relative al bambino, le tre categorie di coinvolgimento sociale negativo (BCNR, BCNP, BCN) sono state raggruppate in un unico codice: “Coinvolgimento negativo” (BCN); mentre la categoria “Dorme” è stata eliminata in quanto presentava frequenza zero.

Considerando le categorie di codifica relative alla madre, le quattro categorie di coinvolgimento sociale negativo (CN, CNI, CNO, CNR), sono state accorpate in unico codice: “Coinvolgimento negativo” (CN).

Le categorie bambino “Non codificabile” e madre “Non codificabile” sono state eliminate dall’analisi in quanto di bassa frequenza e durata e non importanti ai fini della ricerca.

4.2 Analisi delle durate

4.2.1 Analisi delle durate relative dei comportamenti del bambino e della madre

Per individuare eventuali differenze nei comportamenti del bambino e della madre dovute al gruppo di appartenenza (diadi di mamme adolescenti/diadi di mamme adulte), sono state calcolate indipendentemente le durate relative di ogni categoria utilizzata per definire il comportamento dei partner.

Per poter confrontare tra loro le videoregistrazioni, è stato necessario calcolare la durata relativa di ogni comportamento osservato rispetto al tempo totale dell’interazione, in quanto, pur essendo la loro durata media di 5 minuti, ogni osservazione presenta una durata totale differente. E’ stata dunque utilizzata la formula: “tempo dello specifico comportamento/durata totale della videoregistrazione”.

Le durate relative dei singoli comportamenti delle diadi con mamme adolescenti e delle diadi con mamme adulte sono state messe a confronto attraverso un’analisi effettuata con il test di Student (t-test) a due vie per campioni indipendenti.

Dall’analisi sono emerse delle differenze significative, relative al comportamento del bambino (vedi Tabella 1).

Tabella 1. *Durate relative dei comportamenti dei bambini di madri adolescenti e di madri adulte.*

	Bambini di madri adolescenti (N=30)		Bambini di madri adulte (N=25)		T	gdl	P
	M	SD	M	SD			
<i>Osserva oggetto proposto dal caregiver</i>	.165	.160	.305	.146	-3.346	53	.002**
<i>Osserva oggetto scelto dal bambino</i>	.071	.085	.125	.158	-1.606	53	.114
<i>Si fa consolare</i>	.060	.130	.058	.065	.069	53	.945
<i>Monitoraggio sociale</i>	.181	.119	.142	.102	1.267	53	.211
<i>Coinvolgimento sociale positivo</i>	.075	.107	.045	.048	1.397	41.778	.170
<i>Osserva ambiente</i>	.265	.147	.190	.133	1.959	53	.055
<i>Coinvolgimento sociale negativo</i>	.148	.174	.094	.121	1.311	53	.195

Nota. Numero dei soggetti (N), media (M), deviazione standard (SD), t di Student (t), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p). Il simbolo “ * ” indica il livello di significatività: *p<.05; **p<.01; ***p<.001. Le categorie “bambino non codificabile” e “sguardo rivolto verso l’estraneo” non sono state presentate perché non rilevanti per gli scopi della ricerca.

Dai risultati si evince che i bambini di mamme adulte trascorrono più tempo nel comportamento di “Osserva oggetto proposto dal caregiver” ($t=-3.346$; $p=.002$) rispetto ai figli di madri adolescenti.

A livello descrittivo, i bambini di madri adolescenti tendono a trascorrere più tempo nel comportamento di “Osserva ambiente” rispetto ai bambini di madri adulte ($t=1.959$; $p=.055$).

Rispetto alle durate relative degli altri comportamenti manifestati dai bambini durante le interazioni non sono emerse differenze significative tra i due gruppi.

Dalle analisi svolte sul comportamento materno sono risultate rilevanti alcune differenze tra le mamme adolescenti e quelle adulte (vedi Tabella 2).

Tabella 2. *Durate relative dei comportamenti delle madri adolescenti e delle adulte.*

	Madri adolescenti (N=30)		Madri adulte (N=25)		T	gdl	P
	M	SD	M	SD			
<i>Coinvolgimento sociale positivo</i>	.265	.130	.170	.119	2.807	53	.007**
<i>Monitoraggio sociale</i>	.226	.113	.187	.124	1.233	53	.223
<i>Propone gioco</i>	.082	.080	.174	.126	-3.256	53	.002**
<i>Partecipa al gioco</i>	.086	.097	.186	.122	-3.349	53	.001**
<i>Accudimento e consolazione</i>	.158	.130	.166	.098	-.245	53	.807
<i>Non focalizzato</i>	.077	.054	.061	.044	1.179	53	.244
<i>Richiamo di attenzione</i>	.032	.032	.041	.037	-.905	53	.370
<i>Coinvolgimento sociale negativo</i>	.063	.140	.005	.020	2.256	30.421	.031*

Nota. Numero dei soggetti (N), media (M), deviazione standard (SD), t di Student (t), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p). Il simbolo “ * ” indica il livello di significatività: *p<.05; **p<.01; ***p<.001. La categoria “adulto non codificabile” non è stata presentata perché non rilevante per gli scopi della ricerca.

I risultati indicano che le mamme adulte, rispetto a quelle adolescenti, trascorrono più tempo nei comportamenti di “Propone gioco” al bambino ($t=-3.256$; $p=.002$) e di “Partecipa al gioco” scelto autonomamente dal bambino ($t=-3.349$; $p=.001$).

Le mamme adolescenti invece trascorrono più tempo nei comportamenti di “Coinvolgimento sociale negativo” ($t=2.256$; $p=.031$) e di “Coinvolgimento sociale positivo” ($t=2.807$; $p=.007$) rispetto alle madri adulte.

Le durate relative riguardanti gli altri comportamenti delle madri non indicano differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

4.2.2 Analisi delle durate relative degli stati affettivi del bambino e della madre a livello individuale

Per indagare gli stati affettivi presentati individualmente dal bambino e dalla madre, i codici dello schema di codifica sono stati raggruppati in base allo stato affettivo che rappresentano, sono state così create tre categorie: stati affettivi positivi, stati affettivi negativi, stati affettivi neutri (vedi Tabella 3).

Tabella 3. *Stati affettivi di bambino e madre.*

STATI AFFETTIVI	CODICI
<i>Bambino positivo</i>	Coinvolgimento sociale positivo, Osserva oggetto scelto dal bambino, Osserva oggetto proposto dal caregiver
<i>Bambino negativo</i>	Coinvolgimento sociale negativo
<i>Bambino neutro</i>	Monitoraggio sociale, Osserva l'ambiente, Si fa consolare
<i>Mamma positiva</i>	Coinvolgimento sociale positivo, Propone gioco, Partecipa al gioco
<i>Mamma negativa</i>	Coinvolgimento sociale negativo
<i>Mamma neutra</i>	Monitoraggio sociale, Accudimento e consolazione, Richiamo di attenzione, Non focalizzato

Le durate relative dei singoli stati affettivi delle mamme e dei bambini appartenenti ai due gruppi sono state calcolate attraverso il test di Student (t-test) a due vie per campioni indipendenti.

La tabella 4 riporta i risultati relativi agli stati affettivi individuali dei bambini.

Tabella 4. *Durate relative degli stati affettivi positivi, neutri e negativi dei bambini nelle diadi con madri adolescenti e nelle diadi con madri adulte.*

	Bambini di madri adolescenti (N=30)		Bambini di madri adulte (N=25)		t	Gdl	P
	M	SD	M	SD			
<i>Bambino positivo</i>	.316	.185	.495	.214	-3.318	53	.002**
<i>Bambino neutro</i>	.536	.192	.413	.185	2.394	53	.020*
<i>Bambino negativo</i>	.150	.177	.096	.122	1.291	53	.202

Nota. Numero dei soggetti (N), media (M), deviazione standard (SD), t di Student (t), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p). Il simbolo “*” indica il livello di significatività: *p<.05; **p<.01; ***p<.001.

I dati sottolineano che i figli di mamme adulte trascorrono più tempo nell'espressione di stati affettivi positivi ($t=-3.318$; $p=.002$) rispetto a quelli delle madri adolescenti; mentre quest'ultimi hanno una maggior durata di stati affettivi neutri ($t=2.394$; $p=.020$).

Come si può vedere dalla Tabella 5, effettuando l'analisi con il t-test sulle durate relative dei differenti stati affettivi materni, sono emerse delle differenze significative tra i due gruppi.

Tabella 5. *Durate relative degli stati affettivi positivi, neutri e negativi delle madri nelle diadi con madri adolescenti e nelle diadi con madri adulte.*

	Madri adolescenti (N=30)		Madri adulte (N=25)		T	Gdl	P
	M	SD	M	SD			
<i>Madre positiva</i>	.442	.168	.557	.181	-2.435	53	.018*
<i>Madre neutra</i>	.502	.151	.475	.165	.624	53	.535
<i>Madre negativa</i>	.064	.141	.005	.020	2.282	30.416	.030*

Nota. Numero dei soggetti (N), media (M), deviazione standard (SD), t di Student (t), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p). Il simbolo “*” indica il livello di significatività: *p<.05; **p<.01; ***p<.001.

I risultati indicano che le mamme adulte trascorrono più tempo in stati affettivi positivi ($t=-2.435$; $p=.018$) rispetto alle mamme adolescenti, al contrario, quest’ultime hanno una durata maggiore di stati affettivi negativi ($t=2.282$; $p=.030$).

4.2.3 Analisi delle durate relative degli stati affettivi del bambino e della madre a livello diadico

Un ulteriore obiettivo della ricerca era quello di verificare la presenza di differenze tra i due gruppi del campione a livello di coordinazione degli stati affettivi diadici.

Basandosi sui concetti di *match* e *mismatch*, introdotti da Tronick & Weinberg (Weinberg, Tronick, Cohn, & Olson 1999), sono dunque stati valutati gli stati affettivi di coordinazione (*match*) e quelli di non coordinazione (*mismatch*). Il *match* corrisponde al momento in cui la mamma e il bambino esprimono e condividono lo stesso stato affettivo, mentre il *mismatch* coincide con il momento in cui i componenti della diadi manifestano e condividono uno stato affettivo differente. Sono stati distinti gli stati di coordinazione (*match*) positivi, negativi, neutri (madre positiva /bambino positivo, madre negativa /bambino negativo e madre neutra /bambino neutro) da quelli di non coordinazione (*mismatch*) (madre positiva /bambino neutro, madre positiva /bambino negativo, madre negativa /bambino positivo, madre negativa /bambino neutro, madre neutra /bambino positivo, madre neutra /bambino negativo) (vedi Tabella 6).

Tabella 6. Definizione degli stati di coordinazione affettiva.

<i>STATI DI COORDINAZIONE</i>	<i>CATEGORIE</i>
<i>Match</i>	Bambino positivo-Madre positiva (match positivo) Bambino negativo-Madre negativa (match negativo) Bambino neutro-Madre neutra (match neutro)
<i>Mismatch</i>	Bambino positivo-Madre negativa Bambino positivo-Madre neutra Bambino negativo-Madre positiva Bambino negativo-Madre neutra Bambino neutro-Madre positiva Bambino neutro-Madre negativa

Sono state dunque calcolate la durata relativa generale degli stati di match e mismatch, la frequenza della riparazione dell'errore, definita come il passaggio dalla condizione di mismatch a quella di match in relazione alla durata dell'osservazione di gioco, e la durata relativa degli specifici stati affettivi coordinati e non coordinati.

Tabella 7. Durate relative generali degli stati di coordinazione e non coordinazione e della riparazione dell'errore in diadi con madri adolescenti e in diadi con madri adulte.

	Diadi con madri adolescenti (N=30)		Diadi con madri adulte (N=25)		t	Gdl	P
	M	SD	M	SD			
<i>Match</i>	.521	.151	.635	.135	-2.924	53	.005**
<i>Mismatch</i>	.478	.151	.364	.135	2.924	53	.005**
<i>Riparazione dell'errore</i>	.094	.030	.084	.027	1.283	53	.205

Nota. Numero dei soggetti (N), media (M), deviazione standard (SD), t di Student (t), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p). Il simbolo “*” indica il livello di significatività: *p<.05, **p<.01; ***p<.001.

Dall'analisi delle durate relative generali dei match e dei mismatch (vedi Tabella 7), si evince che le diadi con mamme adolescenti trascorrono più tempo totale in stati affettivi non coordinati ($t=2.924$; $p=.005$) rispetto alle diadi di mamme adulte; quest'ultime invece mostrano una maggiore durata relativa generale degli stati di coordinazione affettiva rispetto alle diadi con madri adolescenti ($t=-2.924$; $p=.005$).

Non sono emerse differenze significative tra i due gruppi rispetto alla frequenza di riparazione dell'errore.

Al tempo stesso, l'analisi dei dati effettuata tramite il t-test indica delle differenze significative nelle diadi con madri adolescenti e adulte in relazione alla durata dei singoli stati affettivi coordinati e non coordinati (vedi Tabella 8).

Tabella 8. *Durate relative degli specifici stati affettivi coordinati e non coordinati in diadi con madri adolescenti e in diadi con madri adulte.*

	Diadi con madri adolescenti (N=30)		Diadi con madri adulte (N=25)		t	Gdl	P
	M	SD	M	SD			
<i>Bambino positivo – Madre positiva</i>	.199	.151	.364	.174	-3.747	53	.000***
<i>Bambino negativo – Madre negativa</i>	.012	.028	.000	.001	2.333	29.276	.027*
<i>Bambino neutro – Madre neutra</i>	.309	.160	.270	.154	.899	53	.373
<i>Bambino positivo – Madre negativa</i>	.020	.073	.001	.006	1.390	29.540	.175
<i>Bambino positivo – Madre neutra</i>	.096	.055	.127	.108	-1.305	34.250	.200
<i>Bambino negativo – Madre positiva</i>	.041	.053	.031	.062	.673	53	.504
<i>Bambino negativo – Madre neutra</i>	.094	.113	.064	.074	1.158	53	.252
<i>Bambino neutro – Madre positiva</i>	.194	.108	.136	.084	2.155	53	.036*
<i>Bambino neutro – Madre negativa</i>	.031	.070	.003	.012	2.160	31.062	.039*

Nota. Numero dei soggetti (N), media (M), deviazione standard (SD), t di Student (t), gradi di libertà (gdl) e livello di significatività (p). Il simbolo “*” indica il livello di significatività: *p<.05; **p<.01; ***p<.001.

Osservando la Tabella 8, si può notare che le diadi mamme adulte-bambini trascorrono più tempo in stati affettivi coordinati di tipo positivo ($t=-3.747$; $p=.000$) rispetto alle diadi madri adolescenti-bambini. Le diadi mamme adolescenti-bambini, invece, hanno una durata maggiore di stati affetti coordinati negativi ($t=2.333$; $p=.027$) e di stati affettivi di non coordinazione, che nello specifico presentano le seguenti configurazioni: bambino neutro-mamma positiva ($t=2.155$; $p=.036$) e bambino neutro-mamma negativa ($t=2.160$; $p=.039$).

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

“Ecco, i figli sono un dono che viene dal Signore”

Salmo 127:3. La Bibbia

5.1 Discussione

La ricerca ha indagato se la maternità in età adolescenziale possa costituire un fattore di rischio per la formazione della relazione mamma-bambino e per lo sviluppo emotivo ed affettivo del bambino. In particolare sono stati considerati gli stati affettivi manifestati dalla mamma e dal figlio, la regolazione diadica rappresentata dalla coordinazione e dalla non coordinazione degli stati affettivi di entrambi e la loro capacità di riparare gli errori comunicativi, cioè di modificare il proprio stato affettivo per sintonizzarlo con quello dell'altro. Sono state confrontate 55 diadi di mamme adolescenti-bambini e mamme adulte-bambini a 3 mesi di vita in una situazione di gioco libero, le videoregistrazioni sono state analizzate microanaliticamente attraverso una versione modificata (Riva Crugnola *et al.*, 2009) dello schema di codifica ICEP di Tronick & Weinberg (2003).

I risultati emersi dalle analisi sottolineano delle differenze significative tra i due gruppi, che confermano alcune delle ipotesi formulate.

Dai dati relativi ai comportamenti espressi dal bambino si può notare che i figli di mamme adolescenti trascorrono meno tempo nell'osservare gli oggetti che vengono proposti loro dal caregiver rispetto ai figli di mamme adulte. Questo dato appare essere in linea con le ipotesi iniziali della ricerca. I bambini delle mamme adolescenti, inoltre, tendono maggiormente ad osservare l'ambiente circostante (differenza tra i due gruppi a livello descrittivo).

Esaminando i risultati inerenti i comportamenti manifestati dalle madri sono emerse alcune differenze rilevanti tra il gruppo delle adulte e quello delle adolescenti: quest'ultime trascorrono meno tempo nei comportamenti di proposta di gioco al bambino e di partecipazione al gioco del figlio. Questi comportamenti indicano che le madri adolescenti sembrano meno in grado di inserirsi nell'attività del bambino e di

interagire attivamente con lui e forniscono informazioni sulle loro modalità interattive rispetto al gioco con gli oggetti. Tali comportamenti, maggiori nelle madri adulte rispetto alle madri adolescenti, non hanno semplicemente un fine ludico, ma possono essere interpretati come attività volte a sostenere, orientare ed amplificare le nascenti capacità attentive ed esplorative del bambino, permettono dunque di svolgere il compito di *scaffolding* caratteristico del ruolo materno (Riva Crugnola, 2007; Bruner, 1977).

Anche Tronick (1996) sottolinea l'importanza dell'esplorazione degli oggetti attraverso la relazione con un partner disponibile. Il bambino, che ha una motivazione innata ad agire sugli oggetti, per interagire in modo adeguato con il mondo inanimato ha bisogno di relazioni intersoggettive con adulti che collaborino a creare episodi significativi. La comprensione degli oggetti dipende quindi dall'instaurarsi di stati intersoggettivi con altri esseri umani e dalla costruzione reciproca del significante. In quest'ottica le madri adolescenti potrebbero essere meno capaci di svolgere tale funzione.

I risultati relativi agli stati affettivi manifestati dai bambini presentano alcune importanti diversità tra i due gruppi, in particolare i figli di mamme adulte esibiscono maggiormente stati affettivi positivi rispetto ai figli di mamme adolescenti. La positività espressa negli scambi è dimostrata dalla maggiore presenza di sorrisi e di vocalizzazioni rivolte al caregiver. I figli di mamme adolescenti mostrano invece una maggiore durata di stati affettivi di tipo neutro. Anche Stevenson Baratt & Roach (1995) hanno trovato che a 4 mesi di vita i bambini di mamme adolescenti esprimono meno sorrisi e vocalizzi rispetto al gruppo dei figli di mamme adulte, inoltre, mostrano più stati affettivi neutri; sembrano quindi utilizzare più comportamenti di osservazione dell'ambiente circostante, monitoraggio sociale e consolazione.

Nella ricerca sono emerse delle diversità anche negli stati affettivi espressi dalle madri: quelle adulte si mostrano più positive nell'interazione con il proprio bambino, esprimono un'emozionalità positiva attraverso vocalizzazioni positive, l'utilizzo del motherese ed un contatto fisico con il bambino volto a coinvolgerlo nello scambio relazionale. Le mamme adolescenti, al contrario, presentano una maggiore durata di stati affettivi negativi, in modo specifico queste madri sono meno espressive a livello verbale e facciale, esprimono vocalizzazioni qualitativamente negative e scarse e un numero ridotto di sguardi positivi. Questo dato conferma le ipotesi iniziali ed è in linea

con alcuni studi precedenti che sottolineano differenze simili nei pattern comportamentali osservati nei due gruppi di madri (Osofsky, 1992; Stevenson Barratt & Roach, 1995; Pomerleau, Scuccimari, & Malcut, 2003). Culp e colleghi (1991), analizzando momenti di gioco, hanno riscontrato che le mamme adolescenti mostrano meno pazienza, minor capacità inventiva e un maggior atteggiamento negativo nei confronti del bambino rispetto alle mamme adulte. Easterbrooks, Chaudhuri, & Gestsdottir (2005) hanno trovato che le mamme adolescenti presentano difficoltà nello strutturare scambi di gioco e che in questi momenti esprimono maggiormente emozioni negative.

Dall'analisi delle durate relative totali dei match e dei mismatch è emerso che le diadi con madri adulte trascorrono più tempo in stati affettivi coordinati e che le diadi con madri adolescenti hanno invece una durata totale degli stati affettivi non coordinati maggiore rispetto a quelle con madri adulte. Questo dato evidenzia una minore capacità della coppia di condividere le stesse emozioni manifestate e conferma l'ipotesi di partenza e affermazioni analoghe formulate da Osofsky (1992) che, basandosi su osservazioni di tipo clinico, ha evidenziato gli aspetti di mancata condivisione affettiva come caratterizzanti della relazione madre adolescente-bambino.

L'ipotesi che le diadi con madri adolescenti abbiano una minor frequenza di riparazione dell'errore di comunicazione affettiva rispetto alle diadi con madri adulte non è stata confermata dalle analisi, infatti, non sono risultate differenze significative nei due gruppi rispetto al passaggio da momenti di mismatch a momenti di match durante le interazioni.

Analizzando le durate relative degli specifici stati di coordinazione e di non coordinazione affettiva si può osservare che le diadi madri adolescenti-bambini trascorrono meno tempo nella condivisione degli stati affettivi di tipo positivo rispetto alle diadi con madri adulte, quindi appaiono meno capaci di condividere le emozioni positive nello stesso momento. Le diadi mamme adulte-bambini manifestano invece una corrispondenza positiva tra gli stati affettivi positivi della mamma e del bambino, dimostrando di mantenersi coinvolti in una relazione più positiva.

Le diadi madri-adolescenti bambini sono dunque contraddistinte sia da una minore espressione di affetti positivi a livello individuale sia a livello diadico, sembrano

quindi meno caratterizzate dalla manifestazione di sorrisi, emozioni positive e coinvolgimento nell'interazione durante i momenti di gioco.

La condizione delineata potrebbe avere un impatto negativo sullo sviluppo socio-emotivo del bambino, infatti, la condivisione di stati affettivi positivi risulta essere fondamentale sin dalle prime fasi dello sviluppo per l'acquisizione della capacità di regolazione emotiva (Emde, 1999).

A conferma delle ipotesi iniziali, le diadi mamme adolescenti-bambini sono anche caratterizzate da una maggior durata di stati di coordinazione affettiva di tipo negativi rispetto alle diadi con madri adulte, molto spesso dunque i partner esprimono contemporaneamente uno stato affettivo negativo con manifestazioni di rabbia, intrusività e ritiro. Interessante notare come queste modalità interattive siano simili a quelle di diadi con madri depresse (Bell, Weinberg, Ham *et al.*, 2005) e con mamme che fanno uso di cocaina analizzate nelle ricerche effettuate da Tronick (Tronick, Weinberg, Seifer *et al.*, 2005) e a quelle con madri insicure (Riva Crugnola *et al.*, 2009); queste diadi infatti sono caratterizzate da una maggior condivisione di stati affettivi negativi e da una minor condivisione di stati affettivi positivi.

Significativa è inoltre, nelle coppie con madri adolescenti rispetto alle coppie con madri adulte, l'elevata durata degli specifici stati di non coordinazione, quando il bambino si trova in uno stato neutro e la mamma è positiva o negativa.

I dati ottenuti nella ricerca sottolineano diversi aspetti critici della relazione mamma adolescente-bambino relativi alla modalità di coordinazione affettiva presente nella diade e all'espressione degli stati affettivi manifestati a livello individuale. I risultati sembrano dunque confermare l'ipotesi che delinea la condizione di maternità adolescenziale come fattore di rischio per lo sviluppo del bambino, della madre e della loro relazione.

5.2 Limiti e riflessioni

Nonostante i risultati ottenuti, la ricerca illustrata presenta alcuni limiti, uno di questi è la numerosità del campione che può aver influenzato i dati e che restringe la possibilità di applicarli a livello più generale.

La validità esterna della ricerca è inoltre ridotta dal mancato controllo di alcune variabili intervenienti relative sia alla mamma e sia al bambino. Rispetto alle madri non si è preso in considerazione l'effetto del livello socio-economico sull'adeguatezza delle modalità interattive, tale aspetto risulta infatti essere uno dei fattori di rischio sociale maggiormente affrontato dalle mamme adolescenti e sembra influenzare lo stress materno (Meade, Kershaw, & Ickovics, 2008). Anche la presenza di depressione nelle madri non è stata indagata, come indicato da numerosi studi, essa influenza il modo in cui la mamma si prende cura del bambino, riducendo la capacità di rispondere al figlio e determinando una bassa competenza genitoriale (Secco, Profit, Kehedy *et al.*, 2007). Questa condizione patologica, inoltre, è associata a esiti negativi visibili nel bambino, come ad esempio: limitato numero di sguardi rivolti alla mamma, scarsa espressione di emozioni positive, carente produzione di vocalizzazioni e ridotta reattività fisiologica (Weinberg & Tronick, 1998; Cramer, 2000). Sintomi depressivi sono riscontrati nella maggior parte delle adolescenti in gravidanza (Osofsky, Hann, & Peebles, 1993), nel periodo post-partum le percentuali sono comprese tra il 32% e il 60% (Barnet, Joffe, Duggan *et al.*, 1996; Hudson, Elek, & Campbell-Grossman, 2000). Un'altra variabile non considerata è la presenza di supporto sociale per le madri che costituisce un fattore di protezione nell'acquisizione del ruolo genitoriale (Cox, Buman, Valenzuela *et al.*, 2008). La percezione del sostegno esterno è correlata alla qualità dell'interazione mamma-bambino e alla fiducia nel fornire cure (Ruchala & James, 1997). Da una ricerca è emerso che la percezione che le mamme adolescenti hanno dell'aiuto familiare e della tipologia di relazioni mantenute con la rete sociale è associata a comportamenti materni positivi e alla soddisfazione genitoriale (Schilmoeller, Baranowski, & Higgins, 1991). Nel sostegno sociale è anche incluso il ruolo svolto dal padre che può rappresentare un fattore protettivo per lo sviluppo emotivo del bambino, questo elemento però non è stato considerato nella ricerca (Letourneau, Stewart, & Barnfather, 2004).

Riferendosi al bambino, il temperamento non è stato esaminato, esso costituisce una variabile di grande rilevanza in quanto, esprimendo la capacità di segnalare i propri bisogni e di comunicare le proprie emozioni al caregiver, influenza sia la responsabilità materna e sia la capacità di regolazione emotiva del bambino (Rothbart, 1994).

Sarebbe stato interessante indagare il cambiamento delle modalità interattive con gli oggetti nel passaggio dall'intersoggettività primaria a quella secondaria, periodo in cui il bambino sposta il suo interesse dalla relazione diadica con la madre verso l'ambiente circostante e gli oggetti (Trevarthen & Aitken, 2001); e seguire longitudinalmente lo sviluppo emotivo e relazionale del bambino analizzando come le caratteristiche interattive manifestate a 3 mesi influenzino il pattern di attaccamento.

Attraverso l'uso dell'AAI, si sarebbe potuto prendere in considerazione il pattern di attaccamento della madre e indagare la sua relazione con gli stati affettivi espressi. Come noto dalla letteratura, è presente un'associazione tra i modelli operativi interni della madre e la sua capacità di sintonizzarsi con il bambino (Haft & Slade, 1989; DeOliveira, Moran, & Pederson, 2005). Le rappresentazioni che il genitore ha delle proprie esperienze infantili relazionali e di attaccamento influenzano inoltre la formazione della relazione mamma-bambino e della personalità del bambino (Cramer & Palacio-Espasa 1993; George & Solomon, 1996; Lieberman, 1997).

5.3 Conclusioni

La maternità è un'esperienza fisica e psichica singolare nella vita di una donna che è contraddistinta da aspetti positivi, da grandi cambiamenti e da compiti importanti. Alcuni tra questi sono il compimento della propria autonomia e la separazione dalle figure genitoriali, dunque la ridefinizione della propria identità e delle relazioni con i propri oggetti. Questi processi non sono sempre facili e possono risultare complicati da realizzarsi quando sono presenti lacune nell'equilibrio della donna (Muscialini, 2010). I cambiamenti che la maternità comporta la rendono quindi un periodo estremamente vulnerabile che può dimostrarsi ancora più difficoltoso nel caso in cui la futura madre non sia pronta ad affrontare i propri compiti. Le situazioni che possono influenzare negativamente il processo di adeguamento alla maternità sono ad esempio: esperienze

infantili traumatiche (Fraiberg, 1980), qualità del rapporto di coppia, mancanza di sostegno sociale (Belsky, 1984), malattia mentale del caregiver (Gjerdigen & Yawn, 2007) o basso livello socio-economico. Queste condizioni di maternità a rischio ostacolano la madre nello svolgimento del suo fondamentale ruolo nello sviluppo emotivo del bambino.

La regolazione emotiva, definita come la capacità di modulare le proprie emozioni in modo flessibile in diverse circostanze, per svilupparsi in modo adeguato, richiede e necessita della capacità della madre di condividere e validare le esperienze affettive del bambino (Emde, 1999) e della sua disponibilità emotiva (Biringen & Robinson, 1991), cioè di apertura verso i segnali, le motivazioni e gli scopi del bambino durante l'interazione (Emde, 1980; Emde & Easterbrooks, 1985). Il bambino possiede delle competenze autoregatorie precoci che per evolversi devono incontrare il sostegno del caregiver, si costruisce tra bambino e genitore un sistema di mutua regolazione caratterizzato da sincronia, contingenza e coordinazione degli stati affettivi, che favorisce lo sviluppo di strategie regolatorie più complesse (Diener, Mangelsdorf, McHale *et al.*, 2002; Feldman, 2003). Secondo Osofsky (1992), la sensibilità e la responsività non sono solo unidirezionali ma reciproche; quindi la regolazione diadica include sia la disponibilità emotiva e responsività del genitore, sia la responsività del bambino (Feldman, 2007b).

La capacità di regolare le proprie emozioni rappresenta una delle acquisizioni più importanti del bambino nei primi anni di vita e costituisce un prerequisito per numerosi altri compiti lungo una traiettoria di sviluppo ottimale, in quanto le emozioni sperimentate nella comunicazione e nella relazione con il caregiver sono dei fondamenti della personalità nascente e dell'organizzazione del Sé infantile (Emde, 1999) e hanno la potenzialità di favorire la crescita di molteplici processi psicologici e cognitivi e delle abilità sociali (Diamond & Aspinwall, 2003). Infatti, la condivisione di emozioni positive risulta essere un fattore di protezione per lo sviluppo del bambino, tale esperienza crea una fonte di fiducia interna, facilita i processi cognitivi, sociali e comportamentali che a loro volta determinano maggiore flessibilità, migliori capacità di coping, più risorse sociali (Cole, Michel, & Teti, 1994), abilità di problem-solving (Diamond & Aspinwall, 2003) e maggiore capacità di resistere alle frustrazioni in età prescolare e scolare (Little & Carter, 2005). Al contrario, l'esperienza di un'elevata

emozionalità negativa del bambino nei primi mesi di vita, associata ad insensibilità e incapacità del genitore nel trasformare gli affetti negativi del bambino in emozioni positive, può portare a problemi di comportamento esternalizzante (aggressività, condotte delinquenti, iperattività) e internalizzante (inibizione, ritiro sociale, ansia) nelle fasi successive (Belsky, Hsieh, & Crnic, 1998; Crockenberg & Leerkes, 2003; Pauli-Pott, Mertesacker, & Beckmann, 2004; Putnam & Stifter, 2005). Gli scambi interattivi caratterizzati dalla coordinazione affettiva tra genitore e bambino nei primi mesi forniscono inoltre la base per l'internalizzazione dell'empatia e per lo sviluppo della moralità nell'adolescenza (Feldman, 2007a).

Tra le varie condizioni di maternità a rischio, la ricerca si è focalizzata sulla maternità in adolescenza, considerata come un possibile ostacolo per la formazione della relazione mamma-bambino e per lo sviluppo socio-emotivo di quest'ultimo.

Le giovani madri mostrano difficoltà di assunzione del ruolo genitoriale, in quanto devono affrontare contemporaneamente i cambiamenti evolutivi legati alla costruzione della loro personalità femminile adulta e le novità determinate dalla maternità (Aiello & Lancaster, 2008); i loro bisogni sembrano così scontrarsi con quelli del bambino, determinando vulnerabilità e disagi a livello psicologico, come depressione, scarsa autonomia e diffusione dell'identità.

Si trovano inoltre a vivere diverse difficoltà come: la mancanza di cure prenatali, cattiva alimentazione e condizioni di vita sfavorevoli (Meade, Kershaw, & Ickovics, 2008), inadeguate risorse finanziarie, assente o carente aiuto da parte del padre del bambino ed elevati conflitti all'interno della famiglia. Tali esperienze contribuiscono ad uno stato generale di tensione e di aumento di stress nella mamma (Bunting & McAuley, 2004; Jenkins, Shapka, & Sorenson, 2006). A questi problemi si aggiungono altri aspetti negativi che definiscono le caratteristiche di queste madri, ad esempio la mancanza di competenza e la scarsa fiducia nelle proprie capacità genitoriali e la ridotta conoscenza dello sviluppo del bambino e delle tappe fondamentali della crescita. Diversi studi descrivono le madri adolescenti come poco adeguate e responsive (Osofsky, 1992), meno inclini ad esprimere stati affettivi positivi e a condividere emozioni negli scambi interattivi (Pomerleau, Scuccimari, & Malcuit, 2003; Easterbrooks, Chaudhuri, & Gestsdottir, 2005), poco affettuose, controllanti, invadenti e ostili (Stevenson Barratt & Roach, 1995; Berlin, Brady-Smith, & Brooks-Gunn, 2002).

La condizione di genitorialità in adolescenza sembra influenzare diversi ambiti evolutivi sia a breve e sia a lungo termine (Culp, Culp, Osofsky *et al.*, 1991), come: lo sviluppo motorio (Flaherty & Sadlerr, 2011), linguistico e cognitivo (Manlove, Terry-Humen, Mincieli *et al.*, 2009; Miller, Miceli, Whitman *et al.*, 1996; Shaw, Lawlor, & Najman, 2006) e la formazione di un legame di attaccamento sicuro (Flaherty & Sadlerr, 2011). Durante il periodo scolare questi bambini hanno maggiori problemi scolastici, di apprendimento e ritardo dello sviluppo. In età adolescenziale presentano un elevato rischio di drop-out scolastico, di abusare di sostanze, di iniziare precocemente l'attività sessuale, di diventare genitori adolescenti a loro volta e di avere problemi cognitivi (Pogarsky, Thornberry, & Lizotte, 2006) e disturbi della condotta (Jaffe, Caspi, Moffitt *et al.*, 2001).

Cruciale per lo sviluppo infantile è dunque la qualità dell'interazione tra mamma e bambino (Bradley, Whiteside, Mundfrom *et al.*, 1994; Olson, Bates, & Kaskie, 1992), sebbene questa relazione sia stata ampiamente dimostrata, pochi studi però hanno esaminato le differenze comportamentali specifiche nelle diverse popolazioni a rischio durante il periodo perinatale. Determinare quali comportamenti materni siano associati allo sviluppo cognitivo, affettivo, motorio, comportamentale del bambino necessita di ulteriori indagini.

La ricerca presentata ha voluto analizzare le modalità di scambio comunicativo e interattivo delle mamme adolescenti e dei loro bambini a 3 mesi di vita, indagando l'espressione degli stati affettivi di entrambi, la coordinazione e non coordinazione dei loro stati affettivi e la capacità di riparare gli errori comunicativi.

I risultati ottenuti hanno evidenziato delle differenze significative nelle diadi mamme adolescenti-bambini rispetto alle diadi mamme adulte-bambini. Le prime sembrano essere caratterizzate dall'elevata presenza di stati non coordinati totali e da mismatch specifici, in cui il bambino esprime uno stato affettivo neutro e la madre o positivo o negativo, e da momenti di coordinazione contraddistinti dall'espressione di emozioni negative da parte di entrambi. I due partner condividono dunque in prevalenza emozioni di segno negativo e sono maggiormente reciprocamente coinvolti negativamente. Le madri adolescenti sembrano quindi avere delle difficoltà nel compito di riconoscimento, validazione e trasformazione delle emozioni del bambino.

In sintesi, i dati conseguiti sottolineano importanti diversità tra il gruppo delle coppie di mamme adolescenti e il gruppo delle coppie di mamme adulte nelle modalità interattive e regolatorie e confermano alcune delle ipotesi iniziali. L'analisi è in linea con gli studi precedenti che hanno esaminato questi aspetti della relazione mamma adolescente-bambino (Osofky, 1992; Stevenson Barratt & Roach, 1995; Pomerleau, Scuccimari, & Malcuit, 2003; Easterbrooks, Chaudhuri, & Gestsdottir, 2005).

Le caratteristiche degli scambi interattivi nelle diadi con mamme adolescenti osservate a 3 mesi di vita potrebbero rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo socio-emotivo dei bambini nell'espressione e nella regolazione degli affetti, per il pattern di attaccamento e per la formazione dei primi nuclei del Sé .

I risultati ottenuti sottolineano l'importanza di monitorare longitudinalmente lo sviluppo socio-emotivo del bambino e la coppia mamma adolescente-bambino per valutare la stabilità delle modalità regolatorie individuate nei primi mesi di vita e il loro legame con lo sviluppo del pattern di attaccamento. A livello clinico, evidenziano la necessità di realizzare programmi preventivi volti a promuovere le competenze genitoriali delle giovani madri, ad aumentare la sensibilità e responsività per cogliere i segnali del figlio, a migliorare le capacità di sintonizzarsi con i suoi stati affettivi e di riparare gli errori interattivi (Little & Carter, 2005; Velderman, Bakerman-Kranenburg, Juffer *et al.*, 2006; Riva Crugnola, 2012). Diversi interventi rivolti a queste ragazze hanno riportato esiti positivi, ad esempio, il Families and Schools Together Babies (FAST) è un programma che si basa sull'importanza del supporto esercitato dalla rete sociale che circonda la ragazza (genitori, partner, pari, istituzioni sanitarie e operatori socio-assistenziali). L'obiettivo è quello di favorire l'integrazione della madre adolescente nel tessuto sociale, attraverso l'aiuto della comunità e dei gruppi di lavoro (McDonald, Conrad, Fletcher *et al.*, 2008). La fruizione dell'intervento da parte delle giovani ha portato al miglioramento dell'autoefficacia genitoriale, della relazione genitore-figlio, alla riduzione dello stress e dei conflitti familiari, e all'aumento della vita sociale delle ragazze, dato molto importante per queste madri che sono spesso isolate (Bunting & McAuley, 2004).

In Italia è presente il "Servizio di Accompagnamento alla Crescita per Giovani Mamme" che è un programma d'intervento svolto presso l'A.O. San Paolo di Milano in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano-Bicocca finalizzato ad

accompagnare nella crescita la madre e il figlio durante i primi due anni di vita. Il suo scopo è quello di affrontare i fattori di rischio che rendono difficoltosa la relazione tra madre adolescente e bambino attraverso l'uso della tecnica del video feed-back, promuove inoltre l'attivazione di un sostegno per costruire una buona rete sociale attorno alla neomamma (Riva Crugnola, 2012).

La presente ricerca rappresenta uno dei pochi lavori che ha avuto come obiettivo quello di valutare gli stili di regolazione emotiva adottati dalle mamme adolescenti e dai loro bambini nei primi mesi di vita, i dati ottenuti sottolineano l'importanza di proseguire lo studio dell'influenza di questa condizione di maternità a rischio sullo sviluppo socio-emotivo del bambino e di individuare efficaci interventi preventivi volti a migliorare la qualità della relazione diadica.

BIBLIOGRAFIA

- Abel, K. M., Webb, R. T., Salmon, M. P., Wan, M. W., & Appleby, L. (2005). Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(6), 781–789.
- Aiello, R., & Lancaster, S. (2008). Influence of adolescent maternal characteristics on infant development. *Infant Mental Health Journal*, *28*(5), 496-516.
- American Psychiatric Association. (2007). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Ristampa della 4^oed. Text revision. Milano: Masson.
- Andreozzi, L., Flanagan, P., Seifer, R., Brunner, S., & Lester, B. (2002). Attachment classifications among 18-month-old children of adolescent mothers. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, *156*(1), 20-26.
- Arai, L. (2003). Low expectations, sexual attitudes and knowledge: explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research. *The Sociological Review*, *51*, 119–216.
- Aujoulat, I., Libion, F., Berrewaerts, J., Noirhomme-Renard, F., & Deccache, A. (2010). Adolescent mothers' perspectives regarding their own psychosocial and health needs: A qualitative exploratory study in Belgium. *Patient Education and Counseling*, *81*, 448–453.
- Bakeman, R., & Quera, V. (1995). *Analyzing Interaction: Sequential Analysis with SDIS and GSEQ*. New York: Cambridge University Press.

- Barnet, B., Joffe, A., Duggan, A., Wilson, M. D., & Repke, J. T. (1996). Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, *150*, 64-69.
- Battacchi, M. W. (2004). *Lo sviluppo emotivo*. Roma-Bari: Laterza.
- Becker, K. D., & Ginsburg, G. S. (2011). Maternal anxiety, behaviors, and expectations during a behavioral task: relation to children's self-evaluations. *Child Psychiatry and human development*, *42*(3), 320-33.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research e trattamento degli adulti: Un modello sistemico diadico delle interazioni*. New York: The Analytic Press (tr. it. Un modello sistemico diadico delle interazioni. Milano: Raffaello Cortina, 2003).
- Beebe, B., Steele, M., Jaffe, J., Buck, K. A., Cohen, H., Cohen, P., Kaitz, M., Markese, S., Andrews, H., Margolis, A., & Feldstein, S. (2011). Maternal anxiety symptoms and mother-infant self and interactive contingency. *Infant Mental Health Journal*, *32*(2), 174-206.
- 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. Poster presentato al Congresso SRCD, Atlanta.
- Belsky, J. (1984). The determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, *55*, 83-96.
- Belsky, J., Hsieh, K.-H., & Crnic, K. (1998). Mothering, fathering, and infant negativity as antecedents of boys' externalizing problems and inhibition at age 3 years: Differential susceptibility. *Development and Psychopathology*, *10*, 301-319.

- Berlin, L., Brady-Smith, C., & Brooks-Gunn, J. (2002). Links between childbearing age and observed maternal behaviors with 14-month-olds in the Early Head Start Research and Evaluation Project. *Infant Mental Health Journal*, 23, 104-112.
- Biringen, Z., & Robinson, J. (1991). Emotional availability in mother–child interactions: A reconceptualization for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 258–271.
- Black, M. M., Dubowitz, H., & Starr, R. H Jr. (1999). African American fathers in low income, urban families: development, behavior, and home environment of their three-year-old children. *Child Development*, 70(4), 967-978.
- Bradley, R. H., Whiteside, L., Mundfrom, D. J., Casey, P. H., Kelleher, K. J., & Pope, S. K. (1994). Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birthweight, premature children living in poverty. *Child Development*, 65, 346–360.
- Bradley-Stevenson, C., & Mumford, J. (2007). Adolescent sexual health. *Pediatrics and Child Health*, 17, 474–479.
- Bridges, L. J., & Grolnick, W. S. (1995). The development of emotional self-regulation in infancy and early childhood. In N. Eisenberg (Eds.), *Social Development* (pp. 185-211). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Brooks-Gunn, J., & Chase-Lansdale, P. (1995). Adolescent parenthood. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Status and social conditions of parenting* (Vol. 3, pp. 113–149). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brown, J. V., Bakeman, R., Coles, C. D., Platzman, K. A., & Lynch, M. E. (2004). Prenatal cocaine exposure: A comparison of two-year-old children in parental and non-parental care. *Child Development*, 75, 1282–1295.

- Bruner, J. S. (1977). Prime interazioni sociali ed acquisizione del linguaggio. (Tr. it.). In R. Schaffer (a cura di), *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*. Milano: Franco Angeli, 1984.
- Bruschweiler-Stern, N. (2000). Modèle d'intervention preventive au cours de le période neonatal. *Prisme*, 33, 126-139.
- Bunting, L., & McAuley, C. (2004). Research Rewiev: Teenage pregnancy and parenthood: the role of fathers. *Child and Family Social Work*, 9, 295-303.
- Catrone, C., & Sadler, L. S. (1984). A developmental model for teenage parent education. *Journal of School Health*, 54(2), 63–67.
- CeDap, Certificato di assistenza al parto. Analisi dell'evento nascita (2009). Ministero della Salute. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1731_allegato.pdf
- Challacombe, F., & Salkovskis, P. (2009). A preliminary investigation of the impact of maternal obsessive-compulsive disorder and panic disorder on parenting and children. *Journal of Anxiety Disorder*, 23(7), 848-857.
- Chandra, P. S., Bhargavaraman, R. P., Raghunandan, V. N. G. P., & Shaligram, D. (2006). Delusions related to infant and their association with mother–infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 285–288.
- Chang, Y., Fine, M. A., Ispa, J., Thornburg, K. R., Sharp, E., & Wolfstein, M. (2004). Understanding parenting stress among young, low-income, African American, first-time mothers. *Early Education and Development*, 15, 265–282.
- 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 behavioural considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 73–100.
- Coley, R. L. (2001). (In)visible men: emerging research on lowincome, unmarried and minority fathers. *American Psychologist*, 56, 743-53.
- Coley, R. L., Chase-Lansdale, P. L., & Lindsay, P. (1999). Stability and change in paternal involvement among urban African American fathers. *Journal of Family Psychology*, 13, 416-435.
- Corcoran, J., Franklin, C., & Bennett, P. (2000). Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social Work Research*, 24(1), 29-39.
- Coren, E., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). The effectiveness of individual and group-based parenting programmes in improving outcomes for teenage mothers and their children: a systematic review. *Journal of Adolescence*, 26, 79–103.
- Cox, J. E., Buman, M., Valenzuela, J., Joseph, N. P., Mitchell, A., & Woods, E. R. (2008). Depression, parenting attributes and social support among adolescent mothers attending a teen tot program. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 21(5), 275-281.
- Cramer, B. (2000). *Cosa diventeranno i nostri bambini*. Milano: Cortina
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés*. Paris: PUF (tr. it. Le psicoterapie madre-bambino. Milano: Masson, 1995).
- Crandell, L. E., & Hobson, R. P. (1999). Individual differences in young children's IQ: a social developmental perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 455-464.

- Crandell, A., Patrick, M., & Hobson, R. P. (2003). 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry*, *183*, 239-247.
- Crockenberg, S. (1987). Predictors and correlates of anger toward and punitive control of toddlers by adolescent mothers. *Child Development*, *58*, 964-975.
- Crockenberg, S., & Leerkes, E. (2003). Infant negative emotionality, caregiving, and family relationships. In A. Booth & A. C. Crouter (Eds.), *Children's influence on family dynamics: The neglected side of family relationships* (pp. 57–78). Mahwah: Erlbaum.
- Culp, R. E., Culp, A. M., Osofsky, J. D., & Osofsky, H. J. (1991). Adolescent and older mothers' interaction patterns with their six-month-old infants. *Journal of Adolescence*, *14*, 195-200.
- Dallas, C., Wilson, T., Salgado, V. (2000). Gender differences in teen parents' perceptions of parental responsibilities. *Public Health Nursing*, *17*(6), 423-33.
- DeOliveira, C. A., Moran G., & Pederson, D. R. (2005). Understanding the link between maternal adult attachment classifications and thoughts and feelings about emotion. *Attachment and Human Development*, *7*, 153–170.
- Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 125–156.
- Diaz-Caneja, A. & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers – A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 472–482.

- 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.
- D'Odorico, L. (1990). *L'osservazione del comportamento infantile*. Milano: Raffaello Cortina
- Dormire, S., Strauss, S., & Clarke, B. (1989). Social support and adaptation to the parent role in first-time adolescent mothers. *Journal of Obstetric Gynecologic, & Neonatal Nursing, 18*(4), 327–337.
- Dudley, J. R. (2007). Helping nonresidential fathers: the case for teen and adult unmarried fathers. *Families in Society, 88*(2), 171-181.
- 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.
- East, P. (1998). Impact of adolescent childbearing on families and younger siblings: effects that increase younger siblings' risk for early pregnancy. *Applied Developmental Science, 2*(2), 62-74.
- East, P., & Jacobson, L. (2003). Mothers' differential treatment of their adolescent childbearing and nonchildbearing children: contrasts between and within families. *Journal of Family Psychology, 17*(3), 384-396.
- 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.

- Eiden, R. D., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2007). A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families: Role of parenting and children's self-regulation. *Developmental Psychology, 43*, 1187–1201.
- Eiden, R. D., Macauliffe, S., Kachadourian, Coles, L., Colder, C., & Schuetze, P. (2009). Effects of prenatal cocaine exposure on infant reactivity and regulation. *Neurotoxicology and Teratology, 31(1)*, 60–68.
- Eiden, R. D., Schuetze, P., Colder, C. R., & Veira, Y. (2011). Maternal cocaine use and mother–toddler aggression. *Neurotoxicology and Teratology, 33*, 360–369.
- Eiden, R. D., Schuetze, P., & Coles, C.D (2011). Maternal cocaine use and mother–infant interactions: Direct and moderated associations. *Neurotoxicology and Teratology, 33(1)*, 120–128.
- Emde, R. N. (1980). Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In P.M. Taylor (Ed.), *Parent–infant relationships* (pp. 87–115). Orlando: Grune & Stratton.
- Emde, R. N. (1991). Emozioni positive in psicoanalisi: Sorprese teoriche dalla ricerca infantile e nuove direzioni di ricerca. Tr. it. in C. Riva Crugnola (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina, 1999.
- Emde, R. N. (1999). Moving ahead: Integrating influences of affective processes for development and for psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis, 80*, 317–339.
- Emde, R. N. (2005). Un orientamento evolutivo per la psicoanalisi contemporanea. (Tr. it.) In G. O. Gabbard, E. S. Person, & A. M. Cooper (a cura di), *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina, 2006.

- Emde, R. N., & Easterbrooks, M. A. (1985). Assessing emotional availability in early development. In W.K. Frankenburg, R.N. Emde, & J.W. Sullivan (Eds.), *Early identification of children at risk: An international perspective* (pp. 79–101). New York: Plenum Press.
- Emmanuel, E., & St John, W. (2010). Maternal distress: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2104-2115.
- Feldman, R. (2003). Infant-mother and infant-father synchrony: the coregulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal*, 24, 1–23.
- Feldman, R. (2007a). Mother-infant synchrony and the development of moral orientation in childhood and adolescence: direct and indirect mechanisms of developmental continuity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 582–597.
- Feldman, R. (2007b). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 239–354.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Magarinho, R. (2005). Adolescent and adult pregnant women: different risk circumstances? *Acta Medica Portuguesa*, 18(2), 97-105.
- Flaherty, S. C., & Sadler, L. S., (2011). A review of attachment theory in the context of adolescent parenting *Journal of Pediatric Health Care*, 25(2), 114-121.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organisation. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Forbes, E. E., Cohn, J. F., Allen, N. B., & Lewinsohn P. M. (2004). Infant affect during parent-infant interaction at 3 and 6 Months: Differences between mothers and fathers and influence of parent history of depression. *Infancy*, 5(1), 61–84.

- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health: the first year of life*. New York: Basic Books.
- Franzoni, N. (2004). La gravidanza in adolescenza e lo sviluppo di cure genitoriali. In A. Maggiolini & Pietropolli Charmet (a cura di), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti* (pp. 238-250). Milano: Franco Angeli.
- Furstenberg, F. F., Brooks-Gunn, J., & Chase-Lansdale, L. (1989). Teenaged pregnancy and child-bearing. *American Psychologist*, *44*, 313–320.
- Futris, T. G., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2007). Mothers' perceptions of barriers, parenting alliance, and adolescent fathers' engagement with their children. *Family Relations*, *56*(3), 258-269.
- Gar, N. S., & Hudson, J. L. (2008). An examination of the interactions between mothers and children with anxiety Disorders. *Behavior Research and Therapy*, *46*(12), 1266-1274.
- Gavin, L. E., Black, M. M., Minor, S., Abel, Y., Papas, M. A., & Bentley, M. E. (2002). Young disadvantaged fathers' involvement with their infants: an ecological perspective. *Journal of Adolescence Health*, *31*, 266-276.
- Gazzotti, S., Spinelli, M., Albizzati, A., & Riva Crugnola, C. (2010). Maternità in età adolescenziale: attaccamento materno, stili di interazione, stati affettivi e coordinazione affettiva madre-bambino. *Età Evolutiva*, *96*, 64-74.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, *17*, 198-216.

- Giakoumaki, O., Vasilaki, K., Lili, L., Skouroliakou, M., & Liosis, G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *30*(1), 21–28.
- Gjerdingen, D. K., & Yawn, B. P. (2007). Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *20*, 280–288.
- Haft, W., & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, *10*, 157-172 (tr. it. in Sintonizzazione affettiva e attaccamento: uno studio pilota. Riva Crugnola, *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Raffaello Cortina, Milano 1999).
- Hammen, C. (1997). Children of depressed parents: the stress context. In S. A. Wolchik (Ed.), *Handbook of children's coping: linking theory and intervention* (pp. 131–157). New York: Plenum Press.
- Hann, D. M., Osofsky, J. D., & Culp, A. M. (1996). Relating the adolescent mother–child relationship to pre-school outcomes. *Infant Mental Health Journal*, *17*, 302–309.
- Heffelfinger, A.K., Craft, S., White, D.A., & Shyken, J. (2002). Visual attention in preschool children prenatally exposed to cocaine: Implications for behavioral regulation. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *8*, 12–21.
- Helman, C. G. (2000). *Culture Health and Illness*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Hess, C. R., Papas, M. A., & Black, M. M. (2002). Resilience among African American adolescent mothers: predictors of positive parenting in early infancy. *Journal of Pediatric Psychology*, *27*(7), 619-629.

- Hill, S. Y., Tessner, K. D., & McDermott, M. D. (2011). Psychopathology in offspring from families of alcohol dependent female probands: a prospective study. *Journal of Psychiatric Research, 45*(3), 285-294.
- Hillis, S., Anda, R., Dube, S., Felitti, V., Marchbanks, P., & Marks J. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics, 113*, 320–327.
- Hobson, R. P, Patrick, M., Crandell, L., García-Pérez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 17*, 329–347.
- Hornstein, C., Trautmann-Villalba, P., Hohm, E., Rave, E., Wortmann-Fleischer, S., & Schwarz, M. (2006). Maternal bond and mother–child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: Is there a link? *Archives of Women’s Mental Health, 9*, 279–284.
- 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.
- Howard, L. M., Thornicroft, G., Salmon, L., & Appleby, M. (2004). Predictors of parenting outcome in women with psychotic disorders discharged from mother and baby units. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*, 347–355.
- Hudson, D., Elek, S., & Campbell-Grossman, C. (2000). Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the New Parents Project. *Adolescence, 35*, 445-453.
- 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.

- Jansson, L. M., & Velez, M. (2011). Infants of Drug-dependent Mothers. *Pediatrics in review*, 32, 5-13.
- Jenkins, J. M., Shapka, J. D., & Sorenson, A. M. (2006). Teenage mothers' anger over twelve years: Partner conflict, partner transitions, and children's anger. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 775–782.
- Keown, L. J., Woodward, L. J., & Field, J. (2001). Language development of preschool children born to teenage mothers. *Infant and Child Development*, 10, 129–145.
- Kershaw, T., Niccolai, L., Ethier, K., Lewis, J., & Ickovics, J. (2004). Perceived susceptibility to pregnancy and sexually transmitted disease among pregnant and non-pregnant adolescents. *Journal of Community Psychology*, 31, 419–34.
- Klein, J. D. (2005). Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics*, 116, 281-286.
- Kluth, S., Stern, K., Trebes, J., & Freyberger, H. J. (2010). A comparison of teenage and adult mothers with mental diseases. Preliminary results of the project "chances for children of parents with mental diseases and/or addiction problems". *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 53(11), 1119-1125.
- Krishnakumar, A., & Black, M. M. (2003). Family processes within three generation households and adolescent mothers' satisfaction with father involvement. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 488-498.
- Kumpfer, K. L., & Fowler, M. (2007). Parenting skills and family support programs for drug abusing mother. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 163, 1-9.
- Lagan, M., Knights, K., Barton, J., & Boyce, P. M. (2009). Advocacy for mothers with psychiatric illness: a clinical perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 53–61.

- Lam, W. K., Cance, J. D., Eke, A. N., Fishbein, D. H., Hawkins, S. R., & Williams, J. C. (2007). Children of African-American Mothers Who Use Crack Cocaine: Parenting Influences on Youth Substance Use. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(8), 877–887.
- Lamont, A. (2006). Mothers with borderline personality disorder. *Graduate Student Journal of Psychology, 8*, 39-44.
- Leadbeater, B. J., Bishop, S. J., & Raver, C. C. (1996). Quality of mother toddler interactions, maternal depressive symptoms, and behavior problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology, 32*(2), 280-288.
- Leckman, J.F., & Mayes, L.C. (1998). Understanding developmental psychopathology: How useful are evolutionary accounts? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1011–1021.
- Letourneau, N. (2001). Improving adolescent parent-infant interactions: A pilot study. *Journal of Pediatric Nursing, 16*(1), 53–62.
- Letourneau, N., Stewart, M., & Barnfather, A. (2004). Adolescent mothers: Support needs, resources, and support education interventions. *Journal of Adolescent Health, 35*, 509-525.
- Lewis, M., & Roseblum, L. (1974). *The effect of the Infant on its Caregiver*, New York: Wiley Interscience.
- Lieberman, A. (1997). Toddlers' internalization of maternal attribution as a factor in quality of attachment. In L. Atkinson & K.J. Zucker. (a cura di), *Attachment and Psychopathology* (pp. 277-291). New York: Guilford Press.
- Little, C., & Carter, A. S. (2005). Negative emotional reactivity and regulation in 12-months-olds following emotional challenge: Contributions of maternal-infant emotional availability in a low-income sample. *Infant Mental Health Journal, 26*(4), 354–368.

- Loureiro, M. I., Goes A. R., Paim da Câmara, G., Gonçalves-Pereira, G., Maia T., & Saboga Nunes, L. (2009). Priorities for mental health promotion during pregnancy and infancy in primary health care. *Global Health Promotion, 16*, 29-38.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent and infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 51*, 883-911.
- Macfie, J., & Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver–child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*, 993–1011.
- Maggioloni, A., & Pietropolli Charmet, G. (2004). *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Milano: Franco Angeli.
- Manlove, J. S., Terry-Humen, E., Mincieli, L. A., & Moore, K. A. (2009). Outcomes for children of teen mothers from kindergarten through adolescence. In S. D. Hoffman & R. A. Maynard (Eds.), *Kids having kids: Costs and social consequences of teen pregnancy* (2nd ed., pp. 161–196). Washington, DC: Urban Institute Press.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2008). The children of mentally ill parents. *Dtsch Arztebl Int, 105*, 413–418.
- Mayers, H. A., Hager-Budny, M., & Buckner, E. B. (2008). The Chances for Children teen parent-infant project: Results of a pilot intervention for teen mothers and their infants in inner city high schools. *Infant Mental Health Journal, 29*, 320–342.
- Mayers, H., & Siegler, A. (2004). Finding each other: Using a psychoanalytic-developmental perspective to build understanding and strengthen attachment between teenaged mothers and their babies. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy, 3*, 444–465.

- Mayes, L.C. (2002). A behavioral teratogenic model of the impact of prenatal cocaine exposure on arousal regulatory systems. *Neurotoxicology and Teratology*, *24*, 385–395.
- McDonald, L., Conrad, T., Fairtlough, A., Fletcher, J., Green, L., Moore, L., & Lepps, B. (2008). An evaluation of a groupwork intervention for teenage mothers and their families. *Child and Family Social Work*, *14*, 45–57.
- McDonnell, J. R., Limber, S. P., & Connor-Godbey, J. (2007). Pathways Teen Mother Support Project: Longitudinal findings. *Children and Youth Services Review*, *29*, 840–855.
- Meade, C. S., & Ickovics, J. R. (2005). Systemic review of sexual risk among pregnant and parenting teens in the USA: Pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy. *Social Science and Medicine*, *60*, 661–678.
- Meade, C., Kershaw, T. S., & Ickovics, J. R. (2008). The Intergenerational Cycle of Teenage Motherhood: An Ecological Approach. *Health Psychology*, *27*(4), 419-29.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, *36*(3), 226–232.
- 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.
- Miller, C. B., Benson, B., & Galbraith, K. A. (2001). Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Synthesis. *Developmental Review*, *21*, 1–38.
- Miller, C. L., Miceli, P. J., Whitman, T. L., & Borkowski, J. G. (1996). Cognitive readiness to parent and intellectual-emotional development in children of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, *32*, 533-541.

- Moffitt, E. T. (2002). Teen-aged mothers in contemporary Britain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*, 727-742.
- Molitor, A., Mayes, L. C., & Ward, A. (2003). Emotion regulation behavior during a separation procedure in 18-month-old children of mothers using cocaine and other drugs. *Development and Psychopathology*, *15*, 39–54.
- Moran, G., Forbes, L., Evans, E., Tarabulsky, G., & Madigan, S. (2008). Both maternal sensitivity and atypical maternal behavior independently predict attachment security and disorganization in adolescent mother-infant relationships. *Infant Behavior and Development*, *31*, 321-325.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother–infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(1), 45–52.
- Muscialini, N. (2010). *Maternità difficili. Psicopatologia e gravidanza: dalla teoria alla pratica clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Newman, L., & Stevenson, C. (2005). Parenting and Borderline Personality Disorder: Ghosts in the Nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *10*(3), 385–394.
- Newman, L., & Stevenson, C. (2008). Issues in Infant-Parent Psychotherapy for Mothers with Borderline Personality disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *13*(4), 505–514.
- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., & Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*, 598-605.
- Nicol-Harper, R., Harvey, A., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior & Development*, *30*, 161–167.

- Oberlander, S. E., Black, M. M., & Starr, R. H. (2007). African American adolescent mothers and grandmothers: A multigenerational approach to parenting. *American Journal of Community Psychology, 39*, 37–46.
- Oberlander, S. E., Shebl, F. M., Magder, L. S., & Black, M. M. (2009). Adolescent mothers leaving multigenerational households. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*(1), 62-74.
- Olson, S. L., Bates, J. E., & Kaskie, B. (1992). Caregiver–infant interaction antecedents of children’s school-age cognitive ability. *Merrill-Palmer Quarterly, 38*, 309–330.
- OMS. (2012). Adolescent pregnancy. Fact sheet N°364. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html>
- 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, 1999.
- Osofsky, J., Hann, D., & Peebles, C. (1993). Adolescent parenthood: Risks and opportunities for mothers and infants. In: Zeanah, C. (ed). *Handbook of Infant Mental Health* (1°ed., 106-119). New York, NY: Guilford.
- Östberg, M. (1999). Parenting stress. Conceptual and methodological issues (Dissertation from the Faculty of Social Sciences at Acta Universitatis Upsaliensis, Dissertation no. 83, Faculty of Social Sciences, Uppsala University, Repro Ekonomikum, Uppsala).
- Oxford, M. L., Gilchrist, L., Gillmore, M. R., & Lohr, M. J. (2006). Predicting variation in the life course of adolescent mothers as they enter adulthood. *Journal of Adolescent Health, 39*, 20-26.

- Paavola, L., Kunnari, S., & Moilanen, I. (2005). Maternal responsiveness and infant intentional communication: implications for the early communicative and linguistic development. *Child: Care, Health & Development*, *31*, 727–735.
- Park, J., Solomon, P., & Mandell, D. (2006). Involvement in the child welfare system among mothers with serious mental illness. *Psychiatric Services*, *57*, 493–497.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., & Beckmann, D. (2004). Predicting the development of infant emotionality from maternal characteristics. *Development and Psychopathology*, *16*, 19–42.
- Pears, K. C., Pierce, S. L., Kim, H. K., Capaldi, D. M., & Owen, L. D. (2005). The timing of entry into fatherhood in young, at-risk men. *Journal of Marriage and Family*, *67*, 429–447.
- Plant, K., Byrne, L., Barkla, J., Mclean, D., Hearle, J., & Mcgrath, J. (2002). Parents with psychosis: a pilot study examining self-report measures related to family functioning. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, *1*, 1–11.
- Pogarsky, G., Thornberry, T., & Lizotte, A. (2006). Developmental outcomes for children of young mothers. *Journal of Marriage and Family*, *68*, 332–344.
- Pomerleau, A., Scuccimarri, C., & Malcuit, G. (2003). Mother-Infant behavioral interactions in teenage and adult mothers during the first six months postpartum: relations with infant development. *Infant Mental Health Journal*, *24*(5), 495–509.
- Putnam, S. P., & Stifter, C. A. (2005). Behavioral approach-inhibition in toddlers: Prediction from infancy, positive and negative affective components, and relations with behavior problems. *Child Development*, *76*(1), 212–226.

- 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.
- Rafferty, Y., Griffin, K. W., & Lodise, M. (2011). Adolescent motherhood and developmental outcomes of children in early head start: the influence of maternal parenting behaviors, well-being, and risk factors within the family setting. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *81*(2), 228-245.
- Reid, V., Meadows-Oliver, M. (2007). Postpartum Depression in Adolescent Mothers: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Pediatric Health Care*, *21*(5), 289-298.
- Reupert, A., & Maybery, D. (2007). Families Affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*, 362–369.
- Richter, L. (2004). *The importance of caregiver–child interactions for the survival and healthy development of young children: a review*. Geneva: World Health Organisation, Department of Child and Adolescent Health and Development.
- Ridner, S. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *45*(5), 536–545.
- Riordan, D., Appleby, L., & Faragher, B. (1999). Mother–infant interaction in postpartum women with schizophrenia and affective disorder. *Psychological Medicine*, *29*, 991–995.
- Riva Crugnola, C. (1999). "Introduzione". Affetti e disponibilità emotiva nelle prime relazioni tra bambini e genitori. In C. Riva Crugnola (Ed.), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina.

- Riva Crugnola, C. (2007). *Il bambino e le sue relazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Riva Crugnola, C. (2012). *La relazione genitore-bambino. Tra adeguatezza e rischio*. Bologna: Il Mulino.
- 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*. International Workshop. Enacting intersubjectivity. Paving the way for a dialogue between cognitive science, social cognition and neuroscience, Lugano, Switzerland, 13-14 febbraio.
- Rodini, C. (2008). L'importanza della ricerca infantile per la psicoanalisi. In L. Carli & C. Rodini (a cura di), *Le forme di intersoggettività. L'implicito e l'esplicito nelle relazioni interpersonali* (pp. 51-104). Milano: Raffaello Cortina.
- 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. Oxford University Press, Cambridge.
- Rowlands, S. (2010). Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focussed strategies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24, 605-616.
- Roye, C. F., & Balk, S. J. (1997). Caring for pregnant teens and their mothers, too. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 22(3), 153-157.
- Ruchala, P., & James, D. (1997). Social support, knowledge of infant development, and maternal confidence among adolescent and adult mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 26, 685-689.
- Ryan-Krause, P., Meadows-Oliver, M., Sadler, L., & Swartz, M. K. (2009). Developmental Status of Children of Teen Mothers: Contrasting Objective Assessments With Maternal Reports. *Journal of Pediatric Health Care*, 23(5), 303-309.

- Sadler, L., & Cowlin, A. (2003). Moving into parenthood: A program for new adolescent mothers combining parent education with creative physical activity. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 8*(2), 62-70.
- Saleh, M., Buzi, R., Weinman, M., & Smith, P. (2005). The nature of connections: young fathers and their children. *Adolescence, 40*, 513-523.
- Savio-Beers, L. A., & Hollo, R. E. (2009). Approaching the Adolescent-Headed Family: A Review of Teen Parenting. *Current problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 39*, 216-233.
- Secco, M. L. & Moffatt, M. E. K. (2003). Situational, Maternal, and Infant Influences on Parenting Stress Among Adolescent Mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 26*(2), 103-122.
- Secco, M. L., Profit, S., Kehnedey, E., Walsh, A., Letourneau, N., & Stewart, M. (2007). Factors Affecting Postpartum Depressive Symptoms of Adult Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, Volume, 36*(1), 47-54.
- Schaffer, H. R. (1977). *Studies in Mother-Infant Interaction*. London: Academic Press (tr. it. L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento. Milano: Franco Angeli, 1984).
- Schechter, D. S., Coates, S. W., Kaminer, T., Coots, T., Zeanah, C.H., Davies, M., Schonfield, I. S., Marshall, R. D., Liebowitz, M. R. Trabka, K. A., McCaw, J., & Myers, M. M. (2008). Distorted maternal mental representations and atypical behavior in a clinical sample of violence-exposed mothers and their toddlers. *Journal of Trauma and Dissociation, 9*(2), 123-149.
- Schilmoeller, G., Baranowski, M., & Higgins, B. (1991). Long-term support and personal adjustment of adolescent and older mothers. *Adolescence, 26*, 787-797.

- Schmitt, F., Lahti, I., & Piha, J. (2010). Motherhood and Early Interaction in a Schizoaffective Patient: The Story of a Long-Term Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *64*(1), 73-89.
- Schneider, S., Houweling, E. G., Gommlich-Schneider, S., Klein, C., Nündel, B., & Wolke, D. (2009). Effect of maternal panic disorder on mother–child interaction and relation to child anxiety and child self-efficacy. *Archives of Women's Mental Health*, *12*, 251–259.
- Shanok, A. F., & Miller, L. (2007). Stepping up to motherhood among inner-city teens. *Psychology of Women Quarterly*, *31*(3), 252-261.
- Shaw, M., Lawlor, D. A., & Najman J. M. (2006). Teenage Children of Teenage Mothers: Psychological, Behavioural, and Health Outcomes from an Australian Prospective Longitudinal Study. *Social Science and Medicine*, *62*, 2526-2539.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, *7*(3), 269-281.
- Solari, H., Dickson K. E., & Miller, L. (2009). Understanding and Treating Women with Schizophrenia during Pregnancy and Postpartum. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, *16*(1), 23-32.
- Sroufe, L. A. (1995). *Lo sviluppo delle emozioni*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, *7*, 349-367.
- Stanger-Hall, K. F., & Hall, D. W. (2011). Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S. *Plos One*, *6*(10), 1-11.

- Stein, A., Lehtonen, A., Harvey, A. G., Nicol-Harper, R., & Craske, M. (2009). The Influence of Postnatal Psychiatric Disorder on Child Development: Is Maternal Preoccupation One of the Key Underlying Processes? *Psychopathology*, *42*(1), 11-21.
- Steinhausen, H.C., Dal Mas, S., Ledermann, C., & Metzke, C.W. (2006). Risk factors for the development of emotional and behavioural problems in children born to drug-dependent mothers *European Child & Adolescent Psychiatry*, *15*, 460–466.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books (tr. it. Il mondo interpersonale del bambino. Torino: Boringhieri, 1987).
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood Constellation: A Unified View of Parent-infant Psychotherapy*. New York, Basic Books (tr. it. La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino. Torino: Bollati Boringhieri, 1995).
- Stern, D. N., & Bruschweiler-Stern, N. (1998). *The birth of a mother*, New York, Basic Books (tr. it. Nascita di una madre: come l'esperienza della maternità cambia una donna. Milano: Mondadori, 1999).
- Stevenson Barratt, M., & Roach, M. A. (1995). Early interactive processes: Parenting by adolescent and adult single mothers. *Infant Behavior and Development*, *18*, 97–109.
- Steven-Simon, C. (2000). Participation in a Program That Helps Families With One Teen Pregnancy Prevent Others. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *13*, 167–169.
- Stiles, A. S. (2010). Case Study of an Intervention to Enhance Maternal Sensitivity in Adolescent Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, *39*, 723–733.

- Strathearn, L., & Mayes, L. C. (2010). Cocaine Addiction in Mothers: Potential Effects on Maternal Care and Infant Development. *Annals of the New York Academy of Science*, 1187, 172–183.
- Suchman, N. E, Rounsaville, B., DeCoste, C., & Luthar, S. (2007). Parental control, parental warmth, and psychosocial adjustment in a sample of substance-abusing mothers and their school-aged and adolescent children. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1), 1–10.
- Terry-Humen, E., Manlove, J., & Moore, K. A. (2005). *Playing catch-up: how children born to teen mothers fare*. Washington, D.C.: The national campaign to prevent teen pregnancy.
- Thompson, P., Powell, J., Patterson, R., & Ellerbe, S. (1995). Adolescent parenting: Outcomes and maternal perceptions. *Journal of Obstetric and Gynecologic Neonatal Nursing*, 24, 713-718.
- Thompson, S. D., & Walker, A. C. (2004). Satisfaction with parenting: A comparison between adolescent mothers and fathers. *Sex Roles*, 50, 677-687.
- Tomasello, M., & Farrar, M. J. (1986). Joint attention and early language. *Child Development*, 57, 1454–1463.
- Tomasello, M., Mannle, S., & Kruger, A. (1986). Linguistic environment of 1- to 2-year-old twins. *Developmental Psychology*, 22, 169–176.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In Bullowa, M. (a cura di) *Before speech: The Beginnings of Human Communication* (pp. 321-348). London: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 3–48.

- Tronick, E. Z. (1982). *Social interchange in infancy. Affect, cognition and communication*. Baltimore: Università Park Press.
- Tronick, E. Z. (1989). Le emozioni e la comunicazione affettiva nelle prime relazioni. In C. Riva Crugnola (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina, 1999.
- Tronick, E. Z. (1996). *Dyadically expanded states of consciousness and the process of normal and abnormal development*. Presentato al Colloque International de Psychiatrie Perinatal. Monaco, gennaio.
- Tronick, E. Z. (2005). Why is connection with other so critical? The formation of dyadic states of consciousness and the expansion of individuals' state of consciousness: Coherence governed selection and co-creation of meaning out of messy meaning. In J. Nadel & D. Muir (Eds.), *Emotional Development*. New York: Oxford University Press.
- Tronick, E. Z., Gianino, A. (1986). Interactive mismatch and repair. *Zero to Three: Bulletin of the National Center for Clinical Infant Programs*, 5, 1–6.
- Tronick, E. Z., Weinberg, M. K. (1996a). *The Infant Regulatory Scoring System (IRRS)*. Childrens' Hospital/ Harvard Medical School, Boston. Unpublished manuscript.
- Tronick, E. Z., Weinberg, M. K. (1996b). *The Maternal Regulatory Scoring System (MRRS)*. Childrens' Hospital/Harvard Medical School. Boston. Documento non pubblicato.
- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1997). Le madri depresse e i loro bambini: L'insuccesso nella formazione di stati di coscienza diadici. In L. Murray & P. J. Cooper (a cura di), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. Roma: CIC Edizioni.
- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (2003). *Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP)*. Childrens' Hospital/Harvard Medical School. Boston. Unpublished manuscript.

- Tronick, E. Z., Weinberg, M. K., Seifer, R., Shankaran, S., Wright, L. L., Messinger, D. S., Lester, B. M., LaGasse, L., Bauer, C. R., Bada, H., Poole, K., & Liu, J. (2005). Cocaine Exposure Is Associated With Subtle Compromises of Infants' and Mothers' Social–Emotional Behavior and Dyadic Features of Their Interaction in the Face-to-Face Still-Face Paradigm. *Developmental Psychology, 41*, 711-722.
- Turner, R., Grindstaff, C., & Phillips, N. (1990). Social support and outcome in teenage pregnancy. *Journal of Health and Social Behavior, 31*(1), 43–57.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225–249.
- Vegetti Finzi, S. (1997). *Volere un figlio*. Milano: Mondadori.
- Velderman, M. K., Bakerman-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology, 20*(2), 266–274.
- Wakschlag, L. S., & Hans, S. L. (2000). Early parenthood in context: Implications for development and intervention. In C.H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 129–144). New York: Guilford Press.
- Wan, M. W., Penketh V., Salmon M. P., & Abel, K. M (2008). Content and style of speech from mothers with schizophrenia towards their infants. *Psychiatry Research, 159*, 109–114.
- Wan, M. W., Salmon, M. P., Riordan, D. M., Appleby, L., Webb, R., & Abel K. M. (2007). What predicts poor mother–infant interaction in schizophrenia? *Psychological Medicine, 37*, 537–546.

- Wan, M. W., Warren, K., Salmon M. P, & Abel, K. M (2008). Patterns of maternal responding in postpartum mothers with schizophrenia. *Infant Behavior & Development*, *31*, 532–538.
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*, *102*, 1298-1304.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Cohn, J. F., Olson, K. L. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, *35*, 175-188.
- Weinman, M. L., Buzi, R. S., Smith, P. B., & Nevarez, L. (2007). A comparison of three groups of young fathers and program outcomes. *School Social Work Journal*, *32*(1), 1-13.
- Whitehead, E. (2009). Understanding the association between teenage pregnancy and inter-generational factors: A comparative and analytical study. *Midwifery*, *25*, 147–154.
- Whitman, T., Borkowski, J., Keogh, D., & Weed, K. (2001). *Interwoven lives: Adolescent mothers and their children*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always do Better*. London: Allen Lane.
- Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent–infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, *41*, 585–595.
- Zaccagnini, C., & Zavattini, G. C. (2005). Transizione alla genitorialità, conflitto coniugale e adattamento del bambino: le relazioni, i processi e le conseguenze. *Psicologia clinica dello sviluppo*, *1*, 29-68.

Zaccagnini, C., & Zavattini, G. C. (2007). La genitorialità come “processo” evolutivo. Una riflessione nella prospettiva della Teoria dell’Attaccamento. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2, 199-249.

RINGRAZIAMENTI

“Quel che fa ricchi è la benedizione del Signore e il tormento che uno si dà non le aggiunge nulla” Proverbi 10:22 La Bibbia

Eccomi giunta alla fine di questo lavoro. Dopo aver scritto tante parole, credo che sia più difficile trovare ora quelle che meglio esprimono la mia gratitudine, infatti sono certa che tutte quelle che scriverò non riusciranno a rispecchiare quello che sento dentro e che vorrei dire.

Questo lavoro rappresenta per me un grande dono che segna la fine di un percorso difficile e faticoso; ancora non riesco a spiegarmi come io possa essere arrivata fino a questo momento.

A un passo dal traguardo, voglio dire di essere consapevole che senza l'aiuto di Dio non sarei mai riuscita, non solo a realizzare la mia tesi, ma soprattutto ad affrontare questi due anni. Se mi guardo indietro, vedo il Suo aiuto e la Sua guida che mi hanno accompagnata in ogni momento. Davanti agli ostacoli, davanti a tutte quelle situazioni in cui ho pensato di non farcela, Dio mi ha mostrato la Sua bontà e la Sua fedeltà; ogni difficoltà svaniva davanti alla Sua potenza. Prima di tutto quindi vorrei ringraziare il Signore per essere rimasto con me in tutto quello che ho vissuto.

Nel cammino universitario, Dio ha provveduto per me delle persone che mi stessero accanto e che mi sostenessero, di ognuna di loro ricorderò l'aiuto che mi hanno dato, perché ognuna di loro, anche se in modi differenti, è stata per me un sostegno.

La mia famiglia ha ascoltato con tanta pazienza tutte le mie lacrime, mi ha sopportata quando ero triste, nervosa, agitata e scontrosa; inoltre mi ha incoraggiata ad andare avanti. In particolare ringrazio i miei genitori, anche ora che scrivo mi commuovo, perché hanno creduto in me, ma soprattutto li ringrazio perché hanno pregato tanto per me. Li ringrazio anche per avermi permesso di studiare, senza il loro aiuto non mi sarebbe stato possibile. Sono davvero speciali.

Ringrazio mio fratello Marco, mia sorella Debora e mio cognato Fabio per tutte le volte che mi hanno ascoltata lamentarmi e per tutte le parole incoraggianti e affettuose che mi hanno detto. Ringrazio mio fratello per avermi aiutata nel controllo dei dati delle videoregistrazioni e dei nomi della bibliografia, per me ha significato molto tutto il

tempo che mi ha dedicato. Ringrazio mia sorella per tutte quelle volte che con il suo caldo abbraccio mi diceva di non preoccuparmi.

Un ringraziamento speciale lo dedico a Ester, a colei che è riuscita a starmi accanto e ad essere sempre presente nonostante i numerosi km che ci dividono. Riusciva a capire ciò che stavo provando e ad avere le parole adeguate ad ogni mio stato emotivo. Ricordo che ogni volta che avevo un esame, ricevevo sempre un suo messaggio in cui mi ricordava che aveva pregato, uscita dall'aula poi è sempre stata la prima persona che chiamavo. Il suo aiuto è stato grande, lei ha sempre pregato intensamente per me.

Ringrazio i miei cari nonni, in particolare mia nonna che ha pregato per ogni mio esame, ricordandosi perfettamente i giorni in cui dovevo sostenerli. Sapevo che quando mi sentivo triste, bastava chiamarla per sentire parole d'incoraggiamento che mi ricordavano di confidare in Dio.

Diverse persone in questi due anni si sono interessate del mio percorso universitario, con parole, con abbracci, con sorrisi e con preghiere, mi hanno sostenuta: Cosy, Monica e Nico, Lea, Andrea e Gina, la famiglia Bonfitto, Mirjam, Rosina.

In questo percorso ho conosciuto delle ragazze speciali, non sono state solo delle colleghe ma sono diventate anche delle amiche. Ringrazio Anna e Anita, compagne di questo viaggio, per aver condiviso con me ogni esame; per esserci supportate, aiutate ed incoraggiate a vicenda. Ringrazio anche Erika, Francesca e Laura per il tempo trascorso insieme all'università, è stato bello condividere con loro quest'esperienza.

Durante questo lavoro ho avuto accanto a me la dottoressa Elena Ierardi, lei è stata un prezioso aiuto e desidero ringraziarla per tutto il tempo che mi ha dedicato, per tutte le volte che pazientemente ha risposto alle mie incertezze, per tutti i consigli e le correzioni, per essere sempre stata gentile e sorridente con me.

Ringrazio la Professoressa Riva Crugnola per essersi resa disponibile e per avermi proposto di approfondire questo argomento. La sua passione per i temi trattati è stata un grande sprono per me.