

Madri adolescenti: uno studio clinico

Anna Chiara Lezzi
Università del Salento

LE
TESI

ABSTRACT

This work begins with a bibliographic analysis devoted to the literature on the theories of adolescence, focusing on restructuring and brain development typical of this age with the various developmental outcomes that lead to a secure or insecure attachment. Based on pregnancy as an event “out of phase” with respect to the specific tasks of adolescence. Are then presented the problematic aspects of a teenage pregnancy with attention to possible “risks” to which may be exposed their children and a brief reference is made to the figure of father/husband.

The second part of the work presents the principals tools of intervention and the techniques setups by the various researches to analyze the problem of the maternity in young age and to promote the parent-child relationship. It is taken in examination the model Vipp-r (Video Intervention to promote Positive Parenting) presenting the research promoted by the FAV in collaboration with the university Milano Bicocca.

The paper ends with the presentation of the research tools more used for examining the psychological and social problem list of “teen-mothers”.

Keywords: pregnancy in adolescence, VIPP method, insecure attachment

Madri adolescenti: uno studio clinico

Introduzione

La transizione alla maternità nel caso delle adolescenti o delle donne molto giovani (tarda adolescenza) è particolarmente stressante perché in conflitto con le necessarie sfide fisiche, emotive, cognitive e sociali proprie dell'adolescenza.

Il fenomeno della maternità in giovane età è caratterizzato da maggiori vulnerabilità legate alla gravidanza (complicazioni ostetriche ed alto rischio di depressione) ed all'essere adolescenti (maggiori difficoltà lavorative; bassi livelli di istruzione; minor supporto sociale e relazioni instabili).

I bambini delle giovani madri sono maggiormente a rischio di sviluppo (prematrità o basso peso; minor rendimento scolastico; maggior difficoltà socio-emozionale; problemi comportamentali) ed anche la relazione madre-bambino è caratterizzata da una minore ricchezza della comunicazione verbale, con tendenze punitive e frequente svalutazione delle competenze cognitive.

In Italia il fenomeno della gravidanza in adolescenza è stato relativamente contenuto fino a pochi decenni fa ma è in netto aumento negli ultimi anni. La maturità sessuale oggi si acquisisce molto prima della maturità psico-sociale. L'età media del primo rapporto sessuale è 15/16 anni: un'età in cui gli aspetti cognitivi, emotivi e sociali non sono ancora adeguati per affrontare in modo consapevole i rischi legati alla sessualità. Questo non è certamente dovuto ad una mancanza di informazioni e perciò la gravidanza in adolescenza è spesso interpretata come una forma di ribellione o come il desiderio di compensare un "vuoto d'identità e affettività".

1. Psicologia dell'arco di vita: una visione d'insieme

Lo sviluppo è un processo lineare con una modificazione strutturale e funzionale di un organismo con cambiamenti abbastanza netti da permettere una separazione del percorso evolutivo in fasi. Anche se certi periodi della vita vedono uno sviluppo molto rapido e con caratteristiche ben distinte, l'essere umano non smette mai di cambiare, anche se è in particolare nella fase che va dalla pubertà alla maturità, che le differenze di sviluppo tra una persona ed un'altra aumentano maggiormente.

1.1 *Life Span Psychology*

Fino alla fine degli anni '70 del secolo scorso la psicologia dell'età evolutiva ha avuto come oggetto principale lo sviluppo dell'individuo dalla nascita fino all'adolescenza, vista come momento ultimo del completo sviluppo fisico e psichico. Tutto ciò che accadeva dopo era visto o come stratificazione di esperienze oppure come una involuzione o regressione rispetto a momenti di sviluppo già raggiunti.

I profondi cambiamenti medici e sociali avvenuti nel XX secolo, come il calo della mortalità infantile e della natalità e l'aumento dell'età media di morte, hanno sconvolto la piramide demografica e favorito un allungamento d'interesse della psicologia fino alla maturità e vecchiaia. Nacque da ciò l'orientamento definito *Psicologia dell'arco di vita* (*Life Span Psychology*) che intende studiare i cambiamenti psicologici che avvengono dal momento della nascita a quello della morte. I tratti costitutivi sono:

- Lo sviluppo ontogenetico dura tutta la vita.
- Vi è una notevole variabilità individuale riguardo agli schemi di evoluzione e cambiamento.
- Lo sviluppo può essere influenzato da condizioni storico-culturali ed è co-determinato da fattori interni, familiari ed ambientali.

La psicologia dell'età evolutiva, prendendo in esame anche l'attaccamento, le interazioni familiari, l'amicizia, l'amore, la separazione, richiede un approccio interdisciplinare perché lo sviluppo è scandito in più fasi evolutive ma interconnesse tra di loro. Gli individui vengono considerati come attivi autori del loro sviluppo, il quale deriva dalla

specifica azione nel contesto indirizzata ad un fine. Il contesto di sviluppo può svolgere, perciò, sia un ruolo di protezione, che di aumento di rischio, anche se è sempre l'adolescente il soggetto attivo che sceglie e agisce al suo interno.

Tra i modelli classici fondati sulla teoria del ciclo di vita vanno ricordati quelli di Erickson (1951) e di D. Levinson (1978).

Secondo Erickson gli stadi del ciclo individuale (*primi anni di vita, prima infanzia, età dei giochi, età scolare, adolescenza, giovinezza adulta, maturità, vecchiaia*) sono caratterizzati da specifici compiti psicosociali. Se il bambino supera i primi conflitti di autonomia/vergogna; iniziativa/colpa; industriosità/inferiorità, accompagnato da sentimenti di fiducia, stima di sé e delle proprie capacità, può affrontare la crisi adolescenziale al bivio tra identità/confusione d'identità. In particolare è proprio tale quinta fase, l'adolescenza, ad attirare l'attenzione sul problema della conquista dell'identità nelle società occidentali. L'età adulta sarà l'anello di congiunzione dell'individuo con la generazione passata e quella futura con il momento decisivo di trasmissione storica.

Erikson, riprendendo la considerazione di Freud, afferma che *"l'individuo conduce una doppia vita, come fine a se stesso e come anello di una catena di cui è strumento"*.

Anche Levinson ha studiato le fasi della vita e secondo la sua teoria la struttura di vita evolve secondo una sequenza relativamente ordinata in cui vi sono periodi di stabilità alternati a periodi di transizione. Le scelte che compie un individuo sono la componente principale della sua struttura di vita caratterizzata da eventi critici prevedibili e imprevedibili che impongono al nucleo familiare dei tipici compiti di sviluppo nel riconoscimento della complessità delle variabili che concorrono a definire lo sviluppo dell'uomo.

1.2 Sviluppo cerebrale e psicofisico in adolescenza

In base alle considerazioni precedenti spetta ad Erikson il merito di aver posto l'accento sull'adolescenza come particolare età dello sviluppo. Palmonari afferma *"l'adolescenza comincia nella biologia e finisce nella cultura"*. Tale affermazione sintetizza ben chiaramente la nuova visione che, a partire dalla metà del '900 vede l'adolescenza come un periodo di sviluppo indefinito a causa di numerose variabili e imprevisti che vi concorrono.

Gli studi più recenti sullo sviluppo cerebrale in adolescenza dimostrano che nella seconda decade della vita si verificano cambiamenti nella struttura cerebrale e nelle funzioni connesse all'inibizione delle risposte, alla calibrazione del rischio e della soddisfazione e regolazione emotiva (Toga, Thompson, Sowell, 2006, pp. 148-159).

L'adolescenza, perciò, risulta essere un periodo formativo innanzitutto dal punto di vista della maturazione cerebrale in cui si assiste ad un cambiamento di equilibrio tra le strutture frontali e quelle limbiche e ciò comporta sostanziali differenze tra il modo di agire degli adolescenti e quello degli adulti.

I principali risultati provenienti dalle ricerche possono essere così riassunti:

- In adolescenza si assiste, in continuità con quanto avviene nelle fasi precedenti, ad una sovrapproduzione di sinapsi (sinaptogenesi), cui segue uno sfoltimento sinaptico (*pruning*) (Giedd, 2000, pp. 31-34).
- L'aumento della densità di sostanza bianca nella regione prefrontale e nella regione limbica porta ad un aumento della mielinizzazione assonale, che accresce l'efficienza della trasmissione neuronale (Barnea, Goraly *et al.*, 2005).
- Il lobo frontale, deputato al controllo degli impulsi e al monitoraggio dei processi decisionali, è l'ultimo a svilupparsi.
- C'è un aumento non lineare di sostanza grigia, che nella corteccia prefrontale aumenta fino all'inizio della pubertà per poi diminuire dall'adolescenza fino alla prima giovinezza adulta (Goraly *et al.*, 2000).

I cambiamenti dell'arousal¹ emozionale e della ricerca di sensazioni precedono quelli che riguardano le capacità regolatorie tanto da creare

1 AROUSAL: Stato generale di attivazione e reattività del sistema nervoso, in risposta a stimoli interni (soggettivi) o esterni (ambientali e sociali). Esso è attribuibile all'influenza della formazione reticolare attivante sul sistema nervoso autonomo e sull'intera corteccia cerebrale, e si connota come una variabile continua sulla quale i diversi individui possono variare. Comprende un livello intermedio ottimale, adeguato per il funzionamento psicologico. Molti studi sperimentali, infatti, dimostrano una relazione funzionale a U rovesciata tra attivazione e prestazione: le prestazioni migliori nell'essere umano si ottengono in corrispondenza di livelli intermedi di arousal, mentre un arousal ridotto (come nel sonno o nel rilassamento

un disequilibrio tra il sistema affettivo e l'abilità a regolare l'arousal e motivazione. A seguito di numerose ricerche, si notò che il comportamento a rischio è il risultato dell'influenza di due fattori: abilità di ragionamento logico e le capacità psicosociali. Sebbene le capacità logiche raggiungano il livello adulto all'età di 16 anni, le capacità psicosociali, come il controllo degli impulsi, l'orientamento al futuro, o la resistenza all'influenza dei pari, continuano a svilupparsi fino alla giovinezza adulta (Steinberg, 2007). Il risk-taking che caratterizza gli "imprevisti" dell'adolescenza è il risultato della competizione e conseguente disequilibrio di questi due sistemi perché se la situazione porta ad un arousal emozionale, il sistema socio-emozionale si attiva a scapito dell'efficacia del sistema cognitivo di controllo. Pertanto, Steinberg afferma che l'intervento educativo deve essere attuato al fine di cambiare il contesto entro il quale possono verificarsi comportamenti a rischio, piuttosto che modificare il modo in cui gli adolescenti pensano il rischio.

Alla luce dello sviluppo cerebrale seguono anche modificazioni psicologiche.

L'adolescenza termina quando l'individuo è ritenuto da sé e dagli altri un membro della comunità degli adulti. Con l'adolescenza inizia l'epoca in cui le idee che prima erano accettate passivamente in modo conformistico vengono riesaminate e l'adolescente si crea una propria opinione del mondo e dell'ambiente che lo circonda. Le trasformazioni sessuali della pubertà aprono ad un nuovo mondo di esperienze e sensazioni e ragazzi/e in ritardo rispetto ai coetanei nello sviluppo fisico e sessuale si sentono a disagio e appaiono agli altri irrequieti. Esiste il desiderio di fare delle prove, ma il nuovo è anche paura di non farcela. Il giovane vuole distaccarsi ma ha anche paura di farlo davvero.

1.3 *Compiti di fase e attaccamento in adolescenza*

L'attaccamento costituisce il sistema motivazionale primario nei primi anni di vita perché la regolazione della sicurezza rappresenta il compito primario nella vita del bambino.

profondo) o eccessivo (come negli attacchi di panico) è incompatibile con un buon funzionamento cognitivo (cfr. enciclopedia Treccani.it 2008).

Mentre nei primi anni di vita sono riconoscibili difficoltà e disturbi specifici dell'attaccamento, nelle fasi successive dello sviluppo il quadro clinico diventa più complesso e i disturbi dell'attaccamento si intrecciano con disturbi esternalizzanti che riguardano la sfera del comportamento sociale, con disturbi dissociativi nel corso dell'adolescenza (Greenberg, 1999). Il distanziamento dagli attaccamenti familiari e lo spostamento dell'affiliazione nei confronti di altre persone, gruppi e sistemi di valori, ristrutturano le motivazioni relazionali degli adolescenti. La sessualità denotata da un'urgenza consumatoria può sovrastare altre motivazioni o essere facilmente incorporata in altre motivazioni intrinseche dell'adolescente (Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 1999).

Secondo la teoria psicoanalitica (Freud, 1963) l'adolescenza è un periodo tumultuoso che mette in discussione l'equilibrio raggiunto in passato tra l'ES e l'IO. La libido è sul punto di distaccarsi dai genitori per investire su nuovi oggetti con un certo "lutto" per le relazioni passate che causano la tipica debolezza dell'IO di questa età.

La teoria dell'attaccamento prende in esame non più l'individuo in sé, ma la relazione che egli instaura con la figura di riferimento.

Una volta che i legami di attaccamento si sono stabilizzati durante l'infanzia e la fanciullezza, tendono a permanere negli anni successivi specie se l'ambiente educativo rimane stabile (Bowlby, 1989).

La prospettiva psicoanalitica ha ipotizzato che un importante cambiamento della relazione tra genitori e figli avvenga durante la pubertà a causa dell'emergenza intensificata delle pulsioni sessuali con le conseguenti emozioni e comportamenti e che siano queste intense esperienze che conducano ad una riorganizzazione dell'IO e delle relazioni con i genitori.

Bowlby ritiene che per la maggior parte degli adolescenti l'attaccamento ai genitori rimane ancora forte nonostante possano coesistere importanti legami con altre persone. Durante la prima adolescenza, il tempo passato con i genitori, l'intimità affettiva e la condivisione delle decisioni con i genitori si riducono considerevolmente. Per Bowlby nel corso dell'adolescenza si verificano dei cambiamenti nella gerarchia delle figure di attaccamento, per cui per esempio il partner sentimentale prende sempre più il posto delle figure di attaccamento primarie.

Durante le separazioni dai genitori l'adolescente mette alla prova le proprie capacità basandosi sempre più sulle proprie competenze per organizzarsi autonomamente. L'attaccamento ai genitori, visti come

“base sicura” continua a garantire la sicurezza all’adolescente nelle circostanze di vulnerabilità, paura e stress.

I genitori sensibili che, nel corso dell’adolescenza dei figli sono disponibili al contatto emotivo e promuovono attivamente l’autonomia del figlio, permettono l’acquisizione della fiducia personale con una propria identità e autonomia.

È sicuramente evidente l’importanza del periodo adolescenziale in cui vi è l’assunzione di una forma matura di una teoria della mente che permette all’adolescente di imparare a riflettere sul modo di comportarsi con l’altro, acquisito grazie ai genitori durante l’infanzia, per raggiungere poi, una sana identità adulta.

Il compito dell’adolescente consiste nel crearsi un’identità propria, autonoma ed integrata. Per affrontare questa difficile impresa l’adolescente tende ad un attivo ed intenzionale allontanamento dalle figure di attaccamento tanto da comportarsi con una certa ostilità verso i genitori. Se questi non sono pronti ad affrontare con sicurezza questa nuova separazione, il ragazzo può vivere un profondo conflitto tra la spinta all’autonomia e la forza del legame che lo vincola ai genitori, aumentando l’ostilità verso di essi.

Nel periodo adolescenziale anche le relazioni con i coetanei appaiono forti e presenti. Vivendo intense relazioni con il gruppo dei pari l’adolescente può monitorare la rielaborazione delle proprie relazioni, verificare la correttezza delle sue credenze e sperimentarsi sia nell’offrire sostegno a qualcun altro, sia nel ricevere cure da qualcuno che non sia il genitore (Pietropolli, 2000).

1.4 *Compiti di sviluppo e autonomia*

L’adolescenza è una fase del ciclo di vita in cui gli individui sono chiamati a risolvere specifici compiti di sviluppo in particolari contesti sociali e culturali.

Il compito di sviluppo è un compito che si presenta in un determinato periodo della vita di un individuo e la cui buona risoluzione conduce alla felicità e successo nell’affrontare i problemi successivi, mentre un fallimento porta all’infelicità e disapprovazione da parte della società con difficoltà di fronte ai compiti che si presentano in seguito (Havighurst, 1953).

In particolare la ricerca dell'indipendenza è l'elemento costante e specifico con la voglia di instaurare relazioni nuove e più mature con coetanei di entrambi i sessi, orientarsi verso una futura occupazione professionale, acquisire un sistema di valori e una coscienza etica come guida al proprio comportamento.

I compiti di sviluppo si ridefiniscono nel rapporto tra l'individuo, la sua appartenenza sociale e l'ambiente in cui è inserito: in certe condizioni possono essere affrontati senza particolari difficoltà pur essendo numerosi, in altre possono creare ostacoli e frustrazioni.

Per fronteggiare questi diversi compiti si attivano strategie di *coping* (letteralmente "far fronte"); esse sono legate al saper affrontare situazioni difficili attraverso varie modalità e sono essenzialmente di due tipi.

1. EMOZIONALI, cercare di negare o minimizzare il problema, esprimere rabbia verso qualcuno, rifugiarsi nella fantasia.
2. STRATEGICHE, incentrarsi sul problema e sulla sua soluzione.

Lo stile di coping si sviluppa in base a caratteristiche personali, esperienza di successi e insuccessi, feedback positivi e negativi, sostegno sociale.

In una ricerca su adolescenti di 17/18 anni (Trentin, Monaci, 2001) si è evidenziata la differenza di genere perché, mentre i ragazzi affrontano in modo diretto le situazioni rischiose ricorrendo spesso all'autocontrollo, le ragazze, ricorrono maggiormente al sostegno sociale.

Il prioritario compito di sviluppo di questa fase consiste nell'elaborazione dei numerosi cambiamenti in corso e ciò richiede numerosi investimenti di energia. L'autonomia è considerata un prerequisito per il passaggio all'adulthood in quanto gli adolescenti devono realizzare un senso di sé che porta a considerarsi come individui distinti e indipendenti dai genitori (Cicognani, Zani, 2003).

Negli ultimi decenni l'autonomia è il prodotto della rinegoziazione della relazione del giovane con i genitori che diventa reciproca, perché costruire la relazione è la condizione per la separazione in quanto la connessione, se soddisfatta, permette di percepire quel senso di sicurezza e di competenza che consente sia di separarsi dagli altri sia di differenziarsene affermando una propria identità e individualità.

Attualmente, però, questo processo di crescita risulta particolar-

mente impegnativo a causa della realtà sociale ed economica in continuo mutamento priva di norme e punti di riferimento univoci e che impone ideali di bellezza e perfezione impossibili da raggiungere.

È tipica l'esigenza di unicità e visibilità che li conduce a mettere in atto comportamenti eccentrici di provocazione per anticipare l'adulthood.

Correre rischi fa parte della crescita psicologica dell'adolescenza e il fatto di veder soddisfatto ogni desiderio porta nel giovane "noia", una noia che lui cerca di cancellare in ogni modo per avere la percezione del suo essere "qui ed ora" (Pellai, Boncinelli, 2002).

Il principale compito di sviluppo in adolescenza rimane la *costruzione e formazione dell'identità* (Erikson, 2008). Lo stadio che riguarda l'adolescenza negli studi di Erikson è il quinto con il dilemma identità/confusione d'identità, il cui esito positivo è costituito dalla formazione dell'identità che consiste nel superamento delle identificazioni infantili portando a dei distacchi inevitabili dalle figure di riferimento.

1.5 *Giovane, innocente e incinta: la gravidanza come evento fuori fase.*

Durante l'adolescenza il rischio è continuamente ricercato proprio perché affascinante, in grado di far superare sentimenti di paura, insicurezza, vergogna. A ciò si sommano le esigenze di unicità, sperimentazione e/o dimostrazione di avere controllo su di sé che portano al continuo bisogno di compiere azioni rischiose (Palmonari, 2006).

Una delle sfide tipiche dell'adolescenza è accettare il proprio corpo e usarlo in maniera efficace. Proprio in relazione a tale compito evolutivo, le modificazioni legate alla sfera sessuale porterebbero l'adolescente a comportamenti di precocità e promiscuità nei rapporti tanto da causare gravidanze indesiderate (Ciairano *et al.*, 2006). La gestazione può rispondere al desiderio adolescenziale di dimostrare che il proprio corpo è capace di funzionare come quello materno, e quindi la gravidanza soddisferebbe il desiderio inconscio di liberarsi dalla dipendenza dagli adulti (Ammaniti, 2011).

Tuttavia, l'intrecciarsi delle complesse dinamiche della gravidanza con i cambiamenti tipici della fase adolescenziale rende particolar-

mente difficile la costituzione dell'identità materna perché va a sovrapporsi a quella immagine di sé come donna anziché esserne la naturale continuazione. Ciò porta ad un riavvicinamento con gli adulti, perché la ragazza sente il bisogno di essere seguita e protetta.

L'adolescente che si trova ad affrontare l'esperienza di una gravidanza parte spesso da una situazione a rischio. Numerosi studi rimarcano che la giovane madre ha spesso alle spalle conflitti familiari, condizioni economiche svantaggiate, bassa autostima, insuccessi scolastici, sfiducia nel futuro e carenza affettiva che la portano a cercare, nel rapporto con l'altro sesso, una possibilità di colmare i vuoti dati dalle situazioni familiari avverse.

Il binomio madre-adolescente rappresenta, quindi, la duplice condizione di essere madre, spesso in situazione di grave svantaggio socio-economico, e adolescente, con le tipiche problematiche di questa fase evolutiva. Tale condizione è stata descritta con il concetto di *Asincronia Evolutiva* (Bohr *et al.*, 2012). Con questo termine s'intende l'interferire dell'esperienza della gravidanza, collocata in epoca adolescenziale, con l'elaborazione delle problematiche identitarie tipiche dell'adolescenza. La responsabilità di una nuova nascita può essere maggiormente problematica, in questa fase della vita, proprio perché l'adolescente non ha raggiunto ancora la maturità psicologica, non ha terminato il suo processo di separazione-individuazione dalla famiglia e non ha risolto i propri conflitti infantili.

2. Piccole mamme crescono

Stanotte ho saputo che c'eri: una goccia di vita scappata dal nulla. [...] Mi si è fermato il cuore. [...] E se nascere non ti piacesse? Come faccio a sapere che non sarebbe giusto buttarti via? [...] Io temo il niente, il non esserci, il dover dire di non esserci stato, sia pure per caso, sia pure per sbaglio. [...] E se allargò questo alla vita, al dilemma nascere o non nascere, finisco con l'esclamare che nascere è meglio di non nascere!

Oriana Fallaci, *Lettera a un bambino mai nato*.

2.1 La situazione in Italia

Fino a pochi anni fa il fenomeno delle “madri adolescenti” in Italia era “invisibile” sia socialmente sia statisticamente (Marchegiani, Grasso, 2007). Le statistiche internazionali fanno emergere che il fenomeno delle madri adolescenti è in aumento. Nel mondo ci sono 14 – 15 milioni di madri adolescenti con un’età compresa tra i 15 ed i 19 anni (il 10% della popolazione mondiale) (Who-Geneve, 2007). I paesi con un’alta percentuale di madri adolescenti sono: Stati Uniti D’America (7%), Regno Unito (6%), l’Austria (5,8%), Canada (3,6%). Focalizzandoci sull’area europea, seguendo i dati Eurostat (Save the Children, 2011), le percentuali sul numero dei nati da madre adolescente nel 2008 sono: Gran Bretagna (6,34%); Francia (2,80%); Italia (1,77%). I dati forniti dall’Eurostat (Tab. 2), che raffrontano gli anni 1998–2008, mostrano come il fenomeno delle madri adolescenti in Italia sia abbastanza circoscritto rispetto al numero totale delle nascite.

	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Nati (Totale)	568857	576659	563933	560010	554022	562599	544063	538198	535282	543144	537239	532824
<15	-	7	3	6	3	8	2	1	3	30	47	3
15	-	33	31	24	27	29	37	24	27	45	55	13
16	-	862	758	770	816	842	788	805	874	933	884	816
17	-	1612	1535	1547	1661	1654	1565	1633	1555	1857	1847	1599
18	-	2948	2737	2701	2749	2751	2645	2862	2641	2952	2853	2513
19	-	4732	4516	4476	4386	4521	4193	4317	4348	4830	4843	4345
15-19	-	10187	9577	9518	9639	9797	9228	9641	9445	10617	10482	9286
<18	-	2514	2327	2347	2507	2533	2392	2463	2459	2865	2833	2431
<20	-	10194	9580	9524	9642	9805	9230	9642	9448	10647	10529	9289
% nati <18	-	0,44	0,41	0,42	0,45	0,45	0,44	0,46	0,46	0,53	0,53	0,46
% nati <20	-	1,77	1,70	1,70	1,74	1,74	1,70	1,79	1,77	1,96	1,96	1,74

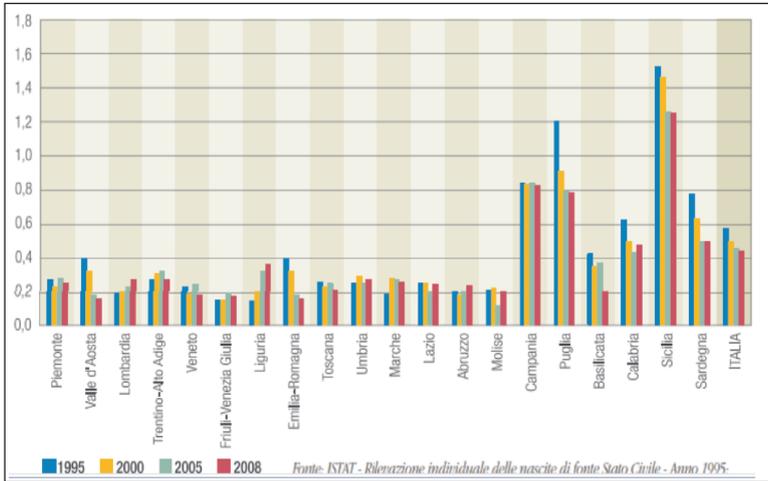
Fonte: Eurostat, Anni 1998-2009.

Tab. 2: incidenza dei nati da madri minorenni e da madri minori di 20 anni, sul totale delle nascite in Italia.

Il numero di nati da madri che non avevano compiuto i 20 anni era pari a 9.289 unità nel 1998 e a 10.194 nel 2008.

Prendendo in considerazione la distribuzione geografica del fenomeno delle madri adolescenti, dall’analisi ISTAT, emergono sensibili

differenze tra le quote dei nati da madri minorenni (≤ 18 anni). La percentuale è più consistente nelle regioni del mezzogiorno e isole, rispetto al resto del paese. In particolare il fenomeno risulta maggiormente diffuso in Sicilia (1,2%), Puglia (0,8%), Sardegna (0,5%) e Calabria (0,5%) (Tab. 3).



Tab. 3: andamento della quota di nati da madri minorenni sul totale delle nascite per regione di residenza.

Pur attestandosi sempre su percentuali basse, per cui le differenze di frequenza non raggiungono la significatività statistica, si rileva come in alcune regioni del nord, come la Lombardia (0,1% - 0,3%) e la Liguria (0,1%-0,3%), appaia una tendenza ad un aumento del fenomeno tra il 2005/2008.

Questo incremento, che rappresentava un dato molto irrilevante, data la percentuale molto bassa, si è modificato sensibilmente dal 2007 al 2013. Infatti a seguito di una ricerca promossa dalla FAV (Fondazione Ambrosiana per la Vita) si è notato che dal 2007 a oggi l'incremento di nascite di bambini con madri con età inferiore ai 21anni rispetto al quinquennio precedente è stato tra il 10-20%, con picchi nel 2008 e nel 2011. Anche nel 2012 e nel 2013 il numero di casi all'anno si è mantenuto superiore alle 2000 nascite.

Nel 2012 e 2013 i dati Istat mostrano anche un preoccupante aumento delle gravidanze under 15. La Lombardia si situa così, al quarto posto, dopo Sicilia, Campania e Puglia, per numero di nati da madri con età compresa tra i 14 e i 17 anni, ed è quindi la Regione settentrionale con il più alto tasso di madri adolescenti².

Osservando l'età dei padri si evidenzia che nell'Italia Nord-Centrale le ragazze adolescenti tendono ad avere partner più grandi, con una percentuale tra il 9,97%-13,92% che riguarda i padri con età compresa tra i 30/34 anni. Le percentuali dei partner minorenni o comunque con un'età compresa tra i 18 e 19 anni sono piuttosto basse rispetto al Sud e nelle Isole. Vi sono poi, i padri con età "non indicata", dato che presumibilmente rispecchia i casi di non riconoscimento dei figli. Al Nord e nell'Italia Centrale questa percentuale è più elevata rispetto all'Italia Meridionale ed Insulare.

In generale il fenomeno della maternità adolescenziale è collegato all'inizio precoce dei primi rapporti sessuali in adolescenza.

Sebbene l'età del matrimonio si stia spostando sempre più avanti, l'età dei primi rapporti sessuali si sta sempre più abbassando. Una rilevante e, crescente nel tempo, percentuale di adolescenti ha oggi un'attività sessuale ben prima della completa maturazione psicofisica e del consolidamento dei rapporti affettivi. L'HBSC Study (Health Behavior School Aged Children) del 2001-2002 riporta che a 15 anni, in media nei paesi europei, il 28,1% dei ragazzi ed il 20,2% delle ragazze ha già avuto rapporti sessuali (Who-Europe, 2004). Inoltre, molti giovani non usano o usano in modo inappropriato i contraccettivi, avendo il 90% in più di probabilità di incorrere in una gravidanza indesiderata prima dei 20 anni (Sieving *et al.*, 2005).

Secondo l'Osservatorio Nazionale sulle Abitudini Sessuali e i Comportamenti Contraccettivi della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia del 2009, in Italia solo lo 0,3% delle under 19 possiede una buona educazione sessuale e la "prima volta" è senza precauzioni con-

2 Progetto *Madre Adolescente: due minori a rischio*. Sostegno alla genitorialità in adolescenza per la tutela dei minori promosso dalla FAV (Fondazione Ambrosiana per la Vita) in collaborazione con l'Unità Operativa della Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano e il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli studi Milano - Bicocca. FEBBRAIO 2011-FEBBRAIO 2014.

traccettive per un adolescente su tre; mentre il 30% continua a sfidare la sorte, senza utilizzare alcun metodo contraccettivo oppure facendo affidamento sul coito interrotto (20%).

I diversi studi sopraccitati convergono nell'indicare che gli adolescenti sono spesso in condizioni di rischio sessuale, voluto o accidentale, comprendente le gravidanze precoci, aborti volontari per la paura e il rischio di gestione non sicura di una gravidanza, e malattie sessualmente trasmesse.

Pertanto, nonostante nei paesi industrializzati si registri un aumento d'istruzione e delle politiche pubbliche di contesto volto a prevenire problemi adolescenziali, il fenomeno delle gravidanze precoci resta di tutto rilievo (Alan Guttmacher Institute, 1998).

2.2 *Rischio nella madre adolescente*

Il problema della gravidanza e della genitorialità in età adolescenziale negli ultimi decenni ha stimolato una molteplicità di studi e di ricerche che non sempre hanno condotto a risultati concordi a proposito dei possibili fattori di rischio per le madri e per i bambini. Infatti, occorre tenere presente che, se i primi risultati presentavano dati particolarmente allarmanti sulle conseguenze delle gravidanze adolescenziali, riferendoli essenzialmente al fattore età, successivamente si è osservato come esso fosse una variabile quasi sempre associata a un contesto socio-ambientale a rischio (Tambelli *et al.*, 2010). Una recente revisione sistematica degli studi prodotti nei Paesi dell'Unione Europea, ha riportato che le condizioni che risultano associate ad un rischio di gravidanza in età adolescenziale sono: gli stati di svantaggio socio economico, i problemi di compattezza / integrità della famiglia d'origine, con ricorrenza in una percentuale rilevante dell'assenza del padre, bassi livelli di istruzione (Inamura *et al.*, 2007). Dagli studi effettuati risulta che molte madri adolescenti vengono da famiglie divise. È quindi evidente che nelle famiglie con gravi problemi le gravidanze tra adolescenti sono più frequenti. Alcuni assistenti sociali hanno riscontrato che spesso le madri adolescenti hanno un rapporto instabile con la madre e nessun dialogo col padre (East *et al.*, 2007).

In base agli studi sopra citati, si constata che nei paesi occidentali la gravidanza in età precoce può essere la conseguenza di vari fattori

tra cui la povertà che espone la ragazza a notevoli difficoltà ambientali tra cui il vivere in aree ad alto tasso di crimine e violenza. A volte una gravidanza precoce può essere il frutto di una disinformazione sui metodi contraccettivi, altre volte può essere conseguenza di uno stupro, altre volte ancora può essere la conseguenza di una volontà inconscia dell'adolescente di vivere quella "vera" famiglia che non ha mai avuto, dalla quale ricevere amore e attenzioni, cercando di colmare così quel vuoto affettivo attraverso un figlio (Ammaniti *et al.*, 1999). Oltre a queste situazioni, vi è anche una grave difficoltà nel parlarne con i genitori, anche se essi ammettono il principio delle relazioni sessuali. Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1986) ha più volte ribadito l'importanza dello studio della "ecologia dell'ambiente di vita" e studiare l'ambiente di vita vuol dire anche poter conoscere approfonditamente le caratteristiche della famiglia di origine dell'adolescente, la rete delle relazioni che si determinano al suo interno, le regole di riferimento, le modalità con le quali si affrontano le tensioni, le novità, i problemi.

I nuclei familiari delle ragazze madri adolescenti non sono sempre in grado di offrire quel sostegno di natura sia pratica sia affettiva di cui esse hanno bisogno in questo delicato momento della loro vita. Quando comunque questo avviene, è stato riscontrato che il sostegno offerto dalla propria madre in una situazione di convivenza, provoca spesso un clima di tensione e conflitto che non aiuta lo sviluppo della competenza genitoriale. Il sostegno materno favorisce una genitorialità più adeguata solo se l'adolescente e la propria madre vivono in contesti abitativi diversi. Ciò, tuttavia, è raramente possibile, dal momento che le adolescenti, nella maggior parte dei casi, non hanno ancora una propria autonomia lavorativa, né possono contare sull'aiuto dei propri partner, che spesso sono figure assenti o si allontanano progressivamente con il crescere del figlio (Ammaniti, 2001).

Nella situazione italiana, nella classe media, i partner vengono per lo più accolti nella famiglia materna in seguito alla notizia della gravidanza e dopo un conseguente "matrimonio riparatore". Ma anche questa rapida e forzata annessione pone una serie di problemi relazionali che si ripercuotono sulla vita della coppia e, conseguentemente, sull'allevamento del figlio.

Molto spesso, però, per timore dello scandalo, la famiglia non accetta la gravidanza della propria figlia. In questo caso i centri di acco-

glienza possono ospitare le adolescenti madri, prepararle al loro nuovo ruolo e sostenerle.

L'evento nascita nelle adolescenti si accompagna, comunque, a situazioni a rischio, connesse in modo rilevante da un lato all'impossibilità/incapacità della giovane madre di accedere ai servizi materno-infantili e dall'altra all'effettiva capacità dei sistemi sociali e sanitari di farsi carico dell'insieme delle problematiche che questo fenomeno può comportare.

Una relazione madre-bambino più problematica alla nascita impone alla madre maggiori difficoltà e sfide nell'accudimento quotidiano, nel raggiungimento di una sintonia interattiva e nella costruzione di una relazione affettiva; così, la diade madre-bambino è maggiormente esposta a difficoltà e fallimenti relazionali, soprattutto se la madre è molto giovane.

Oltre ad incorrere in diversi fattori di rischio, legati al proprio status, il genitore adolescente, si ritrova la responsabilità di guidare il proprio bambino nel suo sviluppo evolutivo, prima ancora che l'adolescente stesso abbia avuto l'opportunità di maturare e sviluppare un'identità autonoma.

La gravidanza stessa, può corrispondere al tentativo illusorio di superare contrasti o difficoltà identificatori, con il desiderio di dimostrare un corpo funzionante come quello materno oppure una fuga in avanti per sfuggire attraverso una gravidanza a dinamiche complesse di crescita ed individuazione nei confronti dei propri genitori; tutto ciò con effetti paradossali che comportano, in realtà, una difficile dipendenza dalle figure genitoriali, materna in particolare.

Un'altra area di studi è quella che riguarda le risorse personali delle madri adolescenti. In questo ambito, una variabile determinante per lo sviluppo di un'adeguata competenza genitoriale sembra essere: la "*self individuation*" (Ammaniti, 2001), intesa come capacità di potersi differenziare dalla propria madre, sviluppando ambiti di funzionamento autonomo sia dal punto di vista psicologico sia pratico. L'assenza di tale capacità può comportare l'utilizzazione di modalità adesive e confusive nell'ambito della relazione con la figura materna, modalità che tenderanno ad essere utilizzate anche nell'interazione con il proprio figlio.

Tra i fattori di possibile rischio, che riguardano le risorse personali, si collocano anche l'assenza di adeguate capacità intellettive materne, che può comportare una mancanza di conoscenze e di aspettative

realistiche per il figlio, e bassi livelli di autostima e di orientamento verso la maternità.

Per effetto di una gravidanza in giovane età si possono avere anche conseguenze sul piano sociale. Per la madre, queste sono rappresentate principalmente dal venir meno delle possibilità di istruzione scolastica e, di conseguenza, delle future possibilità di occupazione ed inserimento nel mondo del lavoro. Diversi studi, infatti, hanno dimostrato bassi livelli di istruzione e ridotte aspirazioni di carriera o vocazione professionale nelle madri adolescenti (De Nisi *et al.*, 2008).

All'interno di questo contesto si possono facilmente riprodurre le condizioni che favoriscono una seconda gravidanza a distanza di poco tempo.

2.3 *Vulnerabilità alla psicopatologia*

I sintomi depressivi durante la gravidanza sono risultati essere correlati a complicazioni del bambino alla nascita e ad una cattiva salute del nascituro (Field *et al.*, 2004). Essi rappresentano anche un forte predittore di una successiva depressione post-partum, influenzando negativamente la genitorialità e le precoci interazioni madre-bambino. Molti studi hanno evidenziato le gravi conseguenze della depressione materna, comportando questa un ritiro e una non risposta ai segnali e alle richieste infantili, tali da determinare nei bambini importanti problemi nell'ambito della regolazione degli effetti e, nei casi più gravi, esponendoli anche a consistenti manifestazioni d'aggressività e maltrattamento da parte delle giovani madri (Ammaniti, 2001). Lo stress parentale è stato correlato ad inefficaci pratiche genitoriali, maltrattamenti dei bambini e trascuratezza e una relazione coniugale scadente. Esso si ripercuote negativamente sulla salute psicologica delle giovani madri. L'età della madre rappresenta un fattore critico ma non decisivo, per quanto riguarda lo stress genitoriale. Ad incrementare quest'ultimo, vi sono anche le ristrettezze economiche, le relazioni sentimentali instabili, i problemi con gli amici e con la famiglia, i limiti di realizzazione e aspirazione cui la madre adolescente va incontro. Tali situazioni stressanti possono compromettere la relazione di attaccamento che la madre instaura con il proprio bambino. Un'alta percentuale di madri adolescenti dichiara di sperimentare livelli di stress clinicamente significativi e più alti rispetto a

madri di età più grande. Un eventuale supporto ricevuto dai partner andrebbe a mitigare tali livelli di stress. Una sicura fonte di stress è data dal fatto che la madre si trova ad affrontare contemporaneamente i suoi compiti di sviluppo e quelli del bambino (Riccio *et al.*, 2012).

Nel caso specifico della maternità in adolescenza, la responsabilità dell'accudimento di un bambino in questa fase, periodo di fisiologica crescita psicologica del sé, contribuisce alla presenza di stimoli depressivi, anche perché in adolescenza si vive naturalmente uno stato lievemente depressivo anche in assenza di una gravidanza o maternità.

Anche l'ansia esperita da un'adolescente che si prepara a diventare madre può avere, se presente in modo persistente ed invalidante, effetti a breve/lungo termine influenzando negativamente la salute mentale della madre e del bambino, nonché la loro relazione (Schiefelbein *et al.*, 2005). Durante la gravidanza un'adolescente molto ansiosa può comportarsi in modo da mettere in pericolo la stessa vita del feto, utilizzando sostanze psicoattive come tabacco, alcol e droghe. L'ansia dovuta alla gravidanza è associata con la possibilità di parto prematuro o può avere influenza sul peso del bambino alla nascita. Un alto livello di ansia durante il terzo trimestre di gravidanza è risultato correlato ad un lento sviluppo psicomotorio del bambino misurato a 12 mesi e allo sviluppo cognitivo misurato a 24 mesi. Gli effetti a lungo termine dovuti all'ansia sono legati alla presenza di sintomi ansiosi nella madre perduranti nel tempo e in modo specifico alla diagnosi di disturbo d'ansia. Le madri adolescenti con psicopatologie mostrano difficoltà nelle interazioni precoci con il loro bambino. Le madri che avevano alle spalle vissuti antisociali erano meno repressive verso i loro figli, e i bambini apparivano più passivi. Tuttavia, le madri depresse apparivano più controllanti piuttosto che non responsive, e i loro bambini avevano un temperamento più difficile e non passivo (Cassidy *et al.*, 1996). Pertanto forme specifiche di psicopatologia portano a diversi tipi di conseguenze sulla relazione madre-bambino.

Le madri adolescenti risultano, inoltre, a rischio per un atteggiamento abusante nei confronti dei figli. Secondo i dati forniti da Bolton (1990) una percentuale che va dal 36% al 51% dei bambini abusati è stata cresciuta da madri adolescenti. L'autore pone in evidenza come ci sono molti fattori in comune tra la "tipica" madre adolescente e il "tipico" genitore abusante: povertà, isolamento sociale e minor comprensione dello sviluppo normativo del bambino.

Risulta, perciò, evidente come la genesi di alcuni disturbi di relazione riscontrati nei primi mesi di vita del bambino sia da ricercare nell'atteggiamento della madre verso la genitorialità.

2.4 *Aspetti psicodinamici e relazioni d'attaccamento in gravidanza*

Il sommarsi delle dinamiche della gravidanza con la conflittualità tipica della fase adolescenziale rende ancora più difficile per l'adolescente incinta il raggiungimento di una stabile identità, di un ruolo definito, non più solo di adulta, ma di adulta-madre all'interno della società (Formica, 1981). L'immagine del proprio corpo cambia doppiamente, ed ogni cambiamento è associato all'elaborazione di un lutto: del corpo infantile per l'adolescente, e del corpo "femminile" che la donna si era costruita prima della gravidanza. Trovandosi ad affrontare nello stesso momento una doppia disorganizzazione, l'adolescente va incontro al rischio di una "confusione d'identità" (Ammaniti *et al.*, 2002): senza aver completato la ricostruzione del periodo critico della pubertà, la ragazza si trova sottoposta ad un ulteriore periodo di disorganizzazione che, invece di stimolare il suo sviluppo, rischia di inibirlo.

Il narcisismo tipico dell'adolescente, che lo porta a concentrarsi su se stessa, fino ad arrivare ad un'ipervalutazione del sé, va nella direzione opposta alla crisi narcisistica tipica della gravidanza, che comporta invece l'incorporazione di un corpo estraneo, il considerare quest'ultimo come parte di sé e contemporaneamente altro da sé, e che infine conduce a tollerare la separazione da lui, al momento del parto (Stern, 1998). L'adolescente, che è ancora coinvolta nell'elaborazione della separazione dai genitori, soprattutto dalla figura materna, vive difficilmente lo spostamento dell'investimento verso nuovi oggetti e la separazione da questi.

Perché la ragazza possa vivere i propri desideri eterosessuali senza angoscia e vedere nella maternità un fine desiderato, è necessario che abbia raggiunto una identificazione positiva o negativa con la propria madre. Molto più pericolosa, invece, sembra essere l'*ambivalenza*, tipica del periodo adolescenziale, specchio del conflitto tra la tendenza a ripudiare la madre e la tendenza ad aggrapparsi a lei per costruire la propria identità separata da quella delle figure genitoriali e che porta l'adolescente a cercare fuori dalla famiglia nuove identificazioni. È il

superamento del processo di separazione – individuazione che una volta compiuto porterà a viverci come una persona diversa dai propri genitori senza più provare sentimenti ambivalenti per loro. Durante l'adolescenza, però, essendo ancora vivo il conflitto con la madre, la gravidanza fa nascere spesso un senso di colpa che conduce ad un bisogno di autopunizione, che può concretizzarsi in tendenze ostili nei confronti del feto, oppure nelle paure che accompagnano la gravidanza, come la paura del parto, la paura di morire o la paura di avere un figlio deforme (Maltese, 1994). Ma è proprio la gravidanza che richiede un avvicinamento alla propria madre per comprenderne ruoli e funzioni. Nelle fantasie e aspettative della gravidanza ci si chiede: *che madre sarò? Sarò uguale o diversa da mia madre? Come sarà il mio bambino? Com'ero io da bambina?*. Il fatto di non aver maturato ancora a pieno una propria identità separata comporterà sicuramente delle difficoltà a rappresentarsi il bambino in quanto separato da sé.

Le motivazioni, soprattutto inconse, che portano una ragazza adolescente a rimanere incinta sono state indagate da vari autori, ma necessitano una contestualizzazione culturale. Mentre negli anni passati la gravidanza indesiderata era frutto di un mancato o scorretto uso di metodi contraccettivi, oggi la situazione si presenta in modo diverso. La separazione tra sessualità e procreazione è concretamente favorita dalla diffusione non solo di una libertà sessuale, socialmente accettata, ma anche dalla legalizzazione e diffusione della contraccezione. È raro, al giorno d'oggi, che la gravidanza sia semplicemente la conseguenza di un fallimento della contraccezione, sulla quale l'informazione è sufficientemente ampia, perciò è più probabile che un'adolescente alla ricerca della propria identità separata dai genitori, abbia la tendenza ad avere una condotta sessuale a rischio.

Le Van (1998) distingue cinque tipi di motivazioni riguardo alla gravidanza in adolescenza. Un primo tipo è considerata alla stregua di un rito di iniziazione, con la funzione di segnalare l'entrata nella vita adulta, o di rassicurazione dell'identità corporea, o dell'autenticità di una relazione amorosa. È la gravidanza ad essere desiderata, ma non il bambino. L'esito di questo tipo di gravidanza è spesso l'interruzione volontaria.

Lo scopo del secondo tipo di gravidanza individuata da Le Van è invece quello di chiedere aiuto, di sollecitare l'attenzione dell'ambiente familiare e del contesto sociale. Queste ragazze non esprimono un

desiderio di gravidanza, ma non adottano consapevolmente nessuna contraccezione. Spesso nelle loro famiglie la sessualità è un tabù, qualcosa di cui non si può e/o non si deve parlare, e, quindi, neanche pensare, affrontare e prevenire.

In un terzo tipo la gravidanza svolge la funzione di garantire uno status socialmente riconosciuto e approvato dal gruppo di appartenenza. Questo tipo di evento è “pubblicamente non ammesso”, ma inconsciamente lo è: il gruppo sociale infatti favorisce implicitamente il precoce desiderio dei due giovani genitori di costituire una famiglia.

Il quarto tipo di gravidanza consiste nell’espressione di un bisogno d’identità. La gravidanza è considerata un “incidente”, valido compromesso tra il desiderio di un bambino e la proibizione sociale. La gravidanza viene portata a termine, e il bambino diviene l’unica ragione di vita e di identità sociale per queste madri.

Al quinto tipo di gravidanza appartengono le gravidanze accidentali, totalmente imprevedute. In questo caso l’incertezza della decisione è molto alta, perché si tratta di ragazze comunque responsabili, che usano la contraccezione in modo adeguato. In questo caso la ragazza sfrutterà tutte le risorse a lei disponibili, come il sostegno del contesto sociale e dei servizi territoriali, ed è probabile che i fattori di protezione prevalgano.

In una meta-analisi è emerso che i bambini figli di madri adolescenti classificati come *sicuri* con l’AAI (Adult Attachment Interview) sono il 40%, contro il 62% dei figli di madri adulte. Gli *insicuri* sono risultati il 33% contro il 15% e i *disorganizzati* il 23% contro il 15%.

Uno dei concetti alla base della teoria dell’attaccamento è quello secondo il quale la qualità della relazione tra madre e bambino è determinata dalla responsività e dalla sensibilità mostrata nei confronti del figlio. Dalla ricerca sopra citata, risultò che le madri il cui stile di attaccamento era risultato *irrisolto/disorganizzato* erano le uniche a non migliorare né la sensibilità né, di conseguenza, lo stile di attaccamento nella relazione col proprio bambino. Un’esperienza traumatica, associata ad uno stile di attaccamento *irrisolto* della madre, può portare ad esperire sentimenti di paura e ansia. Questi sentimenti, conseguentemente, risultano associati a comportamenti che interferiscono con l’efficacia delle interazioni tra madre e bambino, non possedendo le madri la capacità di riparare e correggere queste particolari modalità interattive.

La difficoltà principale che si riscontra nelle madri adolescenti nell'instaurare col proprio bambino un attaccamento sicuro sembra influenzata non tanto dalla particolare storia personale di ciascuna, quanto dalla mancata rielaborazione di questa storia, a differenza delle madri adulte che sembravano soffrire di più l'influenza dell'incoerenza comportamentale ed emotiva della propria madre rispetto alla sua non disponibilità.

La riflessività è la capacità che permette ad una madre di comprendere che esiste la possibilità di scegliere se essere genitore seguendo l'esempio che si è avuto nella propria infanzia, oppure se crescere il proprio bambino in maniera diversa. I bassi livelli di riflessività riscontrati nelle madri adolescenti permettono di trovare il punto di partenza per eventuali interventi di prevenzione. A causa della delicata fase che queste madri vivono, ovvero la fase adolescenziale sommata alla preparazione alla genitorialità, e lo sviluppo cerebrale non ancora del tutto completato, la valutazione oggettiva della propria storia di attaccamento si prospetta particolarmente difficoltosa (Giedd, 2000).

2.5 *Il contesto sociale*

Nel momento in cui una donna si prepara a diventare madre sorgono in lei, accanto a sentimenti positivi, anche paure e dubbi rispetto a vari aspetti del sé, come riflessioni circa la propria competenza genitoriale, aspettative riguardo a questioni pratiche nell'accudimento del bambino e ansie rispetto al nuovo equilibrio che verrà a crearsi nelle sue relazioni dopo la nascita del bambino. In questa fase della vita risulta molto importante che la donna non si senta sola. Diversi tipi di sicurezze provengono dal supporto sociale, che può essere immaginato come una serie di cerchi concentrici che ruotano attorno alla donna e al bambino. Essi sono costituiti dai servizi sanitari, dal personale medico, dalla famiglia d'origine, dagli amici e dal partner.

Per le donne adulte la gravidanza è *culturalmente* accettata, l'accesso alle varie fonti supportive risulta immediato e piuttosto semplice. Nel caso di madri adolescenti, il primo scoglio che si pone loro davanti è che questo evento non è culturalmente accettato. Nel mondo occidentale, rimanere incinta nella fascia d'età che va dai 14 ai 18 anni è considerato un incidente, una cosa non positiva, un problema (Franzo-

ni, 2004). L'accesso a tutte le fonti di supporto può risultare allora problematico, sia per il sentimento di vergogna provato dalla ragazza madre, sia per il fatto che risulta più facile per la giovane donna non sentirsi accettata e ammessa ad essere una madre in piena regola. La ragazza potrebbe, oltretutto, voler negare a sé stessa la possibilità di essere rimasta incinta minimizzando i sintomi, per paura di affrontare l'argomento con i genitori: in questo modo allontana il momento della diagnosi e riduce il numero delle possibili decisioni da prendere.

La prima "fonte di supporto" alla quale una ragazza incinta fa riferimento è la propria famiglia, soprattutto la propria madre, però, sebbene le abitudini familiari siano molto cambiate negli ultimi anni, non sempre le adolescenti si sentono aiutate dalla propria famiglia. Quando un'adolescente incinta decide di tenere il bambino, tutti i membri della famiglia risultano coinvolti in nuove relazioni e responsabilità. Dal momento che la maggioranza delle madri adolescenti rimane a vivere con i genitori dopo la nascita del bambino, l'identità materna della ragazza, il suo modo di accudire il bambino e il suo ritorno a scuola sono influenzati, positivamente o negativamente, dal sostegno offerto dai genitori e dal grado del loro coinvolgimento nella cura del nipote (Sadler, Clemmens, 2004). Nei casi in cui il supporto offerto dai genitori è risultato equilibrato, rispettoso e non intrusivo, è stata trovata una correlazione positiva tra questo tipo di supporto e la salute mentale della ragazza, progressi in campo educativo e competenza materna. In altri casi, però, i genitori si sostituiscono alla figlia e ciò causa relazioni tese e problematiche tra l'adolescente e i suoi genitori riguardo ai diversi modi di pensare l'educazione e l'accudimento del bambino dovuti anche alle differenze generazionali. Tali rapporti problematici contribuiscono all'insorgenza di sintomi depressivi e insicurezza minando la relazione tra la giovane madre e il suo bambino.

In uno studio, che ha seguito diverse famiglie di madri adolescenti dalla nascita ai dieci mesi del bambino (Smithbattle, 2003-2005), sono emerse due tipologie di famiglie: quelle con *sfavorevole etica di cura* e quelle con *etica della responsività*. Le prime sono caratterizzate da competizione e conflitto verso il bambino. Spesso un clima di sfiducia si intensifica dopo la nascita del bambino, portando i genitori ad aumentare il loro controllo e autorità nell'accudimento del nipote. La ragazza finirà col chiedersi "di chi è questo bambino?", "perché non riesco a far nulla di buono per lui?". La conseguenza di questa dinamica

familiare è l'isolamento della ragazza, l'allontanamento dalla cura del bambino, cosa che non fa altro che confermare i timori e le accuse dei genitori riguardo alla sua incompetenza. Questo circolo vizioso lecita maggiormente i nonni materni ad assumere maggior controllo sul bambino.

Nelle famiglie dove esiste un'*etica della responsabilità* si condivide la cura e la crescita del bambino senza alcuna competitività. In queste famiglie i nonni materni tengono in considerazione le potenziali capacità della figlia come madre, la incoraggiano ad apprendere dall'esperienza e assistono alla crescita della relazione tra la figlia e il suo bambino in modo responsivo piuttosto che critico e giudicante.

All'aumento di aiuto fornito dalla nonna materna nell'accudimento del bambino, diminuivano la competenza genitoriale e gli atteggiamenti accuditivi della neo-madre la quale aveva più difficoltà nel comprendere i ruoli familiari, sviluppare l'empatia nei confronti dei bisogni del bambino e le aspettative sul suo sviluppo. Ciò la faceva concentrare maggiormente sul suo sviluppo "abbandonando" il bambino alle cure dei nonni.

Un'altra fonte di sostegno per le madri adolescenti e i loro bambini è costituita dal gruppo dei pari. Gli amici sembrano giocare un ruolo importante quando la madre adolescente sente il bisogno di confidarsi con qualcuno rispetto alle proprie emozioni o semplicemente raccontando le attività quotidiane. Spesso, però, il gruppo dei pari si sente impreparato ed inadeguato ad assistere e sostenere la giovane amica, e dall'altro lato la neo-mamma ricerca l'aiuto di persone competenti sulla maternità come la propria madre o persone adulte in grado di fornirle un adeguato modello di identificazione.

Il compito principale che la madre adolescente deve affrontare, difficilissimo alla sua età, è comprendere i propri limiti, riconoscendo la sua potenziale, sana e naturale incapacità, e permettendosi quindi di sfruttare, per il bene suo e del proprio bambino, tutto l'aiuto che le viene offerto. Se una madre adolescente riesce in questo compito diminuisce lo stress dovuto alla precoce genitorialità e si costituiscono i presupposti per lo sviluppo di una buona relazione genitore-bambino.

2.6 Rappresentazioni nelle interazioni precoci madre-adolescente-bambino

I nove mesi di gestazione si accompagnano a cambiamenti gradualmente che riguardano il corpo e la mente nella loro complessità. Questo tempo, necessario alla maturazione e completo accrescimento fetale, è altresì necessario alla maturazione delle competenze genitoriali che sono alla base del legame madre-figlio.

Dinora Pines (1977) scriveva “*diventare genitori è presagito nel gioco e nella fantasia dei primi anni di vita. Il desiderio di un figlio è presente prima che esista alcuna possibilità fisiologica di procrearne uno*”. Nel mondo della bambina, occuparsi di un bambino, rappresenta nel gioco la realizzazione di fantasie di identificazione con la propria madre, ove il bambino-bambola contiene aspetti di sé che riguardano la relazione di accudimento sperimentata nel corso dell’infanzia.

La gestante vede trasformarsi da figlia a madre del proprio bambino e ciò causa una vera e propria destrutturazione e riorganizzazione del proprio senso di identità alla ricerca di un nuovo assetamento.

Diventare madre è un lavoro fisico e mentale che si svolge durante tutti i nove mesi di gestazione, tempo indispensabile all’attesa, alla preparazione e costruzione di un immaginario che contempra “il bambino che verrà”. Molto spesso si mette in atto un percorso all’indietro: la donna per diventare madre torna lei stessa bambina, usando un linguaggio tecnico, “regredisce”: torna indietro per recuperare il suo essere stata bambina e si identifica o si discosta volontariamente dalla propria madre a seconda del tipo di rapporto instaurato. Alla nascita fisica del bambino corrisponde la nascita psicologica della mamma.

La genitorialità di per sé è un fenomeno molto complesso e quando tale complessità si intreccia con la complessità dell’adolescenza, il quadro che ne risulta è molto articolato e sfaccettato.

Considerando la *riflessività* come una caratteristica che permette alla giovane madre di rendersi conto che esiste la possibilità di scegliere se essere una madre simile o diversa dalla propria e di comprendere che i bisogni e i desideri del bambino possono essere diversi dai propri. In uno studio americano su madri adolescenti (Brophy, Herb *et al.*, 1999) è emerso che alcune delle madri coinvolte dimostravano una certa difficoltà a “decentrarsi” da se stesse per concentrarsi sui bisogni del bambino. Questi bassi livelli di riflessività spesso portano queste madri adolescenti a comportarsi, nei confronti del proprio bambino, in

modo più simile ad un coetaneo senza figli, piuttosto che ad una madre. Un altro dato emerso dimostra come le ragazze con più alti livelli di riflessività fossero anche le più inclini ad usufruire di un intervento il cui obiettivo era quello di migliorare la genitorialità. Ciò a dimostrazione che la riflessività implica anche la capacità di operare razionalmente sul proprio passato e sull'influenza di questo nell'attualità, permettendo al soggetto di riconoscere i propri limiti e accettarli.

Dalla letteratura (Ammaniti, Candelori, Speranza, 1997) emerge come le interazioni madre adolescente-bambino siano quantitativamente e qualitativamente più povere rispetto alle madri in età adulta, caratterizzate da un'estrema limitazione delle comunicazioni verbali, da tendenze punitive e da una frequente svalutazione delle competenze cognitive e comunicative e di ciò ne risente il temperamento del bambino considerato più difficile.

Un altro risultato importante emerge da un'altra ricerca (McClure, Martinez *et al.*, 1996) che dimostra come le madri adolescenti intervengano in misura significativamente minore nelle situazioni di pericolo per il loro bambino. Nonostante ciò, alla vista di fotografie raffiguranti situazioni di pericolo, le madri adolescenti ritenevano che gli eventi raffigurati sarebbero "finiti male" in misura maggiore rispetto alle madri adulte. Una possibile spiegazione di questo dato potrebbe essere l'inesperienza delle madri più giovani rispetto alle quotidiane situazioni di pericolo e alle loro conseguenze.

Un risultato inaspettato riguarda l'influenza della madre sul padre adolescente. In questo studio i padri si comportavano con i propri figli in un modo che rifletteva come loro erano stati trattati dalle loro partner. Pertanto il comportamento ostile dell'uomo verso la propria moglie prediceva il comportamento della donna verso il bambino. Ciò porta a riflettere sull'importanza che detiene la relazione di coppia nel conseguimento di una buona competenza genitoriale, e suggeriscono di intervenire, nel caso di soggetti a rischio, non solo sui genitori e sulla relazione genitori-bambino, ma anche sulla relazione di coppia.

2.7 Essere figli di madri adolescenti

Si notano differenze, anche a distanza di anni, tra figli di adolescenti e figli di donne adulte?

Il fattore più comune che differenzia i figli di madri adolescenti dai figli di madri adulte è la possibilità di diventare a propria volta genitori adolescenti. Da uno studio su una coorte inglese questo evento aveva una possibilità due volte maggiore di verificarsi (Ermisch, Pevalin, 2003). I figli di madri adolescenti a 14 anni d'età evidenziavano che non è la madre in sé che predice i diversi esiti, quanto la bassa condizione socioeconomica e un'eventuale sintomatologia depressiva della madre. La capacità cognitiva durante l'infanzia è, infatti, influenzata dagli stimoli ricevuti in età prescolare all'interno e all'esterno dell'ambiente familiare. I bambini nati da madre adolescente spesso vivono in condizioni ambientali svantaggiate caratterizzate da povertà, alto livello di disoccupazione o un'elevata difficoltà a mantenere un posto di lavoro; conseguentemente tale condizione porta a un elevato livello di stress (Maynard, 1997). Questo tipo di ambiente a rischio comporta, da parte del genitore adolescente, una pratica genitoriale non ottimale e una scarsa conoscenza dello sviluppo del bambino, rispetto alle madri adulte.

I figli di madri molto giovani corrono il rischio di essere esposti ai rischi del maltrattamento, della violenza, degli abusi e degli abbandoni ed essi stessi, una volta cresciuti, hanno maggiori possibilità di assumere atteggiamenti di delinquenza giovanile. In particolare sono state riscontrate differenze di genere: i maschi nati da madre adolescente sono a rischio per uso/abuso di droghe, partecipazione a gang, disoccupazione e genitorialità in adolescenza; le femmine nate da madre adolescente risultano a rischio di una genitorialità precoce, in particolare nel caso di madri non sposate.

Per quel che riguarda la qualità delle interazioni madre adolescente-bambino, in generale sono descritte relazioni più povere rispetto alle madri in età adulta, con minore ricchezza della comunicazione verbale, con tendenze punitive e con frequente svalutazione delle competenze cognitive, comunicative, e d'interpretazione del temperamento del bambino, considerato difficile. Sono stati osservati anche fenomeni di valutazione esagerata, idealizzata, poco corrispondenti alla realtà effettiva del piccolo. L'attaccamento di questi bambini alle giovani madri è di tipo evitante e disorganizzato, a causa di una scarsa disponibilità sul piano emozionale materno (Boscolo, 2008).

Durante la gravidanza le adolescenti esprimono poche preoccupazioni materne, esse appaiono meno espressive, meno positive nei loro atteggiamenti, vocalizzano meno rispetto alle madri adulte. Se hanno

spesso una capacità di giocare con il bambino, si dimostrano per lo più intrusive, meno sensibili ai suoi bisogni (Ammaniti *et al.*, 2000).

La qualità delle relazioni che s'instaurano tra le madri adolescenti e il loro bambino risultano in funzione del livello d'individuazione e differenziazione che la madre adolescente ha raggiunto. Un maggior processo di separazione-individuazione della giovane madre determina migliori abilità di cura, collegate a esiti positivi nel piccolo, ed è correlato alla responsività materna e ad un attaccamento sicuro, promuovendo a sua volta il processo di separazione-individuazione nel bambino, la sua autonomia, la sua indipendenza e asseconda il suo bisogno di esplorazione (Aiello, Lancaster, 2007).

Nelle diadi con le giovani madri è molto forte l'influenza della famiglia di origine che ostacola la madre nella funzione di caregiver principale (Frodi *et al.*, 1990). La scelta di continuare la gravidanza e assumersi questa enorme responsabilità è molto importante ed è importante dividerla anche con la famiglia perché un figlio in età adolescenziale influenzerà anche la vita dei futuri nonni. In questo caso uno dei rischi più frequenti per il bambino è di trovarsi nella condizione di avere a che fare con più figure che danno indicazioni educative differenti tra loro. Questo potrebbe generare confusione nel piccolo che non saprebbe più a chi dare retta e nel tentativo di uscire dalla confusione potrebbe mettere in atto comportamenti difficili da gestire con capricci eccessivi o atteggiamenti oppositivi-provocatori. La stessa confusione del bambino, potrebbe essere sperimentata dagli adulti che potrebbero trovarsi nella condizione di non sapere quale ruolo assumere nella famiglia: la mamma del bambino potrebbe continuare nel suo ruolo di figlia e la nonna finire per essere la mamma della figlia e del nipote. Se non è chiaro il ruolo di ognuno, non sono chiari nemmeno i compiti di ognuno all'interno della famiglia.

Ciononostante, la motivazione a esplorare e padroneggiare l'ambiente è molto più forte nei bambini nati dalle madri adolescenti rispetto a quelli delle madri adulte; sono inoltre bambini più ostinati, anche se meno positivi durante il gioco, poiché lo sviluppo socio-emotivo è compromesso dalla presenza di plurime figure di caregiving.

Una ricerca (Penny *et al.*, 1993) ha evidenziato che le madri adolescenti hanno un minor livello di autostima e sono maggiormente a rischio di depressione. Una minor autostima si correla con una minor conoscenza dello sviluppo del bambino, una minor tendenza ad una

relazione caratterizzata dall'empatia, una tendenza all'inversione dei ruoli, a elevate aspettative di sviluppo del bambino e ad un maggior uso di punizioni corporali.

D'altronde è stato ampiamente dimostrato che è difficile essere genitori quando ancora si sta cercando di costruire la propria identità e autonomia; è difficile dare sicurezza quando non ci si sente ancora sicuri; è difficile essere autorevoli quando si è ancora in quella fase della vita in cui si sta ancora facendo il braccio di ferro tra voglia e libertà, autonomia e regole. Quindi le giovani mamme fanno fatica ad assumere il ruolo autorevole di genitore e si spostano perlopiù verso un ruolo fraterno, favorito dalla vicinanza d'età verso il figlio.

Loro crescono con i loro figli e attraversano con loro quelle tappe del ciclo di vita che, per loro, hanno avuto una sorta di interruzione a livello psicologico, con l'essere diventati genitori. Può, perciò, accadere che a distanza di 10/15 anni, in concomitanza con l'adolescenza del figlio, ci si ritrovi a voler riprendere, in modo in parte consapevole, quella tappa del ciclo di vita lasciata a metà.

Madre e figlio non sapranno bene quale ruolo giocare l'uno nei confronti dell'altro e ciò porta ad uno stile di attaccamento insicuro - ambivalente: avendo sperimentato l'imprevedibilità della figura di attaccamento, tentano di mantenere con lei una vicinanza strettissima, rinunciando a qualsiasi movimento esplorativo autonomo.

3. Figura paterna

Il percorso che porta ad una sana scelta genitoriale vede separate nel tempo la possibilità fisica e psichica di diventare genitori. Il periodo di tempo che separa la possibilità fisica dalla possibilità psicologica di diventare genitori coincide con l'adolescenza. Il corpo appare potenzialmente pronto per procreare, ma per essere madri e padri occorre una rielaborazione dei propri vissuti infantili.

Con l'insorgere di una gravidanza la coppia si trova ad affrontare un periodo bello quanto ricco di difficoltà. L'uomo e la donna vivono in modo diverso questa attesa, e la naturale necessità di stare insieme separatamente nel vivere questa esperienza può mettere a dura prova l'equilibrio precostituito di questa coppia.

Davanti alla scoperta di diventare padre, un ragazzo si sente impau-

rito e impotente perché alla sua età non ha le risorse per creare una famiglia e per questo tenta di tirarsi indietro proponendo la via dell'aborto o abbandonando la partner. Ciò è perché anche lui ha bisogno d'essere rassicurato e la sua reazione è dettata dal timore o da un rapporto occasionale non dettato dall'affetto. Pertanto è la donna che deve prendere l'iniziativa e fare la giusta scelta. L'uomo, infatti, vive un maggior senso di responsabilità nel costruire una famiglia, ed è la donna, con tutto il sistema sociale che la circonda, a doverlo aiutare ad accettare il bambino che verrà, infondendo in lui il senso di paternità.

Inoltre, una volta nato il bambino, la relazione subirà un ulteriore assetamento: la donna diventa la fonte primaria di sopravvivenza del bambino, ella è quasi del tutto assorbita dalla sua relazione col nascituro, a scapito della relazione con il partner. Questo momento di fisiologico disequilibrio tra l'essere donna e l'essere madre, può indurre nel compagno/padre vissuti di esclusione da questa nuova e precaria coppia (Carli, 1995). Non risulta pertanto semplice l'impresa che i neo-genitori devono affrontare nel passaggio dall'essere in due all'essere in tre.

La letteratura sulla genitorialità in adolescenza si è concentrata prevalentemente sul ruolo materno, come fattore che maggiormente influisce sullo sviluppo del bambino, trascurando spesso il ruolo paterno, ma anche la possibilità di considerare entrambi i partner contemporaneamente in quanto co-genitori.

Il partner è un'importante fonte di supporto per la madre adolescente. Dalle ricerche in ambito americano e inglese (Bunting, Mcauley, 2004) è emerso che i partner di madri adolescenti hanno in media due o tre anni in più della compagna; come per le madri adolescenti anche i padri tendono a provenire da un livello sociale medio-basso, e spesso continuano una tradizione familiare di paternità in giovane età.

Il grado di coinvolgimento del giovane padre è risultato essere una variabile dipendente dalla relazione della ragazza con il proprio padre (Howard, Lefever, Borkowski, Whitman, 2006): le giovani madri che avevano una buona relazione con il proprio padre erano più propense ad avere una buona relazione anche con il partner. Questo significa che, anche se il rapporto di coppia poteva deteriorarsi nel tempo, queste donne riuscivano comunque a separare i ruoli di compagno e di padre del proprio bambino, favorendo il rapporto tra padre biologico e figlio.

Dalla poca letteratura esistente sui padri adolescenti risulta che, oltre alla difficoltà di assumersi la responsabilità di genitore in giovane

età, il desiderio di questi uomini di essere vicini ai figli nella loro crescita è spesso ostacolato dal rapporto con la compagna adolescente, con i genitori di questa e dalle difficoltà economiche.

I pediatri e gli psicologi hanno dimostrato come, già dalla terza settimana di vita, i bambini sperimentano e reagiscono diversamente alla figura paterna e materna, adottando una postura e comunicazione verbale differente; poiché, infatti, gli intenti con cui le due figure genitoriali si avvicinano al bambino sono diversi, i padri di solito per giocare e stimolare, mentre le madri per accudire e calmare, il bambino partecipa alla relazione e interagisce con loro adattandosi in modo differente a seconda di quale figura gli è più vicina.

La figura paterna aiuta il bambino a comprendere le abilità sociali per vivere nel mondo esterno, il senso del limite e del controllo; lo incoraggia a sostenere la frustrazione e ad esplorare le proprie competenze, assumendo un ruolo centrale nella creazione e sviluppo dell'autostima.

“Se quello che i mortali desiderano potesse avverarsi, per prima cosa vorrei il ritorno del padre ...” così afferma nell’ *Odissea* Telemaco, figlio di Ulisse, esprimendo molto bene la condizione di inquietudine di un figlio che cresce lontano dal padre.

La figura del padre ha un preciso valore nell’architettura relazionale della famiglia in quanto questo è chiamato fin dall’inizio a separare il figlio dalla madre. Il figlio che ha bisogno, nei primi mesi di vita, di una simbiosi profonda con la madre, permarrebbe volentieri per sempre in questa situazione. Ma se rimanesse in questa situazione il figlio non diverrebbe mai se stesso, resterebbe per sempre un’appendice della madre. La presenza e l’intervento del padre invece, lo costringono e lo aiutano ad iniziare il suo autonomo cammino nel mondo.

La separazione dalla madre operata dal padre assume così un carattere “iniziatico” per il figlio che inizia un cammino responsabile nella sua vita.

L’assenza del padre rende più difficile l’ingresso nella società e l’assunzione delle responsabilità che la vita adulta comporta. Il giovane che non ha avuto il padre o figure sostitutive del padre può portare con sé un “vuoto” che vuole essere colmato. Difatti, la correlazione fra mancanza del padre e appartenenza a bande di strada è molto stretta. Tali bande esistono per due scopi: per riempire un vuoto di autorità e soddisfare un desiderio di appartenenza. Ma il giovane senza padre è,

anche, più facilmente preda della società dei consumi e dei suoi prodotti: dall'alcool alle sostanze stupefacenti, dal computer ai prodotti alimentari incorrendo in facili patologie sociali, disturbi psichici e fisco-alimentari (Ferliga, 2005).

Per quanto riguarda le differenze tra maschi e femmine possiamo affermare che il maschio senza padre, se ne è privo fin da piccolo, fatica a sentire le proprie potenzialità maschili ed alcuni psichiatri ritengono l'assenza del padre concausa di disturbi con deficit di attenzione e iperattività, oltre che di violenza causando difficoltà di gestione specie per le giovani madri adolescenti.

La figlia è invece colpita maggiormente negli aspetti psicologici. Fa più fatica ad orientarsi nella relazione con gli altri e affrontare il mondo del lavoro. Si può notare un comportamento esageratamente seduttivo con difficoltà a formare rapporti sani e durevoli con gli uomini.

Tutti i bambini vivono con un padre. Anche se nella realtà è assente e il bambino cresce solo con la madre o con i nonni, grazie all'interazione con il contesto sociale e alle prime relazioni precoci con il gruppo dei pari, ogni figlio capirà che in ogni famiglia esiste una figura maschile. Ne chiedono notizia di chi è il loro padre, e in base ai racconti tenderanno a compensare l'assenza del padre con una eccessiva idealizzazione. Si creerà un modello interiore che non corrisponde e mai corrisponderà ad una figura reale. I bambini, è risaputo, hanno una spiccata fantasia e la figura del padre di solito è avvolgente, onnicomprensivo, totalizzante, con cui si condividono desideri e paure. Si dipingono un'immagine nella loro fantasia che li accompagna nella vita; un'immagine che però, spesso, tengono nascosta, sentendosi degli intrusi in famiglia.

La figura immaginaria del padre, però, non assolve i compiti legati allo sviluppo dell'identità di genere e l'orientamento nel mondo esterno imponendo i giusti limiti e restrizioni.

Molto spesso in figli di mamme adolescenti, abbandonate da un compagno che aveva paura di crescere, il nonno può essere un punto di riferimento stabile e ciò può essere rassicurante per madre e figlio rispetto all'incertezza dei cambiamenti veloci e inadeguati all'età a cui vanno incontro queste "giovani donne".

Il bambino vedrà nel nonno quell'immagine maschile presente nelle famiglie dei suoi compagni e che gli permetterà di avere un modello con il quale identificarsi.

Rapaport (1958) descrive quella che lui definisce la “sindrome del nonno” (*grandparent syndrome*), caratterizzata dall’attrazione del nipote verso il nonno tanto da identificarsi in lui. Ciò, di solito, accade perché il nonno è più paziente e tollerante ed è un buon compagno di gioco e confidente. Per questo motivo, se la madre adolescente, in futuro avrà un nuovo compagno, questo tenderà ad essere mal tollerato da suo figlio cresciuto con l’immagine e l’educazione del nonno. In definitiva il ruolo del padre è cruciale per un miglior rendimento scolastico, facilità di gestire i rapporti con i compagni, maggior autocontrollo, minor tendenza alla promiscuità sessuale e per la capacità, da adulti, di costruirsi rapporti di coppia sani ed equilibrati.

Molto spesso si dice che padre non è colui che ci mette al mondo ma colui che ci dà gli strumenti per affrontarlo e quindi per crescere, e pertanto ognuno ha un padre che è presente, che è dentro di noi, nei nostri gesti, nel modo di pensare e nel modo di stare al mondo.

4. Interventi per la relazione madre adolescente-bambino

Una cornice evolutiva nella quale si sono inserite molte proposte d’intervento sulla relazione precoce genitore-bambino è rappresentata dal *modello transazionale* (Sameroff, Chandler, 1975). In questo modello l’individuo è considerato fin dalla nascita all’interno di un sistema internazionale che si dispiega nel tempo mantenendo un’intrinseca continuità. Pertanto, lo sviluppo del bambino è considerato come il prodotto di un’interazione dinamica continua tra il bambino e l’esperienza fornita dalla sua famiglia e dal contesto sociale. L’enfasi sulla multi direzionalità del cambiamento rende necessario, nel corso della strutturazione di un intervento, una localizzazione precisa delle risorse di regolazione che mediano il cambiamento. Attraverso l’esame dei punti di forza e vulnerabilità del sistema educativo del bambino possono essere identificate categorie di obiettivi che minimizzano il campo d’intervento necessario, mentre massimizzano il costo-efficacia.

In alcuni casi sono sufficienti piccole modifiche nel comportamento del bambino per ristabilire una buona regolazione del sistema evolutivo (*riparazione*). In altri casi è più fruttuoso modificare le percezioni del bambino da parte dei genitori (*ridefinizione*). Infine può essere

necessario intervenire relativamente all'abilità dei genitori di prendersi cura del bambino (*rieducazione*) (Sanona, Zavattini, 2006).

Selma Fraiberg (Fraiberg *et al.*, 1975), utilizzando la famosa metafora dei “*fantasmi nella camera dei bambini*”, ha ispirato lo sviluppo di diversi interventi di tipo introspettivo, terapeutici e spesso di lunga durata basati sulla consapevolezza che alcuni genitori, se non supportati, possano rivivere o ripetere i comportamenti di cura dei propri genitori in modo inconscio e involontario. Lo scopo di questi interventi è quello di ristrutturare le rappresentazioni mentali dell'attaccamento dei genitori verso una visione della loro storia personale più sicura ed equilibrata.

4.1 Il VIPP e il VIPP-R

Un particolare tipo d'intervento, sviluppato da Juffer, Bakermans-Kranenburg e van Ijzendoorn del Center for Child and Family Studies dell'Università di Leida (Juffer, Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, 1998), basato sulla teoria dell'attaccamento, si propone di intervenire sia sul comportamento del genitore, sia sulle sue rappresentazioni. L'intervento tramite video-feedback (VIPP: *Video Intervention to promote Positive Parenting*) si propone di promuovere il comportamento sensibile della madre fornendo un video-feedback personalizzato, oltre ad alcuni opuscoli informativi sulle risposte sensibili che si possono dare al bambino in situazioni di vita quotidiana. Il secondo tipo di intervento, VIPP-R, prevede delle discussioni aggiuntive sulle relazioni di attaccamento attuali e su quelle del passato; tali discussioni sono finalizzate ad aiutare i genitori a riconsiderare le proprie esperienze infantili e ad individuare la loro relazione con il legame che stanno sviluppando con il proprio figlio.

I due programmi sono di breve durata e si svolgono a casa del bambino.

L'intervento VIPP prevede che vengano affrontati quattro temi, uno per ogni visita domiciliare: la ricerca di contatto del bambino e il suo comportamento esplorativo, la percezione accurata dei segnali e delle espressioni del bambino, l'importanza di rispondere in modo adeguato e pronto ai suoi segnali ed infine la condivisione delle emozioni e la sintonia affettiva.

Anche ilVIPP-R affronta quattro tematiche, una per ogni visita domiciliare:

1. Le esperienze di separazione vissute dalla madre quando era bambina, e le esperienze di separazione vissute dal proprio figlio nel presente;
2. Il comportamento dei genitori nei suoi confronti durante l'infanzia e il proprio comportamento attuale come madre nei confronti del bambino;
3. Il modo in cui è avvenuto il distacco dai genitori durante l'adolescenza e come sono cambiate le relazioni con i genitori, le esperienze attuali con i propri genitori e le aspettative che la madre ha sulla relazione futura con il proprio figlio;
4. Il legame esplicito tra "essere figlia dei miei genitori" e "essere genitore di mio figlio".

I primi risultati nello studio di Bakermas-Kranenburg e collaboratori, sull'efficacia di tali interventi, indicarono che sono efficaci nel promuovere la sensibilità del genitore. Mentre ilVIPP si è rivelato più efficace con le madri distanzianti, con ilVIPP-R ne hanno tratto maggior beneficio le madri con attaccamento invischiato/ansioso/resistente.

4.2 Intervento con madri adolescenti

L'intervento con madri adolescenti presenta più difficoltà per gli operatori, rispetto ad un intervento con madri adulte, perché

la domanda che le gestanti adolescenti rivolgono all'ambiente, servizi o famiglie, è di tipo infantile, dipendente: senza impegnarsi né assumersi responsabilità, si aspettano tutto dall'esterno, avanzano pretese di tipo concreto – un lavoro e un tetto – mentre rifiutano ogni altro tipo di aiuto psicopedagogico offerto dalle strutture di accoglienza, ritenendolo un'ingerenza indebita (Marchegiani, Grasso, 2007).

In ambito italiano ci si è occupati della gravidanza in adolescenza solo in anni relativamente recenti.

La FAV (Fondazione Ambrosiana per la Vita), in collaborazione con l’Ospedale San Paolo di Milano, nell’ambito di una convenzione, stipulata grazie al contributo della fondazione Cariplo, istituita a fini di ricerca tra il Dipartimento di Psicologia dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca e la cattedra di Neuropsichiatria Infantile, da Febbraio 2011 a Febbraio 2014 ha attivato un progetto d’intervento, accompagnamento e sostegno su 58 madri di età compresa tra i 16 e i 21 anni, durante la gravidanza e nel periodo successivo al parto per i primi due anni di vita del bambino.

L’ambulatorio “Accompagnamento alla Crescita” attivato presso l’Ospedale San Paolo, si rivolge alle madri adolescenti ed ai loro partner con lo scopo di “*accompagnarli*” nella crescita del proprio figlio durante il primo anno di vita grazie all’intervento di neuro psicomotriciste e psicologhe.

La dott.ssa Crugnola, responsabile del progetto, spiega:

Lo scopo di tale progetto era quello di aumentare la responsabilità della madre verso il bambino diminuendo stati di ansia e depressione; di favorire la creazione di un legame di attaccamento sicuro prevenendo il rischio di maltrattamento nel bambino; fornire informazioni ai genitori sulle cure del bambino; favorire l’integrazione dell’esperienza materna con il processo di costruzione della propria identità adulta prevenendo eventuali problematiche psicopatologiche.

Il servizio mira anche a facilitare l’accesso alle risorse del territorio, favorire il reinserimento scolastico e l’accesso al mondo del lavoro.

Le madri reclutate sono state valutate in due incontri iniziali tramite l’Adult Attachment Interview (Main, Golwin, 1994) e assegnate al gruppo *sicuro* o *insicuro*.

La seconda fase va dai 3 ai 14 mesi del bambino ed è stata dedicata all’intervento sulle madri classificate come insicure utilizzando il metodo del VIPP – R, che consiste nella videoregistrazione con video – feedback delle interazioni tra la madre adolescente/bambino e discussioni rispetto alle relazioni passate della madre, al fine di favorire una visione bilanciata e realistica delle proprie esperienze infantili.

Durante i vari incontri è stata somministrata l’intervista PDI sulla relazione con il bambino (Bayley, 1969); entro i 12 mesi del bambino è stato somministrato ai genitori il Questionario sul Temperamento

del bambino (Gartstein, Rothbart, 2003). Quando il bambino era di circa 14 mesi, tramite la Strange Situation Interview (Main, Solomon; 1990) è stata effettuata la rilevazione del pattern di attaccamento adottato dal bambino nei confronti della madre.

Dai risultati è emerso che:

- Solo pochi padri hanno seguito il percorso nella sua interezza;
- Il 32% delle madri abita nella famiglia d'origine, in alcuni casi con il partner;
- Il 64% delle madri dichiara di non aver desiderato la gravidanza;
- Il 95% delle giovani madre esaminate è a sua volta una figlia avuta in età precoce;
- Il 90% proviene da contesti familiari a rischio con un livello d'istruzione medio-basso;
- Il 34% è a rischio a causa della depressione;
- Il 30% percepisce un alto grado di stress genitoriale.

Dopo sei mesi dell'intervento si è notato un aumento significativo della sensibilità delle madri e della responsività nella capacità comunicativa con il bambino.

Dopo quattordici mesi dall'intervento, nel 63% dei bambini in carico, si è notato un attaccamento di tipo sicuro e nessun episodio di maltrattamento. Un dato equiparabile a quello della popolazione di mamme adulte non a rischio.

Da questa serie di risultati americani e italiani emerge che l'intervento preventivo è molto efficace nel sostenere precocemente situazioni di genitorialità a rischio grazie anche all'unione di molteplici figure multidisciplinari coinvolte (psicologi, neuropsichiatri infantili, ginecologi, operatori sociali, ...) che hanno preso in carico la madre sotto molteplici punti di vista.

5. La ricerca

Seppur in Italia il fenomeno delle madri adolescenti sia relativamente contenuto rispetto all'America, esso richiede per gli operatori socio – sanitari che lavorano a stretto contatto con queste madri, una particolare attenzione nel farsi carico di queste situazioni critiche, al fine di

facilitare un sano sviluppo sia della madre adolescente che del suo bambino.

In molti casi le gravidanze non sono state pianificate dai giovani genitori e questo comporta che, per alcune giovani madri la maternità rappresenta un'esperienza caratterizzata da aspetti di rifiuto, oppure di panico e dolore.

Per effetto di una gravidanza in adolescenza si hanno anche conseguenze sul piano sociale: meno possibilità di istruzione, minor possibilità lavorative con la possibilità di una seconda gravidanza.

Gli strumenti più utilizzati sono:

1. *Teen Mothers Interview* (Bohr, 2005). è un' intervista semi strutturata che permette di indagare i diversi aspetti che caratterizzano la gravidanza e l'essere madre in giovane età. È divisa in diverse aree tematiche che mirano a comprendere l'esperienza psicologica della maternità in giovane età, la co-presenza di ruoli molto diversi (figlia/madre) in un particolare periodo come quello dell'adolescenza, le relazioni con la famiglia d'origine, la relazione con il partner (laddove vi sia una stabile relazione), l'esperienza scolastica o lavorativa, i fattori di rischio ed i fattori di protezione di questa esperienza come giovane madre. Le ultime domande (area conclusioni) dell'intervista mettono in luce l'asincronia evolutiva, un nuovo concetto che cerca di comprendere come e se, la giovane madre si percepisse e vivesse nel doppio ruolo di figlia e madre, e quali potessero essere i suoi bisogni come ragazza e come giovane madre.
2. *Parenting Stress Index-Short Form* (Guarino *et al.*, 2008). Il Parenting Stress Index (Abidin, 1995) è un questionario rivolto ai genitori per identificare le relazioni genitore-bambino sottoposte a situazioni di forte stress e quindi potenzialmente a rischio di sviluppare comportamenti parentali disfunzionali e/o problemi comportamentali ed emotivi da parte dei bambini.

Lo strumento si basa sull'assunto che lo stress che un genitore sperimenta è frutto di determinate caratteristiche del bambino, del genitore e di una serie di situazioni legate al ruolo genitoriale (Ingegna, 2001).

La validazione italiana del test interessa la sola FORMA BREVE, in quanto strumento estremamente agile e di più immediato valore

pratico in ambito clinico, di facile somministrazione e interpretazione.

Per le sue caratteristiche di analiticità e brevità è indicato come strumento laddove ci si occupi di bambini difficili e di terapia familiare, per poter elaborare programmi di prevenzione mirati alla riduzione dello stress.

3. *Child Behavior Checklist – anni 1½ – 5* (Achenbach, Rescorla, 2001): La CBCL 1½ – 5 anni è una delle scale di valutazione del comportamento infantile più diffuse e utilizzate a livello internazionale sia in ambito clinico, sia di ricerca.

La scala, strutturata sotto forma di questionario, consente di indagare le competenze sociali e i problemi comportamentali dei bambini di età compresa tra 1½ – 5 anni, e viene compilato dal genitore o da chi si prende maggiormente cura del bambino (Cannoni, Allegrini, 2006).

Le scale sindromiche per l'età scolare sono: reattività emotiva, ansia/depressione, lamentele somatiche, ritiro, problemi del sonno, comportamento aggressivo.

Le scale di problematicità globale sono suddivise in problemi internalizzanti ed esternalizzanti; vi è infine una scala totale che indica una problematicità emotivo-comportamentale globale.

Le scale DSM – oriented sono: problemi affettivi, problemi d'ansia, problemi da deficit d'attenzione/iperattività, problemi di oppositività – provocazione, problemi pervasivi dello sviluppo.

4. *MAP – Infant Protocol* (Bohr, 2005): Il Mapping Attributions of Parents Method (Bohr *et al.*, 2005 è un programma di valutazione ed intervento diretto ai genitori di bambini da 0 a 3 anni. È fondato su una metodologia costruttivista che si basa su una valutazione co-costruita con il paziente, collaborativa e terapeutica. Tutto ciò avviene mediante l'integrazione tra metodi osservativi e di video-revisione, con il genitore, di videoregistrazioni di momenti di interazione con il proprio bambino (Chan, Bohr, 2009).

L'Infant Protocol, prevede una sessione in cui si realizza una videoregistrazione della durata totale di circa 30/45 minuti dall'interazione tra madre e bambino.

L'osservatore non interviene, ma definisce solo le attività e consegna il materiale previsto per ogni interazione di *Gioco libero*, *Prova di insegnamento*, *Gioco nuovo* e *Merenda*.

Conclusione

In accordo con la letteratura (Marchegiani, Grasso, 2007; Ammaniti, Baumgartner, Candelori, Pola, Tambelli, 1995b; Ammaniti, Candelori, Speranza, 1997) si considera l'adolescenza della madre *in sé* come un fattore di rischio per l'instaurarsi di una buona relazione madre-bambino. L'intrecciarsi delle complesse dinamiche della gravidanza con i cambiamenti tipici della fase adolescenziale rende particolarmente difficile la costituzione dell'identità materna, poiché va a sovrapporsi a quella dell'immagine di sé come donna anziché esserne la naturale continuazione.

Il concetto di *Asincronia Evolutiva* nasce quando un giovane genitore deve guidare il proprio bambino attraverso il suo processo di sviluppo, prima che il genitore stesso abbia avuto l'opportunità di maturare completamente e coltivare la propria identità autonoma.

Le responsabilità coinvolte nella genitorialità possono, quindi, impedire o cancellare le capacità delle giovani madri per affrontare i compiti di sviluppo fondamentali tipici dell'adolescenza.

Come si è visto dalla letteratura e dai racconti, le giovani madri hanno una difficoltà a percepirsi competenti e a delineare il proprio ruolo genitoriale. Se da una parte vorrebbero staccarsi dalla famiglia d'origine, quasi a volersi prendere il loro spazio d'autonomia (spesso il fatto di essere diventate madri porta queste giovani ragazze a ritenersi già adulte), dall'altra dipendono ancora dal proprio nucleo d'origine specie a livello emotivo in quanto hanno difficoltà a differenziarsi sentendo ancora molto il loro status di figlie, hanno difficoltà a porre i confini tra l'essere madre e l'essere figlia con la conseguente distorta percezione del proprio bambino come un fratello minore, dato il forte ruolo genitoriale dei nonni del bambino.

Queste madri hanno un modo brusco e intrusivo nelle interazioni con i loro figli, faticano a comprendere gli stati mentali del bambino e ad agire di conseguenza. I cambiamenti psicologici che avvengono nel corso della gravidanza spesso non vengono accettati e l'intera esperienza di maternità non evidenzia processi di mentalizzazione³ in

3 Mentalizzazione: capacità consistente nel considerare il comportamento altrui come frutto di stati mentali simili ai propri e come capacità di tenere a mente la

quanto le adolescenti mettono in atto, verso la gravidanza, meccanismi di distanziamento emotivo e negazione.

Nel caso di adolescenti che si preparano a diventare genitori, sarebbe più fruttuoso iniziare gli interventi molto presto, anche prima della nascita del bambino. È noto, infatti, che il processo di genitorialità ha inizio ben prima che il bambino venga alla luce e che i mesi della gravidanza servono ai genitori per sviluppare aspettative, rappresentazioni e rielaborazioni rispetto alla nuova condizione di genitori. La conseguenza di questo processo sfocia nella qualità della relazione che si instaurerà tra ciascun genitore e il proprio bambino. Mentre in soggetti adulti questo processo avviene quasi naturalmente, nel caso di un genitore adolescente il mancato supporto in questi mesi può aumentare l'influenza dei fattori di rischio insiti in questa specifica condizione.

Riferimenti bibliografici

- Abidin R.R. (1995). Parenting stress index, third edition: professional manual. Odessa, FL: psychological assessment resources.
- Achenbach T.M., Rescorla L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Aiello L., Lancaster S. (2007). Influence of adolescent maternal characteristics on infant development. *Infant mental health journal*.
- Alan Guttmacher Institute (1998). *Into a new world: young women's sexual and reproductive lives*. New York.
- Ammaniti M. (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti M. (2001). *Psicopatologia dello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti M. et al. (1999). *Attaccamento e funzione riflessiva in adolescenza. Psicologia clinica dello sviluppo*, 1.
- Ammaniti M. et al. (2000). *Internal working models of attachment during late child-*

mente propria e altrui, ossia di riconoscerne l'esistenza e regolare il proprio comportamento in base a ciò. Il concetto di m. è in gran parte sovrapponibile a quello di teoria della mente, ossia le rappresentazioni mentali esplicite o implicite che, a partire dall'infanzia, ogni individuo si costruisce riguardo alla vita psicologica di sé e degli altri. (Enciclopedia Treccani; Dizionario di Medicina 2010).

- hood and early adolescence: an exploration of stability and change. *Attachment and human development*. Ammaniti M. et al.
- Ammaniti M., Candelori C., Speranza A.M. (1997). Dinamiche psicologiche e culturali delle gravidanze in adolescenza: indagine in un campione italiano. *Psic. Inf. e Adoles.*, 64, 161-171.
- Barnea-Goraly N. et al. (2005). *White matter development during childhood and adolescence: a cross-sectional diffusion tensor imaging study*. *Cereb Cortex*. 12, 1848-54.
- Bayley N. (1969). *Bayley Scales of Infant Development Manual*. New York: Psychological Corporation.
- Bohr Y. (2005). Infant mental health programs: experimenting with innovative models. *Infant mental health journal*.
- Bohr Y. et al. (2005-2006). PCIA-II MAP Treatment Manual: Modifying the Attributions of Parents intervention. Unpublished manuscript, York University & University of Indianapolis.
- Bohr Y. et al. (2012). *The parenting experiences of adolescents*.
- Bolton P.O. (1990). "Normal" violence in the adult-child relationship. *A diathesis-stress approach to child maltreatment within the family*.
- Boscolo L. (2008). *Le madri adolescenti sono a maggior rischio di depressione rispetto alle madri adulte? Spazio Psicologia*.
- Bowlby J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bronfenbrenner U. (1986). *Ecologia dello sviluppo*. Bologna: il Mulino.
- Brophy Herb H. et al. (1999). Reflectivity: key ingredient in Positive Adolescent Parenting. *The Journal of Primary Prevention*, 1, 84-91.
- Bunting L., Mcauley C. (2004). Research review: Teenage pregnancy and parenthood: the role of fathers. *Child and Family Social Work*.
- Cannoni E., Allegrini A. (2006). *Lo sviluppo e la sua valutazione*. Roma: Kappa.
- Carli L. (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cassidy F. et al. (1996). Psychopathology in adolescent mothers and its effects on mother-infant interactions: a pilot study. *Can J Psychiatry*.
- Chan J., Bohr Y. (2009). *Parenting strategies and caregiver-infant interaction: a cross-cultural comparison*. Poster session presented at the annual convention of the American Psychological Association, Toronto.
- Ciairano S. et al. (2006). Dating, sexual activity and well-being in Italian adolescent. *Journal of Clinical child and adolescent psychology*.
- Cicognani E., Zani B. (2003). *Genitori e adolescenti*. Roma: Carocci.
- Dàvila J. et al. (1995). Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 592-600.
- De Nisi M. et al. (2008). *Gravidanze e nascite nelle adolescenti. Anni 2000-2005*.

- Trento: Osservatorio Epidemiologico - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.
- East P.L. *et al.* (2007). Association between adolescent pregnancy and a family history of teenage births. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 39(2), 108-15.
- Erikson E. (2008). *Infanzia e società*. Roma: Armando.
- Ermisch J., Pevalin D. (2003). Does a teen-birth have longer-term impact on the mother? *Institute for Economic and Social Research*.
- Ferliga P. (2005). *Il segno del padre; nel destino dei figli e della comunità*. Milano: Moretti & Vitali. Collana Il tridente. Campus.
- Field T. *et al.* (2004). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 1-14.
- Formica F. (1981). Problemi psicodinamici delle adolescenti in gravidanza. *Rivista di sessuologia*, 5(2), 45-53.
- Fraiberg S.H. *et al.* (1975). Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problem of infant/mother relationship. *Journal of the American academy of child psychiatry*, 7, 41-48.
- Franzoni N. (2004). *La gravidanza in adolescenza e lo sviluppo di cure genitoriali*. Milano: FrancoAngeli.
- Freud A. (1963). The Role of Regression in Mental Development. New York: International Universities Press (tr. it. *La funzione della regressione nello sviluppo psichico*, in Opere vol. 2, Boringhieri, Torino 1978).
- Frodi A. *et al.* (1990). Infant of adolescent and adult mothers. *Journal of adolescence*, 25.98, 363-74.
- Gartstein M. A., Rothbart M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development*, 26, 26, 64-86.
- Giedd J. *et al.* (2000). MRI Assesment of children with obsessive-compulsive disorder or tics associated with infection. *Journal of clinical Psychiatry*.
- Giedd J.N. (2000). Bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 31-34.
- Greenberg S. (1999). L'attaccamento e la psicopatologia dell'infanzia. In J. Cassidy, P.R. Shaver (Eds.). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti, 2002.
- Guarino A. *et al.* (2008). *Parenting stress index-forma breve. Per l'identificazione precoce di sistemi relazionali genitore-bambino stressanti*. Firenze: Giunti O.S.
- Havighurst R.J. (1953). *Human Development and Education*. New York: Longmans Greene.
- Hesse E., Main M. (1999). Second generation effects of unresolved trauma in non maltreating parents. *Psychoanalytic Inquiry*, 1, 481-540
- Howard K.S., Lefever J.E., Borkowski J.G., Whitman T.L. (2006). Fathers in-

- fluence in the lives of children with adolescent mothers. *Journal of Family Psychology*, 1, 31-39.
- Inamura M. et al. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, DOI:10.1093, 630-636.
- Ingoglia S. (2001). *Contributo alla validazione del "parenting stress index" di Abidin in una popolazione italiana*. Palermo: Grifo.
- Juffer F, Bakermans-Kranenburg M.J., Van IJzendoorn M.H. (1998). Interventions with video feedback and attachment discussions: does type of maternal insecurity make a difference? *Infant mental health journal*.
- Le Van C. (1998). *Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues*. Paris: l' Harmattan.
- Lichtenberg Joseph D., Lachmann Frank M., Fosshage James (1999). *Il sé e i sistemi motivazionali. Verso una teoria della tecnica psicoanalitica*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Maltese A. (1994). I segni originari della genitorialità in adolescenza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 61, 81-88.
- Mary D. Ainsworth (2006). *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Marchegiani I., Grasso M. (2007). Gravidanze in adolescenza. *Infanzia e adolescenza*, 6, 3.
- Maynard R.A. (1997). *Kids having kids; economic costs and social consequences of teen pregnancy*. Washington DC: Urban Institute Press.
- McClure S., Martinez et al. (1996). Adolescent and adult-mothers perceptions of hazardous situations for their children. *Journal of adolescent health*, 18(3), 227-231.
- Palmonari A. (2006). *Gli adolescenti*. Bologna: il Mulino.
- Pellai A., Boncinelli S. (2002). *Just do it!. I comportamenti a rischio in adolescenza. Manuale di prevenzione per scuola e famiglia*. Milano: FrancoAngeli.
- Penny J.M. et al. (1993). *Early and later maternal-infant interaction in adolescent mothers*. Paper at 60th SRCDC Congress. New Orleans.
- Pietropolli C.G. (2000). *I nuovi adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pines D. (1977). On becoming parents. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 15, 2.
- Rapaport S.F. (1958). *Horse chestnut hideaway*. Putnam in New York.
- Riccio G. et al. (2012). Dual vulnerability of being both a teen and an immigrant parent: illustration from an Italian context. *Journal of immigrant and Minority Health*, DOI:10.1007/s 10903-012-9726z.
- Sadler L.S., Clemmens D.A. (2004). Ambivalent Grandmothers Raising Teen Daughters and Their Babies. *Journal of Family Nursing*.
- Sameroff A.J., Chandler M.J. (1975). *Reproductive risk and the continuum of care-*

- taking causality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Santona A., Zavattini G.C. (2006). *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Bologna: il Mulino.
- Save the Children (2011). *Dossier: Rapporto sulle mamme adolescenti in Italia*. Testo redatto da Cederna G., Inverno A., Rebesani M. Roma: Save the Children Italia onlus.
- Schieffelbein *et al.* (2005). Self-competence mediates earlier and later anxiety in adolescent mothers. *Journal of research on adolescence*, 15-4, 625-55.
- Sieving R. *et al.* (2005). Reliability of self-reported contraceptive use and sexual behaviors among adolescent girls. *Journal of sex research*, 42(2), 159-66.
- Smithbattle L. (2003-2005). Displacing the rule book in caring for adolescent mothers. Teenage mothers at age 30. *Western journal of nursing research*.
- Steinberh L. (2007). Risk Taking in Adolescence. *Association for Psychological Science*, Philadelphia, Temple University.
- Steinberg L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74.
- Stern D.N. (1998). *Le interazioni madre-bambino*. Milano: Raffaello Cortina.
- Tambelli R. *et al.* (2010). La regolazione affettiva in diade madre-bambino a rischio. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 14(3), 479-502.
- Trentin R., Monaci M.G. (2001). Una mappa dell'affettività di adolescenti maschi e femmine: Emozioni e strategie di coping nel contesto scolastico. In O. Matarazzo, *Emozioni e adolescenza*. Napoli: Liguori.
- Toga A.W., Thompson P.M., Sowell E. R. (2006). Mopping brain maturation. *Trends in Neurosciences*, 29, 148-159.
- Vegetti Finzi S. (1991). *Il bambino della notte*. Milano: Raffaello Cortina.
- WHO-EUROPE (2004). *HBSC Study. International Report 2001-2002 survey*. Copenhagen: WHO EUROPE.
- WHO-Geneve (2007). *Adolescent pregnancy – unmet needs and undone deeds*.